

INFORME

INFORME DE AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ

Puerto Caicedo - Putumayo

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2026**



PRESENTACIÓN

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez, en ejercicio de las funciones conferidas por la Ley 87 de 1993 y en cumplimiento del Programa Anual de Auditorías correspondiente a la vigencia 2026, presenta el Informe de Auditoría Interna al Sistema de Gestión Documental, elaborado con el propósito de evaluar el nivel de cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y administrativos que regulan la gestión documental en las entidades públicas. La gestión documental constituye uno de los pilares fundamentales del control institucional, la transparencia administrativa, la preservación de la memoria institucional, la garantía del derecho de acceso a la información pública y la seguridad jurídica de las actuaciones administrativas. En consecuencia, su adecuada implementación trasciende la simple organización física de documentos, convirtiéndose en un sistema transversal que soporta todos los procesos misionales, estratégicos y de apoyo de la entidad.

Durante los últimos años la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez ha realizado importantes esfuerzos orientados a estructurar su Sistema de Gestión Documental mediante la formulación de diversos instrumentos archivísticos, entre ellos el Diagnóstico Integral de Archivos, el Plan Institucional de Archivos (PINAR), la Política de Gestión Documental, el Reglamento Interno de Archivo, el Manual de Procedimientos, el Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo. Estos instrumentos evidencian un avance significativo en la fase de planeación y diseño del sistema institucional de archivos.

No obstante, la auditoría realizada evidencia que la existencia formal de dichos instrumentos no ha garantizado, por sí misma, el cumplimiento efectivo de la normatividad archivística, la falta de voluntad administrativa de la alta gerencia muestra que la etapa de implementación y documentación se ha realizado, quiere decir que la teoría se ha realizado, pero no la ejecución del proceso.

La eficacia de un Sistema de Gestión Documental depende de su implementación transversal, de la apropiación institucional por parte de todos los servidores públicos, del compromiso permanente de la Alta Dirección y de la incorporación de los procesos archivísticos dentro de la gestión cotidiana de la organización.

En este contexto, la presente auditoría adopta un enfoque de evaluación integral, orientado no solamente a verificar la existencia de documentos normativos, sino principalmente a determinar el grado de implementación real del sistema, la efectividad de los controles establecidos, el nivel de cumplimiento de las obligaciones legales y la capacidad institucional para garantizar la autenticidad, integridad, disponibilidad, conservación y trazabilidad de los documentos producidos y recibidos por la entidad.



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
Cuidamos la salud con vocación y compromiso

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

OFICINA CONTROL INTERNO

El presente informe se constituye en una herramienta para la toma de decisiones gerenciales y para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, aportando elementos objetivos que permitan orientar las acciones de mejora necesarias para consolidar un Sistema de Gestión Documental eficaz, sostenible y alineado con las mejores prácticas nacionales e internacionales.



INTRODUCCIÓN

La información constituye uno de los activos estratégicos más importantes de cualquier entidad pública. Cada documento producido durante el ejercicio de las funciones institucionales representa evidencia de las actuaciones administrativas, soporte para la toma de decisiones, garantía de los derechos de los ciudadanos y parte integral del patrimonio documental del Estado. La gestión documental moderna ha evolucionado desde una visión centrada exclusivamente en la organización física de archivos hacia un enfoque integral basado en procesos, gestión de riesgos, preservación digital, seguridad de la información y gobernanza documental. En consecuencia, las entidades públicas deben implementar sistemas capaces de garantizar la producción, organización, conservación, recuperación y disposición final de los documentos durante todo su ciclo de vida.

En Colombia, este modelo se encuentra sustentado principalmente en la Ley 594 de 2000, el Decreto 1080 de 2015, la Ley 1712 de 2014, los acuerdos expedidos por el Archivo General de la Nación y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), las cuales establecen obligaciones específicas relacionadas con la planeación archivística, la administración de documentos físicos y electrónicos, la transparencia administrativa y la preservación de la memoria institucional.

Bajo este contexto, la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo Putumayo, desarrolló la presente Auditoría Interna al Sistema de Gestión Documental con un enfoque de cumplimiento normativo y de evaluación de madurez institucional, verificando no solamente la existencia de instrumentos archivísticos, sino también la evidencia objetiva de su aplicación efectiva en las diferentes dependencias de la entidad.

Para el desarrollo de la auditoría se efectuó revisión documental, inspección física de archivos, entrevistas con funcionarios, análisis de soportes, verificación de instrumentos archivísticos, evaluación de actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (MIPG), seguimiento al Plan Institucional de Archivos (PINAR) y análisis histórico de las acciones implementadas desde la formulación del Sistema de Gestión Documental.

Los resultados obtenidos permitieron identificar fortalezas relacionadas con la estructuración documental y teórica del sistema, así como importantes debilidades asociadas a su implementación, seguimiento y mejora continua, las cuales representan riesgos para el cumplimiento de la normatividad archivística, la transparencia administrativa, la conservación del patrimonio documental y la seguridad jurídica de las actuaciones institucionales.



El presente informe expone de manera objetiva, técnica y sustentada los hallazgos identificados, las no conformidades evidenciadas, las causas que las originan, los riesgos derivados de dichas situaciones y las recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno para fortalecer el Sistema de Gestión Documental de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez.

FICHA TÉCNICA DE LA AUDITORÍA

Detalle	Descripción
Auditoría	Auditoría Interna al Sistema de Gestión Documental
Dependencia auditada	Proceso de Gestión Documental y Archivo Central
Entidad	E.S.E. Hospital Alcides Jiménez
Responsable del proceso	Responsable del Archivo Central / Gerencia / Sub Gerencia Administrativa
Auditor Líder	Jefe de Oficina de Control Interno
Equipo Auditor	Oficina de Control Interno
Vigencia auditada	2026
Fecha de ejecución	Vigencia 2026
Tipo de auditoría	Auditoría de Cumplimiento, Gestión y Evaluación Institucional
Criterios de auditoría	Constitución Política, Ley 594 de 2000, Ley 1712 de 2014, Decreto 1080 de 2015, Decreto 1499 de 2017, Acuerdos AGN, MIPG, procedimientos internos y buenas prácticas internacionales
Alcance	Evaluar la planeación, implementación, operación, seguimiento y mejora del Sistema de Gestión Documental, incluyendo archivos de gestión, archivo central, instrumentos archivísticos, preservación documental y gestión de documentos electrónicos.
Objetivo General	Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y administrativos aplicables al Sistema de Gestión Documental, así como determinar su nivel de implementación, eficacia y madurez institucional.

METODOLOGÍA DE AUDITORÍA

La auditoría fue desarrollada conforme a los principios establecidos para la auditoría interna en el sector público, adaptado al contexto de la gestión documental.

La evaluación se fundamentó en un enfoque basado en evidencias, en la verificación objetiva sobre las manifestaciones de los responsables de los procesos en cada oficina o área. Todas las conclusiones contenidas en el presente informe se sustentan en documentos, registros, observaciones directas y demás evidencias obtenidas durante el desarrollo de la auditoría.

Las principales técnicas de auditoría utilizadas fueron:

Entrevistas estructuradas. Se realizaron entrevistas con el responsable del Archivo Central y con funcionarios de diferentes dependencias para establecer el nivel de conocimiento, apropiación e implementación de las políticas y procedimientos de gestión documental.

Inspección física. Se efectuó recorrido por las instalaciones destinadas al archivo central y por una muestra representativa de archivos de gestión, verificando condiciones de organización, almacenamiento, conservación, consulta, señalización, control ambiental y seguridad documental.

Muestreo documental. Se seleccionó una muestra de expedientes y documentos pertenecientes a diferentes procesos institucionales con el propósito de verificar la correcta aplicación de los principios archivísticos y los procedimientos internos.

Revisión de expedientes. Se evaluó la conformación de expedientes, foliación, ordenación documental, integridad, identificación, conservación y cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación.

Verificación de instrumentos archivísticos. Se revisó la existencia, vigencia, aprobación e implementación del Diagnóstico Integral de Archivos, PINAR, Política de Gestión Documental, Reglamento Interno de Archivo, Manual de Procedimientos, Plan de Conservación Documental, Plan de Preservación Digital y demás instrumentos archivísticos institucionales.

Análisis de cumplimiento normativo. Se comparó el estado del Sistema de Gestión Documental frente a los requisitos establecidos en la legislación archivística colombiana y en las políticas institucionales aplicables.

Análisis de evidencia histórica. Se revisó la evolución del Sistema de Gestión Documental desde la formulación de los instrumentos archivísticos en la vigencia 2023, evaluando el grado de ejecución de las acciones previstas y la eficacia de las medidas adoptadas.



Revisión de actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se verificó el tratamiento otorgado a la política de Gestión Documental dentro de las sesiones del Comité MIPG durante las vigencias 2024 y 2025, evaluando el seguimiento a compromisos y acciones institucionales.

Seguimiento al Plan Institucional de Archivos (PINAR). Se contrastaron las actividades programadas con el informe institucional de seguimiento que reconoce el incumplimiento de acciones estratégicas del PINAR durante la vigencia 2023–2027.

MARCO NORMATIVO

La evaluación del Sistema de Gestión Documental se realizó con fundamento en el siguiente marco jurídico y técnico:

Constitución Política de Colombia

Artículo 2, Artículo 15, Artículo 20, Artículo 23, Artículo 74, Artículo 209, contienen los principios de publicidad, transparencia, acceso a la información, función administrativa y conservación de los documentos públicos.

Leyes:

- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno.
- Ley 489 de 1998 – Organización y funcionamiento de las entidades públicas.
- Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos.
- Ley 1437 de 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1581 de 2012 – Protección de Datos Personales.
- Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública.

Decretos:

- Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Acuerdos del Archivo General de la Nación:

- Acuerdo 042 de 2002, Acuerdo 038 de 2002, Acuerdo 004 de 2019, Acuerdo 005 de 2013 y demás disposiciones aplicables en materia de organización, conservación y gestión documental.



Política Pública

- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Política de Gestión Documental.
- Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
-

ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Gestión Documental constituye una de las políticas que integran el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y representa un componente estratégico para garantizar la transparencia administrativa, la eficiencia institucional, la preservación de la memoria organizacional, el acceso a la información pública y el cumplimiento de las obligaciones legales derivadas de la producción documental.

Con fundamento en la Ley 594 de 2000, el Decreto 1080 de 2015 y los lineamientos impartidos por el Archivo General de la Nación, la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez inició durante la vigencia 2023 un proceso de fortalecimiento institucional orientado a estructurar formalmente su Sistema de Gestión Documental mediante la elaboración de los instrumentos archivísticos exigidos por la normatividad vigente.

La revisión documental realizada durante la presente auditoría permitió establecer que la entidad desarrolló un importante proceso de formulación documental, evidenciado en la producción de múltiples instrumentos técnicos que constituyen la base normativa para la administración de los documentos institucionales.

Sin embargo, la auditoría también evidenció que la sola existencia de dichos instrumentos no ha sido suficiente para garantizar su implementación efectiva, a la fecha de la presente auditoría se evidencia la falta de voluntad administrativa de la alta gerencia actual en el proceso.



FORMULACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL (VIGENCIA 2023)

Como resultado del proceso de fortalecimiento archivístico adelantado durante la vigencia 2023, la entidad formuló los principales instrumentos exigidos por la normatividad archivística colombiana, entre ellos:

- Diagnóstico Integral de Archivos.
- Plan Institucional de Archivos – PINAR.
- Política Institucional de Gestión Documental.
- Reglamento Interno de Archivo.
- Manual de Procedimientos de Gestión Documental.
- Plan de Conservación Documental.
- Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.

La elaboración de estos documentos representó un avance significativo en la etapa de planeación del Sistema de Gestión Documental, al establecer lineamientos para la organización, producción, clasificación, conservación, consulta, disposición final y preservación de la información institucional. Asimismo, dichos instrumentos identificaron aspectos críticos, definieron responsabilidades institucionales y propusieron proyectos orientados al fortalecimiento progresivo de la gestión documental.

La formulación de estos instrumentos evidencia que la entidad identificó oportunamente las necesidades de modernización de su sistema archivístico y contó con una hoja de ruta técnica para orientar su implementación.

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Durante la vigencia 2024, la Gerencia de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez adoptó e integró los diferentes planes institucionales y estratégicos mediante la Resolución No. 053 del 30 de enero de 2024, dentro de los cuales se incorporó el Plan Institucional de Archivos (PINAR), dando cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Decreto 1083 de 2015 y el Decreto 612 de 2018.

Paralelamente, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (MIPG) comenzó a incluir la Política de Gestión Documental dentro de las actividades objeto de seguimiento institucional, reconociendo su importancia para el fortalecimiento del desempeño organizacional y el cumplimiento de los requerimientos del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG).



Estos antecedentes permiten concluir que la Alta Dirección reconoció formalmente la importancia estratégica de la gestión documental y dispuso mecanismos institucionales para su incorporación dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL (VIGENCIAS 2024–2025)

La revisión de las actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño correspondientes a las vigencias 2024 y 2025 evidencia que la Gestión Documental fue objeto de análisis y seguimiento en diferentes sesiones institucionales.

Durante estos comités se abordaron aspectos relacionados con:

- Implementación de la Política de Gestión Documental;
- Actividades asociadas al FURAG;
- Avances del Sistema de Gestión Documental;
- Elaboración e implementación de instrumentos archivísticos;
- Necesidades administrativas del proceso;
- Formulación de planes de mejoramiento.

En las sesiones desarrolladas durante 2025, la responsable del Archivo informó que la dependencia adelantaba un autodiagnóstico para evaluar el cumplimiento de la política de gestión documental y manifestó la existencia de instrumentos archivísticos elaborados que se encontraban en proceso de implementación, señalando igualmente limitaciones organizacionales que dificultaban el desarrollo del proceso.

La evidencia documental demuestra que la situación fue conocida por las instancias de la alta dirección de la entidad y que existieron escenarios institucionales destinados al seguimiento de las acciones relacionadas con la gestión documental.

PERSISTENCIA DE LAS DEBILIDADES DEL SISTEMA

Como parte de la evidencia recopilada durante la auditoría, se revisó el "Informe de No Cumplimiento de Actividades del Plan Institucional de Archivo (PINAR) 2023–2027", elaborado por el Archivo Central en enero de 2026.

En dicho informe se reconoce expresamente el incumplimiento de actividades estratégicas programadas para la implementación del Sistema de Gestión Documental, entre ellas:

- Elaboración y actualización de las Tablas de Retención Documental;
- Desarrollo del Modelo de Requisitos para Documentos Electrónicos de Archivo;
- Ejecución de actividades previstas dentro del Plan Institucional de Archivos.

De manera particularmente relevante, el informe identifica como causa del incumplimiento la **falta de priorización de la gestión documental dentro de la entidad**, indicando además el impacto generado sobre el cumplimiento de la Ley 594 de 2000, el Decreto 1080 de 2015 y los acuerdos expedidos por el Archivo General de la Nación.

Esta evidencia posee un alto valor probatorio dentro de la presente auditoría, por cuanto proviene de la propia dependencia responsable de la Gestión Documental y confirma que varias de las actividades definidas desde la formulación del PINAR no alcanzaron el nivel de ejecución esperado.

ANÁLISIS DE LA AUDITORÍA

Del análisis cronológico efectuado se concluye que las debilidades identificadas en el Sistema de Gestión Documental no corresponden a hechos aislados ni a situaciones recientes.

La evidencia documental demuestra una que la entidad diagnosticó sus necesidades archivísticas, formuló los instrumentos técnicos requeridos, los incorporó dentro de su planeación institucional y realizó seguimiento en escenarios de gobierno institucional desde 2023; sin embargo, las acciones orientadas a su implementación efectiva no han sido ejecutadas para consolidar un Sistema de Gestión Documental funcional y sostenible.

En consecuencia, las situaciones identificadas en la presente auditoría evidencian un problema estructural y una falta de voluntad en la implementación y gestión, caracterizado por un vacío enorme y significativa entre el diseño teórico documental del sistema y su aplicación efectiva en la operación institucional.

EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CONSIDERACIONES GENERALES

La presente evaluación tuvo como propósito determinar el grado de implementación y funcionamiento de los procesos archivísticos que conforman el Sistema de Gestión Documental de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez.

La evaluación no se limitó a verificar la existencia de documentos normativos, sino que analizó la evidencia objetiva de su aplicación en la operación institucional, considerando los principios archivísticos de autenticidad, integridad, disponibilidad, trazabilidad, organización, conservación y acceso a la información.

Para cada proceso se evaluaron los siguientes criterios:

- Existencia del procedimiento.
- Evidencia de implementación.
- Cumplimiento normativo.
- Riesgo institucional asociado.

PRODUCCIÓN DOCUMENTAL

Objetivo Evaluado:

Verificar que los documentos producidos por la entidad respondan a los procedimientos normados, con una estructura adecuada a la entidad y uniforme, identificación y cumplimiento de los requisitos legales.

Resultado:

Cumple parcialmente

Análisis:

La entidad cuenta con instrumentos institucionales que regulan la producción documental, incluyendo la Política de Gestión Documental, el Reglamento Interno de Archivo y el Manual de Procedimientos, en los cuales se establecen lineamientos para la creación y administración de documentos institucionales.



Sin embargo, durante la auditoría se evidenció que dichos lineamientos no se aplican de manera uniforme en todas las dependencias, observándose diferencias en la producción documental, conformación de expedientes y organización de la información.

Nivel de madurez:

Nivel 3 – Parcialmente implementado

Riesgo:

Alto.

La ausencia de estandarización hace que la generación de documentos sea incompletos, inconsistentes y con dificultades para su recuperación y conservación.

RECEPCIÓN DOCUMENTAL

Resultado:

Cumple parcialmente

Análisis:

Existen procedimientos definidos para la recepción documental; sin embargo, no se evidenció una aplicación uniforme y regular de controles que garanticen la trazabilidad completa del ingreso de documentos durante todo su ciclo de vida.

Nivel de madurez:

Nivel 3

Riesgo:

Medio.

Puede afectar la trazabilidad y oportunidad de respuesta institucional.



DISTRIBUCIÓN DOCUMENTAL

Resultado:

Cumple parcialmente

Análisis:

La distribución documental presenta procedimientos definidos, aunque persisten diferencias entre dependencias respecto al control de entrega, registro y seguimiento de documentos.

La ausencia de mecanismos estandarizados dificulta garantizar la trazabilidad completa de las comunicaciones internas.

Nivel de madurez:

Nivel 3.

Riesgo:

Medio.

TRÁMITE DOCUMENTAL

Resultado:

Cumple parcialmente

Análisis:

Se observaron procedimientos institucionales para la gestión documental; sin embargo, la auditoría encontró diferencias importantes en la aplicación de dichos procedimientos entre las distintas áreas administrativas.

La falta de apropiación institucional limita la estandarización del trámite documental.

Nivel de madurez:

Nivel 3.

Riesgo:

Alto.



ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL

Resultado:

No cumple

Análisis:

Aunque la entidad dispone de instrumentos archivísticos destinados a regular la organización documental, la evidencia recopilada demuestra que su implementación no es estándar.

Existen diferencias en la conformación de expedientes, clasificación documental y aplicación de criterios archivísticos establecidos por el Archivo General de la Nación.

La situación resulta especialmente relevante considerando que la organización documental constituye uno de los pilares del Sistema de Gestión Documental.

Nivel de madurez:

Nivel 2.

Riesgo:

Muy Alto.

Puede generar pérdida de información, dificultades para localizar expedientes y afectación de la memoria institucional.

CONSULTA DOCUMENTAL

Resultado:

Cumple parcialmente

Análisis:

La entidad dispone de procedimientos para consulta y préstamo documental; sin embargo, la auditoría identificó debilidades en materia de trazabilidad, control y seguimiento de los documentos consultados.

Nivel de madurez:

Nivel 3.



Riesgo:

Medio.

TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES

Resultado:

No cumple

Análisis:

Aunque el Manual de Procedimientos contempla el procedimiento para las transferencias documentales, la auditoría evidenció que estas no se ejecutan de forma sistemática ni conforme a la planeación archivística establecida.

Esta situación afecta la correcta administración del Archivo Central y genera acumulación documental en los archivos de gestión.

Nivel de madurez:

Nivel 2.

Riesgo:

Muy Alto.

DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS

Resultado:

No cumple

Análisis:

No se evidenció una aplicación integral y sistemática de los procedimientos relacionados con la disposición final documental conforme a las Tablas de Retención Documental.

La ausencia de este componente limita el cumplimiento del ciclo vital del documento.

Nivel de madurez:

Nivel 2.



Riesgo:

Muy Alto.

Puede generar conservación innecesaria de documentos, incremento de costos y eliminación inadecuada de información.

CONSERVACIÓN DOCUMENTAL

Resultado:

Cumple parcialmente

Análisis:

La entidad elaboró un Plan de Conservación Documental que contempla programas de limpieza, mantenimiento, monitoreo ambiental y preservación física. No obstante, la auditoría evidenció que la existencia del plan no garantiza su implementación integral en todas las actividades previstas.

Nivel de madurez:

Nivel 3.

Riesgo:

Alto.

PRESERVACIÓN DIGITAL

Resultado:

No cumple

Análisis:

La E.S.E. Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo Putumayo dispone formalmente de un Plan de Preservación Digital a Largo Plazo; sin embargo, la evidencia recopilada durante la auditoría no permitió verificar una implementación integral de las estrategias allí definidas, está formulado en teoría pero no implementado ni ejecutado.

El propio informe de seguimiento al PINAR reconoce el incumplimiento de actividades relacionadas con documentos electrónicos.



Nivel de madurez:

Nivel 2.

Riesgo:

Muy Alto.

Compromete la autenticidad, disponibilidad y preservación de los documentos electrónicos.

GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

Resultado:

No cumple

Análisis:

La auditoría no obtuvo evidencia suficiente que permitiera demostrar la existencia de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos implementado conforme a los principios de autenticidad, integridad, disponibilidad, trazabilidad, metadatos, perfiles de acceso y preservación establecidos por la normativa archivística y las buenas prácticas internacionales, cada oficina lleva un árbol de archivo digital a su antojo y libre albedrío, sin control, ni seguimiento.

Adicionalmente, el informe institucional de incumplimiento del PINAR reconoce que no fue desarrollado el Modelo de Requisitos para Documentos Electrónicos de Archivo, situación que constituye una debilidad estructural para la administración de la información digital.

Nivel de madurez:

Nivel 1.

Riesgo:

Crítico.

La ausencia de un sistema formal para la gestión de documentos electrónicos incrementa significativamente el riesgo de pérdida de información, alteración de documentos, incumplimiento normativo, afectación de la seguridad jurídica y limitaciones para garantizar la autenticidad y trazabilidad de la información institucional.

CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA

La evaluación integral evidencia que la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez ha alcanzado un nivel aceptable en lo teórico desde la formulación documental del Sistema de Gestión Documental; sin embargo, presenta graves problemas en el nivel de implementación operativa y de apropiación institucional.

La mayor parte de los procesos evaluados se ubican entre los niveles 2 y 3 de madurez, reflejando un sistema parcialmente implementado desde lo teórico, con muchas debilidades y de forma persistente en la ejecución, seguimiento y mejora continua.

EVALUACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS

GENERALIDADES

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 594 de 2000, el Decreto 1080 de 2015 y los lineamientos expedidos por el Archivo General de la Nación, la Oficina de Control Interno evaluó el estado de los principales instrumentos archivísticos adoptados por la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez.

La evaluación no se limitó a verificar su existencia física o aprobación mediante acto administrativo, sino que analizó su grado de implementación, apropiación institucional, seguimiento, actualización y eficacia dentro del Sistema de Gestión Documental.

Para cada instrumento se evaluaron los siguientes criterios:

- Existencia del documento.
- Aprobación institucional.
- Divulgación.
- Implementación.
- Seguimiento.
- Actualización.
- Eficacia.

El propósito consistió en establecer si dichos instrumentos cumplen la finalidad para la cual fueron diseñados o si, por el contrario, permanecen como documentos de carácter formal sin incidencia significativa en la operación institucional.

DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE ARCHIVOS

Aspecto	Resultado
Existe	SÍ
Aprobado	SÍ
Divulgado	SÍ
Implementado	Parcialmente
Actualizado	No se evidenció actualización posterior
Eficacia	Baja

Análisis

La entidad elaboró durante la vigencia 2023 un Diagnóstico Integral de Archivos mediante el cual identificó las principales debilidades del Sistema de Gestión Documental, incluyendo aspectos relacionados con infraestructura, organización documental, conservación, instrumentos archivísticos, tecnología y gestión administrativa.

La auditoría evidenció que dicho diagnóstico constituyó un adecuado ejercicio de identificación de necesidades institucionales. Sin embargo, al comparar las situaciones descritas en el diagnóstico con las condiciones observadas durante la presente auditoría, se constató que varias de las debilidades inicialmente identificadas persisten.

En consecuencia, el Diagnóstico Integral cumplió su propósito de identificar problemas, pero no logró convertirse en un instrumento efectivo para orientar la transformación del Sistema de Gestión Documental.

Conclusión

Existe un adecuado diagnóstico institucional, pero una limitada capacidad y/o falta de voluntad administrativa para ejecutar las acciones correctivas derivadas del mismo.

PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS – PINAR

Aspecto	Resultado
Existe	SÍ
Aprobado	SÍ
Divulgado	SÍ
Implementado	Parcialmente
Seguimiento	SÍ
Cumplimiento	Bajo

Análisis

El PINAR constituye el principal instrumento de planificación archivística de la entidad y establece proyectos, actividades, responsables y metas para fortalecer progresivamente la Gestión Documental.

La auditoría verificó que el plan fue formulado técnicamente y posteriormente incorporado dentro de la planeación institucional. Asimismo, las actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño evidencian que su implementación fue objeto de seguimiento.

No obstante, el informe institucional de enero de 2026 elaborado por el propio Archivo Central reconoce el incumplimiento de varias actividades estratégicas del PINAR, atribuyendo dicha situación a la falta de priorización institucional de la gestión documental.

La persistencia de actividades incumplidas demuestra una brecha significativa entre la planeación y la ejecución.

Conclusión

El PINAR funciona como instrumento de planeación, pero no como herramienta efectiva de ejecución y seguimiento institucional.



POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Aspecto	Resultado
Existe	SÍ
Aprobada	SÍ
Divulgada	SÍ
Implementada	Parcialmente
Aprobación Institucional	Baja

Análisis

La Política de Gestión Documental define los principios institucionales para garantizar la autenticidad, integridad, disponibilidad, conservación y trazabilidad de la información institucional.

Su contenido se encuentra alineado con los principios establecidos en la Ley General de Archivos y desarrolla los compromisos institucionales para la administración documental.

Sin embargo, durante la auditoría no se obtuvo evidencia suficiente que demostrara una apropiación homogénea de dicha política por parte de las diferentes dependencias. Las diferencias observadas en la aplicación de procedimientos archivísticos indican que los lineamientos de la política aún no se encuentran plenamente incorporados a la gestión cotidiana de la entidad.

Conclusión

La política existe y establece lineamientos adecuados; sin embargo, su implementación institucional aún no alcanza el nivel esperado.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Aspecto	Resultado
Existe	Sí
Aprobado	Sí
Implementado	Parcialmente
Aplicación Uniforme	No

Análisis

El Manual de Procedimientos establece instrucciones para consulta documental, préstamos, organización de archivos, transferencias, eliminación documental y demás procesos archivísticos.

Durante la auditoría se constató que el manual constituye un documento técnicamente estructurado y acorde con la normatividad vigente.

No obstante, la evidencia recopilada durante la inspección física y las entrevistas permitió identificar diferencias significativas en la aplicación de dichos procedimientos entre las distintas áreas de la institución.

Conclusión

El Manual representa una adecuada herramienta documental, pero no se evidencia una aplicación homogénea en toda la organización.

REGLAMENTO INTERNO DE ARCHIVO

Aspecto	Resultado
Existe	Sí
Aprobado	Sí
Implementado	Parcialmente
Cumplimiento	Parcial



Análisis

El Reglamento Interno define responsabilidades institucionales, procedimientos archivísticos y reglas para la administración de los documentos institucionales.

Aunque el reglamento desarrolla adecuadamente los principios archivísticos y asigna responsabilidades a los diferentes niveles de la organización, la auditoría evidenció que varios de sus lineamientos no se reflejan de manera uniforme en la práctica administrativa.

Conclusión

Existe un vacío entre las responsabilidades formalmente establecidas y su cumplimiento efectivo.

PLAN DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL

Aspecto	Resultado
Existe	Sí
Implementado	Parcialmente
Seguimiento	Limitado

Análisis

El Plan de Conservación Documental contempla programas relacionados con limpieza, monitoreo ambiental, mantenimiento de instalaciones, capacitación y preservación física de los documentos.

Durante la auditoría se verificó la existencia del plan; sin embargo, no fue posible evidenciar la ejecución integral y sistemática de todos los programas previstos, ni indicadores que permitieran medir su eficacia.

Conclusión

El instrumento existe y define acciones técnicas apropiadas, pero la implementación observada es parcial y requiere fortalecimiento.

PLAN DE PRESERVACIÓN DIGITAL A LARGO PLAZO

Aspecto	Resultado
Existe	Sí
Implementado	No integralmente
Gestión del Riesgo	Parcial
Evidencia Operativa	Limitada

Análisis

La entidad formuló un Plan de Preservación Digital que incorpora conceptos de preservación, gestión del riesgo, seguridad de la información y documentos electrónicos.

No obstante, durante la auditoría no se obtuvo evidencia suficiente que demostrara la implementación efectiva de las estrategias allí definidas, especialmente en materia de preservación de documentos electrónicos, administración de metadatos, control de autenticidad y continuidad tecnológica.

El incumplimiento reconocido respecto al desarrollo del Modelo de Requisitos para Documentos Electrónicos confirma que este componente aún presenta importantes debilidades.

Conclusión

La entidad cuenta con un instrumento técnicamente adecuado, pero sin evidencia suficiente de implementación integral.

EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS

La evaluación realizada permite concluir que la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo Putumayo dispone de un conjunto amplio y técnicamente estructurado de instrumentos archivísticos teóricos que satisfacen, en términos generales, los requisitos de formulación establecidos por la legislación archivística colombiana. La existencia del Diagnóstico Integral de Archivos, el PINAR, la Política de Gestión Documental, el Reglamento Interno de Archivo, el Manual de Procedimientos, el Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital evidencia un esfuerzo institucional orientado a fortalecer la planeación del Sistema de Gestión Documental.

Sin embargo, la auditoría evidencia una vacía significativa entre el diseño documental del sistema y su implementación efectiva. Los instrumentos existen, han sido formalmente adoptados y, en algunos casos, objeto de seguimiento institucional; sin embargo, no se observó una aplicación uniforme, sistemática y verificable en la totalidad de los procesos institucionales. Esta situación limita su eficacia como herramientas de gestión y reduce su capacidad para garantizar el cumplimiento de los principios archivísticos.

En consecuencia, la principal debilidad del Sistema de Gestión Documental no radica en la ausencia de instrumentos técnicos, sino en la insuficiente apropiación institucional, la limitada ejecución de las acciones previstas y la falta de mecanismos eficaces de seguimiento y mejora continua. Esta condición representa un factor de riesgo para el cumplimiento de la Ley 594 de 2000, el Decreto 1080 de 2015, la Política de Gestión Documental de MIPG.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA

CONSIDERACIONES GENERALES

Los hallazgos fueron estructurados conforme a la metodología de auditoría adoptada por la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo Putumayo, sustentándose exclusivamente en evidencia documental, inspección física, entrevistas, revisión de expedientes, análisis de los instrumentos archivísticos y verificación del cumplimiento de la normatividad vigente.

Cada hallazgo se desarrolla mediante los siguientes elementos:

- Criterio.
- Condición.
- Evidencia.
- Causa.
- Consecuencia.
- Riesgo.
- Recomendación.
- Responsable.
- Prioridad.

Los hallazgos fueron clasificados como No Conformidades Mayores, No Conformidades Menores, Observaciones y Oportunidades de Mejora, atendiendo al impacto institucional y al nivel de incumplimiento identificado.



LIMITACIÓN AL ALCANCE DE LA AUDITORÍA POR OBSTRUCCIÓN AL EJERCICIO DEL CONTROL INTERNO

Durante la ejecución de la presente Auditoría Interna al Sistema de Gestión Documental, la Oficina de Control Interno enfrentó una situación que afectó de manera significativa el desarrollo normal de las actividades de evaluación, consistente en la falta de colaboración de los servidores públicos responsables del área de Sistemas de Información.

La auditoría fue comunicada oportunamente mediante Oficio No. 069 del 16 de junio de 2026, posteriormente se informó institucionalmente a través de los canales internos establecidos y se programaron las visitas técnicas correspondientes, indicando previamente la información y documentación requerida para el desarrollo de la auditoría.

No obstante, durante las visitas realizadas se evidenció que los funcionarios responsables manifestaron desconocimiento de los procesos bajo su responsabilidad, indicaron no disponer de la información requerida o señalaron encontrarse ocupados en otras actividades, imposibilitando el acceso oportuno a la evidencia necesaria para el ejercicio de la auditoría.

Finalmente, para la diligencia programada el día 24 de junio de 2026 a las 10:00 a.m., ninguno de los funcionarios responsables compareció ni presentó justificación previa que permitiera reprogramar la actividad, situación que motivó la expedición del Oficio OCI-072 de 24 de junio de 2026 dirigido al Gerente y al Subgerente Administrativo, mediante el cual esta Oficina informó formalmente la obstrucción presentada y solicitó la adopción inmediata de medidas administrativas que garantizaran el ejercicio de la función de auditoría.

El citado oficio fue recibido oficialmente por la Gerencia y la Subgerencia Administrativa; sin embargo, durante el desarrollo de la presente auditoría no se evidenció la adopción de acciones administrativas eficaces orientadas a remover la obstrucción, garantizar la entrega de la información requerida o asegurar la comparecencia de los funcionarios involucrados, razón por la cual la limitación persistió hasta la terminación del trabajo de auditoría.

Esta circunstancia limitó el alcance de la evaluación respecto de algunos procedimientos relacionados con la gestión documental electrónica y **constituye un hecho de especial gravedad para el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno, al afectar el ejercicio de la función de evaluación independiente prevista en la Ley 87 de 1993.**

HALLAZGOS DE AUDITORIA – GESTION DOCUMENTAL 2026

HALLAZGO 1 - Implementación insuficiente del sistema de gestión documental

No.	CRITERIO	CONDICION	EVIDENCIA	CAUSA	CONSECUENCIA	RIESGO	RECOMENDACION	RESPONSABLE
1	Ley 594 de 2000; Decreto 1080 de 2015; Política de Gestión Documental; PINAR; Manual de Procedimientos.	La entidad cuenta con los principales instrumentos archivísticos exigidos por la normativa; sin embargo, la auditoría evidenció que dichos instrumentos no han sido implementados de manera uniforme en las dependencias institucionales.	Diagnóstico Integral de Archivos. PINAR. Política de Gestión Documental. Reglamento Interno. Manual de Procedimientos. Informe de incumplimiento del PINAR. Inspección física. Entrevistas. Actas MIPG.	Insuficiente apropiación institucional. Seguimiento ineficaz. Baja priorización institucional.	El Sistema de Gestión Documental opera de forma parcial.	Muy Alto	Implementar un plan institucional de ejecución con seguimiento trimestral por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Gerencia. Subgerencia Administrativa Planeación. Archivo Central.

HALLAZGO 2 - Incumplimiento reiterado del plan institucional de archivos (pinar)

2	Ley 594 de 2000. Decreto 1080 de 2015. Plan Institucional de Archivos (PINAR). Resolución No. 053 de 2024. Política Institucional de Gestión Documental.	La auditoría evidenció que, aunque el PINAR fue formulado, aprobado e incorporado dentro de la planeación institucional, varias de las actividades estratégicas programadas continúan sin ejecutarse, situación reconocida por el propio Archivo Central en el informe de incumplimiento correspondiente a enero de 2026.	PINAR 2023–2027. Informe de incumplimiento del PINAR. Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno.	Falta de priorización institucional. Insuficiente asignación de recursos. Seguimiento limitado al cumplimiento del plan.	Persisten las debilidades diagnósticas desde la formulación del Sistema de Gestión Documental.	Muy Alto	Implementar un cronograma institucional para ejecutar las actividades pendientes del PINAR, definiendo responsables, indicadores, recursos y seguimiento trimestral por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Gerencia. Subgerencia Administrativa. Archivo Central. Planeación.
---	--	---	---	--	--	----------	--	---

HALLAZGO 3 - Debilidades en la organización de los archivos de gestión

3	Ley 594 de 2000. Acuerdo AGN 042 de 2002. Manual de Procedimientos. Reglamento Interno de Archivo.	Durante la inspección física se evidenció que la organización documental no es uniforme entre las diferentes dependencias, presentándose diferencias en la conformación de expedientes, clasificación documental, ordenación y aplicación de criterios archivísticos.	Inspección física. Revisión de expedientes. Entrevistas. Manual de Procedimientos.	Aplicación al libre albedrío de los procedimientos archivísticos e insuficiente supervisión institucional.	Se dificulta la recuperación de la información y aumenta el riesgo de pérdida documental.	Muy Alto	Organizar integralmente los archivos de gestión conforme a los lineamientos del Archivo General de la Nación y realizar verificaciones periódicas sobre su cumplimiento.	Archivo Central. Líderes de proceso. Subgerencia Administrativa.
---	--	---	--	--	---	----------	--	--

HALLAZGO 4 - Deficiente aplicación de las tablas de retención documental

4	Ley 594 de 2000. Decreto 1080 de 2015. Acuerdo AGN 004 de 2019.	La auditoría evidenció que las Tablas de Retención Documental no se aplican de manera uniforme en las dependencias, situación que limita la organización,	Informe de incumplimiento del PINAR. Inspección física. Revisión documental. Entrevistas.	Implementación parcial de las TRD.	Se afecta el cumplimiento del ciclo normal de los	Muy Alto	Actualizar, convalidar e implementar integralmente las Tablas de Retención Documental en todas las dependencias, realizando seguimiento permanente a su aplicación.	Archivo Central. Gerencia. Líderes de proceso.
---	---	---	---	------------------------------------	---	----------	---	--

	Tablas de Retención Documental.	transferencia y disposición final de los documentos institucionales.		Falta de seguimiento institucional	documentos.			
HALLAZGO 5 - Debilidades en las transferencias documentales								
5	Ley 594 de 2000. Manual de Procedimientos. Programa de Gestión Documental.	Se evidenció que las transferencias documentales no se ejecutan conforme a la planeación archivística establecida, generando acumulación de documentos en los archivos de gestión.	Inspección física. Revisión de archivos.	Inexistencia de cronograma institucional. Falta de control sobre las transferencias.	Sobrecarga de archivos de gestión y dificultades para la administración documental.	Muy Alto	Ejecutar las transferencias documentales pendientes definiendo los cronogramas y efectuar seguimiento periódico sobre su cumplimiento.	Archivo Central.
HALLAZGO 6 - Gestión insuficiente de documentos electrónicos								
6	Ley 594 de 2000. Decreto 1080 de 2015. Plan de Preservación Digital. Modelo de Documentos Electrónicos. Requisitos para documentos electrónicos.	No se obtuvo evidencia suficiente que permita demostrar la implementación de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos conforme a la normativa archivística vigente.	Plan de Preservación Digital. Informe de incumplimiento del PINAR. Revisión documental.	No desarrollo del Modelo de Requisitos para Documentos Electrónicos. Implementación parcial de la preservación digital.	No se garantiza plenamente la autenticidad, integridad, disponibilidad y preservación de la documentación electrónica institucional.	Crítico.	Implementar un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos, desarrollar el Modelo de Requisitos y ejecutar el Plan de Preservación Digital.	Gerencia. Archivo Central. Sistemas.
HALLAZGO 7 - Ausencia de seguimiento efectivo a las acciones de mejoramiento								
7	Ley 87 de 1993. Decreto 1499 de 2017. MIPG. PINAR.	Aunque la Gestión Documental ha sido objeto de seguimiento en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la auditoría evidenció que las acciones correctivas propuestas no han logrado eliminar las causas de las debilidades identificadas, manteniéndose los incumplimientos durante varias vigencias.	Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Informe de incumplimiento del PINAR. Resultados de la auditoría.	Seguimiento insuficiente. Escasa verificación de la eficacia de las acciones implementadas.	Persistencia de las no conformidades y limitada mejora del Sistema de Gestión Documental.	Alto.	Implementar un mecanismo de seguimiento basado en indicadores de eficacia y reportes periódicos al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Gerencia. Planeación. Archivo Central. Control Interno.
HALLAZGO 8 - Capacitación Insuficiente								

8	Política Institucional de Gestión Documental. Plan Institucional de Capacitación.	Se evidenció un nivel heterogéneo de conocimiento sobre los procedimientos archivísticos entre los funcionarios entrevistados.	Entrevistas. Inspección física.	Capacitación insuficiente y ausencia de actualización periódica.	Aplicación desigual de los procedimientos.	Medio.	Implementar un programa anual de capacitación en gestión documental para todos los servidores públicos.	Talento Humano. Archivo Central.
HALLAZGO 9 - Actualización documental								
9	Ley 594 de 2000. Manual de Procedimientos.	Durante la auditoría no se evidenció actualización periódica de algunos instrumentos archivísticos formulados en 2023.	Revisión documental.	Seguimiento limitado.	Los instrumentos pueden perder correspondencia con la realidad institucional.	Medio.	Establecer un cronograma anual para la revisión y actualización de los instrumentos archivísticos.	Archivo Central. Planeación.
HALLAZGO 10 - Registros de control								
10	Manual de Procedimientos. Reglamento Interno de Archivo.	Se identificaron debilidades en los registros asociados al préstamo, consulta y control documental, lo cual limita la trazabilidad completa de algunos documentos.	Revisión de registros. Inspección física.	Aplicación parcial de los formatos institucionales.	Debilidades en la trazabilidad documental.	Medio.	Fortalecer los mecanismos de registro y control mediante formatos estandarizados y verificaciones periódicas.	Archivo Central. Líderes de proceso.

ANÁLISIS DE RIESGOS DERIVADOS DE LOS HALLAZGOS

La evaluación realizada permite concluir que las debilidades identificadas trascienden el ámbito archivístico y generan riesgos institucionales que pueden comprometer el cumplimiento de la misión de la E.S.E.

Riesgos Jurídicos

- Dificultades para aportar pruebas en procesos judiciales.
- Incumplimiento de la Ley General de Archivos.
- Incumplimiento de la Ley de Transparencia.
- Posibles requerimientos del Archivo General de la Nación.
- Riesgo de nulidad por ausencia de soporte documental.

Riesgos Disciplinarios

- Posible incumplimiento de deberes funcionales.
- Incumplimiento de obligaciones de custodia documental.
- Responsabilidad de servidores públicos encargados de archivos.

Riesgos Administrativos

- Pérdida de eficiencia.
- Duplicidad documental.
- Retrasos en trámites.
- Baja confiabilidad de la información.

Riesgos Financieros

- Costos por almacenamiento innecesario.
- Reprocesos administrativos.
- Posibles sanciones.
- Incremento del gasto operativo.

Riesgos Tecnológicos

- Pérdida de documentos electrónicos.
- Ausencia de controles sobre autenticidad.
- Obsolescencia tecnológica.
- Debilidades en la preservación digital.

Riesgos Operacionales

- Interrupción de procesos.
- Pérdida de información crítica.
- Demoras en la prestación de servicios.
- Baja capacidad de respuesta institucional.

CONCLUSIONES

La auditoría permite concluir que la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez ha desarrollado un esfuerzo importante en la formulación de su Sistema de Gestión Documental, evidenciado en la elaboración y adopción de los principales instrumentos archivísticos requeridos por la normatividad vigente. Sin embargo, la evidencia recopilada demuestra que dicho esfuerzo no ha sido acompañado, existe falta de voluntad administrativa en el nivel equivalente de implementación institucional.

Las debilidades identificadas no obedecen a la ausencia de planeación, sino a la insuficiente ejecución de las acciones previstas. Los problemas diagnosticados desde 2023 persisten en la vigencia auditada, pese a la existencia de instrumentos técnicos, al seguimiento efectuado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y al reconocimiento expreso de incumplimientos en el informe del PINAR de 2026.

En consecuencia, el Sistema de Gestión Documental presenta un nivel de eficiencia limitado, lo que incrementa la exposición de la entidad a riesgos jurídicos, administrativos, operacionales y de pérdida de información.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se derivan del presenta informe de auditoría son las siguientes:

1. Elaborar de forma inmediata el PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL para la Gestión Documental – Archivo de la entidad, con la participación comprometida de los responsables del proceso (Gerencia, Sub Gerencia Administrativa, Coordinador de Gestión Documental, Oficina de Planeación o quien haga sus veces y Coordinadores de Área, Oficina o Proceso), donde se tenga en cuenta los siguientes aspectos:
 - Actualizar e implementar las Tablas de Retención Documental.
 - Ejecutar las actividades pendientes del PINAR.
 - Formalizar un cronograma institucional de implementación.
 - Fortalecer el liderazgo de la Alta Dirección.
 - Establecer seguimiento trimestral en el Comité MIPG.
 - Organizar integralmente los archivos de gestión.
 - Ejecutar las transferencias documentales pendientes.
 - Elaborar el inventario documental actualizado.
 - Implementar indicadores de gestión documental.
 - Socializar la Política de Gestión Documental.
 - Capacitar a todos los servidores públicos.
 - Actualizar el Manual de Procedimientos.
 - Revisar el Reglamento Interno.
 - Actualizar el Diagnóstico Integral.
 - Revisar el PINAR.
 - Fortalecer el Plan de Conservación.
 - Implementar el Plan de Preservación Digital.
 - Fortalecer el control de préstamos documentales.



- Mejorar la señalización de archivos.
- Implementar auditorías internas periódicas.
- Digitalizar expedientes prioritarios.
- Implementar indicadores de desempeño.
- Fortalecer la gestión del cambio.
- Incorporar la gestión documental en la inducción institucional.
- Definir indicadores de conservación.
- Evaluar anualmente el nivel de madurez del sistema.
- Fortalecer la articulación con Planeación.
- Integrar la gestión documental con el Sistema de Calidad.
- Elaborar informes semestrales de cumplimiento.
- Presentar anualmente al Comité MIPG un informe consolidado sobre la ejecución del Sistema de Gestión Documental.

Es el informe,

JORGE E. KUARÁN CABRERA
Jefe Oficina Control Interno
E.S.E. Hospital Alcides Jiménez
Puerto Caicedo - Putumayo

ANEXOS

Fotografías, Check List, Normatividad.

OFICINA COORDINACIÓN PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO



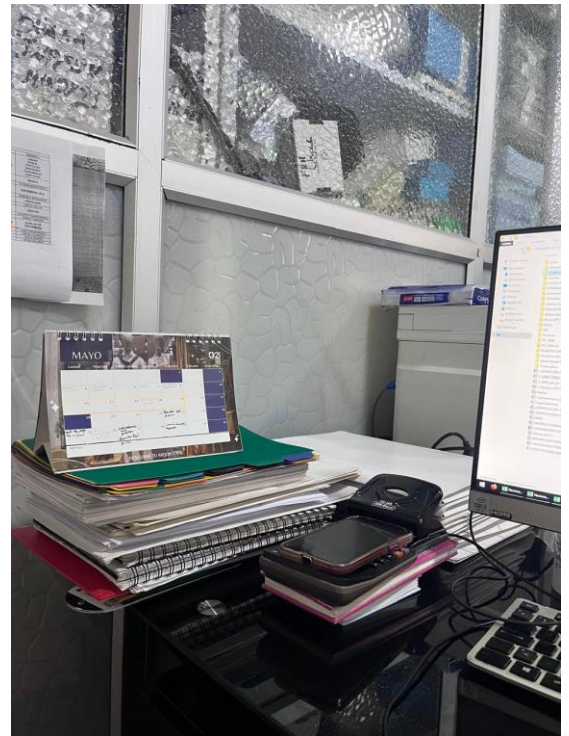
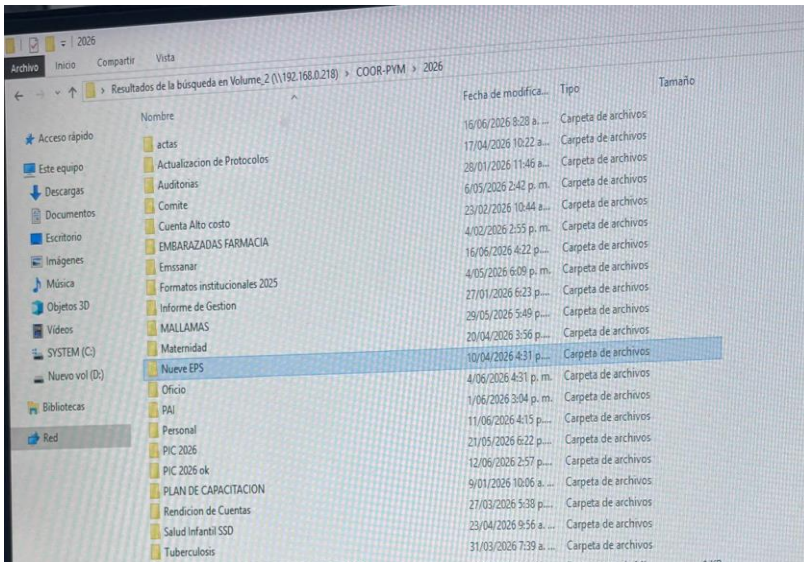
E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0
OFICINA CONTROL INTERNO

LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN
E.S.E. Hospital ALCIDES JIMÉNEZ – Puerto Caicedo Putumayo
PYM
Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ÍTEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Los registros de actividades de PYM están completos	X				SIHDS
2	Existen listados de asistencia y soportes de cada actividad					
3	Los expedientes están identificados.			X		Digital sí, físico NO
4	Se conservan informes periódico s.	X				Por Plataformas
5	Se aplican TRD vigentes.	X				Solo digitales
6	Los expedientes respetan el principio de orden original.	X				Digital
7	Las carpetas están rotuladas correctamente.					Digital sí, físico no
8	Los expedientes cerrados están foliados	X				
9	Existe inventario documental actualizado.	X				
10	Se controla el préstamo documental.				X	
11	Se realizan transferencias documentales.				X	
12	Se protege la confidencialidad de la información.	X				
13	El archivo presenta orden y limpieza.	X				
14	El personal ha recibido capacitación en gestión documental.	X				
15	La dependencia tiene implementado y aplica el árbol documental establecido por la entidad para la organización de sus documentos				X	
16	La dependencia cuenta con mecanismos de respaldo (backup) que garanticen la conservación y recuperación de la información institucional			X		Solo manejan en coordinación (coordinación) de vacación (no manejo)

Yolani Méndez
Aux. Control Interno

Blanca Cárdenas P.
Coordinador y Responsable
del Archivo





OFICINA COORDINACIÓN ALMACEN

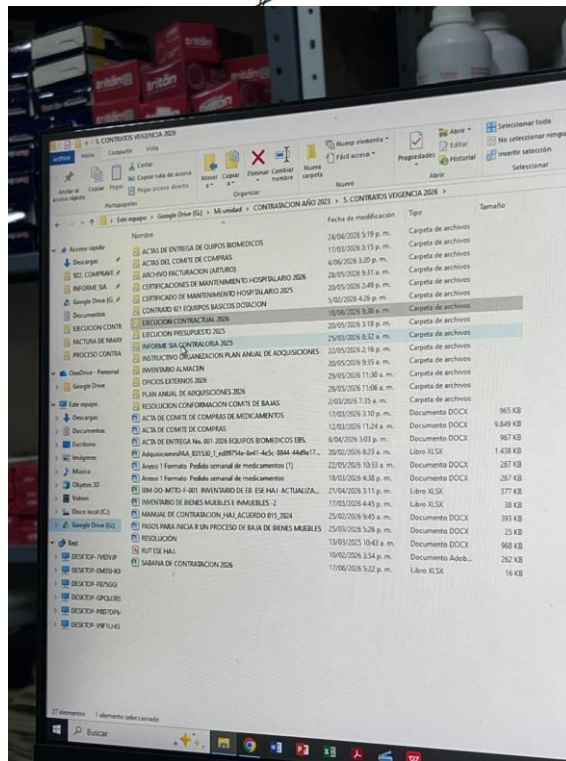
E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
 Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
 NIT. 846.001.669-0

OFICINA CONTROL INTERNO

LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN
E.S.E. Hospital ALCIDES JIMENEZ – Puerto Calcedo Putumayo
ALMACEN

Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ITEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Existen expedientes de entradas y salidas.	X				
2	Se conservan órdenes de compra	X				
3	Los documentos están organizados.	X				
4	Existe identificación de carpetas.	X				
5	Se realizan transferencias documentales				X	no se han realizado desde el 2020.
6	Los expedientes respetan el principio de orden original.	X				
7	Las carpetas están rotuladas correctamente.	X				Falta rotular 2026.
8	Los expedientes cerrados están foliados	X				
9	Existe inventario documental actualizado.	X				
10	Se controla el préstamo documental.				X	
11	Se realizan transferencias documentales.				X	
12	Se protege la confidencialidad de la información.	X				
13	El archivo presenta orden y limpieza.	X				
14	El personal ha recibido capacitación en gestión documental.			X		No se han dado capacitaciones.
15	La dependencia tiene implementado y aplica el árbol documental establecido por la entidad para la organización de sus documentos	X				
16	La dependencia cuenta con mecanismos de respaldo (backup) que garanticen la conservación y recuperación de la información institucional	X				





OFICINA DE FARMACIA

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

OFICINA CONTROL INTERNO

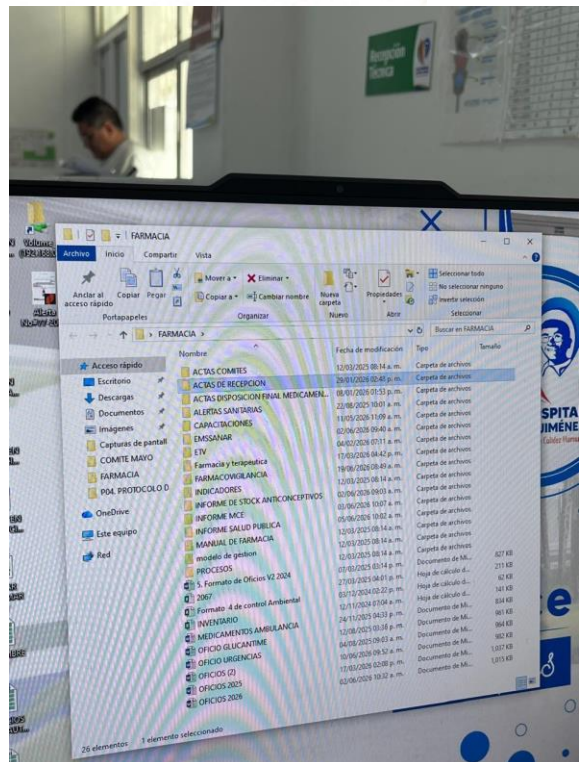
LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN
E.S.E. Hospital ALCIDES JIMÉNEZ – Puerto Caicedo Putumayo
FARMACIA

Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ITEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Se conservan fórmulas y registros requeridos.	X				
2	Los documentos están organizados cronológicamente.	X				
3	Existen soportes de dispensación.	X				
4	Los expedientes están identificados.	X				
5	Se realizan transferencias documentales.	X				
6	Los expedientes respetan el principio de orden original.	X				
7	Las carpetas están rotuladas correctamente.	X				
8	Los expedientes cerrados están foliados.				X	
9	Existe inventario documental actualizado.	X				
10	Se controla el préstamo documental.				X	
11	Se realizan transferencias documentales.				X	
12	Se protege la confidencialidad de la información.	X				
13	El archivo presenta orden y limpieza.	X				
14	El personal ha recibido capacitación en gestión documental.			X		No se han recibido capacitaciones
15	La dependencia tiene implementado y aplica el árbol documental establecido por la entidad para la organización de sus documentos	X				
16	La dependencia cuenta con mecanismos de respaldo (backup) que garanticen la conservación y recuperación de la información institucional	X				

Yuri Hondo
Aux. Control Interno

Aracely
Coordinador y Responsable del Archivo



OFICINA DE SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)



E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos la salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0
OFICINA CONTROL INTERNO

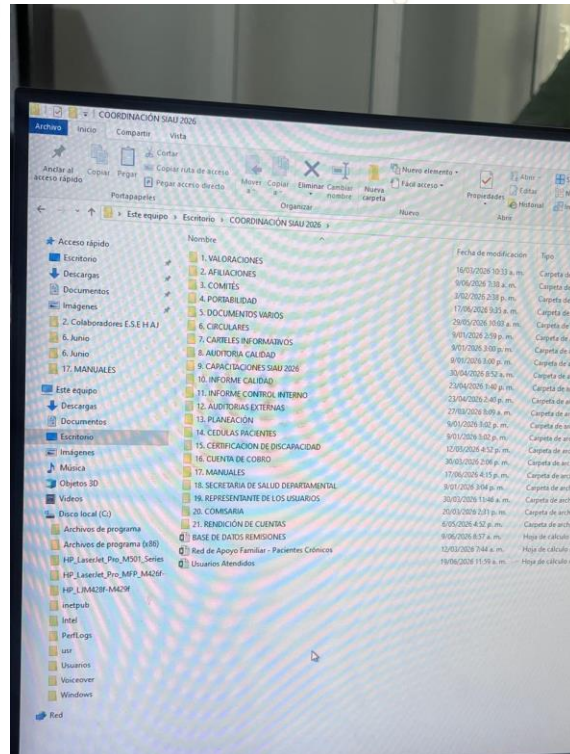
LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN E.S.E. Hospital ALCIDES JIMÉNEZ – Puerto Caicedo Putumayo SIAU

Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ITEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Las PQRS están organizadas por expediente	X				
2	Se conservan respuestas y soportes.	X				
3	Existe control de términos.	X				2 Días hábiles
4	Los expedientes están identificados	X				
5	Se aplican las TRD correspondientes.				X	
6	Los expedientes respetan el principio de orden original.	X				
7	Las carpetas están rotuladas correctamente.	X				
8	Los expedientes cerrados están foliados			X		
9	Existe inventario documental actualizado.	X				2026
10	Se controla el préstamo documental.				X	
11	Se realizan transferencias documentales.				X	
12	Se protege la confidencialidad de la información.	X				
13	El archivo presenta orden y limpieza.	X				
14	El personal ha recibido capacitación en gestión documental.					No se han recibido capacitaciones por parte de archivo
15	La dependencia tiene implementado y aplica el árbol documental establecido por la entidad para la organización de sus documentos	X				
16	La dependencia cuenta con mecanismos de respaldo (backup) que garanticen la conservación y recuperación de la información institucional			X		

Yumi Hernandez
Aux. Control Interno

Mano Martinez
Coordinador y Responsable
del Archivo



Escaneado con CamScanner

OFICINA FINANCIERA



PRESUPUESTO



E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos la salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

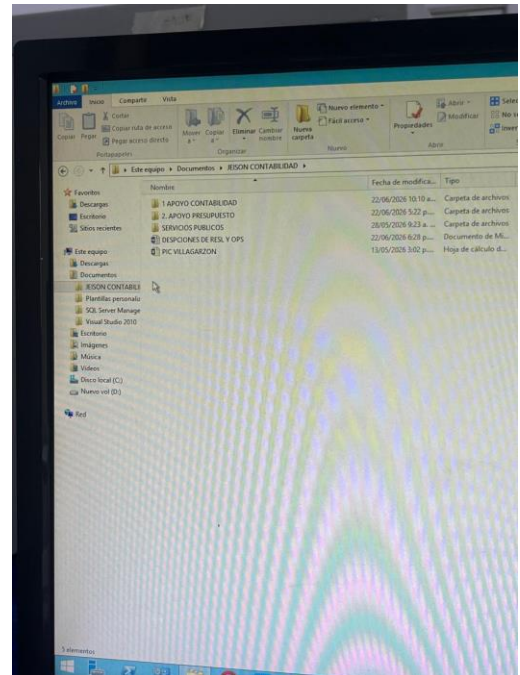
OFICINA CONTROL INTERNO

LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN
E.S.E. Hospital ALCIDES JIMENEZ – Puerto Caicedo Putumayo
PRESUPUESTO
Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ITEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Los comprobantes contables están organizados.	X				
2	Los libros y auxiliares tienen respaldo documental.	X				
3	Existe identificación de expedientes.	X				
4	Se controla el acceso a documentos.	X				
5	Se realizan transferencias documentales.	X				
6	Los expedientes respetan el principio de orden original.	X				
7	Las carpetas están rotuladas correctamente.	X				
8	Los expedientes cerrados están foliados	X				
9	Existe inventario documental actualizado.	X				
10	Se controla el préstamo documental.	X				
11	Se realizan transferencias documentales a archivo central.					
12	Se protege la confidencialidad de la información.	X				
13	El archivo presenta orden y limpieza.		X			
14	El personal ha recibido capacitación en gestión documental.			X		NO SE HA REGISTRADO CAPACITACIONES
15	La dependencia tiene implementado y aplica el árbol documental establecido por la entidad para la organización de sus documentos	X				
16	La dependencia cuenta con mecanismos de respaldo (backup) que garanticen la conservación y recuperación de la información institucional			X		

Juli Nandez
Aux. Control Interno

Juli Nandez
Coordinador y Responsable del Archivo





CONTABILIDAD



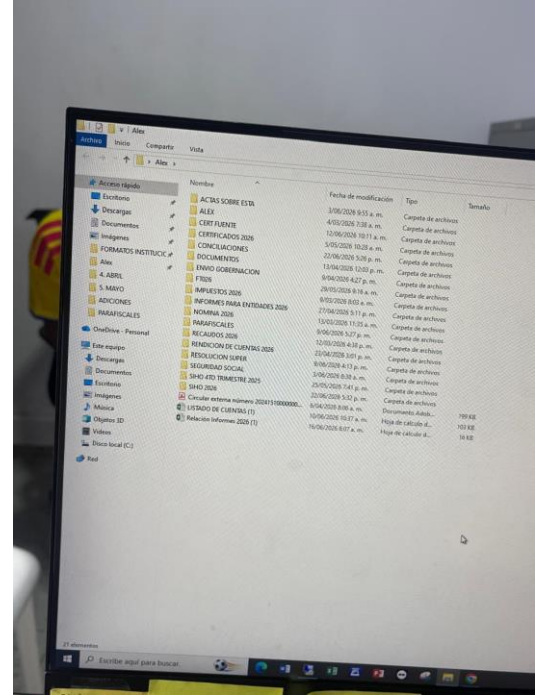
LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN
E.S.E Hospital ALCIDES JIMÉNEZ – Puerto Caicedo Putumayo
CONTABILIDAD

Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ITEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Los comprobantes contables se encuentran organizados y archivados.	X				
2	Los libros contables y auxiliares cuentan con los respectivos soportes documentales.	X				
3	Los documentos contables se encuentran organizados cronológicamente.	X				
4	Existen expedientes o carpetas debidamente identificadas por vigencia y tipo documental.		X			
5	Se controla el acceso a la documentación contable.	X				
6	Los expedientes respetan el principio de orden original.		X			
7	Las carpetas están rotuladas correctamente.		X			
8	Los expedientes cerrados están foliados.					
9	Existe inventario documental actualizado.	X				
10	Se controla el préstamo documental.				X	
11	Se realizan transferencias documentales a archivo central.	X				
12	Se protege la confidencialidad de la información.	X				
13	El personal ha recibido capacitación en gestión documental.				X	No se han recibido capacitaciones por parte de Chequeo Contable.
14	El archivo presenta orden y limpieza.	X				
15	La dependencia cuenta con mecanismos de respaldo (backup) que garanticen la conservación y recuperación de la información institucional.	X				
16	La dependencia tiene implementado y aplica el árbol documental establecido por la entidad para la organización de sus documentos.	X				

Yuli Manda
Aux. Control Interno

Alex Araya
Coordinador y Responsable del Archivo



TESORERÍA



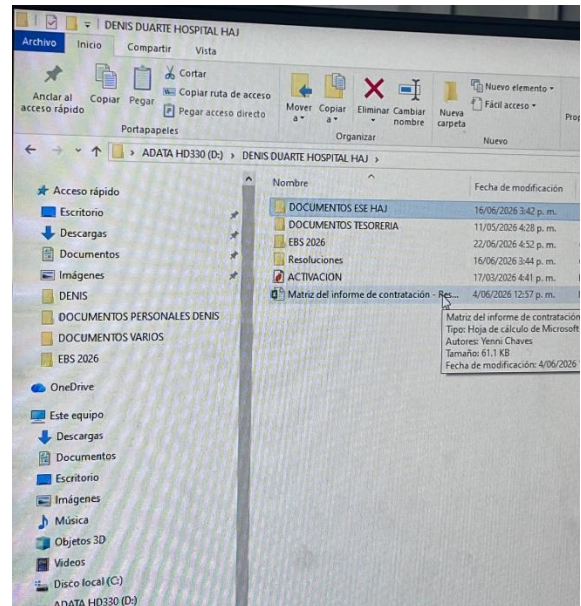
LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN
E.S.E Hospital ALCIDES JIMÉNEZ – Puerto Caicedo Putumayo
TESORERÍA

Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ITEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Los comprobantes de egreso están archivados.	X				
2	Existe consecutivo documental.	X				
3	Los soportes de pagos son completos.	X				
4	Los expedientes están organizados cronológicamente.	X				
5	Se cumplen los tiempos de conservación.	X				
6	Los expedientes respetan el principio de orden original.	X				
7	Las carpetas están rotuladas correctamente.				X	
8	Los expedientes cerrados están foliados.				X	
9	Existe inventario documental actualizado.	X				
10	Se controla el préstamo documental.				X	
11	Se realizan transferencias documentales a archivo central.	X				
12	Se protege la confidencialidad de la información.	X				
13	El archivo presenta orden y limpieza.	X				
14	El personal ha recibido capacitación en gestión documental.				X	No se han recibido capacitaciones.
15	La dependencia tiene implementado y aplica el árbol documental establecido por la entidad para la organización de sus documentos.	X				
16	La dependencia cuenta con mecanismos de respaldo (backup) que garanticen la conservación y recuperación de la información institucional.	X				

Yuli Manda
Aux. Control Interno

Diana...
Coordinador y Responsable del Archivo





SECRETARIA DE GERENCIA

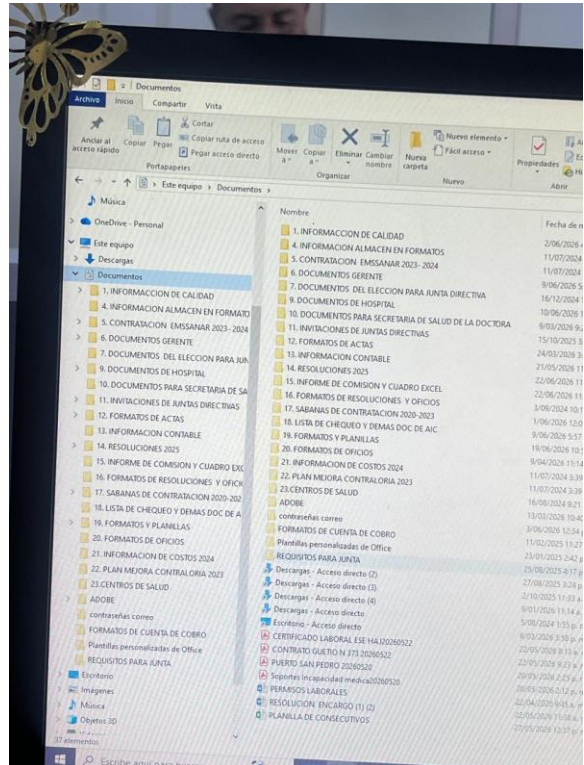


LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN
E.S.E. Hospital ALCIDES JIMÉNEZ – Puerto Caicedo Putumayo
GERENCIA
Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ITEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Existe archivo organizado de resoluciones y actos administrativos.	X				
2	Los expedientes están identificados conforme a la TRD.				X	
3	Existe foliación adecuada de expedientes cerrados.	X				
4	Se conservan actas de junta y comités	X				
5	Se realizan transferencias documentales oportunamente				X	
6	Los expedientes respetan el principio de orden original.	X				
7	Las carpetas están rotuladas correctamente.	X				
8	Los expedientes cerrados están foliados.	X				
9	Existe inventario documental actualizado.					
10	Se controla el préstamo documental.				X	
11	Se realizan transferencias documentales.				X	
12	Se protege la confidencialidad de la información.					
13	El archivo presenta orden y limpieza.	X				
14	El personal ha recibido capacitación en gestión documental.					no se han recibido capacitaciones.
15	La dependencia tiene implementado y aplica el árbol documental establecido por la entidad para la organización de sus documentos		X			
16	La dependencia cuenta con mecanismos de respaldo (backup) que garanticen la conservación y recuperación de la información institucional	X				

Jul Heredia
Aux. Control Interno

Kelly Alvarez
Coordinador y Responsable del Archivo



ARCHIVO CENTRAL



E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos la salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

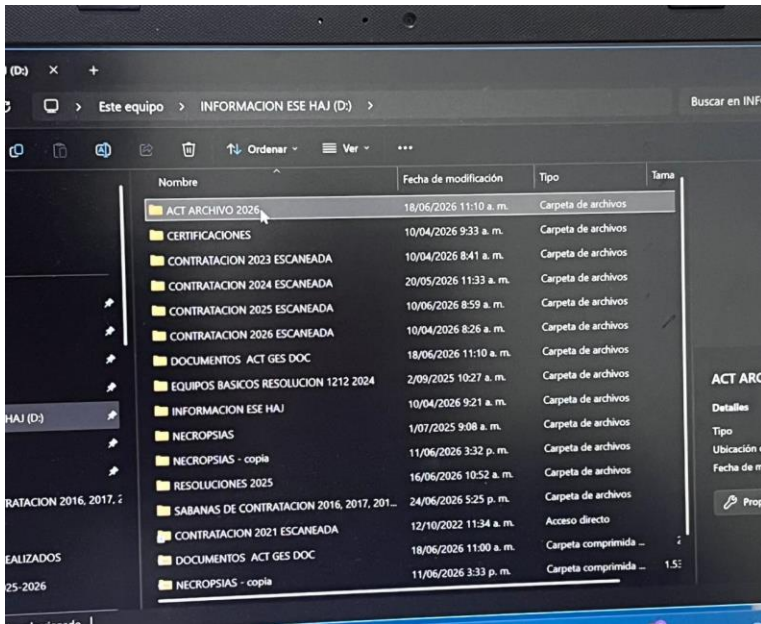
OFICINA CONTROL INTERNO

LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA DEL ARCHIVO DE GESTIÓN E.S.E Hospital ALCIDES JIMENEZ – Puerto Caicedo Putumayo

ARCHIVO CENTRAL

Escala: C (Cumple) – PC (Parcialmente cumple) – NC (No cumple) – NA (No aplica)

ÍTEM	VERIFICACIÓN	C	PC	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Existe inventario documental actualizado de archivo			X		No hay inventario
2	Los expedientes se encuentran identificados y rotulados correctamente.					Algunos
3	Los expedientes se encuentran foliados.					2024 y 2023 algunos
4	Existe control para la consulta y préstamo de documentos.					un libro de préstamo (3cpl)
5	Se lleva registro de ingreso y salida de expedientes.					mediante oficio de Acto.
6	Se cuenta con estantería adecuada para la conservación documental.					Adecuada pero no las suficientes
7	Las instalaciones presentan condiciones adecuadas de orden y limpieza.		X			
8	Existe control de humedad, ventilación e iluminación para la conservación documental.			X		
9	Los documentos se encuentran protegidos contra factores de deterioro físico o biológico			X		
10	Existe control de acceso al Archivo Central.	X				
11	Se cuenta con extintores y medidas básicas de seguridad para protección documental.			X		
12	Existe señalización adecuada de las áreas de almacenamiento documental.			X		
13	Se dispone de espacio suficiente para el almacenamiento de la documentación.			X		
14	Existe procedimiento para la organización y conservación documental.			X		





E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
Cuidamos la salud con vocación y compromiso

OFICINA CONTROL INTERNO



OFICINA DE SISTEMAS

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos la salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

OFICINA CONTROL INTERNO

Puerto Caicedo, Putumayo, 24 Junio de 2026
Oficio OCI-072-2026

Doctor
ESTEBAN LOPEZ BURBANO
Gerente
OSCAR IVAN PIRAGAUTA PANTOJA
Subgerente
E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ
Puerto Caicedo - Putumayo

E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ NIT. 846001669	
RECIBIDO	
FECHA: 24-06-26	
HORA: 10:23 am	
# FOLIOS: 2	
FIRMA:	

Referencia: Situación de obstrucción al ejercicio de auditoría interna en el área de Sistemas de Información.

Cordial Saludo;

En cumplimiento de las funciones asignadas a la Oficina de Control Interno y dentro del Programa Anual de Auditorías, se programó auditoría al proceso de Sistemas de Información con el propósito de evaluar el cumplimiento de los controles, procedimientos y responsabilidades inherentes a dicha área en torno a la gestión de archivo institucional.

Durante el desarrollo de la actividad auditora se han presentado situaciones que han impedido el normal ejercicio de la evaluación, las cuales me permito poner en su conocimiento:

- Mediante Oficio No. 069 del 16 de junio del presente se informó a Sub Gerencia Administrativa y a la Coordinadora de Archivo del inicio de auditoría interna del proceso de gestión documental y archivo.
- Se informó a cada dependencia en el grupo institucional de WhatsApp de coordinadores, el mismo día 16 de junio del presente, para que las dependencias y sus coordinadores estuvieran preparadas, anotando incluso los temas o información a auditar.
- En una primera visita realizada al área, el funcionario responsable manifestó no disponer de información suficiente sobre los procesos, actividades, inventarios y demás aspectos requeridos para la auditoría. Desconocía totalmente los procesos.
- Posteriormente, el otro funcionario adscrito al área indicó encontrarse atendiendo múltiples ocupaciones, razón por la cual no le era posible obtener la información y acompañamiento solicitados.

B/ La Esperanza, Pto. Caicedo - Putumayo, Colombia
Correo Electrónico: gerencia@esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Página web: www.esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Teléfono: 321 452 9693

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos la salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

OFICINA CONTROL INTERNO

- Finalmente, se programó reunión y atención de auditoría para las 10:00 a.m. del día 24 de junio del 2026, convocatoria previamente informada a los funcionarios involucrados; sin embargo, al momento de la visita ninguno de los funcionarios se encontraba en el lugar dispuesto para la actividad ni se presentó justificación previa que permitiera reprogramar la diligencia.

Los hechos anteriormente descritos constituyen una limitación significativa al ejercicio de la función de evaluación independiente y seguimiento que corresponde a la Oficina de Control Interno, afectando el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría y dificultando la verificación de los controles institucionales establecidos para el proceso auditado.

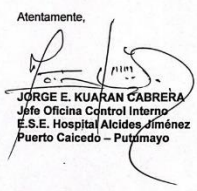
Por lo anterior, respetuosamente solicito impartir las instrucciones pertinentes a los servidores involucrados para que faciliten de manera oportuna el acceso a la información, documentación, sistemas, registros y demás elementos requeridos para el desarrollo de la auditoría, garantizando la colaboración necesaria y el cumplimiento de los principios de transparencia, responsabilidad y control que rigen la gestión pública.

Igualmente, se solicita disponer la designación de un responsable que atienda la auditoría y suministre la información requerida dentro de los 3 días hábiles siguientes a la presente comunicación, plazos establecidos por esta dependencia, favor informar por escrito hora, fecha y responsables que atenderán la auditoría.

La situación de obstrucción a las labores de auditoría se viene haciendo frecuentes por parte de las dependencias, por lo que esta oficina solicitará el acompañamiento de funcionarios de la Procuraduría y Contraloría Departamental, en una visita técnica a las áreas de Sistemas y Archivo Central con el fin de dar cumplimiento al plan de auditorías establecido.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,


JORGE E. KUARÁN CABRERA
Jefe Oficina Control Interno
E.S.E. Hospital Alcides Jiménez
Puerto Caicedo - Putumayo

B/ La Esperanza, Pto. Caicedo - Putumayo, Colombia
Correo Electrónico: gerencia@esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Página web: www.esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Teléfono: 321 452 9693