	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

Nombre del Contratista: YULY ANDREA MADRIGAL GUZMAN **Cedula:** 1.110.175.980	**Contrato N°: 033** **FECHA DEL CONTRATO:** 09 enero del 2026 **Valor:** $ 18.000.000
Certificado de disponibilidad presupuestal No. 34	**Certificado de registro presupuestal** No.: 34
Forma de Pago: Calendario	**Fecha Acta de inicio:** 09 de enero del 2026
Pago No. 05 **Porcentaje ejecutado:** 83.3% **pendiente de pago: $ 3.000.000**	**Planilla de seguridad social** **No** 9505619979 **Valor pagado: $ 508.300**
Objeto del Contrato: Contratar La Prestación De Servicios De Un Profesional En Ciencia De La Información Y Documentación, Bibliotecología Y Archivística Para Apoyar, Coordinar Y Ejecutar Los Procesos De Gestión Documental Y Archivo Del Hospital San José E.S.E.	

En virtud del objeto del contrato se desarrollaron las siguientes actividades; durante el periodo del 02 de mayo al 31 de mayo del 2026.

ITEM DE ACTIVIDAD	OBLIGACIÓN ESPECIFICAS	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRAFICA
1	Elaborar el diagnóstico integral de archivo del Hospital San José de Ortega.	En cumplimiento de la obligación contractual, se informa que el Diagnóstico Integral de Archivo del Hospital San José de Ortega fue elaborado y culminado satisfactoriamente durante el mes de marzo de 2026, conforme a los lineamientos archivísticos vigentes. Así mismo, el documento final fue remitido oportunamente al correo institucional de la supervisora para su respectivo conocimiento y seguimiento.	Evidencia en el informe numero 3.
2.	Elaborar y socializar el plan institucional de archivo (PINAR) del	Durante el presente periodo elaboré el 100% del Plan Institucional de Archivos (PINAR), como instrumento	Se adjunta el 100% del PINAR

Vigilado Supersalud

	Hospital San José de Ortega.	archivístico derivado del diagnóstico integral de archivos, el cual establece las bases para la planificación, organización y fortalecimiento de la gestión documental del Hospital San José de Ortega.	al informe y se envía al correo Institucional del Hospital y Supervisora.
3	Crear o ajustar las Tablas de Retención Documental (TRD).	El período anterior mediante comunicación remitida a la supervisora del contrato. Me permito reiterar que la creación o ajuste de las Tablas de Retención Documental (TRD) continúa supeditada a la actualización del Manual de Funciones, el organigrama institucional y demás instrumentos administrativos, los cuales constituyen un requisito técnico indispensable para avanzar en su elaboración.	Se evidencia la sustentación en el informe N°4.
4	Actualizar y socializar el Programa de Gestión Documental (PGD) para el periodo vigente (2024-2028), alineado con el Plan Estratégico Institucional.	Durante el presente período se avanzó en un 70% en la formulación y actualización del Programa de Gestión Documental (PGD), mediante la revisión, ajuste y fortalecimiento de sus componentes estratégicos, con el propósito de establecer lineamientos para la adecuada administración de los documentos durante todo su ciclo de vida, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión documental del hospital san José de Ortega.	Sin evidencia en soporte físico a la cuenta y el envió al correo Institucional de la supervisora.

Vigilado Supersalud

5.	Desarrollar guías para la organización de expedientes según los estándares técnicos de 2026.	En el presente periodo diseñé los siguientes documentos: **Mapa:** - Mapa de riesgo de gestión documental. **Formato:** - FOR-GD-Transferencia Documental Primaria.	Se adjunta las evidencias al correo supervisor y copia al Institucional del Hospital contactenos@hospitalsanjoseortega.gov.co administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co
6.	Asesorar en la implementación de softvvare para la gestión de documentos electrónicos y la preservación digital en coordinación con el proveedor de sistema de ventilla única de la institución.	En el presente informe, se programó una reunión con el programador del sistema de ventanilla de correspondencia OCOBOS, para realizar el seguimiento del ajuste del sistema de información, con el fin de mejorar el control de toda la correspondencia del hospital; fecha ejecutada **15 de mayo 2026;** asimismo se le solicitó a la empresa de Tecnologías SINERGIA, el concepto técnico **sobre el** tipo de firma que se está implementando en las historias clínicas electrónicas.	Se adjunta Acta de Reunión con la Asistencia.
7.	Coordinar el traslado de documentos del archivo de gestión al central, asegurando la integridad de los expedientes.	En el presente periodo no se presentó necesidad de la obligación.	Sin evidencia en este periodo
8.	Brindar asesoría y capacitaciones al personal de la entidad sobre el manejo de las TRD y el sistema de gestión documental.	En el presente informe realicé una capacitación a los integrantes del comité institucional de gestión y desempeño, (Gerente, administrativa, calidad, jurídica, asistencial, control interno); sobre la importancia de la creación de los documentos según la normativa y el debido proceso para su debida	Se anexa Registro de Asistencia – Acta de Comité.

Vigilado Supersalud

		sustentación y aprobación por el comité institucional.	
9	Presentar informes mensuales de actividades y porcentajes de avance del plan de trabajo de gestión documental.	En el presente informe realicé ante la Junta Directiva el seguimiento del avance de los Inventarios Documentales en estado natural correspondientes a las historias clínicas del año 2007 hacia atrás; asimismo sobre la propuesta del nuevo depósito del archivo central e histórico del hospital.	Se evidencia en el Anexo del Informe las Graficas y la Presentación ante la Junta Directiva – Fisico.
10	Al a finalizar el contrato, el contratista deberá entregar los archivos su cargo debidamente inventariado.	En el presente periodo no se presentó la necesidad de la obligación; estará proyectada para el último informe de actividades.	Sin evidencia en este periodo
11	Cumplir las demás obligaciones que le sean asignadas por la supervisión del contrato y que estén directamente relacionadas con el objeto contractual.	Durante el presente periodo no fueron asignadas por parte de la supervisión actividades adicionales relacionadas directamente con el objeto contractual; por lo tanto, no se generaron acciones específicas ni evidencias asociadas al cumplimiento de esta obligación.	Sin evidencia en este periodo

Cordialmente,

Yuly A. Madrigal G.

YULY ANDREA MADRIGAL GUZMAN
C.C. 1.110.175.980

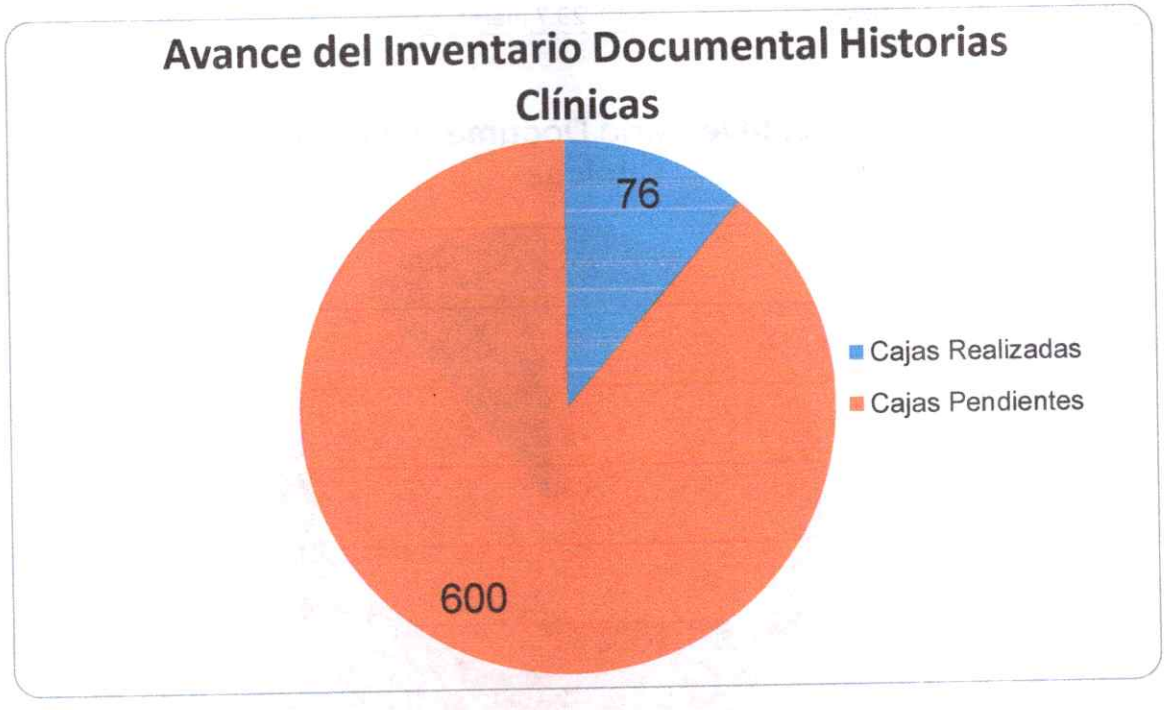
Anexos: Evidencias del informe de actividades 05

Vigilado Supersalud

ANEXO DE LAS OBLIGACIONES_ INFORME_05

9	Presentar informes mensuales de actividades y porcentajes de avance del plan de trabajo de gestión documental.	En el presente informe realicé ante la Junta Directiva el seguimiento del avance de los Inventarios Documentales en estado natural correspondientes a las historias clínicas del año 2007 hacia atrás; asimismo sobre la propuesta del nuevo deposito del archivo central e histórico del hospital.	Se evidencia en el Anexo del Informe las Graficas y la Presentación ante la Junta Directiva – Fisico.

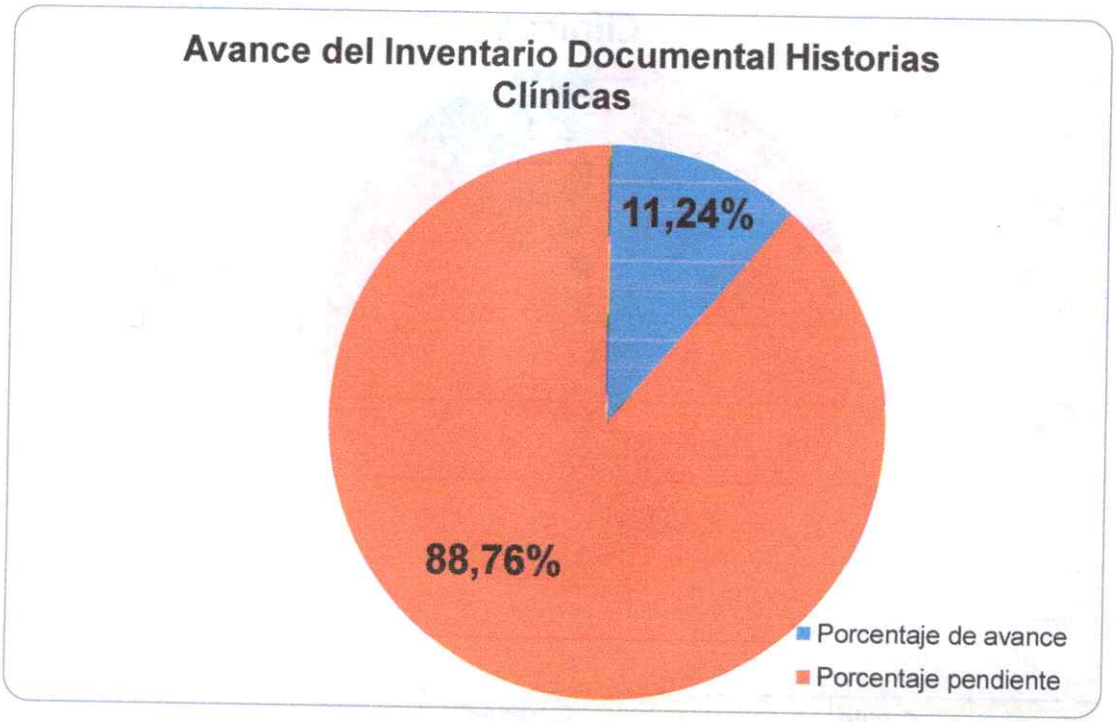
- A continuación, se relaciona el avance de los inventarios documentales en su estado natural de las historias clínicas, contratos y actos administrativos; los cuales fueron presentado a la Junta Directiva:



Estado	Cantidad
Cajas Realizadas	76
Cajas Pendientes	600
Indicador	**Resultado**
Porcentaje de avance	11,24%
Porcentaje pendiente	88,76%

Historias clínicas inventariadas	4338
Historias clínicas pendientes estimadas	34247
Tiempo restante estimado	23,7 meses

Concepto	Resultado
Cajas inventariadas	76
Cajas pendientes	600
Total estimado de cajas	676
Porcentaje de avance	11.24%
Porcentaje pendiente	88.76%
Promedio real de historias clínicas por caja	57.08
Historias clínicas pendientes (estimadas)	34247
Historias clínicas totales estimadas	38585
Tiempo restante en horas	4102 horas
Tiempo restante en días hábiles	513 días
Tiempo restante en semanas	102.6 semanas
Tiempo restante en meses	23.7 meses



OBSERVACIONES:

- Gestionar la ampliación del archivo central, para proceder a recibir futuras transferencias documentales primarias. **(URGENTE) Hacinamiento total.**
- Ajustes inmediatos del sistema de ventanilla por parte del proveedor para el buen funcionamiento y control de las PQRSD.
- Adquisición de deshumificadores para poder controlar la humedad en los (3) depósitos del archivo.
- Traslado provisional del archivo central por temas de humedad y riesgo ambientales, inundaciones.

Atentamente,

Yuly A. Madrigal G.

YULY ANDREA MADRIGAL GUZMAN
1.110.175.980
Contratista

Anexos

- Finalización del Plan Institucional de Archivos PINAR – 100%
- Avance del Programa de Gestión Documental PGD – 70%
- Presentación Informe Ejecutivo Gestión Documental Junta Directiva
- Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño
- Actas de Compromisos del Sistema de Ventanilla
- Formato de Transferencia Documental
- Correos del Envió de la Información.

PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO - PINAR

ELABORADO POR:

Equipo Interdisciplinario De Gestión Documental del Hospital

Nombre Del Documento	Plan Institucional de Archivo PINAR
Nombre De La Entidad	Hospital San José de Ortega
Fecha Aprobación	2026-07-24 - CIGYD
Fecha De Vigencia	2026-O7-24 - 2030-12-31
Instancia De Aprobación	Comité Institucional de Gestión y Desempeño
Autoría Archivística Institucional	Equipo Gestión Documental Hospital
Versión del Documento	2
Responsable De Su Elaboración	Equipo Interdisciplinario
Fecha De Publicación	30-07-2026

ORTEGA – TOLIMA
2026

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 3
1. **DATOS INSTITUCIONALES** 4
   1.1 Ubicación Geográfica 4
   1.2 Misión 4
   1.3 Visión 5
   1.4 Estructura Orgánica Funcional 5
2. **DIAGNÓSTICO DE ARCHIVOS** 6
   2.1 Contexto General Del Diagnostico 6
      2.1.1 Volumen documental 7
      2.1.2 Matriz debilidades oportunidades fortalezas y amenazas 8
3. **FORMULACIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO PINAR"** **10**
   Identificación De La Situación Actual 11
   3.1 Definición De Aspectos Críticos 13
   3.2 Priorización De Aspectos Críticos Ejes Articuladores 11
   3.3 Formulación De La Visión Estratégica 15
   3.4 Formulación De Objetivos 16
   3.5 Formulación De Planes Y Proyectos 17
   3.6 Construcción Del Mapa De Ruta 32
   3.7 Construcción De La Herramienta De Seguimiento Y Control 33
4. **IMPACTO DE LA ACTUALIZACION DEL PINAR** 35

BIBLIOGRAFIA 36

INTRODUCCIÓN

El Hospital San José Empresa Social del Estado del municipio de Ortega tiene como propósito garantizar la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, contribuyendo al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de la población, en el marco del sistema de seguridad social en salud y bajo principios de eficiencia, calidad y sentido social.

La institución tiene sus orígenes hacia mediados de la década de los cincuenta del siglo XX, cuando fue creado el "Hospital San José de Ortega" en un predio donado por el Doctor Nicolás Ramírez. Posteriormente, mediante Acuerdo No. 017 de 1992, el Concejo Municipal formalizó su creación como establecimiento descentralizado del orden municipal. Con la expedición de la Ley 100 de 1993 y la Ley 489 de 1998, fue transformado en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 003 de 1996, y se le reconoció personería jurídica a través de la Resolución No. 001 de noviembre de 1997, expedida por la Secretaría de Gobierno Municipal, consolidándose como una entidad prestadora de servicios de salud en el nivel I de atención.

En la actualidad, el Hospital enfrenta importantes retos orientados al fortalecimiento de la gestión documental y la función archivística institucional; en este sentido, se evidencia la necesidad de actualizar el Plan Institucional de Archivo – PINAR, como instrumento clave para la planificación a corto, mediano y largo plazo de las actividades archivísticas, así como para la adecuada asignación de recursos que permitan dar cumplimiento a la normativa vigente del Archivo General de la Nación.

El Plan Institucional de Archivo – PINAR, conforme a lo establecido en el Decreto 1080 de 2015, artículo 2.8.2.5.8, se constituye en un instrumento archivístico fundamental para la planeación de la función archivística, el cual debe articularse con los demás planes estratégicos y de acción de la entidad. De igual forma, el Archivo General de la Nación ha dispuesto lineamientos metodológicos para su formulación, orientados a la identificación de aspectos críticos, definición de ejes articuladores y estructuración de programas y proyectos en cumplimiento de la Ley 594 de 2000.

Así mismo, uno de los insumos esenciales para la formulación del PINAR es la elaboración del diagnóstico integral de archivo, entendido como un proceso técnico de evaluación del estado actual de la gestión documental en componentes administrativos, archivísticos, de conservación, infraestructura y tecnología, permitiendo identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, así como el nivel de cumplimiento normativo de la entidad.

Finalmente, la actualización del Plan Institucional de Archivo – PINAR del Hospital San José E.S.E. de Ortega permitirá armonizar la planificación archivística con los recursos institucionales disponibles, fortalecer la gestión documental y garantizar la adecuada organización, conservación y acceso a la información, en concordancia con los principios de transparencia, eficiencia administrativa y preservación del patrimonio documental institucional.

1. DATOS INSTITUICONALES

1.1 Ubicación Geográfica

El Hospital San José de Ortega está ubicado en el departamento del Tolima en el Municipio de Ortega en la siguiente dirección: Calle 6 # 3-25 Ortega – Tolima

Imagen 1: Ubicación del Hospital San José de Ortega[1]



Fuente: autoría de Yuly madrigal.

1.2 Misión

Fortalecer la salud de nuestra comunidad usuaria, efectuando la promoción y mantenimiento de la salud durante todo su ciclo de vida, basados en los principios de calidad, igualdad, ética, identidad garantizando la seguridad, el buen trato y la competencia del Talento humano que le atiende, propendiendo por generar rentabilidad económica y social

1.3 Visión

Ser en el año 2028 una institución líder en la prestación de servicios de salud y Atención primaria, garantizando una Atención integral al cliente interno y externo, con el apoyo de nuevas tecnologías e innovación para la mejora continua. Comprometidos con el bienestar del talento humano, una atención más segura, amable y empática, logrando ser rentable y sostenible mente financiera.

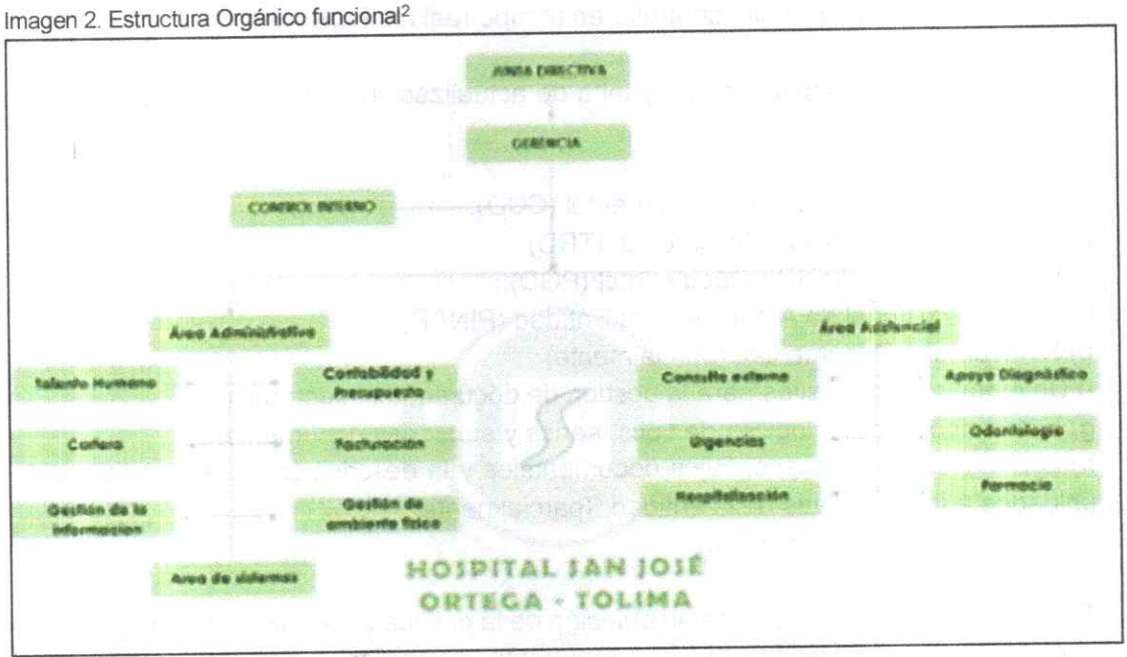
[1] (Yuly Madrigal, Ubicación geografica, 2026)

1.4 Estructura Orgánica Funcional

A continuación, se presenta la estructura orgánica funcional del Hospital San Jose de Ortega; identificado en la pagina web de la entidad; no se localizó el acto administración de construcción.

Link: https://www.hospitalsanjoseortega.gov.co/entidad/organigrama

Imagen 2. Estructura Orgánico funcional[2]



Fuente autoría equipo página web Hospital

2. DIAGNÓSTICO DE ARCHIVOS

La siguiente herramienta archivística del Hospital San José de Ortega", se orientó bajo las directrices de las pautas para la elaboración del diagnóstico integral de archivo, según el Archivo General de la Nación.

2.1 Contexto General Del Diagnostico

Se dio inicio con la visita en las instalaciones del hospital realizando un recorrido por las oficinas y personal a cargo del manejo de la documentación, se logró identificar que el hospital cuenta con un área de archivo dotado de estantería metálica, cajas de archivo, carpetas propalcote, personal de planta y contratista para la ejecución de las actividades archivísticas.

[2] (Pagina Web Hospital San Jose, Estructura Organica Funcional, 2026)

El Archivo central e histórico es donde se almacenan el 89% de la documentación, se realizó un muestreo y se evidencia que se encuentra en mal estado de conservación, sin limpieza en las unidades de conservación, el archivo ubicado en las bodegas se encuentra en cajas de archivo, pero sin una organización técnica.

El Hospital cuenta con una ventanilla de correspondencia, implementan un sticker para la recepción de la documentación, unas planillas electrónicas en excel para el control de la correspondencia y planillas físicas para la entrega a cada funcionario competente; asimismo el sistema permite controlar en tiempo real las PQRSD.

Se evaluó que el Hospital carece y falta de actualización de los siguientes instrumentos archivísticos:

a) El Cuadro de Clasificación Documental (CCD).
b) La Tabla de Retención Documental (TRD).
c) El Programa de Gestión Documental (PGD).
d) Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)
e) El Inventario Documental. (parcialmente)
f) Un modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos.
g) Los bancos terminológicos de tipos, series y subseries documentales.
h) Los mapas de procesos, flujos documentales y la descripción de las funciones de las unidades administrativas de la entidad. (parcialmente)
i) Tablas de Control de Acceso.

También se identificó la falta de articulación de la política de archivo y gestión documental al plan integral de capacitaciones, es importante la articulación con entidades promotoras en el desarrollo de dicha actividad como el SENA y AGN; con el fin que tengan un acompañamiento constante de los orientadores de la gestión documental y administración de archivos.

2.1.1 Volumen documental

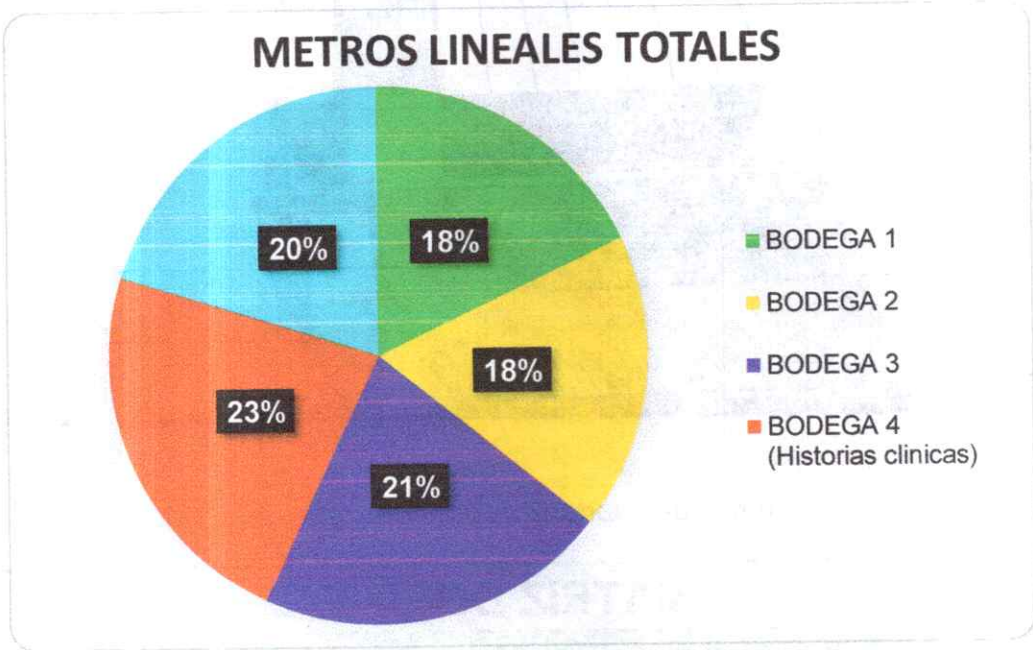
Por consiguiente, en la volumetría de la medición del archivo, se tuvo en cuenta los lineamientos de la Norma Técnica Colombiana NTC 5029 de ICONTEC - medición de archivos[3]; con el objetivo de poder calcular la totalidad de los metros lineales de archivo ubicados en el hospital

Tabla 1 Volumen documental de los diferentes depósitos de archivísticos[4]

TIPO DE ARCHIVO	METROS LINEALES
BODEGA 1	139

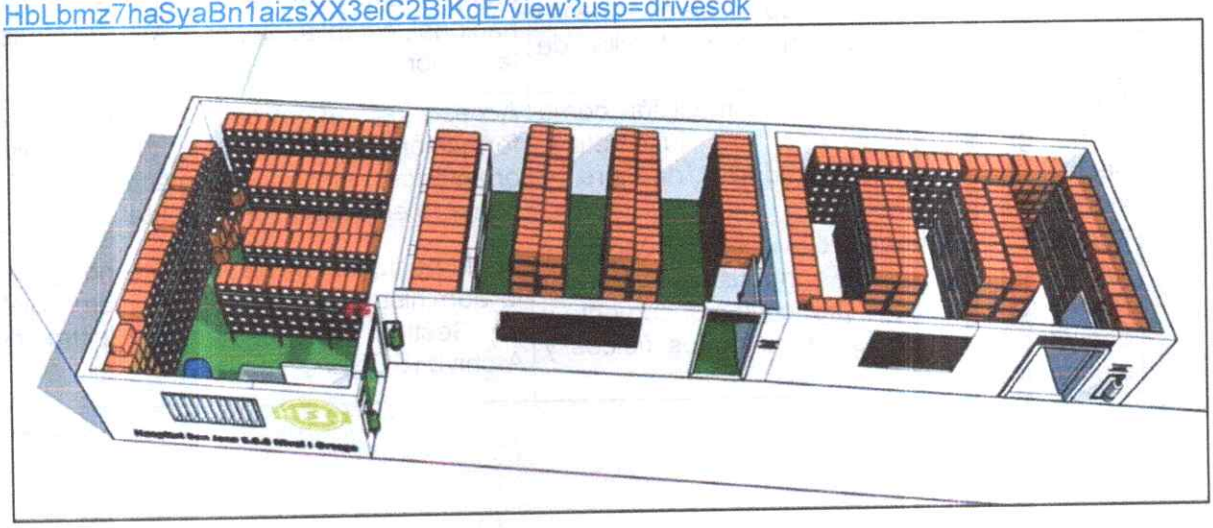
[3] (ICONTEC, Norma Técnica Colombiana NTC 5029 - Medición de Archivos, 2001)
[4] (Tabla 1 Volumen documental de los diferentes factores archivísticos, 2022)

BODEGA 2	138
BODEGA 3	164
BODEGA 4 (Historias clínicas)	177
ARCHIVO DE GESTION	156
TOTAL	774

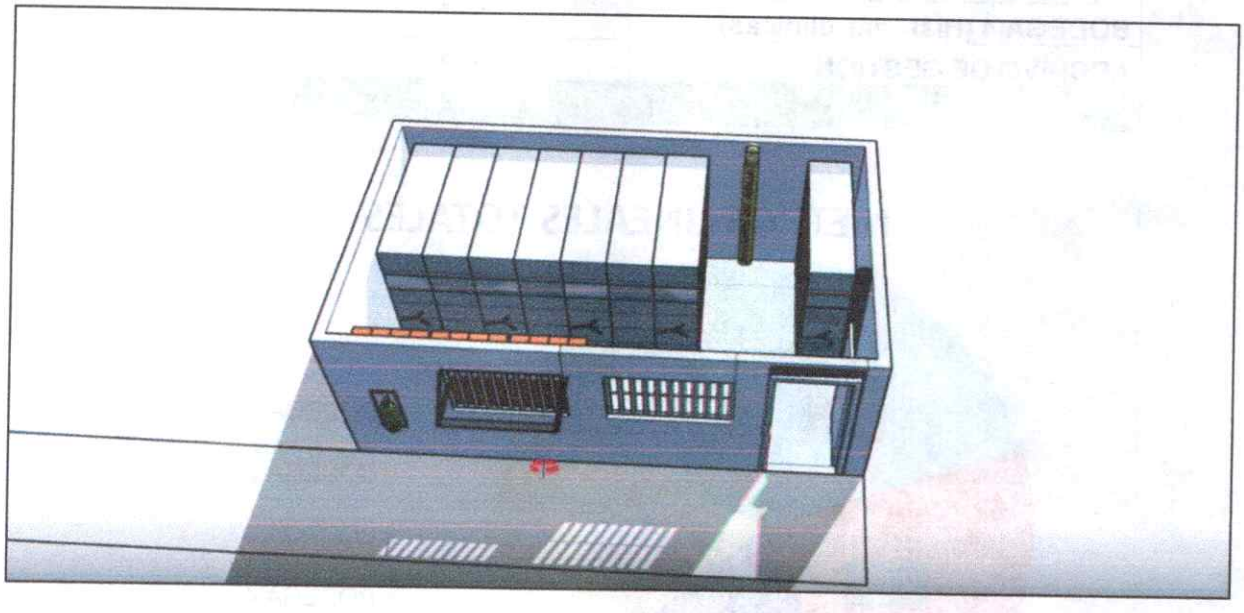


Asimismo, el Hospital a construido la distribución de los depósitos de archivos en planos de 3D; es importante conocer estos aspectos para identificar el área de almacenamiento y las condiciones que se encuentra.

Link:
https://drive.google.com/file/d/1-HbLbmz7haSyaBn1aizsXX3eiC2BiKqE/view?usp=drivesdk



Depósito de Historias clínicas – Año 2006 hacia atrás:



2.1.2 Matriz debilidad, oportunidades, fortalezas y amenazas

MATRIZ DOFA	
DEBILIDADES (D)	**OPORTUNIDADES (O)**
El Hospital carece de suficiente infraestructura física para la custodia del archivo central e histórico, (Hacinamiento total).	Implementación de políticas nacionales de transformación digital y gobierno digital, que promueven la modernización de los sistemas de información en entidades públicas.
El Hospital no cuenta parcialmente con una herramienta tecnologica que permita controlar las PQRSD según lo dispuesto en el Acuerdo 001 del 2024 AGN, en la ventanilla de correspondencia.	Fortalecimiento institucional mediante el cumplimiento de la normativa archivística nacional, establecida por el Archivo General de la Nación.
Falta de las herramientas de medición como termohigrómetro, luxómetros, deshumificadores, purificadores de aire y ventilación.	Acceso a programas de capacitación y formación profesional en archivística, orientados al fortalecimiento del talento humano en gestión documental.
Falencia de cultura archivistica a todos los funcionarios de planta y contratistas, frente a la responsabilidad de la producción documenta y debida entrega de los documentos físicos y electrónicos.	Implementación de sistemas tecnológicos para la administración documental, como Sistemas de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA).

Necesidad de implementación de herramientas tecnológicas, como Escaner, computadores para la administración del archivo central e histórico.	Fortalecimiento de la cultura archivística institucional, mediante programas de sensibilización y formación en gestión documental.
El Hospital cuenta con fondos acumulados distribuidos en diferentes depósitos (Total 4) – Especialmente las historias clínicas físicas del año 2007 hacia atrás.	Posibilidad de modernizar la infraestructura archivística, mediante proyectos de inversión institucional o apoyo de entidades gubernamentales.
Ausencia de limpieza y desinfección de las cajas y expedientes del archivo central	Mejoramiento de la eficiencia administrativa, a través de la organización, digitalización y control adecuado de los documentos institucionales.
Insuficiencia en personal idóneo y competente para la administración, custodia y direccionamiento de los procesos de gestión documental (Ley 1409 del 2010).	Fortalecimiento de la transparencia institucional, mediante la correcta implementación de los instrumentos de gestión de información pública definidos en la Ley 1712 de 2014 - Decreto 1081 del 2015
Limitación en la elaboración de los planes, programas, procedimientos, formatos y demás herramientas que permitan aplicar una política de gestión documental desde la alta dirección.	Optimización de los procesos de atención al ciudadano, mediante la implementación de herramientas tecnológicas para el control y seguimiento de las PQRSD.
Insuficiencia en la elaboración y actualización de los instrumentos archivísticos según el decreto 1080 del 2015.	
La entidad carece de elaboración y actualización de los instrumentos de Gestión de Información Pública según la Ley 1712 del 2014 - Decreto 1081 del 2015.	
Escasez y falta de mantenimiento del inmobiliario de archivo central e histórico para su respectiva conservación y consulta.	
FORTALEZAS (F)	**AMENAZAS (A)**
Reconocimiento institucional de las debilidades existentes, lo que permite establecer diagnósticos claros para la formulación de estrategias de mejora en los procesos de gestión documental.	Posibles sanciones / órdenes perentorias por parte de los entes de control, como el Archivo General de la Nación, por incumplimiento de la normativa archivística vigente.
Existencia de una estructura administrativa institucional, que permite definir responsables para la implementación y fortalecimiento del sistema de gestión documental.	Riesgo de pérdida, deterioro o contaminación documental, debido a condiciones ambientales inadecuadas y hacinamiento en los depósitos documentales.
Disposición institucional para fortalecer los procesos de gestión documental, evidenciada en la identificación de necesidades relacionadas con infraestructura, tecnología y talento humano.	Incumplimiento de las disposiciones legales en materia de transparencia y acceso a la información pública, establecidas en la Ley 1712 de 2014 - Decreto 1081 del 2015

Presencia de archivos de gestión, central e histórico, que evidencian la existencia de una memoria institucional que puede ser organizada, conservada y puesta al servicio de la administración y la ciudadanía.	Posible responsabilidad disciplinaria o administrativa para la entidad, derivada de una inadecuada administración de los documentos públicos.
Posibilidad de fortalecer los procesos archivísticos mediante la implementación de instrumentos archivísticos, conforme a lo establecido en el Decreto 1080 de 2015.	Riesgo de pérdida de memoria institucional, debido a la inadecuada organización, conservación y administración de los archivos.
Existencia de espacios destinados al almacenamiento documental, que pueden ser mejorados y adecuados conforme a los lineamientos técnicos archivísticos.	Afectación en la prestación de servicios al ciudadano, especialmente en la gestión de PQRSD, por falta de herramientas tecnológicas adecuadas.
Posibilidad de implementar políticas institucionales de gestión documental desde la alta dirección, orientadas a fortalecer la administración de la información pública.	Riesgo de deterioro acelerado de los documentos históricos, debido a la falta de equipos de control ambiental y procesos de limpieza y desinfección.
Existencia de documentos y fondos documentales acumulados, que constituyen una fuente de información administrativa, jurídica e histórica para la entidad.	Incremento en costos administrativos futuros, derivados de la recuperación, restauración, perdida de la información o reorganización documental.
	Desarticulación con las políticas nacionales de transformación digital y gobierno digital, impulsadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
	Pérdida de credibilidad institucional ante la ciudadanía, por debilidades en la gestión de información pública y atención documental.

3. METODOLOGIA PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO PINAR

3.1 Identificación De La Situación Actual

La formulación del Plan Institucional de Archivo – PINAR en el Hospital San José E.S.E. de Ortega se desarrollará conforme a los lineamientos establecidos por la Ley 594 de 2000 y el Decreto 1080 de 2015, así como a la metodología definida por el Archivo General de la Nación, la cual se fundamenta en un enfoque técnico, sistemático y participativo. En este sentido, el proceso inicia con la elaboración del diagnóstico integral de archivo, mediante el cual se evalúa el estado actual de la gestión documental en sus componentes administrativos, archivísticos, tecnológicos, de infraestructura y conservación, permitiendo identificar el nivel de cumplimiento normativo y las condiciones reales de la entidad.

A partir de los resultados del diagnóstico, se procede a la identificación y priorización de aspectos críticos, así como a la definición de ejes articuladores que orienten la función archivística institucional. Posteriormente, se formula la visión estratégica del archivo, alineada con los objetivos institucionales, y se estructuran programas y proyectos archivísticos a corto, mediano y largo plazo, los cuales deberán estar articulados con el Programa de Gestión Documental (PGD), el Plan de Acción institucional y los instrumentos

archivísticos vigentes, garantizando coherencia en la planeación y ejecución de las actividades.

Finalmente, la metodología contempla la formulación de un plan de inversiones, cronograma y responsables, que permitan la implementación, seguimiento y evaluación del PINAR, asegurando su sostenibilidad y mejora continua. Este proceso deberá incorporar mecanismos de control y medición, tales como indicadores de gestión, que faciliten la toma de decisiones y el cumplimiento de la normativa archivística vigente, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión documental y la preservación del patrimonio documental institucional.

3.2 Definición De Aspectos Críticos

A continuación, se hace una relación de los aspectos críticos identificados en la elaboración del diagnóstico integral de archivo:

Tabla 3 Aspectos críticos[5]

N.	Aspectos Críticos	Riesgos
1	Limitaciones de infraestructura para la conservación del patrimonio documental y las transferencias documentales.	Pérdida o deterioro de documentos, comprometiendo la conservación del patrimonio documental y la memoria institucional.
		Incumplimiento de la normativa archivística vigente, generando posibles hallazgos y sanciones por parte de los organismos de control.
		Incumplimiento al Acuerdo 001 del 2024 AGN – Decreto 1515 del 2013 – Decreto 1080 del 2015
		Dificultad en la consulta y recuperación de información, afectando la gestión administrativa, la atención de requerimientos y la defensa jurídica de la entidad.
2	El Hospital San José de Ortega presenta un Fondo Documental Acumulado.	Retrasos en la localización, recuperación y consulta oportuna de la información institucional.
		Desorganización de los expedientes y pérdida del control documental en las diferentes unidades administrativas.
		Duplicidad documental y conservación de documentos sin criterios técnicos de valoración y disposición final.
3	Las Historias clínicas en física se encuentran desorganizadas, no cuentan con un control de registro de cada una.	Falta de la seguridad de los documentos
		Grandes demandas, por los dueños de sus historias por perdida de la información.
		Acceso no autorizado a los documentos; y falta de un control general de registro total.
		Falta de implementación de la hoja de control y organización interna de los expedientes.

[5] (Tabla 3 de aspectos criticos identificados, 2026)

4	Se evidencia la falta de implementación y fortalecimiento de herramientas tecnológicas que permitan operar una Ventanilla de Correspondencia 100 % en línea y (SGDEA) plenamente articulado con los procesos misionales y administrativos del hospital.	Riesgo de retrasos en la atención y respuesta de las PQRSD, afectando el cumplimiento de los plazos legales y la satisfacción ciudadana.
		Incumplimiento normativo y sanciones administrativas, por no garantizar una gestión documental electrónica conforme a la Ley 594 de 2000 y a los lineamientos de Gobierno Digital.
5	Falta de elaboración, actualización e implementación de los Instrumentos Archivísticos exigidos por el Decreto 1080 de 2015, la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación.	Incumplimiento de la normativa archivística vigente, generando observaciones, hallazgos o sanciones por parte de los organismos de control.
		Pérdida de control sobre la producción, organización y disposición de los documentos, afectando la gestión documental institucional.
		Dificultades en la localización, recuperación y acceso oportuno a la información, impactando la eficiencia administrativa y la atención al ciudadano.
		Acumulación innecesaria de documentos y aumento de costos de almacenamiento, debido a la ausencia de criterios técnicos para su valoración y disposición final.
		Riesgo de pérdida de la memoria institucional y del patrimonio documental, por la falta de instrumentos que orienten la preservación, conservación y gestión de los documentos durante todo su ciclo de vida.
6	La entidad cuenta parcialmente con un Plan Institucional de Capacitación articulado con la Política de Gestión Documental.	Pérdida de la continuidad en la aplicación de los procedimientos archivísticos, especialmente ante cambios de personal o rotación de servidores y contratistas.
		Aplicación inadecuada de la normativa archivística vigente, generando incumplimientos en los procesos de gestión documental.
		Desconocimiento de los lineamientos técnicos y normativos en materia archivística, afectando la organización, conservación y administración de los documentos.
7	La entidad no cuenta con las herramientas e instrumentos necesarios para el monitoreo de las condiciones ambientales ni con los elementos técnicos requeridos para la limpieza y conservación preventiva de la documentación.	Perdida de los soportes y la información debido a deterioros de naturaleza biológica y física
		Incumplimiento de la normativa archivística vigente, particularmente de la Ley 594 de 2000, el Decreto 1080 de 2015, el Acuerdo 001 de 2024
		Aumento de costos de restauración, recuperación y digitalización documental, derivados del deterioro progresivo de los documentos por condiciones ambientales inadecuadas.

Fuente autoría propia

3.3 Priorización De Aspectos Críticos Y Ejes Articuladores

Una vez identificados los aspectos críticos, se evaluó el impacto que tienen éstos frente a cada uno de los ejes articuladores. Para ello se aplicó la Tabla de criterios de evaluación; el resultado final de la matriz de prioridades para El Hospital San José de Ortega E.S.E" fue la siguiente:

Tabla 4 Priorización de aspectos críticos[6]

		EJES ARTICULADORES					
No	Aspecto Critico	Administración de archivos	Acceso a la información	Preservación de la información	Aspectos tecnológicos y de seguridad	Fortalecimiento y articulación	TOTAL, Σ
1	Limitaciones de infraestructura para la conservación del patrimonio documental y las transferencias documentales.	9	8	7	4	8	**36**
2	El Hospital San José de Ortega presenta un Fondo Documental Acumulado.	9	8	5	5	8	**35**
3	Las Historias clínicas en física se encuentran desorganizadas, no cuentan con un control de registro de cada una.	6	5	4	6	6	**27**
4	Se evidencia la falta de implementación y fortalecimiento de herramientas tecnológicas que permitan operar una Ventanilla de Correspondencia 100 % en línea y (SGDEA) plenamente articulado con los procesos misionales y administrativos del hospital.	6	7	5	10	5	**33**
5	Falta de elaboración, actualización e implementación de los Instrumentos Archivísticos exigidos por el Decreto 1080 de 2015, la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación.	9	9	4	3	7	**32**

[6] (Tablas 4 Priorización de los aspectos criticos, 2026)

6	La entidad cuenta parcialmente con un Plan Institucional de Capacitación articulado con la Política de Gestión Documental.	7	6	5	5	10	**34**
7	La entidad no cuenta con las herramientas e instrumentos necesarios para el monitoreo de las condiciones ambientales ni con los elementos técnicos requeridos para la limpieza y conservación preventiva de la documentación	5	2	6	4	7	**24**
	TOTAL, Σ	**51**	**45**	**36**	**37**	**51**	

Fuente autoría propia

Nota: Se aclara que los valores identificados consisten en la evaluación de la tabla de criterios según el Manual PINAR Archivo General de la Nación, así mismo se hace énfasis que la tabla va de 1 a 10 siendo 10 la calificación de mayor impacto.

3.4 Formulación De La Visión Estratégica

El Hospital San José E.S.E. de Ortega fortalecerá la Gestión Documental mediante acciones orientadas al acceso a la información, la articulación de los procesos archivísticos y la adecuación del Archivo Central e Histórico. Asimismo, implementará un plan de capacitación para fortalecer la cultura archivística y el cumplimiento de la normativa vigente. Finalmente, los aspectos críticos y los ejes articuladores fueron priorizados de acuerdo con su nivel de impacto, obteniéndose el siguiente resultado:

Tabla 5 Sumatoria Priorización de aspectos críticos ejes articuladores[7]

No.	Aspectos Críticos	Total	No.	Ejes Articuladores	Total
1	Limitaciones de infraestructura para la conservación del patrimonio documental y las transferencias documentales.	**36**	1	Administración de archivos	**51**
2	El Hospital San José de Ortega presenta un Fondo Documental Acumulado.	**35**		Fortalecimiento y articulación	**51**
3	Las Historias clínicas en física se encuentran desorganizadas, no cuentan con un control de registro de cada una.	**34**	2	Acceso a la información	**45**
4	Se evidencia la falta de implementación y fortalecimiento de herramientas tecnológicas que permitan operar una Ventanilla de Correspondencia 100 % en línea y (SGDEA) plenamente articulado con los procesos misionales y administrativos del hospital.	**33**	3	Aspectos tecnológicos y de seguridad	**37**
5	Falta de elaboración, actualización e implementación de los Instrumentos Archivísticos exigidos por el Decreto 1080 de 2015, la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación	**32**	4	Preservación de la información	**36**
6	La entidad cuenta parcialmente con un Plan Institucional de Capacitación articulado con la Política de Gestión Documental.	**27**			
7	La entidad no cuenta con las herramientas e instrumentos necesarios para el monitoreo de las condiciones ambientales ni con los elementos técnicos requeridos para la limpieza y conservación preventiva de la documentación	**24**			

Fuente autoría propia

[7] (Tabla 5 Sumatoria Priorización de aspectos críticos ejes articuladores, 2026)

3.5 Formulación De Objetivos

Para la formulación de los objetivos institucionales se consideraron los aspectos críticos identificados y los ejes articuladores priorizados, contando además con la participación y validación de la líder de Gestión Documental, con el fin de garantizar su alineación con las necesidades y requerimientos de la entidad.

Tabla 6 Formulación de Objetivos[8]

NO.	ASPECTOS CRÍTICOS / EJES ARTICULADORES	OBJETIVOS
1	Limitaciones de infraestructura para la conservación del patrimonio documental y las transferencias documentales.	Ampliar / Arrendar el espacio adecuado del archivo central e histórico según el cálculo identificado en el diagnostico integral y futuras proyecciones.
2	El Hospital San José de Ortega presenta un Fondo Documental Acumulado.	Organizar el fondo documental acumulado existente en el hospital, tanto para los archivos de gestión, central y fondo cerrado.
3	Las Historias clínicas en física se encuentran desorganizadas, no cuentan con un control de registro de cada una.	Elaborar el inventario en estado natural documental de las historias clínicas.
4	Se evidencia la falta de implementación y fortalecimiento de herramientas tecnológicas que permitan operar una Ventanilla de Correspondencia 100 % en línea y (SGDEA) plenamente articulado con los procesos misionales y administrativos del hospital.	Gestionar la adquisición y ajuste de una herramienta tecnológica para dar cumplimiento a la normativa archivistica.
5	Falta de elaboración, actualización e implementación de los Instrumentos Archivísticos exigidos por el Decreto 1080 de 2015, la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación	Elaborar, Aprobar, Convalidar y Publicar los Instrumentos Archivísticos.
6	La entidad cuenta parcialmente con un Plan Institucional de Capacitación articulado con la Política de Gestión Documental.	Programar las capacitaciones y asistencias técnicas enfocadas en el desarrollo y cultura archivistica.
7	La entidad no cuenta con las herramientas e instrumentos necesarios para el monitoreo de las condiciones ambientales ni con los elementos técnicos requeridos para la limpieza y conservación preventiva de la documentación	Adquirir las herramientas de medición ambiental, elementos de limpieza y demás unidades de almacenamiento.

Fuente autoría propia

[8] (Tabla 6 Formulación de Objetivos,2026)

3.6 Formulación De Planes Y Proyectos

El Hospital San José E.S.E. de Ortega identificó los planes y proyectos requeridos para dar cumplimiento a los objetivos establecidos en materia de gestión documental. En la siguiente tabla se presentan las iniciativas formuladas, las cuales serán ejecutadas de acuerdo con la planeación institucional y la disponibilidad de recursos de la entidad.

Tabla 7 Formulación de Planes y Proyectos[9]

No.	Aspectos Críticos / Ejes Articuladores	Objetivos	Planes Y Proyectos Asociados
1	Limitaciones de infraestructura para la conservación del patrimonio documental y las transferencias documentales.	Ampliar / Arrendar el espacio adecuado del archivo central e histórico según el cálculo identificado en el diagnostico integral y futuras proyecciones.	Plan Maestro de Inversión
2	El Hospital San José de Ortega presenta un Fondo Documental Acumulado.	Organizar el fondo documental acumulado existente en el hospital, tanto para los archivos de gestión, central y fondo cerrado	Plan Anual de Adquisición
3	Las Historias clínicas en física se encuentran desorganizadas, no cuentan con un control de registro de cada una.	Elaborar el inventario en estado natural documental de las historias clínicas.	Plan Anual de Adquisición
4	Se evidencia la falta de implementación y fortalecimiento de herramientas tecnológicas que permitan operar una Ventanilla de Correspondencia 100 % en línea y (SGDEA) plenamente articulado con los procesos misionales y administrativos del hospital.	Gestionar la adquisición de una herramienta tecnológica para dar cumplimiento a la normativa archivistica.	Plan Anual de Adquisición
5	Falta de elaboración, actualización e implementación de los Instrumentos Archivísticos exigidos por el Decreto 1080 de 2015, la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación	Elaborar, Aprobar, Convalidar y Publicar los Instrumentos Archivísticos.	Plan Anual de Adquisición
6	La entidad cuenta parcialmente con un Plan Institucional de Capacitación articulado con la Política de Gestión Documental.	Elaborar y Aprobar el Plan Integral de Capacitación articulado al Plan Estratégico de Talento Humano	Plan Anual de Adquisición
7	La entidad no cuenta con las herramientas e instrumentos necesarios para el monitoreo de las condiciones ambientales ni con los elementos técnicos requeridos para la limpieza y conservación preventiva de la documentación	Comprar las herramientas de medición ambiental, elementos de limpieza y demás unidades de almacenamiento.	Plan Anual de Adquisición

Fuente autoría propia

[9] (Tabla 7 Formulación de Planes y Proyectos, 2026)

Tabla 8 Ampliar / arrendar espacio archivo[10]

Plan o Proyecto Asociado: Plan Maestro de Inversión.
Objetivo: Ampliar / Arrendar el espacio adecuado del archivo central e histórico según el cálculo identificado en el diagnostico integral y futuras proyecciones.
Alcance: Desde la adecuación de la infraestructura física y mobiliario de acuerdo a las condiciones estipuladas en el Acuerdo 001 del 2024, Norma Técnica Colombiana NTC 5921 de 2018, Norma Técnica Colombiana NTC 6047 de 2013 y demás normas aplicables del Archivo General de la Nación.
Responsable del Plan: Gerencia – Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Actividad	Responsable	Fecha De Inicio	Fecha Final	Entregable	Observaciones
Evaluación estructural de edificios existente / Revisión de posibles bodegas arrendar.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/012/2026	Informe técnico de la evaluación estructural existente o posible depósito de custodia.	Determinación del estado actual, identificación de riesgos, inspección y planificación de medidas, Análisis estructural.
Diseño del depósito de archivo	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/012/2027	Informe técnico de la construcción o de la bodega arrendar.	Concepto técnico, asistencias técnicas del Archivo General de la Nación. (construcción archivo)
Adecuación y Adquisición de mobiliario para la custodia de los archivos.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/012/2027	Informe de ejecución contractual – Informe de gestión sobre la instalación del mobiliario.	Adquisición de estantería industrial / Estantería según el diseño del depósito.
Ejecución de adecuaciones /construcción locativa en pisos, paredes, techos, ventanas y puertas y demás estructura según la normativa.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/012/2027	Informe de la adecuación del archivo. Concepto Técnico del Archivo General de la Nación.	Se debe aplicar la normativa exigida por el AGN con relación a la adecuación de la *infraestructura para custodia* del acervo documental.

[10] (Tabla 8 Ampliar / Arrendar Deposito Archivo, 2026)

Solicitud de visita a los miembros del Consejo Territorial de Archivo – o el Sistema Nacional del Archivo AGN.	Gerencia – Administración. Oficina Control Interno.	15/07/2026	15/012/2027	Informe de la oficina de control interno y Acta de reunión.	Si las adecuaciones son realizadas mediante un contrato de obra, se deberá tener primero el concepto del AGN para proceder a girar el ultimo pago del proyecto.

INDICADORES			
Indicador	**Índice**	**Sentido**	**Meta**
% de cumplimiento de inversiones ejecutadas	Costo ejecutado de las adecuaciones / Costo proyectado de las adecuaciones	Creciente	100%

RECURSOS		
Tipo	**Características**	**Observaciones**
Humano	Profesional Archivística	Concepto técnico del Archivo General de la Nación.
Humano	Ingeniero - Arquitecto	Entrega de la infraestructura según la normativa

Fuente autoría propia

Tabla 9 Plan de Organización del fondo acumulado[11]

Plan o Proyecto Asociado: Plan Anual de Adquisición
Objetivo: Organizar el fondo documental acumulado existente en el hospital, tanto para los archivos de gestión, central y fondo cerrado
Alcance: Organizar los documentos del fondo documental del hospital según lo estipulado en la Ley General de Archivos 594 de 2000, Acuerdo 001 del 2024, Decreto 1080 del 2015 y normativas asociadas con el Archivo General de la Nación.
Responsable del Plan: Gerencia – Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Final	Entregable	Observaciones
Elaborar un diagnóstico volumétrico sobre los metros lineales de los fondos acumulado de los archivos de gestión y central.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/08/2026	Informe volumétrico de los fondos acumulados.	Se debe calcular en metros lineales todos los archivos del hospital.
Realizar el presupuesto general de la organización técnica de los fondos acumulados y presentarlos al comité institucional.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/08/2026	Acta de reunión del comité institucional de gestión y desempeño.	Realizar cotizaciones de diferentes empresas del estado colombiano.
Elaborar el Inventario en estado natural documental de las historias clínicas, historias laborales, contratos de los años 2024 al 2025 – Actos administrativo.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/03/2027	Inventario en estado natural documental tanto en físico como electrónico.	Se debe hacer seguimiento de los archivos intervenidos por parte del grupo de gestión documental, realizar muestras aleatorias y reportes bimestral.
Organizar técnicamente los archivos de gestión de las vigencias 2024 hasta el 2027	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/12/2028	Inventario Documental de los archivos producidos en los grupos, aplicación de la hoja de control para algunas series documentales.	Se debe hacer seguimiento de los archivos intervenidos por parte del grupo de gestión documental, realizar muestras aleatorias y reportes bimestral.

[11] (Tabla 12 Elaborar los Instrumentos Archivisticos, 2026)

Organizar técnicamente el fondo acumulado de los asuntos Acuerdos, contratos Resoluciones e historias laborales almacenados en el archivo central.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/12/2028	Inventarios documentales por cada vigencia, rótulos de las cajas de archivo, entrega formal a la líder de gestión documental; Acta de entrega.	Se debe hacer seguimiento de los archivos intervenidos por parte del grupo de gestión documental, realizar muestras aleatorias y reportes bimestral.
Organizar técnicamente las historias clínicas, implementando la técnica de la digitalización.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/12/2029	Entrega del inventario documental de las historias clínicas, asimismo una matriz descriptiva para las historias digitalizadas.	Se debe hacer seguimiento de los archivos intervenidos por parte del grupo de gestión documental, realizar muestras aleatorias y reportes bimestral.

INDICADORES			
Indicador	**Índice**	**Sentido**	**Meta**
Cumplimiento de actividades	N° actividades ejecutadas / N° actividades planeadas x 100	Creciente	100%

RECURSOS		
Tipo	**Características**	**Observaciones**
Humano	Profesionales en Archivística	*Cumplimiento* Ley 1409 del 2010 – Ley 594 del 2000
Humano	Auxiliares, técnicos / tecnólogos en gestión documental.	Con acreditación mínima de 6 meses de experiencia. Cumplimiento Ley 1409 del 2010 – Ley 594 del 2000
Tecnológico	Equipo cómputo y Escaner	Se debe adquirir un Escaner cama plana y un computador con un proceso eficiente.

Fuente autoría propia

Tabla 10 Inventario en estado natural historias clínicas

Plan o Proyecto Asociado: Plan Anual de Adquisición
Objetivo: Elaborar el inventario en estado natural documental de las historias clínicas.
Alcance: Identificar, registrar y cuantificar las historias clínicas en su estado documental actual, mediante la elaboración del inventario correspondiente, como insumo para su organización, control y gestión archivística.
Responsable del Plan: Gerencia – Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Final	Entregable	Observaciones
Elaborar un diagnóstico volumétrico sobre los metros lineales de las historias clínicas a realizar su respectivo inventario en estado natural.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/08/2026	Informe volumétrico de las historias clínicas	Se debe calcular en metros lineales todas las historias clínicas en fisico.
Capacitar el personal para la ejecución del inventario en estado natural.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	18/07/2026	Acta de reunión técnica.	Realizar varias capacitaciones sobre el proceso a realizar.
Realizar seguimiento y control de las historias clínica inventariadas.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	30/12/2026	Informe estadístico sobre el avance semanal.	Se debe hacer seguimiento semanal de las historias clínicas inventariadas.
Entregar el inventario en su estado natural documental de las historias clínicas.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	30/12/2026	Inventario de las historias clínicas y acta de entrega al comité institucional o personal de planta.	Se debe realizar una entrega formal al personal de planta del hospital para que continúen con el control de la información.

INDICADORES			
Indicador	**Índice**	**Sentido**	**Meta**
Cumplimiento de actividades	N° actividades ejecutadas / N° actividades planeadas x 100	Creciente	100%

RECURSOS		
Tipo	**Características**	**Observaciones**
Humano	Profesionales en Archivística	Cumplimiento Ley 1409 del 2010 – Ley 594 del 2000
Humano	Auxiliares, técnicos / tecnólogos en gestión documental.	Con acreditación mínima de 6 meses de experiencia. Cumplimiento Ley 1409 del 2010 – Ley 594 del 2000
Tecnológico	Equipo cómputo	Se debe adquirir computadores para el levantamiento de la información.

Fuente autoría propia

(Tabla 10 Inventario Estado Natural Historias Clinicas, 2026, s.f.)

Tabla 11 Implementar una herramienta tecnologica[12]

Plan o Proyecto Asociado: Plan Anual de Adquisición
Objetivo: Gestionar la adquisición de una herramienta tecnológica para dar cumplimiento a la normativa archivistica.
Alcance: Modernizar la ventanilla de correspondencia mediante la implementación de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos, que permita administrar, controlar y hacer seguimiento a las comunicaciones oficiales, así como elaborar, gestionar y conservar los documentos organizacionales en un entorno electrónico, conforme a la normativa archivística vigente.
Responsable del Plan: Gerencia – Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Final	Entregable	Observaciones
Adquirir del Sistema de Información – Ventanilla Única de Correspondencia	Gerencia – Administración.	15/07/2026	15/09/2026	Se obtendrá una ventanilla 100% vía web, que se pueda consultar las PQRSD en tiempo real y no sujeto a una red interna, asimismo se contará con firmas electrónicas para la elaboración de los documentos oficiales.	Se debe verificar que el módulo de ventanilla cumpla con la normativa vigente del Archivo General de la Nación y sus respectivas licencias.
Elaborar e implementar el módulo Archivos Especializados	Gerencia – Administración.	15/06/2026	15/12/2030	En el sistema de información se ejecutará el módulo para la serie / subseries: Historias Clínicas, Actos Administrativos, e Historias laborales con el fin que sean digitalizados y parametrizados, aplicando la normativa archivistica.	Incorporación de metadatos descriptivos, índice electrónico, aplicación de OCR, en formato PDF/A o TIFF, Huella digital / código hash y demás requerimientos normativos.

[12] (Tabla 11 Implementar herramienta tecnologica , 2026)

INDICADORES			
Indicador	**Índice**	**Sentido**	**Meta**
Cumplimiento de actividades	N° actividades ejecutadas / N° actividades planeadas x 100	Creciente	100%

RECURSOS		
Tipo	**Características**	**Observaciones**
Humano Tecnológico	Equipo Interdisciplinario Software / Hardware	Archivista, Programadores, Gestión Tecnologica,– Auxiliares técnicos.

Fuente autoría propia

Tabla 12 Elaborar Instrumentos Archivístico[13]

Plan o Proyecto Asociado: Plan Anual de Adquisición
Objetivo: Elaborar, Aprobar, Convalidar y Publicar los Instrumentos Archivísticos.
Alcance: Elaborar, aprobar, convalidar y publicar los instrumentos archivísticos establecidos en el Decreto 1080 de 2015, garantizando su implementación para fortalecer la gestión documental y el cumplimiento de la normativa archivística vigente.
Responsable del Plan: Gerencia – Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Final	Entregable	Observaciones
Elaborar, aprobar, publicar los Cuadros de clasificación documental. CCD	Gerencia – Administración.	15/07/2026	30/12/2026	El oficio de la radicación de las CCD al Consejo territorial de Archivo del Tolima y la publicación en la pagina web.	Dar cumplimiento con las CCD según el Acuerdo 001 del 2024 AGN.
Elaborar, aprobar, publicar las tablas de retención documental. TRD	Gerencia – Administración.	15/07/2026	30/12/2026	El oficio de la radicación de los TRD al Consejo territorial de Archivo del Tolima y la publicación en la página web.	Dar cumplimiento con las TRD según el Acuerdo 001 del 2024 AGN.
Elaborar, aprobar, publicar El programa de gestión documenta PGD.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	30/12/2026	El programa de gestión documental deberá ser aprobado por el comité institucional y publicado en la página web.	Dar cumplimiento con los manuales y anexos del Archivo General de la Nación para su elaboración.
Elaborar, aprobar, publicar el plan institucional de archivo PINAR.	Gerencia – Administración.	15/07/2026	30/12/2026	El plan institucional de archivos deberá ser aprobado por el comité institucional y publicado en la página web.	Dar cumplimiento con los manuales y anexos del Archivo General de la Nación para su elaboración.
Elaborar, aprobar, publicar El modelo de requisitos para	Gerencia – Administración.	15/01/2027	30/12/2027	El MOREQ deberá ser aprobado por el comité	Dar cumplimiento con los manuales y anexos del

[13] (Tabla 12 Elaborar los Instrumentos Archivisticos, 2026)

la gestión de documentos electrónicos. MOREQ				institucional y publicado en la página web.	Archivo General de la Nación para su elaboración.
Elaborar, aprobar, publicar los bancos terminológicos de tipos, series y subseries documentales. BANTER	Gerencia – Administración.	15/07/2026	30/12/2026	El oficio de la radicación de las BANTER al Consejo territorial de Archivo del Tolima y la publicación en la página web.	Dar cumplimiento con las BANTER según el Acuerdo 001 del 2024 AGN.
Elaborar, aprobar, publicar los el mapa de procesos, flujos documentales, procesos, procedimientos y formatos relación con la gestión documental.	Gerencia – Administración.	15/01/2026	30/12/2027	Se debe hacer la debida socialización y publicación de los procesos, procedimientos y formatos elaborados.	Dar cumplimiento con la normativa del Archivo General de la Nación y procesos internos del hospital.
Elaborar, aprobar, publicar la tabla de control de acceso	Gerencia – Administración.	15/01/2027	30/12/2027	Las tablas de control de acceso deberán ser aprobado por el comité institucional y publicado en la página web.	Dar cumplimiento con los manuales y anexos del Archivo General de la Nación para su elaboración.

INDICADORES			
Indicador	**Índice**	**Sentido**	**Meta**
Cumplimiento de actividades	N° actividades ejecutadas / N° actividades planeadas x 100	Creciente	100%

RECURSOS		
Tipo	**Características**	**Observaciones**
Humano	Profesionales en Archivística	Cumplimiento Ley 1409 del 2010 – Ley 594 del 2000
Humano	Abogado Especializado Ingeniero Industrial	

Fuente autoría propia

Tabla 13 Proyecto del plan de capacitaciones[14]

Plan o Proyecto Asociado: Plan Anual de Adquisición
Objetivo: Elaborar y Aprobar el Plan Integral de Capacitación articulado al Plan Estratégico de Talento Humano
Alcance: Formular, aprobar y socializar el Plan Institucional de Capacitación, articulado con el Plan Estratégico de Talento Humano, para fortalecer las competencias de los servidores públicos y contratistas para contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales en la política de gestión documental.
Responsable del Plan: Gerencia – Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Final	Entregable	Observaciones
Capacitación a todos los funcionarios y contratistas sobre el manejo integral del formato único de Inventario documental.	Gerencia – Administración.	15/01/2026	15/01/2030	Material de la capacitación - listado de asistencia - registro fotográfico.	Apoyo de profesionales idóneos y con sus respectivas competencias (Ley 1409 del 2010)
Capacitación a los funcionarios en organización de archivos de gestión	Gerencia – Administración.	15/01/2026	15/01/2030	Material de la capacitación - listado de asistencia - registro fotográfico.	Apoyo de profesionales idóneos y con sus respectivas competencias (Ley 1409 del 2010)
Capacitación a los funcionarios sobre las Tablas de Retención Documental. Reinducción	Gerencia – Administración.	15/01/2026	15/01/2030	Material de la capacitación - listado de asistencia - registro fotográfico.	Apoyo de profesionales idóneos y con sus respectivas competencias (Ley 1409 del 2010)
Capacitación a los funcionarios en ley de transparencia y acceso a la información pública – Sistema de Información y demás temas relacionados con la política de gestión documental.	Gerencia – Administración.	15/01/2026	15/01/2030	Material de la capacitación - listado de asistencia - registro fotográfico.	Apoyo de profesionales idóneos y con sus respectivas competencias (Ley 1409 del 2010)

[14] (Tabla 13 Proyecto del plan de capacitaciones, 2026)

INDICADORES			
Indicador	**Índice**	**Sentido**	**Meta**
% de cumplimiento de actividades	N° actividades ejecutadas / N° actividades planeadas x 100	Creciente	100%

RECURSOS		
Tipo	**Características**	**Observaciones**
Humano	Profesionales en Archivística	Cumplimiento Ley 1409 del 2010 – Archivo General de la Nación – Servicio Nacional de Aprendizaje

Fuente autoría propia

Tabla 14 Compra de herramientas de medición[15]

Plan o Proyecto Asociado: Plan Anual de Adquisición
Objetivo: Comprar las herramientas de medición ambiental y demás elementos de limpieza.
Alcance: Adecuación de la infraestructura física implementando las herramientas de medición ambiental estipuladas en el Acuerdo 001 del 2024, Norma Técnica Colombiana NTC 5921 de 2018, Norma Técnica Colombiana NTC 6047 de 2013 y demás normas aplicables del Archivo General de la Nación hasta la implementación de equipos de monitoreo y control de condiciones ambientales.
Responsable del Plan: Gerencia – Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Actividad	Responsable	Fecha De Inicio	Fecha Final	Entregable	Observaciones
Evaluación estructural de edificios existente	Gerencia – Administración	01/02/2026	01/06/2026	Informe de Gestión	Determinación del estado actual, identificación de riesgos, inspección y planificación de medidas, Análisis estructural.
Mantenimiento de los archivadores y adquisición de estantería.	Gerencia – Administración	01/02/2026	01/06/2026	Informe de ejecución contractual	Compra de las estanterías para el almacenamiento de los archivos.
Mantenimiento locativo para la instalación de las herramientas de medición.	Gerencia – Administración	01/02/2026	01/06/2026	Informe de ejecución contractual	
Adquisición de equipos monitoreo ambiental	Gerencia – Administración	15/02/2027	15/12/2027	Informe de ejecución contractual	Extintores, Termohigrómetros digitales, extractores, Sensores de movimiento, Cámaras de vigilancia, Detectores de humo, señalización, extractores de

[15] (Tabla 14 Compra de herramientas de medición, 2026)

					aire, des-humificadores, luxómetro, medidores de polvo.
Adquisición de equipos mantenimiento y limpieza	Gerencia – Administración	15/02/2027	15/12/2027	Informe de ejecución contractual	Aspiradoras, toallas, traperos, alcohol al 70%, batas, tapabocas, gorros, guantes, gafas, brochas, espátulas, Mopa – Recogedor, Baldes, desinfectantes a base de amonios cuaternarios, Mopas, recogedor, brocha ancha de cerda suave - Aspersor - Espátula metálica o de madera, carro porta archivo y escaleras.
Seguimiento y Control	Gerencia – Administración	01/02/2026	15/12/2028	Informe de seguimiento	Se deberá implementar formatos de seguimiento y control de cada herramienta, según los programas del plan de conservación documental.

INDICADORES			
Indicador	**Índice**	**Sentido**	**Meta**
% de cumplimiento de inversiones ejecutadas	Costo ejecutado de la adquisición / Costo proyectado de las compras	Creciente	100%

RECURSOS		
Tipo	**Características**	**Observaciones**
Humano		Equipo de Gestión Documental

Fuente autoría propia

3.7 CONSTRUCCIÓN DEL MAPA DE RUTA

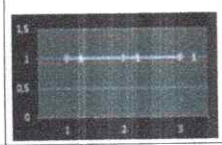
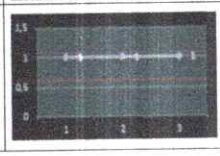
Tabla 15 Mapa de Ruta[16]

OBJETIVOS / Tiempo	Corto plazo (1 año)	Mediano Plazo (1 a 3 años)						Largo Plazo (4 años en adelante)	
	2026	2027-1	2027-2	2028-1	2028-2	2029-1	2029-2	2030-1	2030-2
Ampliar / Arrendar el espacio adecuado del archivo central e histórico según el cálculo identificado en el diagnostico integral y futuras proyecciones.									
Organizar el fondo documental acumulado existente en el hospital, tanto para los archivos de gestión, central y fondo cerrado									
Elaborar el inventario en estado natural documental de las historias clínicas.									
Gestionar la adquisición de una herramienta tecnológica para dar cumplimiento a la normativa archivistica.									
Elaborar, Aprobar, Convalidar y Publicar los Instrumentos Archivísticos.									
Elaborar y Aprobar el Plan Integral de Capacitación articulado al Plan Estratégico de Talento Humano									
Comprar las herramientas de medición ambiental, elementos de limpieza y demás unidades de almacenamiento.									

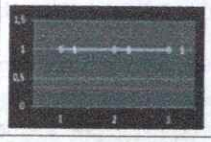
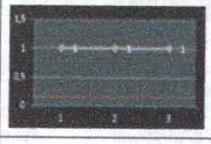
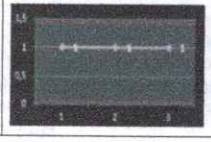
[16] (Tabla 15 Construcción del Mapa de Ruta, 2026)

3.8 CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

Tabla 16 Construcción de la herramienta de seguimiento y control[17]

No.	PLANES Y PROYECTOS ASOCIADOS	INDICADORES	META	Medición trimestral				Avance del Proyecto	GRAFICO	OBSERVACIONES
				1	2	3	4			
1	Ampliar / Arrendar el espacio adecuado del archivo central e histórico según el cálculo identificado en el diagnostico integral y futuras proyecciones.	% de cumplimiento de actividades de reformación del espacio	100%					0%		Sin novedad de seguimiento.
2	Organizar el fondo documental acumulado existente en el hospital, tanto para los archivos de gestión, central y fondo cerrado	% de Cumplimiento de actividades del fondo acumulado	100%					0%		Sin novedad de seguimiento.
3	Elaborar el inventario en estado natural documental de las historias clínicas.	% de Cumplimiento de actividades del inventario	100%					0%		Sin novedad de seguimiento.
4	Gestionar la adquisición de una herramienta tecnológica para dar cumplimiento a la normativa archivistica.	% de cumplimiento de actividades del sistema	100%					0%		Sin novedad de seguimiento.

[17] (Tabla 16 Construcción de la herramienta de seguimiento y control, 2026)

5	Elaborar, Aprobar, Convalidar y Publicar los Instrumentos Archivísticos.	% de cumplimiento de actividades de los instrumentos	100%					0%		Sin novedad de seguimiento.
6	Elaborar y Aprobar el Plan Integral de Capacitación articulado al Plan Estratégico de Talento Humano	% de cumplimiento de actividades las capacitaciones	100%					8%		Sin novedad de seguimiento.
7	Comprar las herramientas de medición ambiental, elementos de limpieza y demás unidades de almacenamiento.	% de cumplimiento de actividades por la compra de los elementos.	100%					0%		Sin novedad de seguimiento.

Fuente autoría propia

4. IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN DEL PINAR

Con la actualización e implementación del Plan Institucional de Archivos (PINAR), el Hospital San José de Ortega fortalecerá la planeación de la función archivística, consolidando la gestión documental como un eje estratégico para el cumplimiento de la normatividad expedida por el Archivo General de la Nación y demás disposiciones aplicables al sector salud. Asimismo, este instrumento permitirá orientar de manera eficiente los recursos destinados a la gestión documental, priorizando las acciones necesarias para garantizar la adecuada organización, conservación, acceso y preservación del patrimonio documental de la entidad.

De igual forma, el PINAR constituirá una herramienta de planificación que permitirá desarrollar, a corto, mediano y largo plazo, las actividades derivadas del diagnóstico integral de archivos, facilitando la priorización de las necesidades institucionales, el fortalecimiento de los procesos archivísticos y el mejoramiento continuo de la administración de la información, en apoyo a la prestación de los servicios de salud y a la gestión administrativa.

Finalmente, el Plan Institucional de Archivos (PINAR) se consolida como un instrumento archivístico dinámico que requiere seguimiento y evaluación permanente por parte de la Alta Dirección y los responsables de la gestión documental. Su implementación favorecerá la articulación con los demás planes institucionales, el Sistema Integrado de Gestión y la planeación presupuestal, contribuyendo al fortalecimiento de la transparencia, la eficiencia administrativa, la memoria institucional y la continuidad en la prestación de los servicios del Hospital San José de Ortega.

BIBLIOGRAFÍA

Archivo General de la Nación, Portal Normativo. (2004_2019). Obtenido de https://normativa.archivogeneral.gov.co/ articuladores, T. 5. (2022).

HOLMESHR. (s.f.). HOLMESHR. Recuperado el 5 de 11 de 2021, de https://www.holmeshr.com/blog/planeacion-estrategica/

ICONTEC. (19 de 12 de 2001). Norma Técnica Colombiana NTC 5029 - Medición de Archivos. Obtenido de http://www.hrplopez.gov.co/archivos/NTC5029.pdf

Manual de Formulación del Plan Instituconal de Archivo PINAR, AGN. (2014). Obtenido_https://www.archivogeneral.gov.co/caja_de_herramientas/docs/2.%20planeacion/MANUALES/FORMULACION%20PINAR.pdf

Nación, A. G. (s.f.). Obtenido de https://www.archivogeneral.gov.co/Proyectos-y-Servicios/Diagnostico-Integral

Pagaina Web oficial de la hospital san jose , Msión Institucional. (2026). Obtenido de https://www.hospitalsanjoseortega.gov.co/

Pagaina Web oficial de la Institución , Visión Institucional. (2023). Obtenido de https://www.hospitalsanjoseortega.gov.co/

Pagina Web Institu , Estructura Organica. (2026). Pagina Web Hospital San Jose de Ortega, Estructura Organica. Recuperado el 11 de junio de 2026, delhttps://www.hospitalsanjoseortega.gov.co/

70% AVANCE

PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

V1.0

ACTUALIZADO POR:

Equipo Interdisciplinario Archivístico

Nombre Del Documento	Programa de Gestión Documental
Nombre De La Entidad	Hospital San José de Ortega
Fecha Aprobación	2026-07-24 - CIGYD
Fecha De Vigencia	2026-O7-24 - 2029-12-31
Instancia De Aprobación	Comité Institucional de Gestión y Desempeño
Autoría Archivística Institucional	Equipo Gestión Documental Hospital
Versión del Documento	1
Responsable De Su Elaboración	Equipo Interdisciplinario
Fecha De Publicación	30-07-2026

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES 1
Introducción 1
Alcance 1
Público Al Cual Está Dirigido ..... ¡Error! Marcador no definido.
REQUERIMIENTOS PARA EL DESARROLLO DEL PGD 2
Normativos 2
Económicos 3
Administrativos 4
Tecnológicos 5
Gestión Del Cambio 6
POLITICA DE GESTION DOCUMENTALG 7
LINEAMIENTOS PARA LOS PROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL 7
Planeación Documental 8
Producción 9
Gestión y Trámite 11
Organización Documental 12
Transferencias Documentales 13
Disposición de Documentos 14
Preservación a Largo Plazo 15
Valoración Documental 16
FASES DE IMPLEMENTACIÓN 17
PROGRAMAS ESPECIFICOS 19
Programa de Normalización de Formas y Formularios Electrónicos 17
Programa de Documentos Vitales o Esenciales 18
Programa de gestión de documentos electrónicos 19
Programa de archivos descentralizados 20
Programa de Reprografía 21
Programa de Documentos Especiales 22
Programa Institucional de capacitaciones 23
Programa de Auditoria y Control 24
ARMONIZACIÓN DEL PGD 25
Diagnostico documental 26
Mapa de Procesos de la Entidad 26
Certificado del Presupuesto Anual Para la Implementación del PGD 27
FICHA TÉCNICA DEL DOCUMENTO 28
CONTROL DE CAMBIOS 28
BIBLIOGRAFÍA 29

ASPECTOS GENERALES

Introducción

El Hospital San José de Ortega, como institución prestadora de servicios de salud, tiene la responsabilidad de garantizar una atención integral, oportuna y de calidad a la comunidad, desarrollando procesos asistenciales y administrativos que generan información esencial para la continuidad de la atención, la gestión institucional, el cumplimiento de los requisitos legales y el ejercicio de la función pública. En este contexto, la gestión documental constituye un componente estratégico para asegurar la organización, administración, conservación, acceso y preservación de los documentos producidos y recibidos por la entidad durante el desarrollo de sus funciones.

La adecuada administración de los documentos permite fortalecer la transparencia, la eficiencia administrativa, la seguridad de la información, la trazabilidad de las actuaciones institucionales y la conservación de la memoria institucional. Asimismo, facilita la disponibilidad de la información para la toma de decisiones, la atención de requerimientos de los organismos de control, el ejercicio del derecho de acceso a la información pública y el cumplimiento de las disposiciones aplicables al sector salud y a la función archivística.

En este sentido, mediante la **Resolución No. 209 del 10 de diciembre de 2025**, "Por medio de la cual se actualiza y adopta la Política de Gestión Documental del Hospital San José de Ortega", la Alta Dirección ratificó su compromiso con el fortalecimiento de la función archivística institucional, estableciendo los lineamientos para la administración integral de los documentos y la información. Como desarrollo de esta política, se estructura el presente Programa de Gestión Documental (PGD), instrumento archivístico que orienta la planificación, implementación, seguimiento y mejora continua de los procesos de gestión documental en el corto, mediano y largo plazo.

En cumplimiento de la Ley 594 de 2000, por medio de la cual se expide la Ley General de Archivos, y de lo dispuesto en el Decreto 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura, especialmente en el artículo 2.8.2.5.10, el Hospital San José de Ortega formula el presente Programa de Gestión Documental como parte integral de su planeación institucional, garantizando la aplicación de los principios archivísticos durante todo el ciclo de vida de los documentos, independientemente de su soporte o formato.

De igual manera, el Programa de Gestión Documental se encuentra armonizado con los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación, el Acuerdo 001 de 2024 y su Anexo 4, así como con los demás instrumentos archivísticos adoptados por la entidad, permitiendo la adecuada planificación y ejecución de los ocho procesos de la gestión documental: planeación, producción, gestión y trámite, organización, transferencias, disposición de documentos, preservación a largo plazo y valoración documental.

La implementación del Programa de Gestión Documental permitirá fortalecer la administración de la información institucional, optimizar el control de los expedientes clínicos y administrativos, mejorar la recuperación oportuna de la documentación, reducir los riesgos asociados con la pérdida, alteración o deterioro de los documentos y garantizar el cumplimiento de los principios de autenticidad, integridad, disponibilidad, fiabilidad y conservación de la información. Asimismo, contribuirá al fortalecimiento de la gestión administrativa, al mejoramiento continuo de los procesos institucionales, al cumplimiento de los estándares de calidad en salud y a la prestación eficiente de los servicios ofrecidos a la comunidad.

Finalmente, la actualización del Programa de Gestión Documental del Hospital San José de Ortega se fundamenta en los resultados del diagnóstico integral de archivos y en las necesidades identificadas por la entidad en materia de gestión documental, incorporando acciones orientadas al fortalecimiento de la función archivística, la transformación digital, la administración de documentos electrónicos, la preservación documental y el cumplimiento de la normatividad vigente, consolidando la gestión documental como un eje transversal para el desarrollo institucional y la mejora continua de los servicios de salud.

Alcance

El Programa de Gestión Documental (PGD) del Hospital San José de Ortega establece los lineamientos para la planificación, implementación, seguimiento y mejora continua de los procesos de gestión documental, aplicables a todas las dependencias de la entidad, independientemente del soporte o formato en que se produzca, reciba, gestione, conserve o disponga la información.

Su alcance comprende la administración integral de los documentos durante todo su ciclo de vida, desde su planeación y producción hasta su disposición final o preservación a largo plazo, conforme a los procesos archivísticos establecidos por el Archivo General de la Nación y la normatividad vigente. Asimismo, orienta la implementación de los instrumentos archivísticos, el fortalecimiento de la gestión de documentos físicos y electrónicos, la protección del patrimonio documental institucional y el acceso oportuno, íntegro y confiable a la información que soporta los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo del Hospital.

Público Al Cual Está Dirigido

El Programa de Gestión Documental (PGD) del Hospital San José de Ortega está dirigido a todos los servidores públicos, trabajadores oficiales, contratistas, personal vinculado mediante cooperativas, empleados asistenciales, personal administrativo, profesionales de apoyo, practicantes y demás colaboradores que, en el ejercicio de sus funciones u obligaciones contractuales, intervengan en la producción, recepción, gestión, trámite, organización, consulta, conservación, transferencia, disposición final y preservación de los documentos e información institucional, independientemente de su soporte o formato.

Asimismo, constituye un instrumento de referencia para los usuarios de los servicios de salud, ciudadanos, proveedores, entidades administradoras de planes de beneficios, organismos de control, autoridades competentes y demás personas naturales o jurídicas que interactúan con el

Hospital en el desarrollo de procesos asistenciales, administrativos o en el ejercicio del derecho de acceso a la información pública.

Las políticas, lineamientos y procedimientos establecidos en el presente Programa son de obligatorio cumplimiento para todo el personal que genere o administre documentos institucionales y de conocimiento para los grupos de interés, con el fin de garantizar una adecuada gestión documental, la protección de la información, la transparencia institucional y el cumplimiento de la normatividad archivística vigente.

REQUERIMIENTOS PARA EL DESARROLLO DEL PGD

A continuación, se relacionan los requerimientos de carácter normativo, económicos, administrativos, tecnológicos y de gestión del cambio que inciden sobre la función archivística y documental de la entidad

Normativos

Las normas que aplican para el cumplimiento de la función archivística y la gestión documental para las entidades del orden nacional, territorial expedidas por el Archivo General de la Nación, y demás normas aplicables a NFIBAGUÉ son las que se relacionan a continuación y las que le modifiquen posteriormente:

NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
LEY 527 DE 1999	Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las Entidades de certificación y se dictan otras disposiciones
Ley 594 de 2000.	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones
Ley 1409 del 2010	Por la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la Archivística, se dicta el Código de Ética y otras disposiciones
Ley 1581 de 2012.	Protección de datos personales
Ley 1712 de 2014.	Por medio de la cual se crea la Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones
DECRETO 2364 DE 2012	Por medio del cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley 527 de 1999, sobre la firma electrónica y se dictan otras disposiciones.
Decreto Nacional 1377 de 2013	Protección de datos
Decreto Nacional 1081 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.
Decreto Nacional 1080 de 2015	Sector Cultura-Patrimonio Archivístico

Decreto Nacional 1499 de 2017	Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Normas internas
DECRETO 088 DE 2022	Por el cual se adiciona el Titulo 20 a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Decreto 1078 de 2015, para reglamentar los artículos 3, 5 y 6 de la Ley 2052 de 2020, estableciendo los conceptos, lineamientos, plazos y condiciones para la digitalización y automatización de trámites y su realización en línea
Acuerdo 001 del 2024	"Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones."
Norma NTC- ISO 15489-1	Información y documentación-gestión de registros.
NTC 4436	Información y documentación. Papel para documentos de archivo. Requisitos para la permanencia y la durabilidad.
NTC-ISO 27001 y NTC- ISO 27002	Seguridad y manejo de la información almacenada en sistemas informáticos.
Norma ISO 9001 de 2015	Determina los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad
Norma ISO 14001 de 2015	Requisitos para documentos del sistema de gestión ambiental.
Norma ISO 45001 de 2018	Requisitos para documentos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Económicos

El Hospital San Jose de Ortega, establece el recurso presupuestal durante los 4 años de vigencia, el cual debe estar incluido en el Plan Anual de adquisición / Plan Maestro, para cumplir y mantener aquellas actividades resultantes de las estrategias trazadas a corto, mediano y largo plazo en el programa de gestión documental.

Actualmente el hospital viene desarrollando el plan de acción archivístico a raíz del diagnóstico integral de archivo, y dentro de su planeación financiera se tiene contemplado la asignación del presupuesto y se actualizará acorde a la ejecución de las actividades planteadas en el mapa de ruta del PINAR y armonizado en el plan de acción de la entidad como lo determina el Decreto 612 de 2018.

Administrativos

Actualmente el hospital, las funciones de archivo y gestión documental se encuentran bajo la jurisdicción de la administración, cuenta con un equipo con los siguientes perfiles:

PERFIL	ACTIVIDAD	CANTIDAD	MODALIDAD
Administrador (a)	Líder de la Política de archivo y gestión documental.	1	Planta
Auxiliar Administrativo	Apoyo en la gestión documental	1	Planta - Cooperativa
Auxiliar Administrativo	Apoyo en la gestión documental	1	Planta - Cooperativa
Profesional en Archivistica	Apoyo en los procesos de gestión documental	1	Contratista

Se realiza una observación en el Programa de Gestión Documental, específicamente en el aspecto administrativo, respecto a la necesidad de contratar personal idóneo y competente para integrar la planta encargada de estos procesos. Esta recomendación es fundamental para garantizar el cumplimiento de la Ley 1409 de 2010 y de la Resolución 0629 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública, así como para asegurar la continuidad y correcta ejecución de los procesos de gestión documental ya establecidos.

INSTANCIA	RESPONSABILIDAD	NORMATIVA
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Aprobar el Programa de Gestión Documental según lo dispuesto en el Decreto 1080 de 2015. Cumplir con las funciones establecidas en el artículo 2.8.2.1.16 del Decreto 1080 de 2015. 16. Estructurar y aprobar el Plan de Acción de la Entidad de que trata el artículo 2.2.22.3.14. del Decreto 1083 de 2015. Responsable de la revisión y aprobación de la Política de Gestión Documental, según la normativa del Archivo General de la Nación	Decreto 1080 del 2015 Decreto 1499 del 2017 Acuerdo 001 del 2024 AGN
Administrativa	Responsable del despliegue, seguimiento e implementación de la política de gestión documental en el modelo integrado de planeación y gestión MIPG. Por otra parte, le corresponde la coordinación general de la gestión documental, garantizar la prestación de los servicios archivísticos y la formulación de proyectos, programas, estrategias, proyectos de regulación interna necesarios para desarrollar la Gestión Documental en la entidad.	Decreto 1080 del 2015 Sector Cultura Manual de Funciones Acuerdo 001 del 2024 AGN
Gerencia	Es responsabilidad de la Gerencia, expedir las normas y reglamentos necesarios para	

	desarrollar la Gestión Documental en el hospital. Asimismo, es el responsable de presentar proyectos ante la junta directiva para la custodia del patrimonio histórico de hospital.	Decreto 1080 del 2015 Sector Cultura Decreto 612 del 2018 Manual de Funciones
Todas las demás Dependencias	Cumplir con la integridad y autenticidad de los documentos que genere o que se encuentren a su cargo cumpliendo lo establecido en la Ley General de Archivos Además, cuando el funcionario o contratista termine su vinculación con la entidad o se traslade de cargo debe realizar entrega formal de la documentación por medio de un inventario documental y demás documentos, con el visto bueno del jefe de área o supervisor del contrato.	Ley 594 del 2000 Decreto 1080 del 2015 Acuerdo 001 del 2014 Ley 1952 de 2019 – Articulo 38.
Oficina de Control Interno	Hacer el seguimiento y control de la implementación de la política de gestión documental, asimismo reportar aquellos funcionarios o contratistas que incumplen con las directrices normativas. Los jefes de control interno, o quien haga sus veces, en cumplimiento del artículo 2.8.2.5.11 del Decreto 1080 de 2015 "Decreto Único del Sector Cultura" o por el que se modifique, derogue o sustituya, incorporará en su plan anual de auditorías las acciones tendientes a verificar el cumplimiento del presente Acuerdo en desarrollo del Programa de Gestión Documental, y en articulación con las herramientas o instrumentos adoptados por la entidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, según corresponda Los resultados de las auditorías internas deben ser presentados ante el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, y deberán ser remitidos al nominador, para que se adopten las decisiones a que haya lugar, así como establecer acciones	Ley 87 De 1993 Decreto 1893 De 2021 Acuerdo 001 del 2024 AGN

	correctivas a través de planes de mejoramiento	

Tecnológicos

El hospital San Jose de Ortega, se han identificados algunos recursos tecnológicos que permiten realizar la producción de los documentos desde un aspecto electrónico o digital.

Por consiguiente, en el diagnóstico previo para la elaboración del programa de gestión documental, se identificó que cuenta con poco equipo tecnológico para la adecuada gestión administrativa y archivistica, especialmente el archivo central NO cuenta con equipos sofisticados que permitan brindar un servicio de óptimas condiciones para la preservación y control de los archivos conservados.

Asimismo, el hospital cuenta con una página web https://www.hospitalsanjoseortega.gov.co/ institucional cuenta con un canal de Noticias, Eventos y demás información administrativa que permite que los usuarios que tengan acceso a información pública, navegar en ella y estén enterados de todos los servicios y/o procesos con que cuenta el hospital permitiendo que los administrativos y público en general puedan encontrar información actualizada y de primera mano.

Canales de Comunicación

A continuación se relaciona los diferentes canales de comunicación y atención al ciudadano que cuenta el hospital:

Atención Personal: Puede acercarse a la sede del hospital Calle 6 # 3-25 Ortega - Tolima. El horario de atención personalizada es: Horario de atención: martes a viernes de 7:00 a.m a 12:30 p.m y de 2:00 p.m a 6:00 p.m y sábados de 7:00 a.m a 1:00 p.m

Correo Electrónico: El ciudadano podrá radicar su petición, queja o reclamo por medio de correo electrónico contactenos@hospitalsanjoseortega.gov.co

Línea Telefónica: Teléfono Conmutador: 57 + 60 +8 + 2258801Teléfono móvil: 3112230151Línea de atención gratuita: 57 + 3134548700.

Redes sociales: a través de Facebook: https://web.facebook.com/hsanjoseortega?_rdc=1&_rdr# , YouTube https://www.youtube.com/channel/UCySwzKIZT1aQkqcudUeL_tA?view_as=subscriber

Petición presencial escrita – ventanilla: Para las peticiones presentadas en forma presencial y cuando el ciudadano no dispone de un oficio para radicar en la ventanilla de correspondencia, el cual contiene en esencia los requisitos contemplados en el artículo 16 de la ley 1755 de 2015, con constancia de numero de radicación y fecha.

Petición ventanilla virtual escrita – página web: Para la recepción de peticiones enviada a la página web https://www.hospitalsanjoseortega.gov.co/peticiones-quejas-reclamos , el peticionario o interesado podrá radicar su petición a través del enlace Atención al Ciudadano – PQRDS, Formulario Electrónico de PQRSD, desde cualquier computador o móvil. Allí deben diligenciar el formulario con sus datos generales de la petición, identificación, ubicación y contacto de la persona que la radica.

Gestión Del Cambio

La Administración, seguirán fortaleciendo la cultura de la política de gestión documental del Hospital a través de la formación y capacitación para el equipo de talento humano que presta sus servicios en el hospital, incluyendo las actividades que se consideren necesarias en el Plan Institucional de Capacitación.

Asimismo, se ha comprometido con la contratación de personal para gestión documental para llevar un óptimo direccionamiento en la implementación de la normativa archivística emitida por el Archivo General de la Nación; finalmente con los hallazgos identificado en el diagnostico documental, plan de acción el hospital estará comprometido con el avance de los hallazgo negativos y fortalecer la cultura archivística con todos los funcionarios y contratista con el fin de llevar un control y seguimiento de la gestión documental.

POLITICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

De acuerdo con las competencias establecidas por parte del hospital, según la RESOLUCIÓN 209 DEL 10 DE DICIEMBRE DEL 2025, POR MEDIO DE LA CUAL SE ACTUALIZA Y ADOPTA LA POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE ORTEGA.; según el acto administrativo el hospital cuenta con una política debidamente aprobada y difundida a todos los funcionarios y contratista del hospital.

LINEAMIENTOS PARA LOS PROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL

El **Decreto 1080 de 2015**, en su artículo 2.8.2.5.9, establece los procesos mínimos que deben integrar la Gestión Documental en las entidades públicas. En este Programa de Gestión Documental (PGD), la formulación de cada uno de los ocho (8) procesos archivísticos se desarrolla atendiendo las necesidades institucionales del Hospital San José de Ortega, en armonía con los principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia, responsabilidad, cultura archivística, interoperabilidad, neutralidad tecnológica, protección de la información y orientación al ciudadano, garantizando la adecuada administración de los documentos durante todo su ciclo de vida.

Para la estructuración del presente Programa de Gestión Documental se identificaron las fortalezas, oportunidades de mejora y necesidades de la función archivística institucional, a partir del Diagnóstico Integral de Archivos, el análisis de los instrumentos archivísticos existentes, las visitas de verificación a los archivos de gestión y al Archivo Central, la revisión de los planes de mejoramiento institucional, los resultados del autodiagnóstico del Modelo Integrado de Planeación

y Gestión (MIPG), así como de otros mecanismos de evaluación y seguimiento implementados por la entidad.

Las necesidades identificadas fueron analizadas frente a los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación y la normatividad archivística vigente, permitiendo definir acciones de mejoramiento orientadas al fortalecimiento de los ocho (8) procesos de la gestión documental. Estas acciones se proyectan para su ejecución en el corto, mediano y largo plazo, con el propósito de optimizar la organización, administración, conservación, acceso, preservación y disposición final de los documentos, fortaleciendo la gestión institucional y apoyando de manera eficiente los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo que desarrolla el Hospital San José de Ortega.

Planeación Documental

Según el Decreto 1080 este proceso se define como: "Conjunto de actividades encaminadas a la planeación, generación y valoración de los documentos de la entidad, en cumplimiento con el contexto administrativo, legal, funcional y técnico. Comprende la creación y diseño de formas, formularios y documentos, análisis de procesos y análisis diplomático.

Asimismo, es importante mencionar en el proceso de planeación documental que cada año en el mes de enero, los líderes de los procesos o los jefes de las dependencias deberán revisar, y si es el caso, actualizar los procesos, procedimientos, flujos documentales, manuales, planes, guías o formatos, que están asociados a la generación de registros o documentos de archivo; con el fin de establecer la mejora continua y actualizar aspectos normativos o funcionales de cada proceso.

Las directrices adoptadas son las siguientes:

ASPECTO / CRITERIO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPOS DE REQUISITOS			
		A	L	F	T
Administración Documental	Contextualizar la gestión documental de acuerdo con las disposiciones que regulan la entidad, la estructura orgánico-funcional, los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, la plataforma estratégica, las obligaciones y compromisos.	X	X		
	Crear y mantener actualizado el registro de activos de información	X	X	X	X
	Adoptar y difundir de manera amplia el esquema de publicación	X	X	X	X
	Elaborar y/o actualizar Instrumentos archivísticos: ↓ Plan Institucional de Archivos – PINAR ↓ Programa de Gestión Documental – PGD ↓ Tablas de Retención Documental – TRD	X	X	X	X
	↓ Tablas de Valoración Documental – TVD ↓ Cuadros de Clasificación Documental – CCD ↓ Tablas de Control de Acceso, inventario de activos de información, esquemas de publicación digital ↓ Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos ↓ Banco Terminológico Ejecutar las tareas del sistema Integrado de Conservación – SIC 2024- 2027	X	X	X	X

	Formule las directrices de la transferencia de documentos que deben ser preservados a largo plazo	X			X
	Elaboración y aplicación Tablas de Control de Acceso con el fin de aplicar las políticas de seguridad de la información de la entidad y defina las tablas de control de acceso (perfiles) requeridos para los procesos y actividades de la gestión documental	X			X
Directrices para la creación y diseño de documentos	Actualizar constantemente los procesos, procedimientos, flujos documentales y la descripción de las funciones de las unidades administrativas de la entidad con el fin de ejercer el control de producción y elaboración de los documentos en forma viable y autentica y en el formato que mejor responda a su disponibilidad, acceso y preservación	X			X
	Identificar la producción de nuevos tipos documentales por medio de la retroalimentación de los procedimientos con las áreas armonizados con el sistema de gestión de calidad.	X			X
Planeación	Armonizar las actividades del mapa de ruta del PINAR con el Plan de Acción de la entidad y realizar seguimiento anual a los planes programas y proyectos definidos, de conformidad con la implementación del MIPG.	X	X	X	X

Convenciones: A - Administrativo- L – Legal – F – Funcional – T – Tecnología.

Documentos asociados:

Mapa de Riesgo de gestión documental.
Política de gestión documental.

Producción

Considerado factor importante en el ciclo de vida del documento, por lo que se debe normalizar la producción de la documentación en la estructura, forma, ingreso, elementos de presentación, soporte, establecer criterios para la asignación de consecutivos y la producción de copias, diplomática en términos de formalidad, conforme al desarrollo de las funciones propias de cada dependencia.

Según el Decreto 1080 de 2015 la producción son el conjunto de "Actividades destinadas al estudio de los documentos en la forma de producción o ingreso, formato y estructura, finalidad, área competente para el trámite, proceso en que actúa y los resultados esperados".

ASPECTO / CRITERIO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPOS DE REQUISITOS			
		A	L	F	T
Estructura de los Documentos	Defina la estructura, las condiciones diplomáticas (internas y externas), el formato de preservación, el soporte, el medio, las técnicas de impresión, y demás condiciones que se requieran al elaborar documentos de archivo. Para documentos del SGDEA se deben cumplir los requisitos establecidos en el Decreto 1080 de 2015.	X	X		X

	Describa las instrucciones para el diligenciamiento de formas, formatos y formularios de la entidad alineados con el sistema de gestión y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG	X		X	
Forma De Producción O Ingreso	Determine los mecanismos de control de versiones y aprobaciones de documentos para facilitar el trabajo colaborativo y el mantenimiento de la trazabilidad desde su creación hasta el momento de su aprobación y firma.	X		X	
	Haga uso adecuado de la reproducción de documentos con el fin de reducir los costos derivados de su producción, elaboración e implementación del programa específico de reprografía enfocado en documento electrónico	X		X	
	Defina los lineamientos para uso de formatos abiertos en la producción de documentos electrónicos	X	X	X	X
Áreas competentes para el trámite	Diseñe mecanismos (planillas, registros entre otros) para la recepción de los documentos físicos o electrónicos producidos por los ciudadanos para que sean incorporados a la sede electrónica o al sistema implantado por la entidad para tal efecto	X		X	X
	Garantice el control unificado del registro y radicación de los documentos tramitados por la entidad independientemente de los medios y canales disponibles, de acuerdo con los tipos de información definidos	X			X
	Señale directrices encaminadas a lograr la simplificación de trámites de la entidad y facilitar su automatización	X			X
	Disponga de los dispositivos tecnológicos destinados al área de archivo para la digitalización de los documentos y poder integrarlos al sistema de información.	X			X

Convenciones: A - Administrativo- L – Legal – F – Funcional – T – Tecnología.

Documentos asociados:

Manual De Correspondencia Y Documentos Organizacional.
Manual De Procesos y Procedimientos.
Procedimiento Elaboración Y Control De Documentos.

Gestión y Trámite

Conjunto de actuaciones necesarias para el registro, la vinculación a un trámite, la distribución incluidas las actuaciones o delegaciones, la descripción (metadatos), la disponibilidad, recuperación y acceso para consulta de los documentos, el control y seguimiento a los trámites que surte el documento hasta la resolución de los asuntos.

ASPECTO / CRITERIO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPOS DE REQUISITOS			
		A	L	F	T
Registro de documentos	Series documentales de la entidad con el fin de facilitar la interoperabilidad entre los sistemas de información y garantizar la adecuada atención a los usuarios	X		X	X
Distribución	Haga entrega de los documentos a las instancias internas y externas destinatarias siguiendo el procedimiento dispuesto para tal fin	X			X

Acceso y consulta	Estructure servicios de archivo y haga uso de los medios tecnológicos para facilitar la interacción con los usuarios	X		X	X
	Promueva el intercambio de información con otras instituciones haciendo uso del banco terminológico de tipos, series y sub- series documentales de la entidad con el fin de facilitar la interoperabilidad entre los sistemas de información y garantizar la adecuada atención a los usuarios	X		X	X
	Establezca las tablas de control de acceso y los formatos de préstamo de los documentos, así como los mecanismos de consulta disponibles para los usuarios	X		X	X
Control y seguimiento	Implemente el mapa de procesos, flujos documentales y la descripción de las funciones de las unidades administrativas de la entidad, indicando los periodos de vigencia que tienen los funcionarios para dar su respuesta		X		X
	Implemente controles para verificar la trazabilidad de los trámites y sus responsables. En entornos electrónicos esto se hace a través de metadatos	X			X
	implemente controles para asegurar que los trámites que surten los documentos se cumplan hasta la resolución de los asuntos de manera oportuna	X	X		

Convenciones: A - Administrativo- L – Legal – F – Funcional – T – Tecnología.

Documentos asociados:

Manual De Correspondencia Y Documentos Organizacional
Manual De Procesos y Procedimientos
Estatuto Anticorrupción y Atención al ciudadano

Organización Documental

Conjunto de operaciones técnicas para declarar el documento en el sistema de gestión documental, clasificarlo, ubicarlo en el nivel adecuado, ordenarlo y describirlo correctamente.

ASPECTO / CRITERIO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPOS DE REQUISITOS			
		A	L	F	T
Clasificación	Identifique y asigne cada uno de los documentos de la entidad a su respectivo expediente acorde a los CCD y las TRD, manteniendo en todo momento su vínculo con el trámite y el proceso que le dio origen. Para los expedientes electrónicos establezca las relaciones a través de metadatos y teniendo en cuenta el Modelo de Requisitos para los Documentos Electrónicos del Hospital.	X			X
Ordenación	Ubique cada uno de los documentos que componen un expediente, respetando el orden en que se produjeron y realizando la foliación respectiva; aplicación del principio del orden original.	X			
	Para los expedientes electrónicos garantice su integridad mediante la producción y actualización del índice electrónico (Requisitos DEL Moreq)	X			
	Especifique los parámetros que permitan desarrollar actividades de ordenación documental, garantizando la adecuada disposición y control de los documentos en cada una de las fases de archivo	X			

	Aplicar la técnica de la depuración documental, retiro de material metálico, ordenación cronológica de los expedientes de archivo, limpieza documental y aplicación de técnicas archivísticas.				
	Determine los sistemas de ordenación para asegurar la secuencia numérica, alfabética o alfanumérica en cada agrupación documental, acorde con las necesidades y requerimientos de la entidad	X			
Descripción	Implemente el programa de descripción documental mediante la utilización de normas, estándares y principios universales y sistemas informáticos basados en la norma general para la descripción archivísticas como la NTC 4094 del 2013 – ISAG(G)-2000.	X			
	Elaborar las hojas de control de la totalidad de los expedientes para los archivos de gestión.	X			
	Controle los expedientes de archivos de gestión mediante el Formato único de inventario documental FUID y aplicando los rótulos y formatos ya normalizado por el Hospital.	X			

Convenciones: A - Administrativo- L – Legal – F – Funcional – T – Tecnología.

Documentos asociados:

Manual De Archivo General Y Gestión Documental
Instructivo Pautas Técnicas Para Foliación En Documentos De Archivo
Transferencias Documentales
Inventario Documental
Rotulo De Caja
Rotulo De Carpeta De Archivo
Hoja De Control
Tablas De Retención Documental
Cuadros De Clasificación Documental
Tablas De Valoración Documental
Política de gestión documental.

Transferencias Documentales

Conjunto de operaciones adoptadas por la entidad para transferir los documentos durante las fases de archivo, verificando la estructura, la validación del formato de generación, la migración, refreshing, emulación o conversión, los metadatos técnicos de formato, los metadatos de preservación y los metadatos descriptivos.

ASPECTO / CRITERIO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPOS DE REQUISITOS			
		A	L	F	T
Preparación de la transferencia De la Validación de la transferencia	Aplique las directrices y los procedimientos señalados por el AGN para la realización de las transferencias primarias y secundarias, de conformidad con lo establecido en las Tablas de Retención Documental.	X			
	Tenga en cuenta lo establecido por el AGN para la transferencia de documentos electrónicos, de forma que se asegure su integridad, autenticidad, preservación y consulta a largo plazo	X			X

	Alistamiento y preparación de la documentación según el acto administrativo del hospital sobre las transferencias documentales primarias.				
	Verifique la aplicación de los procesos de clasificación y ordenación de los expedientes, así como las condiciones adecuadas de empaque, embalaje para el traslado y entrega formal de las transferencias documentales mediante el inventario documental firmado por las personas que intervienen en el proceso y el diligenciamiento del acta de transferencia.	X			
	Diligencie los inventarios de las transferencias en el Formato Único de Inventario Documental - FUID, conforme a los criterios establecidos en el Decreto 1080 del 2015 y Acuerdo 001 del 2024 Archivo General de la Nación.	X X			
Migración, refreshing, emulación o conversión	Formule los métodos y la periodicidad de aplicación de las técnicas de migración, refreshing, emulación o conversión, con el fin de prevenir cualquier degradación o perdida de información y asegurar el mantenimiento de las características de contenido de los documentos	X			X

Convenciones: A - Administrativo- L – Legal – F – Funcional – T – Tecnología.

Documentos asociados:

Manual De Archivo General Y Gestión Documental
Transferencias Documentales
Política de gestión documental.

Disposición de Documentos

Selección de los documentos en cualquier etapa del archivo, con miras a su conservación temporal, permanente o a su eliminación, de acuerdo con lo establecido en las Tablas de Retención Documental - TRD y/o Tablas de Valoración Documental – TVD.

ASPECTO / CRITERIO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPOS DE REQUISITOS			
		A	L	F	T
Directrices Generales	Aplique la decisión resultante de la disposición final, establecida en las TRD y TVD, apoyándose en procedimientos documentados / Memoria descriptiva para normalizar y formalizar estas actividades, elaboración y aplicación de TRD y TVD	X	X	X	X
	Registre en el sistema de información los procedimientos de disposición final aplicados y los correspondientes metadatos que vinculen dichos procedimientos.	X	X	X	X
Conservación total, Selección y Microfilmación y/o Digitalización	Determine la metodología, los estándares, las técnicas, los criterios y el plan de trabajo para la aplicación de la conservación total, la selección, la microfilmación y/o la digitalización; aplicación del procedimiento o guía de digitalización del Hospital; asimismo identificar el repositorio para la conservación del expediente digitalizado o el backup de seguridad externo.	X	X	X	X
Eliminación	Defina un procedimiento que garantice la destrucción segura y adecuada de los documentos físicos y electrónicos	X	X	X	X

	Formalice la eliminación de los documentos mediante actas aprobadas por el Comité Institucional.	X	X	X	X
	Mantenga disponibles las actas de eliminación y el inventario correspondiente para dejar la trazabilidad de las actividades realizadas	X	X	X	X
	Garantice la publicación de los inventarios de los documentos eliminados en el sitio web de la entidad en cumplimiento del Decreto 1080 del 2015 y Acuerdo 001 del 2024.	X	X	X	X

Convenciones: A - Administrativo- L – Legal – F – Funcional – T – Tecnología.

Documentos asociados:

Tablas De Valoración Documental
Memoria descriptiva
Tablas de valoración Documental
Acta de eliminación documental

Preservación a Largo Plazo

Conjunto de acciones y estándares aplicados a los documentos durante su gestión para garantizar su preservación en el tiempo, independientemente de su medio y forma de registro o almacenamiento:

ASPECTO / CRITERIO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPOS DE REQUISITOS			
		A	L	F	T
Sistema Integrado de Conservación	Implemente el Plan de Conservación Documental para los documentos análogos, considerando los programas, procesos y procedimientos relacionados con la conservación preventiva conservación documental y restauración documental	X	X	X	X
	Implemente el Plan de Preservación a largo plazo para los documentos electrónicos, considerando las estrategias, procesos y procedimientos, garantizando la autenticidad, integridad, confidencialidad y la conservación a largo plazo de los documentos electrónicos de archivo de acuerdo con las TRD y/o TVD	X	X	X	X
Seguridad de la Información	Defina los mecanismos para salvaguardar los documentos electrónicos de manipulaciones o alteraciones en la actualización, mantenimiento y consulta o por cualquier falla de funcionamiento del SGDEA	X	X		X
	Asegure que el SGDEA mantenga las siguientes características de los documentos: autenticidad, integridad, inalterabilidad, acceso, disponibilidad, legibilidad (visualización) y conservación y que se encuentre alineado con las Tablas de Control de Acceso y el Índice de información Clasificada y Reservada		X		X
	Mantenga actualizados los instrumentos de gestión de la información pública contemplados en La Ley de Seguridad y Acceso a la Información	X	X	X	X
Requisitos para la preservación y conservación de	Establezca los requisitos para la preservación de los documentos electrónicos de archivo desde el mismo momento de su creación y verifique el cumplimiento de los mismos.	X	X		X

los documentos electrónicos de archivo	Armonice el Modelo de Requisitos Para la Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo con el Plan de Preservación a Largo plazo y los mecanismos de digitalización en la fase de producción.				
	Verifique que el SGDEA implementado en la entidad garantice la preservación de los documentos, de acuerdo con lo dispuesto en las TRD	X	X		X
Requisitos para las técnicas de preservación a largo plazo	Identifique las necesidades de preservación a largo plazo de los documentos electrónicos de archivo y determine los criterios y métodos de conversión refreshing, emulación y migración que permitan prevenir cualquier degradación o perdida de información y aseguren el mantenimiento de las características de integridad	X	X		X

Convenciones: A - Administrativo- L – Legal – F – Funcional – T – Tecnología.

Documentos asociados:

Modelo De Requisitos Para La Gestión De Documentos Electrónicos (Pendiente)

Valoración Documental

Proceso permanente y continuo, que inicia desde la planificación de los documentos y por medio del cual se determinan sus valores primarios y secundarios, con el fin de establecer su permanencia en las diferentes fases del archivo y determinar su disposición final (eliminación o conservación temporal o definitiva)

ASPECTO / CRITERIO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPOS DE REQUISITOS			
		A	L	F	T
Directrices Generales	Evalúe las características de la diplomática documental y las condiciones técnicas de producción de los documentos físicos y electrónicos para decidir su conservación total	X	X	X	X
	Analice los documentos que informan sobre el desarrollo, estructura, procedimientos y políticas de la entidad para determinar criterios de valoración	X	X		
	Revise la producción documental de las áreas en términos cuantitativos y cualitativos para identificar los documentos que tiene valores primarios y secundarios	X	X	X	X
	Tenga en cuenta el contexto funcional, social, cultural y normativo de la entidad para definir los valores primarios y secundarios de los documentos físicos y electrónicos de archivo	X	X	X	X
	Analice la frecuencia de uso y consulta de los documentos y el impacto que pueda generar en la investigación sobre la historia y genealogía institucional como base para determinar los valores secundarios de los documentos	X	X	X	X

Convenciones: A - Administrativo- L – Legal – F – Funcional – T – Tecnología.

Documentos asociados:

Tablas De Valoración Documental
Memoria descriptiva
Tablas de valoración Documental

FASES DE IMPLEMENTACIÓN

El Programa de Gestión Documental busca establecer el ciclo PHVA – (Planear, hacer, verificar y actuar) como parte de la implementación de las actividades que se desarrollan para cada proceso de la Gestión Documental.

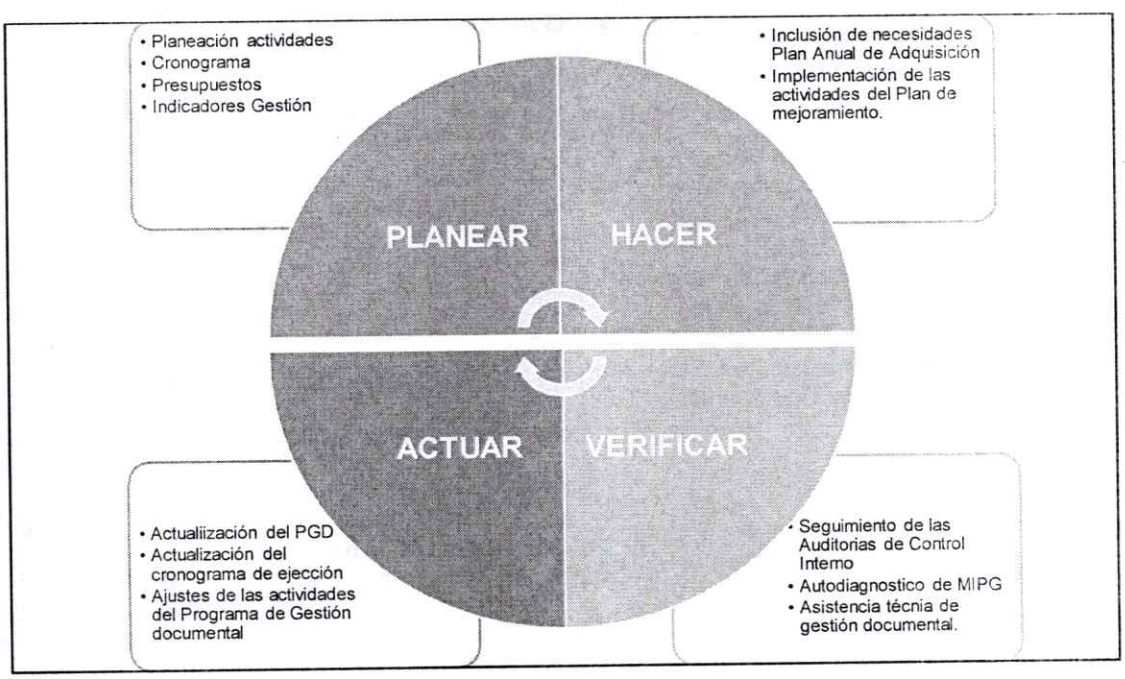
La primera fase "Planear" está diseñada en este documento, donde se indican las actividades, el área responsable y los cronogramas propuestos.

Para lograr realizar la fase de "Hacer" es indispensable que hacia mediados de cada vigencia se revise este documento y se incluyan en los Planes de Acción de las dependencias, así como en los Planes de Adquisiciones /Plan Maestro, los recursos necesarios para que sean asignados y se puedan implementar las actividades propuestas.

La fase "Verificar" comprende las actividades de autocontrol que realicen las dependencias responsables de la ejecución de las actividades, los seguimientos que realice el Archivo Central a las unidades administrativas, así como el seguimiento que realice la Oficina de Control Interno a la ejecución de este documento, los planes de acción por dependencias y a los planes anuales de adquisiciones.

Por último, la fase "Actuar" considera realizar las actualizaciones a este documento, bien sea de manera puntual, por el cumplimiento de las actividades o porque se requieran la inclusión de nuevas acciones por cambios en los cronogramas de ejecución, o bien la reformulación de todo el documento, al haber cumplido con las metas propuestas.

En el siguiente gráfico se muestran las fases de implementación del PGD del Hospital:



El Hospital San José de Ortega E.S.E realizo la actualización del diagnóstico documental, se ejecutó parte del autodiagnóstico desarrollado por MIPG Para la implementación del Programa de Gestión Documental. La Administración, contempla el siguiente **CRONOGRAMA DE ACTIVDAD** y fases:

N	FASE	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN			
				Corto	Mediano	Largo	
				2026	2027	2028	2029
1	Elaboración	Verificación anterior Programa de Gestión Documental – PGD	Administración - equipo de Gestión Documental				
		Revisión de procesos, procedimientos y formatos de la entidad	Administración - equipo de Gestión Documental				
		Diagnóstico del Programa de Gestión Documental - PGD	Administración - equipo de Gestión Documental				
		Elaboración, Actualización del Plan de Acción de Gestión Documental según los hallazgos de Control Interno.	Administración - equipo de Gestión Documental				
		Actualización del Programa de Gestión Documental – PGD	Administración - equipo de Gestión Documental				
		Aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del Programa de Gestión Documental - PGD	Comité Institucional de Gestión y Desempeño				
		Firma acto administrativo de adopción del Programa de Gestión Documental - PGD	Gerencia				
2	Ejecución	Publicación del Programa de Gestión Documental - PGD y acto administrativo	Administración - equipo de Sistemas				
		Divulgación a funcionarios y contratistas de la entidad	Administración - equipo de Gestión Documental				
		Capacitación a funcionarios y contratistas de la entidad	Administración - equipo de Gestión Documental				
		Implementación del Programa de Gestión Documental – PGD	Administración - equipo de Gestión Documental				
3	Seguimiento	Verificación de la implementación del Programa de Gestión Documental – PGD	Administración - equipo de Gestión Documental - Oficina de Control Interno				

4	Mejora Continua	Identificar las acciones (correctivas, preventivas o de mejora)	Administración - equipo de Gestión Documental				
		Formular el plan de mejoramiento Archivístico	Administración - equipo de Gestión Documental - Oficina de Control Interno.				

El seguimiento y control de ejecución de cada una de las actividades descritas en la implementación, deberá hacerse a través del Plan de Acción y Plan de Mejoramiento Archivístico, los indicadores de gestión y la gestión de los riesgos, herramientas diseñadas por el hospital y que buscan que cada proyecto contemple objetivos, metas, actividades o indicadores, a través de los cuales se busca llegar al 100 % del cumplimiento anual a partir de la programación establecida.

PROGRAMAS ESPECIFICOS

Con el fin de alcanzar los objetivos del proceso de Gestión Documental y asegurar el cumplimiento del Plan de Acción de Gestión Documental del hospital, se formularán e implementarán los siguientes programas específicos

Programa de Normalización de Formas y Formularios Electrónicos

PROGRAMA	EQUIPO DE TRABAJO	VIGENCIA
Programa de Normalización de Formas y Formularios Electrónicos	Unidades Administrativas Administración Equipo de Gestión Documental Calidad	2026-2027

Descripción
Directrices encaminadas a que la producción de formatos y documentos electrónicos:

- Cumplan las características aprobadas por el comité institucional.
- Sean creados de manera común y uniforme.
- Faciliten la interoperabilidad.
- Garanticen el cumplimiento de los requisitos normativos.
- Cumpla con las directrices normativas y estándares de calidad.

Objetivo
Centralizar, controlar y normalizar la creación y producción de documentos en herramientas tecnológicas, resultado del inventario de los tipos de información para determinar los tipos de documentos que en ellas se genera.

Alcance
Comprende los documentos que se generan en el Hospital, así como aquellos que se puedan automatizar.

Justificación
Se requiere identificar y normalizar la producción de la totalidad de formas y formularios electrónicos utilizados en el hospital, con miras a la definición e implementación del Programa específico de documentos electrónicos.

PROGRAMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN			
			Corto	Mediano	Largo	
			2026	2027	2028	2029
Programa de Normalización de Formas y Formularios Electrónicos	Realización el diagnóstico de la producción interna de formas, formatos y formularios electrónicos	Administración – Equipo de Gestión Documental.				
	Definir los manuales, instructivo y procedimientos y formatos que permitan una correcta implementación del programa de normalización.	Administración – Equipo de Gestión Documental.				
	Identificar las series y subseries documentales cuyo origen del tipo documenta se de a partir de formas, formatos y formularios susceptibles de automatizar.	Administración – Equipo de Gestión Documental.				
	Elaboración / Actualización del Banco terminológico de las series y subseries documentales identificando los soportes y metadatos electrónicos.	Administración – Equipo de Gestión Documental.				

Fuente: Elaboración Propia

Programa de Documentos Vitales o Esenciales

PROGRAMA	EQUIPO DE TRABAJO	VIGENCIA
Programa de documentos vitales o esenciales	Unidades Administrativas Administración Equipo de Gestión Documental Calidad	2026-2029

Descripción

"Actividades encaminadas a la identificación, evaluación, recuperación, disponibilidad, aseguramiento y preservación de los documentos:

- Indispensables para el funcionamiento del Hospital.
- Requeridos para la continuidad de la gestión administrativa en caso de un siniestro.
- Necesarios para la reconstrucción de la información que permita reanudar las actividades y la continuidad del objeto fundamental de la entidad.
- Evidencien las obligaciones legales y financieras.

- Posean valores permanentes para fines oficiales y de investigación de la entidad.
- Controles a la eficacia de las medidas de protección instauradas.
- Medidas de seguridad para restringir el acceso a documentos que contengan datos confidenciales.
- Pautas para la elaboración de copias fidedignas ubicadas en lugares diferentes a las sedes de la entidad.
- Disposiciones orientadas a garantizar su protección y salvaguarda, evitando su pérdida, adulteración, sustracción y falsificación.

Objetivo

Identificar, proteger y asegurar los documentos que, por su valor administrativo, legal, histórico y probatorio, deben ser conservados y preservados, con el propósito de garantizar el funcionamiento, la gestión institucional y la continuidad operativa y asistencial del hospital ante la ocurrencia de un eventual siniestro de origen físico, biológico o antrópico (humano). Para ello, se establecerán metodologías, responsabilidades y políticas orientadas a la gestión del riesgo, la protección y la preservación del patrimonio documental.

Alcance

El presente programa aplica a los documentos producidos y recibidos por el Hospital, en cualquier soporte o formato, que sean considerados esenciales para garantizar la continuidad operativa, administrativa, legal y misional de la Entidad, y que deban ser objeto de identificación, protección, aseguramiento y preservación conforme a la normativa archivística vigente.

Justificación

Se requiere identificar los documentos con información esencial y vital para el buen funcionamiento de la Entidad y realizar acciones para garantizar su conservación y / o preservación.

PROGRAMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN			
			Corto	Mediano	Largo	
			2026	2027	2028	2029
Programa de Programa de documentos vitales o esenciales	Actualización de las Tablas de Retención Documental para la identificación de los documentos vitales y esenciales.	Administración Equipo de Gestión Documental				
	Recopilar, normas, actos sobre información histórica sobre la creación del hospital San José de Ortega	Administración Equipo de Gestión Documental				
	Elaboración, presentación y aprobación de las tablas de valoración documental para la identificación de los archivos vitales y esenciales.	Administración Equipo de Gestión Documental				
	Construir a la matriz de documentos vitales y esenciales según los instrumentos archivísticos, de la mano con los	Administración Equipo de Gestión Documental				

	instrumentos de la gestión de la información pública.					

Programa de gestión de documentos electrónicos

PROGRAMA	EQUIPO DE TRABAJO	VIGENCIA
Programa de gestión de documentos electrónicos	Unidades Administrativas Administración Equipo de Gestión Documental Calidad Sistemas	2026-2029

Descripción

Desarrolla acciones encaminadas a garantizar durante todo el ciclo vital de los documentos electrónicos:

- Atributos de autenticidad, fiabilidad, integridad y usabilidad.
- Cumplimiento de requisitos funcionales para la preservación a largo plazo.
- Facilidad de disponibilidad y uso en el desarrollo de las actividades de la entidad.
- Confianza y fiabilidad para la preservación de la memoria institucional.
- Aseguramiento para que los documentos conserven sus características mediante fórmulas de autenticación y perfiles de acceso.
- Inclusión de metadatos, interacción con otros documentos e interrelación con expedientes físicos y mixtos.
- Transferencia documental dotada de medidas de seguridad que garantice su autenticidad, reproducción completa, así como la migración y emulación que preserve sus propiedades de manera fidedigna y exacta al original.

Objetivo

Definir estrategias para la gestión de los documentos en ambientes electrónicos, intercambio de información por medios electrónicos, racionalización de trámites y mejora de los procesos soportado con tecnologías de información.

Alcance

El programa aplica a los documentos y expedientes electrónicos gestionados por el hospital, así como a los sistemas y medios tecnológicos utilizados para la producción, trámite, intercambio y conservación de la información, en articulación con las TRD y la normativa archivística y de Gobierno Digital vigente.

Justificación

El aprovechamiento estratégico de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) permite fortalecer la gestión documental y optimizar los procesos institucionales, facilitando la racionalización de los trámites y la mejora continua de los servicios. Su implementación contribuye a una gestión más

eficiente, transparente y oportuna, fortaleciendo la atención al ciudadano, garantizando el acceso a la información y apoyando el cumplimiento de los principios de eficiencia administrativa y Gobierno Digital.

PROGRAMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN			
			Corto	Mediano	Largo	
			2026	2027	2028	2029
Programa de gestión de documentos electrónicos	Realizar un diagnóstico documental electrónico para identificar el funcionamiento de la ventanilla en el sistema	Administración Equipo de Gestión Documental				
	Implementar una Ventanilla de correspondencia 100% vía web y unificar demás canales.	Administración Equipo de Gestión Documental				
	Crear los documentos oficiales electrónicos nativos:(cartas, circulares, memorandos etc) con sus respectivas firmas electrónicas, metadatos, código Hash.	Administración Equipo de Gestión Documental				
	Elaborar e implementar el módulo Archivos Especializados (Historias clínicas, Historias laborales, Actos Administrativos.	Administración Equipo de Gestión Documental				
	Diseñar el módulo para la custodia, consulta, actualización de los documentos del sistema de gestión de calidad	Administración Calidad Gestión Documental				
	Implementación de un SGDEA, en cada una de las fases de gestión documental – Flujos de procesos documentales, Sistema Integrado de gestión.	Administración Equipo de Gestión Documental				

HOSPITAL SAN JOSE ESE
ORTEGA TOLIMA



BIENVENIDA JUNTA DIRECTIVA!

Informe Ejecutivo Gestión Documental

¡SALUD PARA TODOS!

29-05-2026

1. Presentación y aprobación del Diagnostico Integral de Archivo

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E NIVEL I ORTEGA TOLIMA		Código: INS-GD-001
DIAGNOSTICO INTEGRAL DE ARCHIVO		Versión: 02
		Fecha: 10-03-2026

DIAGNOSTICO INTEGRAL DE ARCHIVO

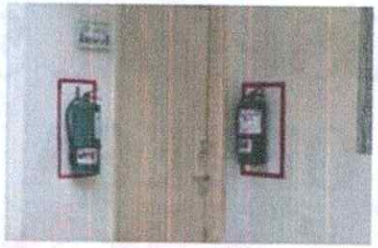
ELABORADO POR:

Equipo de Gestión Documental

Versión_2 - 2026



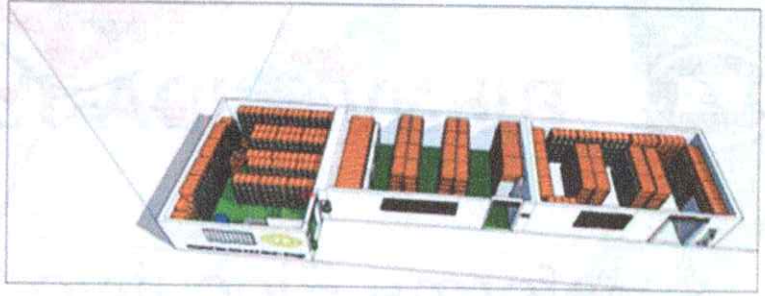
REGISTRO FOTOGRAFICO





LINK 3D: https://drive.google.com/file/d/1_HOLbmz7fuUgaSmLuzUXKbeIC7fkKqE/view?usp=drivesdk

Anexos: PLANO EN 3D DE LAS 4 BODEGAS DE ARCHIVO

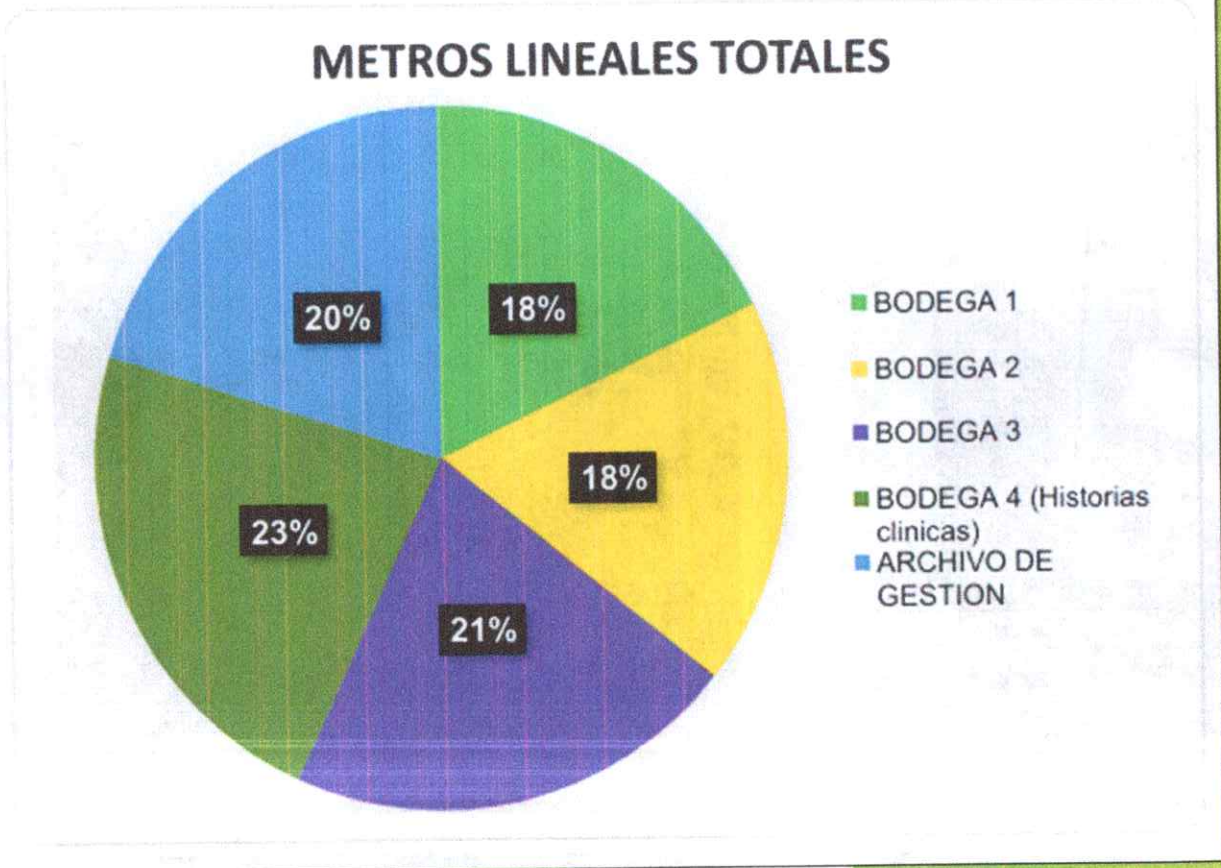


UBICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLINICAS 2006 - hacia atrás



1. **Presentación y aprobación del Diagnostico Integral de Archivo**

TIPO DE ARCHIVO	ML
BODEGA 1	139
BODEGA 2	138
BODEGA 3	164
BODEGA 4 (Historias clinicas)	177
ARCHIVO DE GESTION	156
TOTAL	774



REGISTRO FOTOGRAFICO – RIESGO DEL ARHIVO CENTRAL



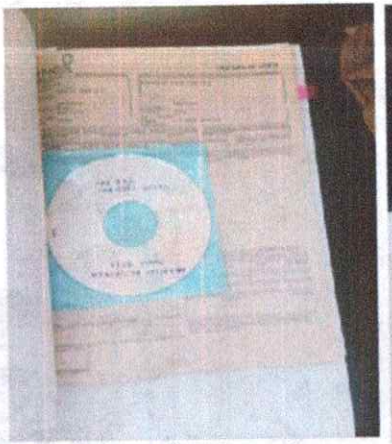


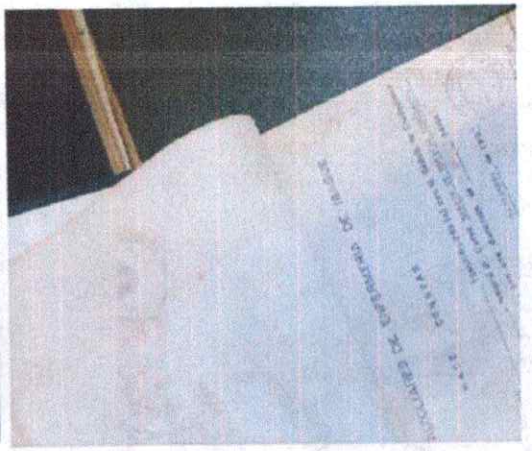


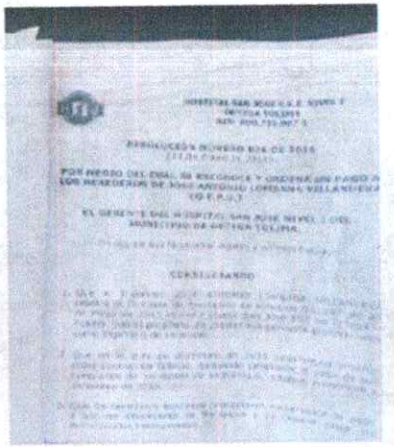
REGISTRO FOTOGRÁFICO – CONSECUENCIAS

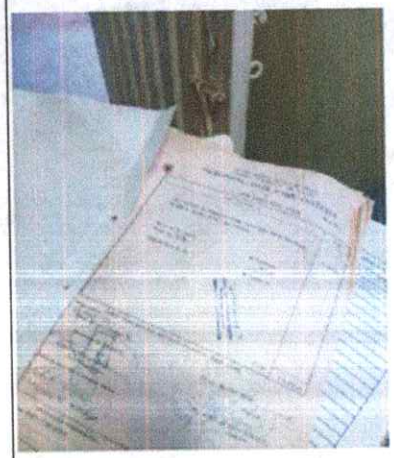
REGISTROS FOTOGRAFICOS

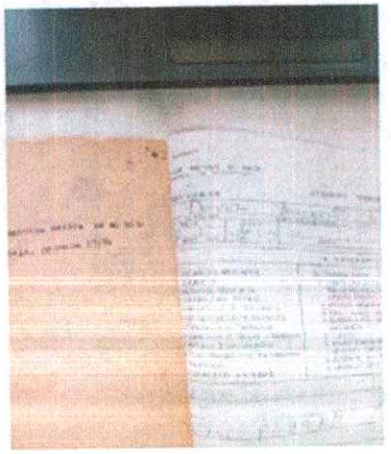




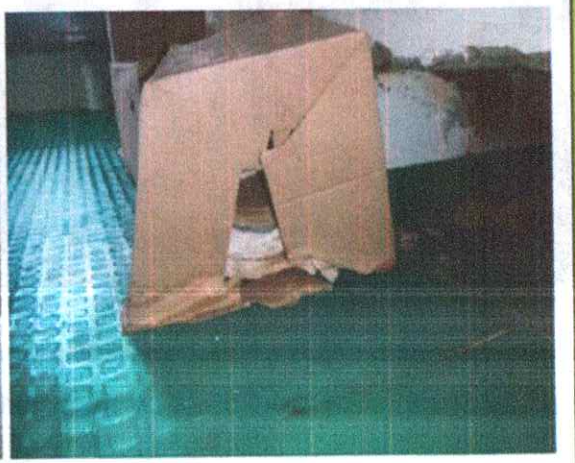












HACINAMIENTO DOCUMENTAL

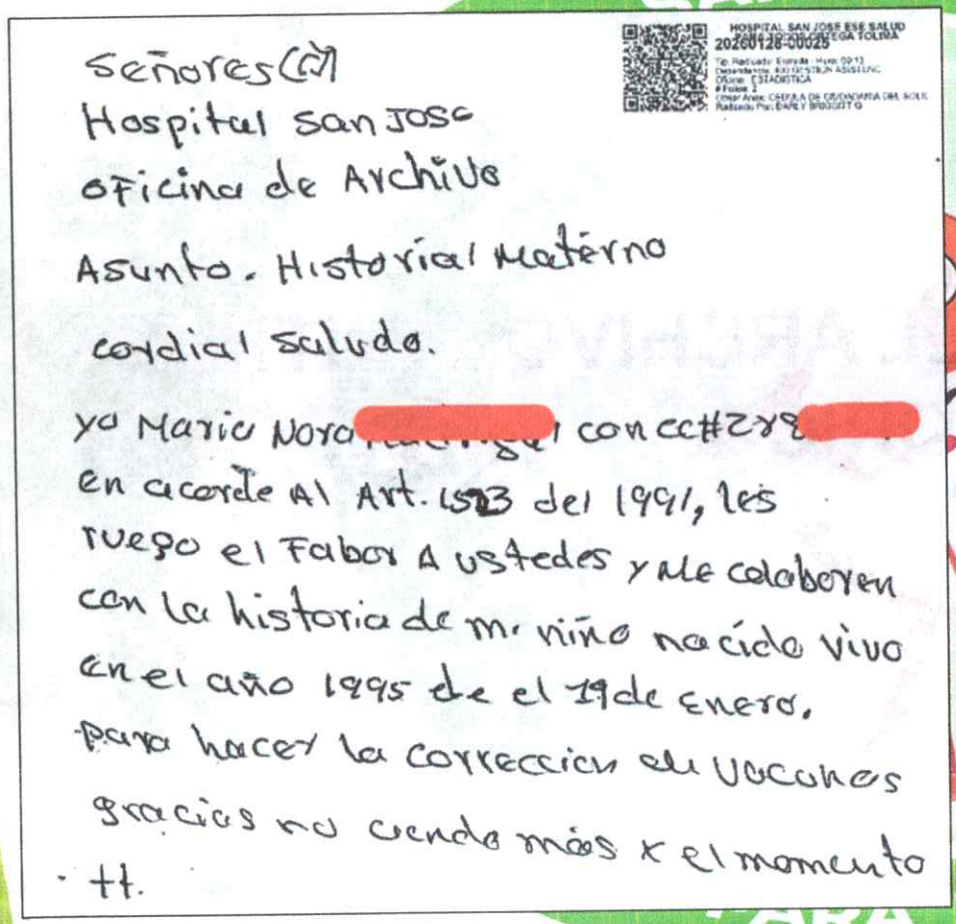
Documentos Contables



Historias Clínicas



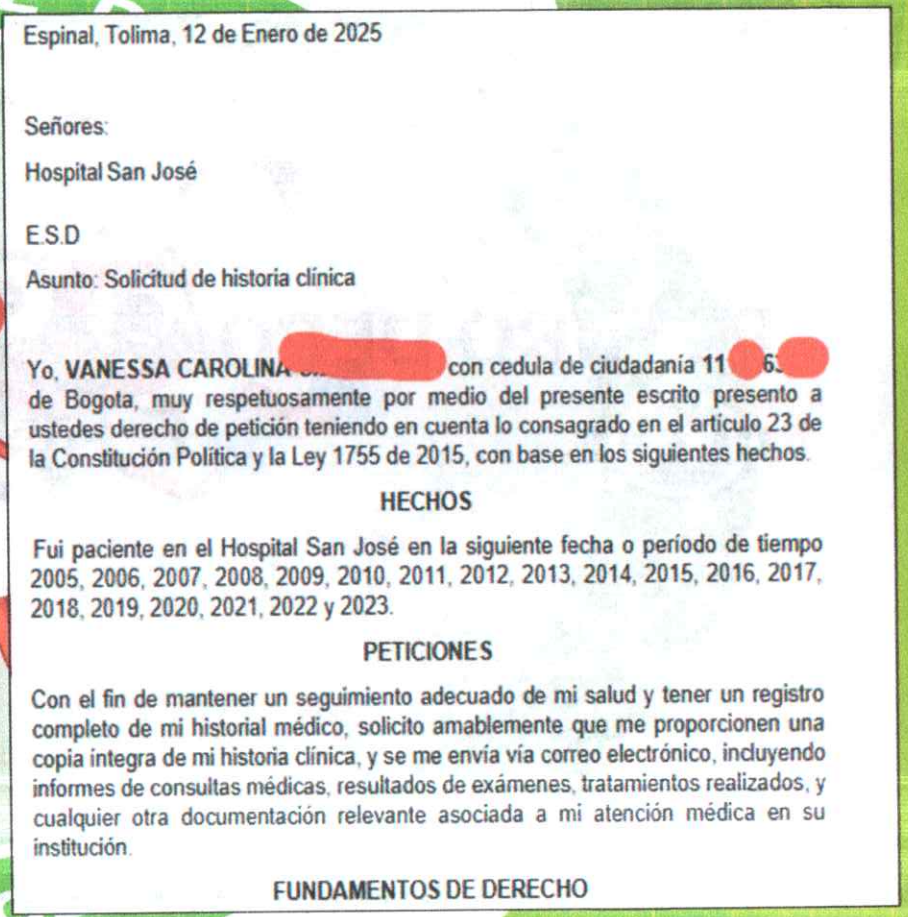
SOLICITUDES DE HISTORIAS CLÍNICAS



HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD
20260128-00025

Señores
Hospital San Jose
oficina de Archivo
Asunto. Historial Materno
cordial saludo.

yo Mario Nora[redacted] con cc#278[redacted]
en acorde Al Art. 523 del 1991, les
ruego el Favor A ustedes y Me coloboren
con la historia de mi niño nacido vivo
en el año 1995 de el 19 de enero.
para hacer la correccion en Uscones
gracias no cuenda más x el momento
tt.



Espinal, Tolima, 12 de Enero de 2025

Señores:

Hospital San José

E.S.D

Asunto: Solicitud de historia clínica

Yo, **VANESSA CAROLINA[redacted]** con cedula de ciudadanía **11[redacted]** de Bogota, muy respetuosamente por medio del presente escrito presento a ustedes derecho de petición teniendo en cuenta lo consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y la Ley 1755 de 2015, con base en los siguientes hechos.

HECHOS

Fui paciente en el Hospital San José en la siguiente fecha o período de tiempo 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023.

PETICIONES

Con el fin de mantener un seguimiento adecuado de mi salud y tener un registro completo de mi historial médico, solicito amablemente que me proporcionen una copia integra de mi historia clínica, y se me envía vía correo electrónico, incluyendo informes de consultas médicas, resultados de exámenes, tratamientos realizados, y cualquier otra documentación relevante asociada a mi atención médica en su institución.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

HOSPITAL SAN JOSÉ DE ORTEGA



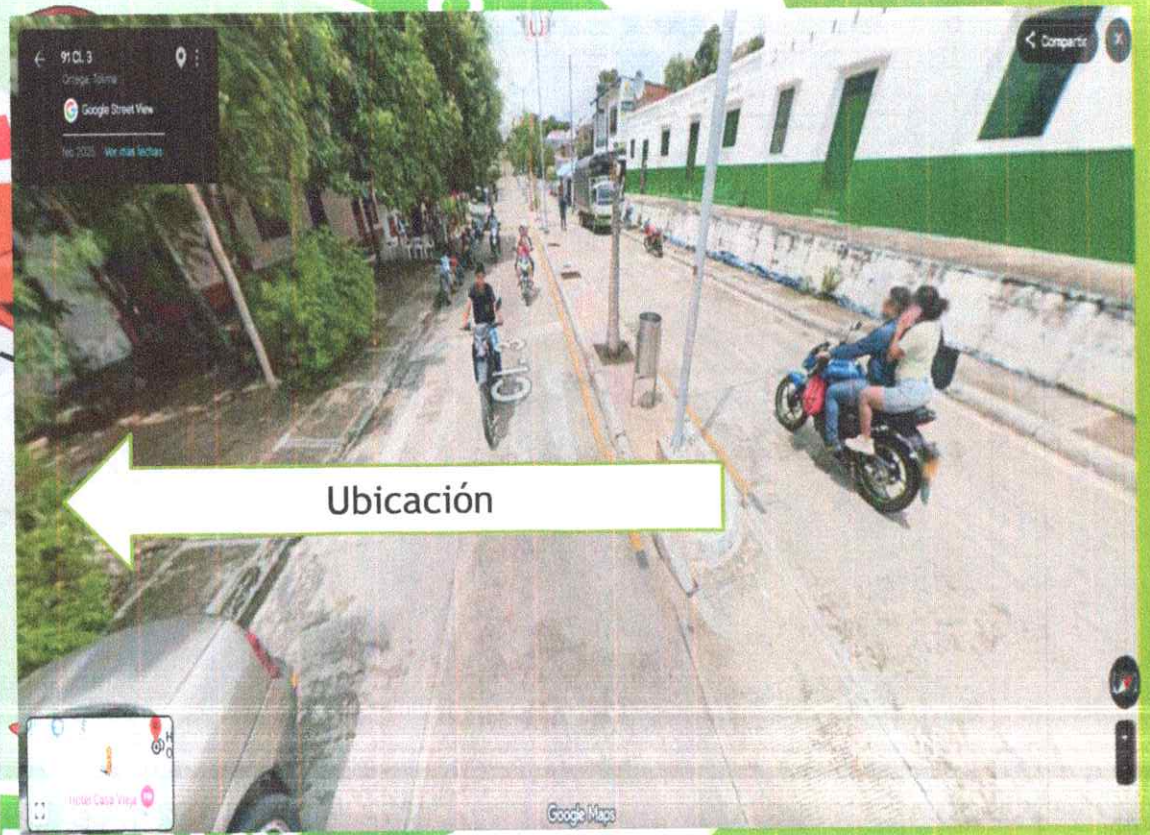
¡SALUD PARA TODOS!

FUTURO DEPOSITO DEL ARCHIVO CENTRAL E HISTORICO

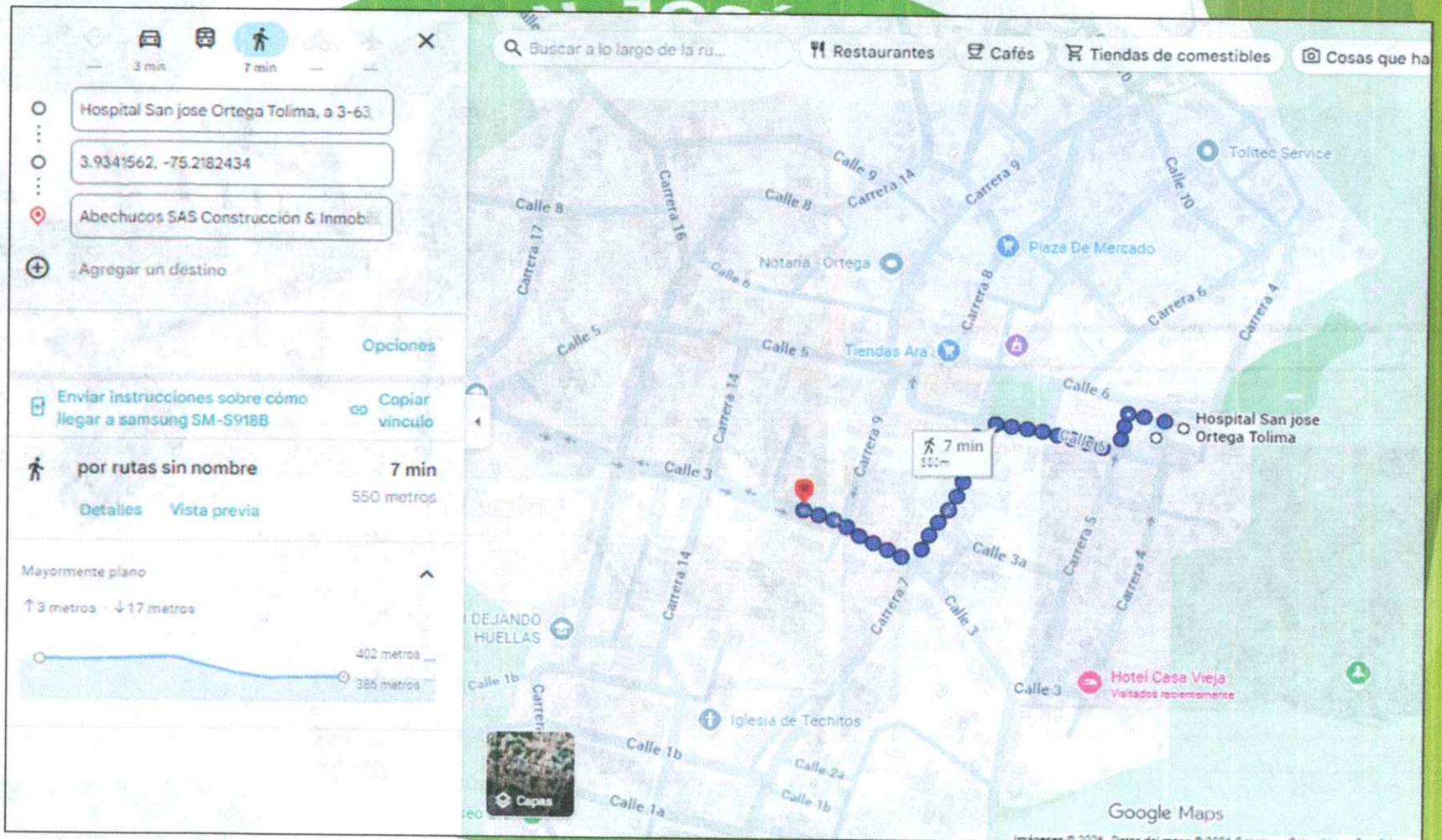
FUTURO DEPOSITO DEL ARCHIVO CENTRAL E HISTORICO

https://maps.app.goo.gl/gAboC5JDfKGqkuzs6





UBICACIÓN / RUTA



REGISTRO FOTOGRÁFICO DEL DEPOSITO





REGISTRO FOTOGRÁFICO DEL DEPOSITO

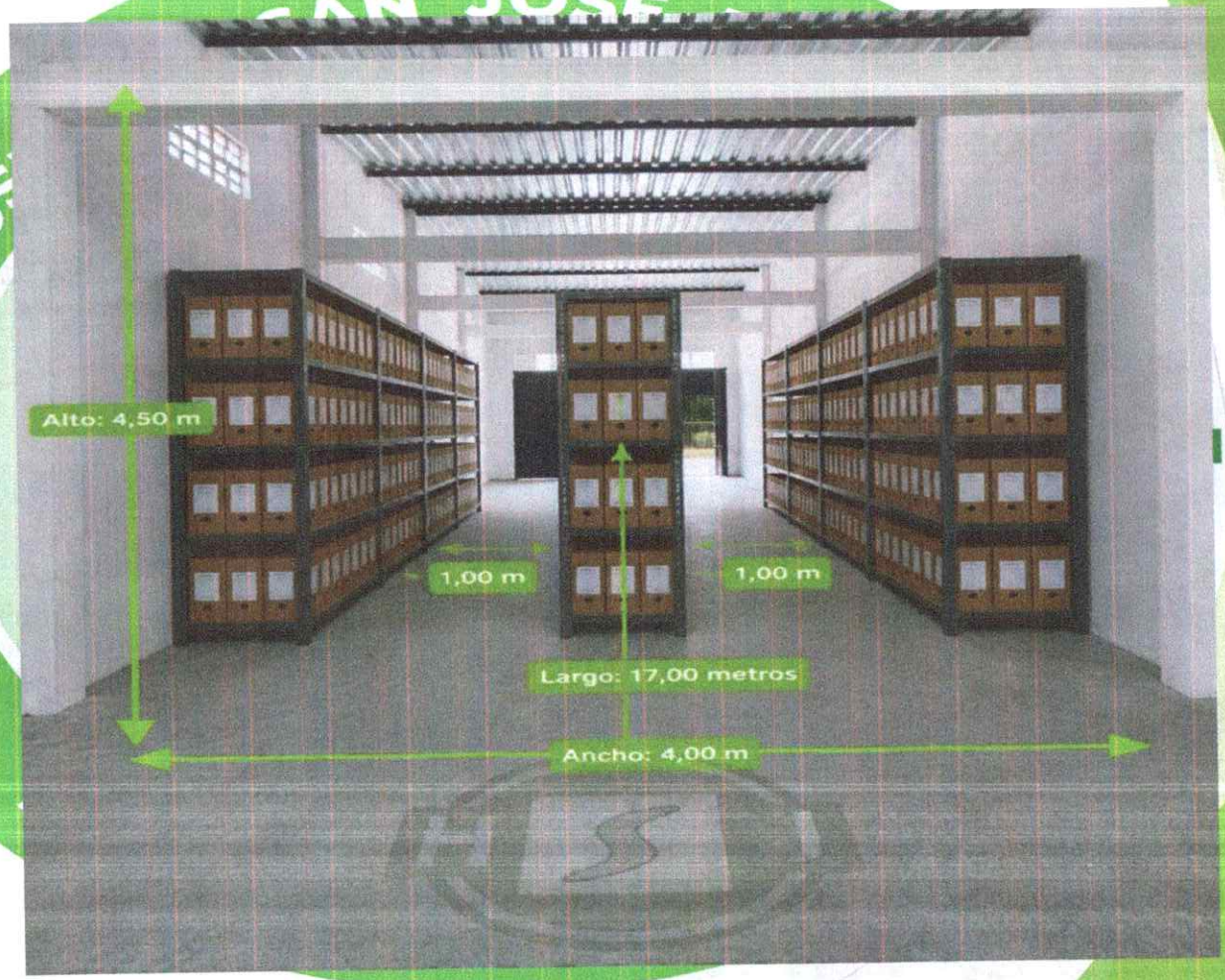
Detrás de la Bodega



MEDIDAS DEL POSIBLE ARCHIVO CENTRAL E HISTORICO

68 metros cuadrados

Capacidad de Almacenamiento de 70 Estantes en promedio.



OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS NORMATIVAS

Iluminación Eficiente



Baño – Lavado manos e higiene.

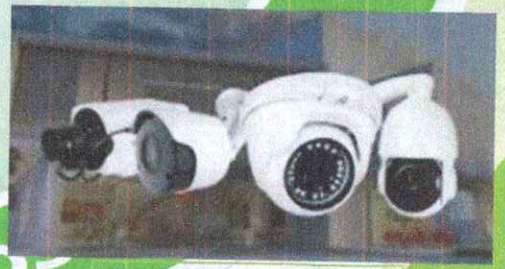


Iluminación y Ventilación Natural Eficiente





Mejorar el piso
(Plástico resistente)
Costo promedio $
2.500.000



Necesidad
Urgente

UNIDADES DE ALMACENAMIENTO – ARCHIVO CENTRAL

Estantes hospital
Bodega 1
18 grises de 6 bandejas de 4 cajas
3 grises de 5 bandejas de 4 cajas
1 gis mas angosto de 6 bandejas de 4 cajas
3 rojos de 6 bandejas de 3 cajas
Total 25 estantes bodega 1

24 metros cuadrados

Bodega 2
16 grises de 5 bandejas de 4 cajas
Total: 16 estantes bodega 2

Metros cuadrados: 25 metros cuadrados

Bodega 3
4 grises de 5 bandejas de 4 cajas
4 rojos de 7 bandejas de 3 cajas
4 rojo de 5 bandejas de 4 cajas
3 estantes unidos
10 grises de 6 bandejas anclado al techo
2 estantes 6 bandejas de 4 cajas
Total: 27 estantes bodega 3

30 metros cuadrados

Bodega 4 (historias clinicas)
3 grises de 6 bandejas de 4 cajas
Estante rodante de 3 metros de ancho x 5 metros de largo
27 estantes
12 de 4 cajas
15 de 3 cajas
30 metros cuadrados

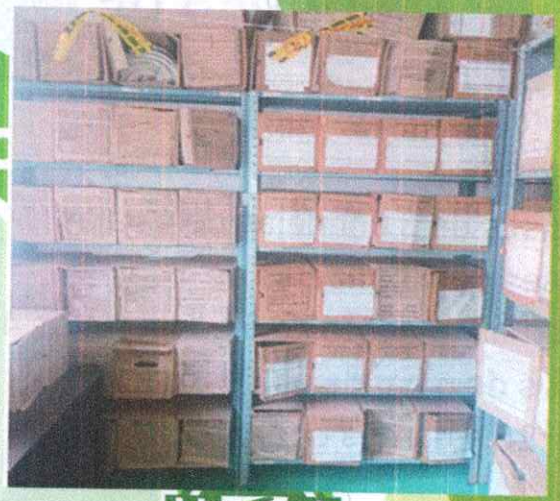
Total:
71 estantes fijos
27 estabtes del rodante

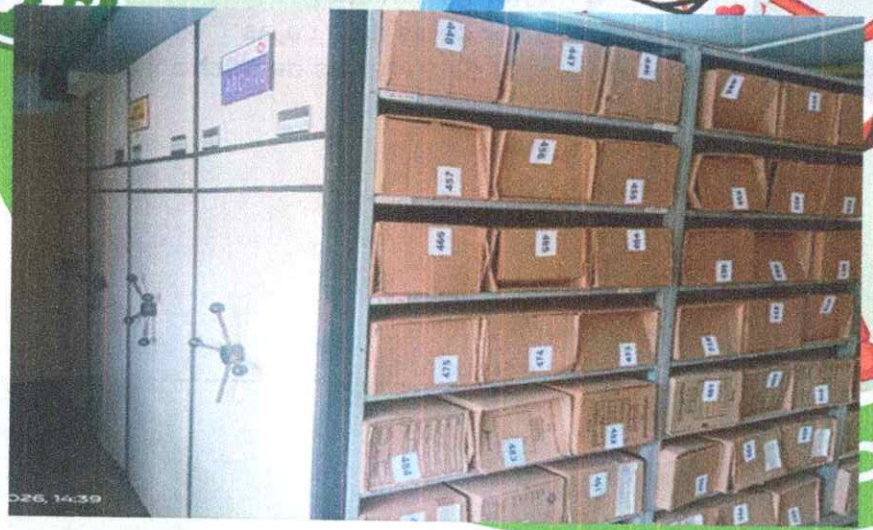
Gran Total: 95 Estantes.

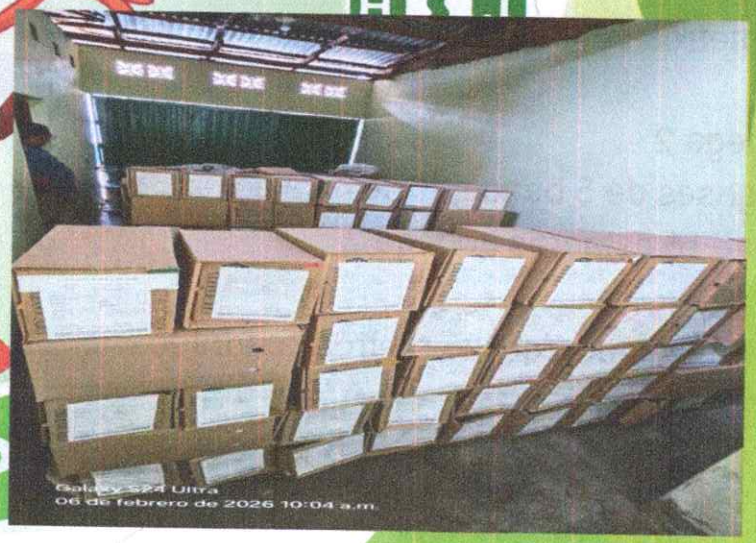
UNIDADES DE ALMACENAMIENTO – ARCHIVO CENTRAL - Múltiples:











POSIBLE UBICACIÓN DE LA ESTANTERIA





HOSPITAL SAN JOSÉ DE ORTEGA



GRACIAS POR SU ATENCIÓN!

Yuly Andrea Madrigal
Profesional en Archivistica.

¡SALUD PARA TODOS!

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-46
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN		Versión: 05
			Fecha: 07/01/2025

NOMBRE: VENTANILLA UNICA		
ACTA No. 01	**FECHA: 15 DE MAYO DEL 2026**	
LUGAR: SALA DE JUNTAS GERENCIA	**HORA INICIO: 04:00 P.M**	**HORA FINAL: 05:45 P.M.**
ASISTENTES: Formato De Asistencia		

GENERALIDADES DE LA REUNIÓN

Siendo las 04:00 pm del día 16 de mayo del 202, se reunieron en la sala de juntas del Hospital San José de Ortega los jefes de área de administración, control interno, gerencia, contratación, almacén, ventanilla única y archivo con fin de llevar a cabo la reunión en cumplimiento de funciones:

Como orden día de la reunión se desarrolló lo siguiente:

1. Saludo.
2. Socialización Circular externa 2023151000000010-5 de 2023
3. Socialización PQRSF y tiempos de respuestas
4. Compromisos

DESARROLLO DE LA REUNION

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

Realizar seguimiento al aplicativo OCOBOS, socializar ajustes requeridos para su correcta implementación en las diferentes dependencias del Hospital San José de Ortega y establecer compromisos relacionados con el manejo de correspondencia y solicitudes institucionales.

Vigilado Supersalud

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Durante la reunión se trataron temas relacionados con los ajustes y cambios que deben realizarse al aplicativo OCOBOS, teniendo en cuenta que esta herramienta ya debe encontrarse instaurada y en funcionamiento en todas las dependencias para su debido proceso y seguimiento.

El encargado del aplicativo, señor Jhon Lozano, manifestó los avances realizados y se establecieron las tareas prioritarias para garantizar el adecuado funcionamiento del sistema.

Uno de los principales compromisos consiste en capacitar a cada una de las áreas de la institución respecto al manejo del aplicativo, realizando la asignación de su respectivo usuario y contraseña. Para ello, se solicita organizar un cronograma de capacitación en el que se definan fechas, horarios y dependencias a intervenir. Así mismo, se deja constancia de que cada jornada de capacitación deberá contar con evidencia fotográfica y lista de asistencia como soporte del proceso realizado.

Durante el encuentro también se socializó la Circular Externa No. 2023151000000010-5 de 2023, mediante la cual se establecen parámetros para dar respuesta a solicitudes de historias clínicas, laboratorios y demás servicios institucionales, indicando tiempos de respuesta que oscilan entre 24, 48 y 72 horas, según el tipo de requerimiento.

Con base en lo anterior, se deja a consideración parametrizar el aplicativo OCOBOS conforme a las fechas de recepción de las solicitudes, permitiendo realizar seguimiento automático a los tiempos establecidos por la normatividad vigente.

Posteriormente, se realizó el ingreso al aplicativo OCOBOS, verificando el descargue del archivo Excel que actualmente reporta la correspondencia recibida, las respuestas emitidas y los tiempos de duración de cada trámite.

Dentro de las observaciones realizadas al sistema, se estableció como compromiso que el encargado del software efectúe un ajuste para que la herramienta no solamente genere reportes en formato Excel, sino que además permita visualizar la información de manera estadística mediante un dashboard, tablero de control o torta, facilitando el seguimiento en tiempo real. Este compromiso queda establecido con fecha límite para el día 22 de mayo de 2026.

Vigilado Supersalud

De igual forma, se indicó la necesidad de que el aplicativo pueda ser accedido desde cualquier equipo y red institucional, razón por la cual se deja como compromiso gestionar que OCOBOS quede habilitado mediante IP pública, en cumplimiento de los principios de accesibilidad y transparencia.

Otra observación presentada corresponde al ajuste de la semaforización visual del aplicativo, solicitando que desde la pantalla principal se evidencie claramente un sistema tipo semáforo que permita identificar de manera inmediata la correspondencia próxima a vencer, vencida o respondida, logrando así un seguimiento visual en tiempo real del estado de cada solicitud.

Por otro lado, se abordó el tema relacionado con la recepción de información, solicitudes, peticiones y quejas a través de la página web oficial del Hospital San José de Ortega, cuyo acceso actualmente se encuentra únicamente en la parte administrativa. En consecuencia, se sugiere que el área de Ventanilla Única también tenga acceso a esta información para agilizar la recepción y gestión de los requerimientos ciudadanos.

Finalmente, se acordó oficializar mediante circular institucional que el único medio oficial para la recepción de solicitudes, información, peticiones, quejas y demás comunicaciones será el correo electrónico de Ventanilla Única:

Contactetnos@hospitalsanjoseortega.gov.co

Por lo anterior, queda como tarea configurar en los demás correos institucionales un mensaje automático de respuesta que informe a los usuarios que el único canal oficial de recepción será el correo anteriormente mencionado.

COMPROMISOS

1. Elaborar cronograma de capacitaciones por dependencias. Responsable: Jhon Lozano.
2. Garantizar evidencia fotográfica y listas de asistencia de cada capacitación. Responsable: Dependencias capacitadas y encargado del aplicativo.
3. Parametrizar tiempos de respuesta conforme a la Circular Externa No. 2023151000000010-5 de 2023.
   Responsable: Encargado del software.

Vigilado Supersalud

4. Implementar dashboard estadístico en el aplicativo OCOBOS. Fecha límite: 22 de mayo de 2026.
5. Gestionar acceso al aplicativo mediante IP pública. Responsable: Área de sistemas.
6. Mejorar sistema de semaforización visual del aplicativo. Responsable: Encargado del software.
7. Habilitar acceso de Ventanilla Única a solicitudes recibidas desde la página web institucional. Responsable: Área administrativa y sistemas.
8. Emitir circular institucional oficializando el correo de Ventanilla Única como único medio oficial de recepción de solicitudes. Responsable: Dirección administrativa.

Habiendo agotado el orden del día se por terminada la reunión siendo las 05:45 p.m.

NOTA:

- Se anexa lista de asistencia a la reunión

Vigilado Supersalud

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-54
	FORMATO DE ASISTENCIA A REUNIONES Y/O CAPACITACIÓNES		Versión: 02 Fecha: 07/01/2025

TEMA :	Reunión Administración Gerencia - Archivo - Ventanilla única, y Firmas Historias clínicas.		
FECHA: 15/05/26		HORA: 03:00 PM -	
NOMBRE(S) DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE:		CARGO:	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Stefanny Juliet Cllanueva	Almacenista	3104804957	almacen@hospitalsanjoseortega.gov.co	Stefanny Cllanueva
Hernan Guillermo Moncaleano S	T.C.I	3114808684	controlinternosospitalsanjoseort@gov.co	
Shonlover Lozano	Contratista	3161754039	Shonlozano2000@gmail.com	
Laura Fernanda Campos Trujillo	Contratista	3221542371	laura_campos_cano@hotmail.com	
Jhonny Alexander Yate Yate	Contratista	3214647546	Jhonny_7@hotmail.com	
Jennifer Tatiana Sanchez P	Profesional Universitario	3214659094	administradora@hospitalsanjose.gov.co	
Yuly Andrea Madrigal G.	Contratista Gestión Doc.	3208613785	Yulyandrea@gmail.	
Daniel Galarza	Investigador	3132610974	d[illegible]	
Daily Briggitt Guarnizo Tapiero	Auxiliar Gestor Documental	311215 3279	daily[illegible]	
Jany Vanessa Soto Jiro	Auxiliar Administrativo	3144453106	Contactenos@hospitalsanjoseortega.gov.co	

Vigilado Supersalud

ACTA DE TRANSFERENCIA DOCUMENTAL PRIMARIA No. ___

Fecha: __ DD/MM/AAAA _____ Dependencia Responsable_____

La presente Acta tiene como fin legalizar la transferencia documental primaria realizada por (indique el nombre de la Dependencia) _____ al archivo central.

Una vez recibidos los inventarios documentales aportados por (indique el nombre de la Dependencia) _____ y verificados contra soporte físico por el responsable del archivo central (indique el nombre de la persona responsable del archivo central), señor (a) _____, se aprueba la transferencia documental primaria por el señor (a), _____ (indique el nombre del: Administrativo y/o equipo de Grupo de Gestión Documental); como líder del proceso.

La presente Acta una vez firmada por los responsables del archivo central del Hospital, es firmada por los responsables del proceso de la dependencia, señor (a) _____, director / jefe de área y señor (a) _____ líder de gestión documental del Hospital

Relación de series y/o subseries documentales objeto de transferencia documental primaria:

No. ORDEN	SERIE y/o SUBSERIE / ASUNTO	FECHAS		VOLUMEN ML
		Inicial	Final	
TOTAL DE METROS LINEALES				

Las series, subseries y asuntos documentales objeto de esta transferencia, corresponden a un total de _____ cajas, _____carpetas, para un total de _____ folios.

Estos documentos fueron revisados en las (FEHAS) por el archivo central, confrontando el archivo físico con el Inventario; asimismo se debe confirmar que las siguientes actividades se cumplan:

- La revisión se realiza aleatoriamente a cada expediente, donde se coteja, que las fechas extremas, los folios, las notas importantes coincidan con rótulos carpeta y caja, hojas de control e Inventario Documental.
- Los inventarios documentales en medio electrónicos fueron enviados al correo institucional del archivo central o equipo de gestión documental.
- Los Inventarios documentales físicos están debidamente firmados.
- La integridad del expediente es responsabilidad de la oficina productora y el Grupo de Gestión Documental no responde por documentos faltantes en el procedimiento.
- La oficina productora garantiza que los documentos objeto de transferencia tiene cierre administrativo.

Por lo anterior se aprueba la transferencia y se solicita el ingreso de los documentos al Archivo Central y firman los responsables del proceso:

RESPONSABLES DEL PROCESO:

NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
	Responsable del Archivo Central, encargado (a) del punteo y revisión física de los inventarios documentales. (Contratista)	
	Líder responsable del equipo de gestión documental. (funcionario)	
	Jefe de dependencia (quien entrega)	
	Segundo responsable de la entrega de la transferencia documental; dependencia (quien entrega)	

Anexo: Inventario Documental – FUID folios ___
Pantallazo del envió del inventario electrónico al correo Institucional GD – Folios___

INSTRUCTIVO

1. ACTA DE TRANSFERENCIA DOCUMENTAL PRIMARIA No. ___
Asignar un número consecutivo único al acta, de acuerdo con el control interno del Grupo de Gestión Documental.
2. Fecha: _ DD/MM/AAAA **_____**
Registrar la fecha en la que se formaliza la transferencia documental.
3. Dependencia Responsable: _____
Indicar el nombre completo de la dependencia que realiza la transferencia documental.
4. Nombre de la Dependencia (en el texto)
Diligenciar el nombre de la dependencia que transfiere los documentos al Archivo Central (debe coincidir en todos los espacios donde se solicite).
5. Responsable del Archivo Central: _____
Registrar el nombre completo del funcionario o contratista encargado de recibir, revisar y validar la transferencia.
6. Aprobación de la Transferencia: _____
Indicar el nombre del Director Administrativo y/o líder del Grupo de Gestión Documental que aprueba la transferencia como responsable del proceso.
7. Responsables que firman el Acta
Diligenciar los nombres completos de:

- Director o jefe de la dependencia que transfiere.
- Líder de Gestión Documental del hospital.

8. Tabla "Relación de series y/o subseries documentales"
Completar cada campo así:

- **No. Orden:** Numeración consecutiva.
- **Serie/Subserie/Asunto:** Según Tablas de Retención Documental (TRD).
- **Fechas (Inicial – Final):** Fechas extremas del expediente.
- **Volumen (ML):** Metros lineales que ocupa la documentación transferida.

9. TOTAL DE METROS LINEALES
Sumatoria total del volumen documental transferido.
10. Cantidades (cajas, carpetas, folios)
Indicar:

- Número total de cajas.
- Número total de carpetas.
- Número total de folios transferidos.

11. (FECHAS) de revisión
Registrar las fechas en las cuales el Archivo Central realizó la verificación física contra los inventarios documentales.
12. Validaciones del proceso (viñetas)
Corresponden a criterios de control que deben cumplirse:

- Verificación aleatoria de expedientes.
- Concordancia entre inventario, rótulos y hojas de control.
- Envío de inventarios en medio electrónico.
- Firma de inventarios físicos.
- Confirmación de cierre administrativo de los expedientes.

13. RESPONSABLES DEL PROCESO (tabla final)
Diligenciar:

- Nombre completo
- Cargo
- Firma

Incluye:

- Responsable del Archivo Central (quien revisa).
- Líder de Gestión Documental.
- Jefe de dependencia (quien entrega).
- Segundo responsable de la entrega (si aplica).

14. ANEXOS

- **Inventario Documental – FUID folios ___:** Indicar número de folios del inventario.
- **Pantallazo del envío electrónico:** Indicar número de folios del soporte del envío al correo institucional.

Gmail

Yuly Andrea Madrigal Guzman <yulyamadrigalg@gmail.com>

Respuesta del Mapa de Riesgo Diligenciado Gestión Documental

1 mensaje

Yuly Andrea Madrigal Guzman <yulyamadrigalg@gmail.com> 30 de junio de 2026 a las 11:13 a.m.
Para: contactenos@hospitalsanjoseortega.gov.co, administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co

Cordial saludo, **Doctora Tatiana Santiago Perez**
Administradora
Supervisora Contrato N.033-2026
Hospital San José de Ortega

Me permito remitir el Mapa de Riesgos con el respectivo seguimiento correspondiente al primer semestre de 2026. En la imagen adjunta se evidencia la información diligenciada desde la columna **AE** hasta la **AJ**.

De igual manera, me permito manifestar que el formato del Mapa de Riesgos presenta algunas dificultades para su interpretación y diligenciamiento, toda vez que no brinda suficiente claridad respecto al proceso de seguimiento y algunas columnas relacionadas con los porcentajes generan confusión en su aplicación.

En este sentido, respetuosamente solicito que se pueda programar una capacitación o mesa de trabajo sobre el manejo y diligenciamiento de este formato, con el fin de garantizar una correcta interpretación, uniformidad en su aplicación y el adecuado reporte de la información por parte de las dependencias.

AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
Plan de Acción						
Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	RESPONSABLE
001 del 2026	Area Administrativa Equipo Gestion Documental	29/04/2026	30/06/2026	En este primer semestre del 2026, se ha contratado una persona idoneo en archivistica y bibliotecologia con tarjeta profesional, según el contrato 033-2026 con el fin de dar inicio con la planeación estrategica de la politica de gestión documental; como punto de partida se ha elaborado el diagnostico integral de archivo, el cual fue aprobado por el Comité Institucional GYD, asimismo a razón del diagnostico se elaboró el plan de acción de gestión documental como insumo para dar inicio a las problematicas identificadas. De igual forma, se está ajustando el Plan Institucional de Archivo PINAR, con el fin que las actividades del plan de acción queden articuladas a las necesidades. Adicionalmente, se está adelantando el inventairo en estado natural documental de las historias clinicas de los año 2007 hacia atras, las que no están en sistema, tambien los contratos de los años 2024 - 2025; con el fin de dar respuestas a solicitudes de ciudadnos y entes de control. Finalmente, se han elaborado procesos, procedimientos y	En proceso	Area Administrativa- Encargada del archivo y la ventanilla única

Hasta una nueva comunicación.

Yuly Andrea Madrigal Guzmán.
Bibliotecóloga y archivista. TP 5247
Administradora de Empresas
Correo: yulyamadrigalg@gmail.com
Móvil: 320 881 37 85

"CUIDEMOS EL MEDIO AMBIENTE"

Mapa de Riesgo GD.xlsx
45K

Gmail

Yuly Andrea Madrigal Guzman <yulyamadrigalg@gmail.com>

Solicitud de Publicación Documentos portal Web -Proceso - Gestión Documental

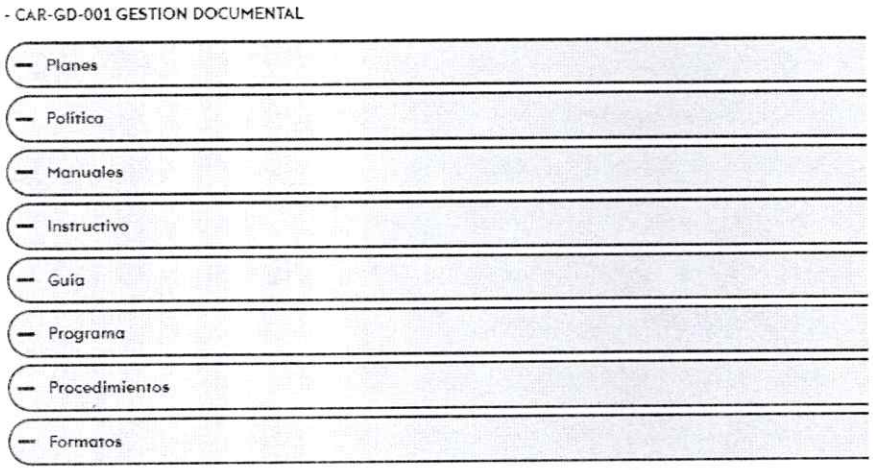
1 mensaje

Yuly Andrea Madrigal Guzman <yulyamadrigalg@gmail.com> 9 de mayo de 2026 a las 9:14 a.m.
Para: administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co, sistemas@hospitalsanjoseortega.gov.co

Cordial saludo, Doctora Tatiana Santiago Perez
Administradora
Supervisora Contrato N.033-2026
Hospital San José de Ortega

Me permito solicitar su apoyo para la publicación de los documentos que fueron aprobados el pasado Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante el ACTA 02 del 29 de marzo del 2026; en la página web se identifica un metadato con el nombre gestión documental, por tal motivo solicitó la creación de unas carpetas con los siguientes nombres:

1. Principal con el nombre PROCESO DE APOYO GESTIÓN DOCUMENTAL luego otras en el siguiente orden: CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO - PLANES - POLÍTICAS, como se muestra en la siguiente imagen:



Finalmente, en esas carpetas se deben almacenar el procedimiento, EL instructivo y los nueve (9) formatos que adjunto en el presente correo.

Atentamente,

Yuly Andrea Madrigal Guzmán.
Bibliotecóloga y archivista. TP 5247
Administradora de Empresas
Correo: yulyamadrigalg@gmail.com
Móvil: 320 881 37 85

"CUIDEMOS EL MEDIO AMBIENTE"

11 archivos adjuntos

PRO-GD-001-Entrega_Oficial_Documentación.pdf
333K

INS-GD-001-INSTR_ Pautas_Técnicas_Folicación _Doc.pdf
347K

FOR-GD-01_Inventario documental.xlsx
34K

FOR-GD-005-Prestamo de Expedientes_.xlsx
30K

FOR-GD-04_Rotulo de caja.xlsx
29K

FOR-GD-02-Hoja_Control.docx
842K

FOR-GD-03_Rotulo carpeta.docx
830K

FOR-GD-07_TRD.xlsx
29K

FOR-GD-06_CCD.xlsx
66K

FOR-GD-08_TVD.xlsx
29K

FOR-GD-09-Paz y salvo G.Doc.docx
838K

Gmail

Yuly Andrea Madrigal Guzman <yulyamadrigalg@gmail.com>

Soportes_Gestión Documental_Informe Actividades_Cuenta_5_2026

1 mensaje

Yuly Andrea Madrigal Guzman <yulyamadrigalg@gmail.com> 6 de julio de 2026 a las 3:23 p.m.
Para: administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co, contactenos@hospitalsanjoseortega.gov.co

Cordial saludo, Doctora Tatiana Santiago Perez
Administradora
Supervisora Contrato N.033-2026
Hospital San José de Ortega

Me permito adjuntar las evidencias del informe de **actividades 05**, del 2 de mayo del 2026 al 31 de mayo del 2026 del desarrollo del contrato 033 del 2026; evidencia que serán soportadas en el plan de acción de gestión documental.

Por otro lado, la Doctora Tatiana solicitó convocar nuevamente para la tercera semana de julio si es posible, al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para realizar la debida presentación de los documentos elaborados para su respectiva aprobación, asimismo los que están pendiente del informe número 04 anteriormente enviados; según el Decreto 1080 del 2015 y Acuerdo 001 del 2024; estoy atento a la fecha y hora de la reunión.

Finalmente, el viernes 10 de julio del 2026 estaré entregando el último informe número 6, con la finalización al 100% el Programa de gestión documental con el procedimiento de transferencias documentales, con el objetivo de presentarlos al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Los Documentos anexos son:

1. Plan Institucional de Archivo 100%
2. Programa de Gestión Documental Avance 70%
3. FOR-GD-14-Transferencia Documental
4. Actualización Mapa Riesgo Gestión Documental
5. Presentación del Informe ejecutivo Junta Directiva

Hasta una nueva comunicación.

Yuly Andrea Madrigal Guzmán.
Bibliotecóloga y archivista. TP 5247
Administradora de Empresas
Correo: yulyamadrigalg@gmail.com
Móvil: 320 881 37 85

"CUIDEMOS EL MEDIO AMBIENTE"

5 archivos adjuntos

Plan Institucional Archivo PINAR_100%.pdf
1442K

Avance_PGD_70%.pdf
816K

FOR-GD-014-ACTA DE TRANSFERENCIA DOCUMENTAL.docx
835K

Mapa de Riesgo GD.xlsx
45K

Presentación_Junta Directiva_28_Mayo_2026.pdf
11375K

HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA
SALUD PARA TODOS
ORTEGA TOLIMA
NIT. 890.700.967-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

CODIGO: GC-FO-59
FECHA: 15/01/2025
VERSION: 02

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS EN EL RÉGIMEN SIMPLIFICADO)

FECHA DE ELABORACIÓN			NÚMERO
DD	MM	AAAA	
7	7	2026	5

PERÍODO COBRADO					
	DD		DD	MM	AAAA
DEL	2	mayo	31	mayo	2026

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
	TIPO:	NÚMERO	DV
YULY ANDREA MADRIGAL GUZMAN	[X] C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] OTRO	1.110.175.980	

DIRECCIÓN	CIUDAD	NÚMERO TELÉFONO	CORREO
Calle 154 N.21 SUR 22 CAMBULO	IBAGUE	3208813785	yulyamadrigalg@gmail.com

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NÚMERO	DV
HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA	NIT	890700967	1

FECHA	CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
			VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
7/07/2026		CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN CIENCIA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN, BIBLIOTECOLOGÍA Y ARCHIVÍSTICA PARA APOYAR, COORDINAR Y EJECUTAR LOS PROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.	$ 3.000.000	$ 3.000.000

VENDEDOR

En cumplimiento de lo señalado en el literal j) Artículo 617 del Estatuto Tributario, manifestó bajo la gravedad del juramento que he cumplido con la afiliación y el pago de los aportes a las Seguridad Social correspondientes a los ingresos objeto de esta factura bajo el número de planilla **9505619979** y que estos aportes no han servido de base para disminuir la retención en la fuente en otros cobros. Declaro que soy del régimen simplificado y según el Artículo 511 del Estatuto Tributario no estoy obligado a expedir factura de venta

TOTAL	$ 3.000.000
RTE FTE (%)	
RTE ICA (por mil)	
TOTAL A PAGAR	
BASE GRAVABLE	
IVA	
RTE IVA (%)	

ANEXOS (Marque con una "X")

[X] Aportes ARL [ ] Aportes AFC o Pensiones Voluntarias

[X] Aportes Salud [X] Aportes Pensiones

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DEL COMPRADOR

NÚMERO CONSECUTIVO

FECHA DE RECIBO

DD MM AAAA

INFORMACIÓN PARA DISMINUCIONES DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE APORTA	BASE DE APORTE	VALOR APORTADO	FECHA PAGO APORTES		
				DD	MM	AAAA
Aportes Obligatorios a Salud	PIJAO SALUD	$1,750,905	$ 218.900	2	7	2026
Aportes Obligatorios a Pensión	PORVENIR	$1,750,905	$ 280.200	2	7	2026
Aportes ARP	POSITIVA	$1,750,905	$ 9.200	2	7	2026
Aportes Voluntarios a Pensión						
Aportes Voluntarios AFC						

Yuly A. Madrigal G
FIRMA DEL PROVEEDOR

1110175980
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012, reglamentado por el Decreto 1950 de 2012

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110175980		MADRIGAL GUZMAN YULY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 154 #21SUR-22 404	IBAGUE-TOLIMA	2627717	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	442961587	9505619979	I	2026/06/19	2026/07/02	BANCO DAVIVIENDA	13	$513,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	1110175980	MADRIGAL YULY	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPSIC6	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

2026/07/02 01:04 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110175980		MADRIGAL GUZMAN YULY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 154 #21SUR-22 404	IBAGUE-TOLIMA	2627717	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	442961587	9505619979	I	2026/06/19	2026/07/02	BANCO DAVIVIENDA	13	$513,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$100	$0	$9,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$100	$0	$9,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
PIJAOSALUD	EPSIC6	809,008,362	2	1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
TOTAL				1	$508,300	$4,900	$0	$513,200

2026/07/02 01:04 PM

CERTIFICADO DE EJECUCION DE CONTRATO

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO NRO. 033 DE 2026

CERTIFICA

En mi calidad de supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del contrato Nro. 033- 2026 Del 09 de enero de 2026 Prestación de servicios cuyo objeto es "CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN CIENCIA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN, BIBLIOTECOLOGÍA Y ARCHIVÍSTICA PARA APOYAR, COORDINAR Y EJECUTAR LOS PROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E. **y el (a) YULY ANDREA MADRIGAL GUZMAN, identificado** con cedula de ciudadanía número 1.110.175.980 DE ORTEGA, que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales establecidas.

Así mismo para efecto de pago certifico que el contratista se encuentra al día respecto de sus obligaciones derivadas de la afiliación al sistema de seguridad social integral.

Por lo anterior se procede a autorizar **EL QUINTO *PAGO*** correspondiente al valor de **TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000,00 COP)**. Por desarrollo de actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el día **02 MAYO AL 31 DE MAYO DE 2026** del contrato de prestación Servicios 033 – 2026.

Vigilado Supersalud

BALANCE DEL CONTRATO				
DETALLE	**PAGADO**	**VALOR EJECUTADO**	**% EJECUTADO**	**SALDO POR EJECUTAR**
VALOR INICIAL	$18.000.000,00			$ 18.000.000,00
PRIMER PAGO	$ 2.300.000,00	$ 2.300.000,00	12.78 %	$ 15.700.000,00
SEGUNDO PAGO	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00	16.66 %	$ 12.700.000,00
TERCER PAGO	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00	16.66 %	$ 9.700.000,00
CUARTO PAGO	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00	16.66 %	$ 6.700.000,00
QUINTO PAGO	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00	16.66 %	$ 3.700.000,00
TOTALES		**$11.300.000,00**	**79,43%**	$ 3.700.000,00

La presente certificación se expide en Ortega Tolima, el día 07 de julio del 2026.

JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Vigilado Supersalud

Ortega Tolima, 07 de julio de 2026.

Señores
Hospital San José de Ortega E.S.E.
Ortega Tolima

Asunto: Certificación de mi condición de obligado a declarar renta por el año gravable inmediatamente anterior.

Yo, **YULY ANDREA MADRIGAL GUZMÁN**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1110175980, vinculada actualmente mediante contrato de prestación de servicios, y para los efectos de la norma contenida en el art. 383 del E.T., certifico bajo la gravedad de juramento (Artículo 442 del Código penal) lo siguiente:

1. Que sí califico en la categoría de empleado establecida en el art. 329 del E.T. (creado con el art. 10 de la Ley 1607 de diciembre 26 de 2012), pues actualmente soy residente en Colombia (art. 10 del E.T.), mis ingresos brutos sí provienen en un 80% o más de mis rentas por honorarios, sí realizo una actividad liberal, y no uso ni equipos, ni insumos, ni herramientas especializadas.

2. Que por el año gravable anterior (en este caso, el año 2025), y solo por el criterio establecido en el parágrafo 4 del art. 3 del decreto 099 de enero de 2013, sí soy un obligado a declarar renta pues mis ingresos brutos de todo tipo en dicho año (por honorarios, servicios, ventas de activo fijos, rifas, intereses, arrendamientos, etc.), o mis activos fijos sí superaron el equivalente a lo establecido por el Estatuto Tributario.

3. (SI) (NO X) tengo dependientes económicos que para tal caso mis hijos
4. **(NO** X **), (SI)** poseo prestamos de vivienda, que puedan ser deducibles para el Cálculo de retención en la fuente (SI LA respuesta es sí adjuntar el ultimo recibo de pago)

Para constancia de lo anterior, firmo en Ortega Tolima a los 07 días del mes de julio del 2026.

Cordialmente,

Yuly A. Madrigal G

YULY ANDREA MADRIGAL GUZMÁN
C.C. 1110175980 del Ortega

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141155219728

(415)7707212489984(8020) 000014115521972 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 1 7 5 9 8 0	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 0 1 7 5 9 8 0

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ortega 5 0 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MADRIGAL	GUZMAN	YULY	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
PROVISIONES DE ARCHIVO	PROARCH

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ortega 5 0 4

41. Dirección principal: MZ A 1 CA 23 BRR TECHITOS

42. Correo electrónico: yulyamadrigalg@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 8 1 3 7 8 5	3 1 3 2 6 1 0 5 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 6 1	2 0 1 4 0 7 2 4	9 1 0 1	2 0 2 1 0 6 1 5	6 2 0 9	3 1 1 0	1 3 1 4	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20													58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MADRIGAL GUZMAN YULY ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ORTEGA, **15/08/2025**
TOLIMA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YULY GUZMAN MADRIGAL** con **Cédula de Ciudadanía** número **1110175980**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570166370237884**
Fecha de apertura	**15/06/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-174
	PROCESO: GESTION DE CALIDAD		VERSION 1.0
	FORMATO DE INFORME DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA		17/04/2026

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E					
INFORME NÚMERO:		5	**FECHA DEL INFORME:** (dd/mm/aa)		7/07/2026
GRADO DE RESPONSABILIDAD					
MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:					
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	**NÚMERO:**	033	**FECHA :** (dd/mm/aa)	9/01/2026
				No. PROCESO SECOP II	CD HSJ 033-2026
CONTRATISTA:		YULY ANDREA MADRIGAL GUZMAN		**NIT Y/O CC:**	1110175980
VALOR INICIAL:		$ 18.000.000,00		**PLAZO INICIAL:**	180 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA:		034 DEL 08/01/2026		**RP(S) INICIAL / VIGENCIA:**	034 DEL 09/01/2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME:		JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ		***FECHA DE DESIGNACIÓN***	contrato 033 09/01/2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co			
FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA DE INICIO:		9/01/2026		**FECHA DE INICIO:**	9/01/2026

II. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)

INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS , RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	CARGADO EN EL SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

TIPO DE DOCUMENTO *SOPORTES* (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NUMERO IDENTIFICADOR SECOP II	*FECHA* (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO	PLAZO ADICIONADO		RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	$ -	N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	$ -	N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	$ -	N/A		N/A	N/A

ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)	FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa)		No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A

III. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO					
ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque con una X)	NO	SEGÚN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR :			N/A
ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:			PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		02/05/2026 AL 31/05/2026			
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)		N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA:		N/A
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR		5	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR:		7/07/2026

IV. ESTAMPILLAS (ADICIONES)		
NOMBRE ESTAMPILLA	FECHA	VALOR
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el periodo que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)			
PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	9505619979	MES DE COTIZACIÓN:	may-26
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	N/A	MES DE COTIZACIÓN:	N/A

SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE CORRESPONDA,INDICANDO EL RESPECTIVO SOPORTE			
ES PENSIONADO:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:	N/A		

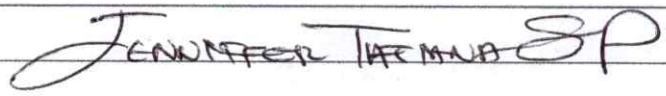
V. DISTRIBUCIÓN DEL PRESENTE PAGO POR IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (adicione filas si es necesario)			
IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO	
21-20-202-008-001	034 DEL 09/01/2026	$	3.000.000,00
		$	-
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:		$	3.000.000,00

VALOR PRESENTE PAGO	
VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO PERIODO)	
BALANCE DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL CONTRATO	$ 18.000.000,00
VALOR TOTAL CONTRATO (ADICIONES)	$ -
VALOR TOTAL PAGOS ANTERIORES	$ 11.300.000,00
VALOR PRESENTE PAGO	$ 3.000.000,00
VALOR SALDO POR EJECUTAR	$ 3.700.000,00

VI. GARANTIAS						
ASEGURADORA	AMPARO	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO	F. DE EXPEDICIÓN		F. DE APROBACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

VII. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO		
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	057016837023784

VII. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:
La supervisión y/o interventoria verifico el cumplimiento del contratista y de sus obligaciones para el presente periodo, de acuerdo con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo. Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es)	JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ
FIRMA(s):	

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-175
	PROCESO: GESTION DE CALIDAD		VERSION 1.0
	INFORME DETALLADO EJECUCION DE ACTIVIDADES		17/04/2026

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E

I. RESUMEN INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA O COOPERANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Elaborar el diagnóstico integral de archivo del Hospital San José de Ortega.	En cumplimiento de la obligación contractual, se informa que el Diagnóstico Integral de Archivo del Hospital San José de Ortega fue elaborado y culminado satisfactoriamente durante el mes de marzo de 2026, conforme a los lineamientos archivísticos vigentes. Así mismo, el documento final fue remitido oportunamente al correo institucional de la supervisora para su respectivo conocimiento y seguimiento.	Evidencia en el informe numero 3.	Archivos en fisico al contrato 033-2026	
Elaborar y socializar el plan institucional de archivo (PINAR) del Hospital San José de Ortega.	Durante el presente periodo elaboré el 100% del Plan Institucional de Archivos (PINAR), como instrumento archivístico derivado del diagnóstico integral de archivos, el cual establece las bases para la planificación, organización y fortalecimiento de la gestión documental del Hospital San José de Ortega.	Se adjunta el 100% del PINAR al informe y se envía al correo Institucional del Hospital y Supervisora.	Archivos en fisico al contrato 033-2026	
Crear o ajustar las Tablas de Retención Documental (TRD).	El periodo anterior mediante comunicación remitida a la supervisora del contrato. Me permito reiterar que la creación o ajuste de las Tablas de Retención Documental (TRD) continúa supeditada a la actualización del Manual de Funciones, el organigrama institucional y demás instrumentos administrativos, los cuales constituyen un requisito técnico indispensable para avanzar en su elaboración.	Se evidencia la sustentación en el informe N°4.	Archivos en fisico al contrato 033-2026	
Actualizar y socializar el Programa de Gestión Documental (PGD) para el periodo vigente (2024-2028), alineado con el Plan Estratégico Institucional.	Durante el presente periodo se avanzó en un 70% en la formulación y actualización del Programa de Gestión Documental (PGD), mediante la revisión, ajuste y fortalecimiento de sus componentes estratégicos, con el propósito de establecer lineamientos para la adecuada administración de los documentos durante todo su ciclo de vida, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión documental del hospital san José de Ortega.	Sin evidencia en soporte fisico a la cuenta y el envió al correo Institucional de la supervisora.	Archivos en fisico al contrato 033-2026	
Desarrollar guías para la organización de expedientes según los estándares técnicos de 2026.	En el presente periodo diseñe los siguientes documentos: Mapa: Mapa de riesgo de gestión documental. Formato: FOR-GD-Transferencia Documental Primaria.	Se adjunta las evidencias al correo supervisor y copia al Institucional del Hospital contactenos@hospitalsanjoseortega.gov.co administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co	Archivos en fisico al contrato 033-2026	
Asesorar en la implementación de softvvare para la gestión de documentos electrónicos y la preservación digital en coordinación con el proveedor de sistema de ventilla única de la institución.	En el presente informe, se programó una reunión con el programador del sistema de ventanilla de correspondencia OCOBOS, para realizar el seguimiento del ajuste del sistema de información, con el fin de mejorar el control de toda la correspondencia del hospital; fecha ejecutada 15 de mayo 2026; asimismo se le solicitó a la empresa de Tecnologías SINERGIA, el concepto técnico sobre el tipo de firma que se está implementando en las historias clínicas electrónicas.	Se adjunta Acta de Reunión con la Asistencia.	Archivos en fisico al contrato 033-2026	
Coordinar el traslado de documentos del archivo de gestión al central, asegurando la integridad de los expedientes.	En el presente periodo no se presentó necesidad de la obligación.	Sin evidencia en este periodo	N/A	
Brindar asesoría y capacitaciones al personal de la entidad sobre el manejo de las TRD y el sistema de gestión documental.	En el presente informe realicé una capacitación a los integrantes del comité institucional de gestión y desempeño, (Gerente, administrativa, calidad, jurídica, asistencial, control interno); sobre la importancia de la creación de los documentos según la normativa y el debido proceso para su debida sustentación y aprobación por el comité institucional.	Se anexa Registro de Asistencia – Acta de Comité.	Archivos en fisico al contrato 033-2026	

Presentar informes mensuales de actividades y porcentajes de avance del plan de trabajo de gestión documental.	En el presente informe realicé ante la Junta Directiva el seguimiento del avance de los Inventarios Documentales en estado natural correspondientes a las historias clínicas del año 2007 hacia atrás; asimismo sobre la propuesta del nuevo depósito del archivo central e histórico del hospital.	Se evidencia en el Anexo del Informe las Graficas y la Presentación ante la Junta Directiva – Fisico.	Archivos en fisico al contrato 033-2026	
Al a finalizar el contrato, el contratista deberá entregar los archivos su cargo debidamente inventariado.	En el presente periodo no se presentó la necesidad de la obligación; estará proyectada para el último informe de actividades.	Sin evidencia en este periodo	N/A	
Cumplir las demás obligaciones que le sean asignadas por la supervisión del contrato y que estén directamente relacionadas con el objeto contractual.	Durante el presente periodo no fueron asignadas por parte de la supervisión actividades adicionales relacionadas directamente con el objeto contractual; por lo tanto, no se generaron acciones especificas ni evidencias asociadas al cumplimiento de esta obligación.	Sin evidencia en este periodo	N/A	

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Facilitar al contratista las condiciones (suministro de información, documentación y demás elementos), que le permitan cumplir en la forma y oportunidad convenidas y coordinar al interior de sus dependencias y funcionarios lo necesario con la misma finalidad	Se brindó de manera oportuna la información, documentación institucional requerida, garantizando que el contratista contara con los insumos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus obligaciones contractuales.	informe supervision e informe actividades	informe supervision e informe actividades	NA
2. Controlar la calidad de los servicios contratados y el cumplimiento de los requisitos y condiciones convenidas	Se realizó seguimiento continuo a la ejecución del contrato, verificando el cumplimiento de las condiciones establecidas, asegurando la correcta prestación de los servicios contratados.	informe supervision e informe actividades	informe supervision e informe actividades	NA
3. Recibir los servicios contratados en la oportunidad estipulada y expedir, en menor tiempo posible, los documentos correspondientes a la ejecución del contrato	Se efectuó la revisión y recepción de los servicios, expidiendo los soportes correspondientes que evidencian el cumplimiento de las obligaciones contractuales.	informe supervision e informe actividades	informe supervision e informe actividades	NA
4. Realizar los pagos del contrato, con oportunidad, y conforme a la forma de pago estipulada, a fin de garantizar la buena marcha del contrato.	Se gestionó oportunamente el trámite de pago conforme a lo pactado contractualmente, previa verificación del cumplimiento de las actividades.	informe supervision e informe actividades	informe supervision e informe actividades	NA

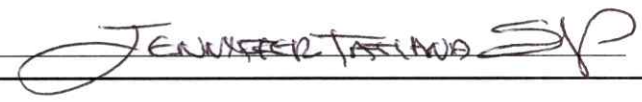
CONCLUSIONES:

La supervisión y/o interventoría verifico el cumplimiento del contratista y de sus obligaciones para el presente período, de acuerdo con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) : **JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ**

FIRMA:



HOSPITAL SAN JOSE ORTEGA - TOLIMA

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151
Nit. 890700967-1

CUENTA POR PAGAR
No.12521
Fecha: 16/07/2026

Tercero

CC 1110175980 YULI ANDREA MADRIGAL GUZMAN
Dirección: BARRIO TECHITOD **Teléfono:** 3208813785
Documento Presupuestal: COM - 34 **Documento Externo:** 03305 **Fecha Doc Externo:** 16/07/2026 **Fecha De Venc:** 15/08/2026

Descripción

CONTRATAR LA PRESTACIï¿½N DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN CIENCIA DE LA INFORMACIï¿½N Y DOCUMENTACIï¿½N, BIBLIOTECOLOGï¿½A Y ARCHIVï¿½STICA PARA APOYAR, COORDINAR Y EJECUTAR LOS PROCESOS DE GESTIï¿½N DOCUMENTAL Y ARCHIVO DEL HOSPITAL SAN JOSï¿½ E.S.E.

Centro de Costos		Valor
000026	ADMINISTRACION	$3.000.000.00

Subtotal:	**$3.000.000.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$3.000.000.00**

Son

TRES MILLONES DE PESOS M/CTE

REALIZO

JOMIS TORRIJOS GUZMAN
AUXILIAR CONTABLE
1108937701

Impreso por software SIHOS WEB

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151
Nit. 890700967-1

COMPROBANTE EGRESO No.19031
Fecha: 16/07/2026

Tercero

CC 1110175980 **YULI ANDREA MADRIGAL GUZMAN**
Dirección: BARRIO TECHITOD Teléfono: 3208813785

Datos del Pago

Forma de Pago : TRANSFERENCIA ELECTRONICA BANCO DAVIVIENDA **Cuenta :** 166969999829

Concepto

SE CANCELA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN CIENCIA DE LA INFORMACION Y DOCUMENTACION, BIBLIOTECOLOGIA Y ARCHIVISTICA PARA APOYAR, COORDINAR Y EJECUTAR LOS PROCESOS DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO DEL HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. CUARTO PAGO DEL CONTRATO NRO. 033 DEL 2026. MES MAYO DEL 2026.

Documento	Numero	Factura Documento	Factura Numero	Factura Fecha	Valor
CUENTA POR PAGAR	12521	FCP	03305	16/07/2026	$3.000.000.00

Total : $3.000.000.00

Edición Contable

Codigo	Cuenta	Deber	Haber
249055	Servicios	$3.000.000.00	
1402401	SOBRETASA BOMBERIL		$1.050.00
244004	RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO		$21.000.00
11100508	Davivienda 166969999829		$2.977.950.00
	Total	**$3.000.000.00**	**$3.000.000.00**

SON

TRES MILLONES DE PESOS M/CTE

ORDEDNO

BENEFICIARIO

DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713



Comprobante de Pago

22/7/2026 - 8:04

Datos del Proceso de Pago	
Nombre Empresa	HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST
Nombre Proceso	PAGO A PROVEEDORES 17 DE JULIO DE 2026
Cuenta Origen de los Fondos	OFICIAL SIN SOBREGIRO - 560166969999829
Fecha del Pago	17/07/2026
Hora del Pago	14:11

Detalle Proceso de Pago			
Nit Destino	1110175980	**Referencia**	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	166370237884	**Entidad destino**	DAVIVIENDA
Valor	$ 2.977.950,00	**Estado**	Pago Exitoso