


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	1 de 39		

PRELIMINAR <input type="checkbox"/>	DEFINITIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Elemento Organizacional Evaluado:	Gestión Documental: Cumplimiento normativo
Unidad Administrativa	Dirección de Sistemas de Información
Líder del elemento organizacional evaluado:	Anderson Ospina Sierra - Director Operativo Sistemas de Información
Equipo evaluador	Héctor Vallejo Velásquez
Fechas de realización de la evaluación:	03 junio al 18 de julio de 2025
Fechas de presentación del informe:	06 de agosto de 2025

1. Evaluación:


1.1. Objetivo de la evaluación:

Verificar la conformidad de la Gestión Documental de la ESE Metrosalud con la normatividad vigente aplicable, evaluando su implementación e identificando riesgos asociados y oportunidades de mejora que fortalezcan su eficacia, seguridad jurídica y capacidad institucional.

1.2. Alcance de la evaluación:

La auditoría comprendió la verificación integral del estado de conformidad de la Gestión Documental de la ESE Metrosalud frente a los requerimientos establecidos en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, en concordancia con los estándares de calidad en salud y las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna (NOGAI).

La evaluación incluyó, además, la verificación in situ de las condiciones técnicas, ambientales y de seguridad del Archivo Central de la ESE Metrosalud, considerando los criterios exigidos para la administración, custodia, conservación y seguridad de los documentos de archivo establecidos en el artículo 3.1.2 del Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	2 de 39		

1.3. Limitaciones:

La verificación in situ de las condiciones técnicas, ambientales y de seguridad no se extendió a los Archivos de Gestión de la ESE Metrosalud, debido a las limitaciones en el número de integrantes del equipo auditor, el tiempo asignado para la ejecución de la auditoría y la logística requerida para su desarrollo.

1.4. Instrumentos aplicados:


Para el cumplimiento del objetivo de la auditoría y de acuerdo al alcance definido se aplicaron las siguientes pruebas e instrumentos:

- Revisión documental: Proceso gestión documental y procedimientos asociados – Política de Gestión Documental – Programa de Gestión Documental – Plan Institucional de Archivos – Proyectos asociados en el plan de acción institucional – Informes de gestión de la unidad administrativa responsable – Mapas de riesgos – Indicadores.
- Recorrido por las instalaciones del archivo central de la ESE Metrosalud guiado mediante la aplicación de lista de chequeo.
- Aplicación de instrumentos:
 - Lista de chequeo – Verificación del cumplimiento del Acuerdo 001 de 2024.
 - Lista de chequeo – Verificación de las condiciones técnicas, ambientales y de seguridad del Archivo Central.
- Entrevistas al equipo de trabajo de la oficina de gestión documental.

1.5. Muestra:

Con el fin de verificar específicamente el registro y diligenciamiento de los formatos establecidos, así como la organización de las unidades documentales, se seleccionaron seis archivos de gestión ubicados en la sede administrativa del Edificio El Sacatín. Estos archivos fueron identificados como estratégicos por su volumen y relevancia, según el criterio del equipo auditor y del Profesional Universitario de Gestión Documental. Los archivos seleccionados correspondieron a: Procesos Disciplinarios, Oficina Jurídica, Dirección de Contratación, Tesorería, Cartera e Historias Laborales.

Se aplicó muestreo selectivo para verificar la organización de las unidades documentales.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	3 de 39		

1.6. Contexto (información relevante o estratégica de la unidad auditable):

1.6.1. Inclusión en el Plan General de Evaluaciones 2025:

La Gestión Documental fue priorizada como unidad auditable en el Plan General de Evaluaciones desde la vigencia 2024, con base en la identificación de tres aspectos críticos: 1) desarrollo del cumplimiento normativo, 2) asignación de recursos, y 3) respuesta oportuna a derechos de petición. No obstante, la auditoría programada para octubre de dicho año no se ejecutó debido a novedades presentadas en el equipo auditor asignado. Por tal razón, la unidad fue nuevamente incluida en el Plan General de Evaluaciones 2025.

1.6.2. Ubicación en el Mapa de Procesos:

Según la Resolución 10839 de 2024, mediante la cual se actualizó la estructura de procesos de la ESE Metrosalud, el proceso de Gestión Documental se encuentra ubicado dentro del macroproceso de apoyo.


El proceso de Gestión Documental PA07 tiene asociados ocho (8) procedimientos, los cuales, según información suministrada por el Profesional Universitario Gestión Documental, se encuentran actualmente en proceso de revisión, especialmente en lo relacionado con su alineación con la normatividad vigente aplicable.

1.6.3. Ubicación en la estructura orgánica y funcional:

La unidad administrativa responsable de este proceso es la Dirección de Sistemas de Información, adscrita a la Subgerencia Administrativa y Financiera, conforme al organigrama institucional establecido en el Acuerdo de Junta Directiva N.º 410 de 2022.

Según el Manual de Funciones y Competencias Laborales PA02 DT 771, el cargo de Director Operativo de Sistemas de Información contempla dentro de sus competencias funcionales específicas las siguientes responsabilidades relacionadas con la gestión documental y la función archivística:

- Garantizar la adecuada gestión documental de la entidad.
- Diagnosticar el estado actual de la función archivística y de la gestión documental de la entidad, partiendo de características y necesidades institucionales y tendencias en la materia.
- Diseñar el plan institucional de archivos, alineado con el Plan Estratégico Institucional y normatividad vigente.
- Formular los planes y programas de gestión documental, de acuerdo con resultados del diagnóstico y tendencias de la materia.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	4 de 39		

1.6.4. Planta de empleos:

Según la planta de empleos vigente de la ESE Metrosalud, el área de Gestión Documental está conformada por un Profesional Universitario Gestión Documental y un Técnico Operativo Gestión Documental. Adicionalmente, de acuerdo con el reporte de nómina, tiene asignados dos Auxiliares Administrativos de planta globalizada, uno de los cuales se encuentra vacante desde el 1.º de abril de 2025. Asimismo, el área recibe apoyo de un mensajero in-house, actualmente provisto por SERVISOFT S.A., en el marco del contrato 2119-2025.

1.6.5. Oficina de Gestión Documental:

Está ubicada en el primer piso de la sede administrativa Edificio El Sacatín, donde también opera la ventanilla única. Allí desempeñan sus funciones el Profesional Universitario Gestión Documental, la Técnica Operativa Gestión Documental y los dos Auxiliares Administrativos previamente mencionados.

1.6.6. Archivo Central e Histórico:

Se encuentra ubicado en las instalaciones del Centro de Salud Guayabal. No cuenta con personal oficialmente asignado.


1.6.7. Archivos de Gestión:

La ESE cuenta con archivos de gestión administrativos en las dependencias del Edificio El Sacatín, así como en las unidades hospitalarias y centros de salud, donde también se encuentran archivos de gestión clínicos. Ninguno de estos archivos cuenta con personal oficialmente asignado.

Al respecto, el procedimiento "Organización de Documentos" (PA07 PR 57) asigna las tareas de organización documental (clasificación, ordenación y descripción) a lo largo del ciclo de vida de los documentos a secretarías y auxiliares administrativos, cuyos manuales de funciones (PA02 DT 851 y PA02 DT 696) establecen como único requisito de formación académica el título de bachiller, sin requerir la acreditación de competencias técnicas en gestión documental y archivo.

1.6.8. Intervención de los archivos de gestión clínicos:

En relación con los archivos de gestión clínicos, la ESE Metrosalud ejecutó la actividad denominada "Organizar, depurar y realizar inventario de archivos clínicos con custodia externa", incluida en el proyecto "Fortalecimiento de la Gestión Documental", contemplado en el plan de acción de los años 2019 y 2020. Esta actividad se desarrolló entre las vigencias 2019 y 2023, mediante contratación con el proveedor ALPOPULAR

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	5 de 39		

S.A., a través de los contratos 3250-2019, 944-2020, 4861-2020, 55-2021, 1349-2022 y 906-2023.

La clasificación y depuración de las historias clínicas se realizó con base en la fecha de la última atención. Las historias con menos de cinco años de antigüedad fueron conservadas en los respectivos archivos de gestión, mientras que aquellas con más de cinco años fueron trasladadas para su almacenamiento y custodia a las instalaciones de ALPOPULAR S.A. Cabe destacar que, entre estas últimas, se separaron las historias clínicas con más de quince años de antigüedad, con el fin de que la ESE realizara su valoración y definiera su posible eliminación. No obstante, según información suministrada por el Profesional Universitario de Gestión Documental, dicha valoración y eliminación no se ha realizado a la fecha.

Es importante señalar que esta intervención abarcó únicamente 13 de las 53 sedes de la red asistencial (24,5%), correspondientes a las Unidades Hospitalarias Manrique, Santa Cruz, Doce de Octubre, Belén, Castilla, San Javier, San Cristóbal y San Antonio de Prado, así como a los Centros de Salud Campo Valdés, Palmitas, Santa Elena, Limonar y la Unidad de Salud Mental.

A partir del año 2024 y hasta la fecha, el servicio de almacenamiento y custodia externa de estas historias clínicas ha sido contratado con el proveedor SERVISOFTE S.A., mediante los contratos 5486-2024 y 2069-2025.

2. Resultados de la evaluación:


2.1. Fortalezas - Aspectos a destacar:

Se destacó la disposición del equipo humano de la Oficina de Gestión Documental para atender oportunamente las solicitudes realizadas durante la auditoría. En particular, se resalta el conocimiento técnico del Profesional Universitario Gestión Documental sobre el estado del proceso y la normativa aplicable, a pesar de su reciente incorporación a la entidad (13 de febrero de 2025), así como su actitud receptiva frente a las recomendaciones formuladas en el marco del proceso de evaluación.

2.2. Riesgos de la unidad auditable:

A la fecha de elaboración del presente informe, no se encuentra documentado un mapa de riesgos específico para el proceso de Gestión Documental correspondiente al ciclo 2024–2025 en el módulo de Riesgos del Sistema de Gestión Integrado (SGI) Almera.

Se confirmó con la jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional que el mapa de riesgos más reciente corresponde al ciclo 2021–2022, elaborado en formato Excel y disponible únicamente en la ruta "Mecanismos de integración / Grupos

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	6 de 39		


de Trabajo / Grupo de Trabajo de Riesgos", sin haber sido cargado en el módulo específico de Riesgos del sistema, lo que limita su trazabilidad, actualización y consulta oportuna por parte de los responsables institucionales.

(enlace: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgimetrosalud>)

Para el ciclo 2021–2022, dicho mapa de riesgos contempló un total de dos (2) riesgos:

Riesgo 1:


Riesgo	<p>Posibilidad de afectación económica y reputacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inoportunidad en el acceso a la información requerida y requerimientos legales derivados de esto, • Incumplimiento normativo y posible sanciones. <p>Por <i>insuficiencia del equipo de gestión documental frente a las necesidades de la empresa.</i></p> <p>Debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La asignación de TH para las actividades del proceso en las UPSS no es la adecuada en cuanto a dependencia jerárquica, ni está articulada con el grupo de GD de la empresa (dependen es del coord. Administrativo). (Asignación a otras actividades) • En los CS la asignación del tiempo del TO para esta actividad no es suficiente. • El TH asignado a los archivos en las UPSS no cumple con las competencias necesarias para ejecutar el proceso (porque se asigna personas con restricciones laborales que no tiene la competencia) • La responsabilidad de la ejecución del proceso dentro de la estructura administrativa y el líder de proceso asignado, no cumple con los requerimientos normativos • Insuficiencia de recursos financieros para el fortalecimiento del proceso
Estado del Riesgo	<p>Nivel de riesgo inherente Alto.</p> <p>Nivel Riesgo Residual Alto.</p> <p>Un control:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la asignación del TH al archivo se cumpla y se dé continuidad en cumplimiento de las actividades en las UH y CS. A cargo de los directores. <p>Dos actividades en el plan de tratamiento de riesgos 2021-2022:</p>

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	7 de 39		


	<ul style="list-style-type: none"> • PA07 1.2. PA07 1.2 Definir a que dependencia se asigna el proceso de Gestión Documental acorde con la normatividad vigente del AGN. Cumplimiento 100%: "En estudio de rediseño organizacional se ratifica que los cargos responsables de la gestión documental, siguen adscritos a la Dirección de sistemas de información y por ende al proceso de gestión documental". • PA07 1.2. PA07 1.3 Analizar los resultados del estudio técnico de rediseño organizacional, en cuanto al proceso de gestión documental y gestionar las necesidades identificadas en cuanto al personal requerido para la adecuada ejecución del proceso, en cumplimiento normativo. Cumplimiento 100%: "Se crea cargo de profesional de gestión documental, pendiente proveer". <p>Las actividades del plan de tratamiento no abordan otras causas identificadas, específicamente las relacionadas con la insuficiencia en la asignación de talento humano a los archivos de gestión en las Unidades de Prestación de Servicios de Salud (UPSS), así como las limitaciones en cuanto a las competencias técnicas requeridas por el personal encargado.</p>
--	---

Riesgo 2:


Riesgo	<p>Posibilidad de afectación económica y reputacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incumplimientos normativos • Demandas • Sanciones • Pérdida de confianza en la información generada por la organización <p><i>Por compromiso de la integridad, confidencialidad de los documentos y/o pérdida de información.</i></p> <p>Debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso lógico no autorizado • Acceso físico no autorizado • Reproducción de información sin cumplimientos de criterios (entrega de Historia clínica a terceros) • Documentación archivada en una serie o expediente que no corresponde (TRD) • No se tienen o no están actualizados los inventarios documentales (gestión, central, histórico). En todos se incluye historia clínica)
--------	--

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	8 de 39		

	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de las condiciones físicas requeridas para la preservación de los documentos físicos y digitales (capacidad, temperatura, humedad, detector humo, separar documentos) • Desconocimiento técnico, falta de adherencia y de estandarización en los procedimientos • Insuficiencia de recursos financieros para el fortalecimiento del proceso
Estado del Riesgo	<p>Nivel de riesgo inherente Alto.</p> <p>Nivel Riesgo Residual Moderado.</p> <p>Siete controles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evaluar la Política de seguridad de la información (controles implementados desde el sistema frente al uso de contraseñas, navegación en sitios web y permisos y privilegios para los diferentes aplicativos)</i> • <i>Verificar que la persona que solicita el documento o historia clínica cumpla con los requisitos para ello (Manual de Historia clínica - entrega de copias)</i> • <i>Verificar que los documentos seleccionados correspondan con los tipos documentales, las series y subseries. (Cada vez que sean clasificados los documentos). En caso de encontrar documentos que estén por fuera de las series y subseries de las Tablas de Retención Documental, establecer si es un documento de archivo o de apoyo, si el documento es de archivo y amerita ser conservado hacer una actualización a la TRD.</i> • <i>Recibir y revisar el inventario documental para garantizar el correcto diligenciamiento del formato único de inventario documental (FUID) antes de la transferencia. (Cada visita que se haga según cronograma previamente enviado al principio de cada semestre). En caso de identificar inconsistencias en el diligenciamiento del inventario informar al superior inmediato del responsable del inventario para corrección inmediata. Pr transferencias</i> • <i>Verificar estado de las instalaciones archivadores rodantes, sistema de luz y ventilación. (Cada día). En caso de encontrar anomalías solicitar intervención inmediata al Director de Sistemas de Información y revisar los riesgos físicos que están afectando el almacenamiento. Pr preservación</i> • <i>Verificar que los documentos afectados se hayan identificado y separado. (Cada vez que ocurra un daño en ellos mientras estén</i>

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	9 de 39		

	<p>archivados). En caso de que los documentos deteriorados no se encuentren separados, solicitar al responsable su clasificación y separación inmediata e informar al Técnico operativo (CAD). Realizar los primeros auxilios a los documentos de archivo: · Retirar material metálico · Cambiar carpetas y cajas · Cambiar bolsas plásticas por carpetas. Pr preservación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que los instrumentos archivísticos se hayan desplegado oportunamente al interior de cada área según soportes de despliegue. (Cada vez que estos sean actualizados). En caso de que no se hayan desplegado solicitar al responsable del proceso nuevamente el despliegue a sus equipos de trabajo soportado en registro de asistencia. Pr planeación <p>Tres actividades en el plan de tratamiento de riesgos 2021-2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PA07 2.2. PA07 2.1 Realizar seguimiento a las acciones de intervención propuestas de la encuesta de estado de los archivos clínicos en 2021 y definir acciones para alcanzar su cumplimiento. Cumplimiento 100%: "No se ha tenido avance en esta actividad por ausentismo laboral en la oficina de Gestión Documental. Se anexa correo de gestión documental con la evidencia del seguimiento realizado en 2023". Dicho correo se relaciona con actividades de capacitación sobre las siguientes temáticas: generalidades del sistema Sevenet, derechos de petición, tablas de retención documental y fondos acumulados electrónicos. Estas capacitaciones estuvieron dirigidas solamente al personal de las Unidades Hospitalarias de Belén, Buenos Aires, Castilla, Doce de Octubre y San Antonio de Prado. En consecuencia, el cumplimiento real de esta actividad no correspondería al 100 %, dado que no abarcó la totalidad de la red asistencial de la ESE Metrosalud ni al conjunto de los grupos objetivo definidos para dicha acción formativa. • PA07 2.2. PA07 2.2 Ajustar en el procedimiento de preservación de documentos actividad 9, el registro o evidencia que queda, en este caso el documento recuperado. Cumplimiento 100%: "El procedimiento fue actualizado con la instrucción dada y enviado a planeación para su aprobación". • PA07 2.3. PA07 2.3 Verificar que en todas las áreas se haya hecho el despliegue de las TRD actualizadas en 2021. Cumplimiento 100%: "Se anexa evidencia del acompañamiento en 2023" <p>La evidencia anexada corresponde a actividades de capacitación dirigidas solamente al personal de las Unidades Hospitalarias de Belén,</p>
--	--

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	10 de 39		


	<p>Buenos Aires, Castilla, Doce de Octubre y San Antonio de Prado. En consecuencia, el cumplimiento real de esta actividad no correspondería al 100 %, dado que no abarcó la totalidad de la red asistencial de la ESE Metrosalud ni al conjunto de los grupos objetivo definidos para dicha acción formativa.</p> <p>Las actividades del plan de tratamiento solo abordan dos de las causas identificadas para el riesgo, específicamente las relacionadas con "Documentación archivada en una serie o expediente que no corresponde (TRD)" y "Desconocimiento técnico, falta de adherencia y de estandarización en los procedimientos".</p> <p>El cumplimiento real de las actividades PA07 2.2. PA07 2.1 y PA07 2.2. PA07 2.3 no corresponden al 100 %, dado que no abarcaron la totalidad de la red asistencial de la ESE Metrosalud ni al conjunto de los grupos objetivo definidos para dicha acción formativa.</p>
--	---

2.2.1. Otros Riesgos identificados:

Se identificó la materialización del riesgo "Posibilidad de afectación económica y reputacional: Incumplimientos normativos, Demandas, Sanciones, Pérdida de confianza en la información generada por la organización. *Por compromiso de la integridad, confidencialidad de los documentos y/o pérdida de información*".

La Oficina Jurídica de la ESE confirmó la existencia del fallo de tutela T-025-2024-00204-00 del 27 de mayo de 2025, relacionado con la solicitud de copia de una historia clínica presentada el 12 de febrero de 2024. El fallo establece que la historia clínica solicitada por el accionante no ha sido localizada ni entregada, a pesar de las gestiones internas y externas realizadas por la ESE Metrosalud. Asimismo, se determinó que la entidad no logró demostrar que hubiera informado formalmente al solicitante sobre el estado de su requerimiento, configurándose así una vulneración al derecho fundamental de petición. En consecuencia, el juzgado concedió la tutela y ordenó que, en un plazo de diez (10) días hábiles, se emita una respuesta clara y de fondo respecto a la entrega de la historia clínica solicitada.


Según información suministrada por el Profesional Universitario en Gestión Documental, la historia clínica solicitada estaría relacionada con una atención prestada en el año 2011 en el Centro de Salud Poblado, época en la que la ESE aún no había implementado la historia clínica electrónica. Asimismo, confirmó que, a la fecha de elaboración del presente informe, dicha historia clínica no ha sido localizada, a pesar de las búsquedas realizadas tanto en el archivo de gestión clínico del Centro de Salud Poblado como en los repositorios del proveedor de almacenamiento y custodia externa SERVISOFTE S.A.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	11 de 39		

Esta situación evidencia una debilidad en los controles institucionales relacionados con la custodia, el acceso y la conservación de la historia clínica física, particularmente en el archivo de gestión clínico del Centro de Salud El Poblado.

2.3. Hallazgos:

<p>Hallazgo N° 1.</p> <p>Mapa de riesgos del proceso de Gestión Documental desactualizado.</p>
<p>Condición:</p> <p>El mapa de riesgos del proceso de Gestión Documental no se encuentra actualizado en el Sistema Integrado de Gestión (SGI) Almera para el ciclo 2024-2025, incumpliendo con la periodicidad definida en el Manual del Sistema de Gestión de Riesgos PE02 MA 429 de la ESE Metrosalud. Se evidenció que el mapa de riesgos más reciente de dicho proceso corresponde al ciclo 2021–2022, sin que exista documentación que respalde un proceso de revisión, análisis o actualización posterior.</p>
<p>Criterio:</p> <p>Manual Sistema de Gestión de Riesgos PE02 MA 429, versión 01 del 01/07/2021: “El análisis y la valoración de riesgos, se realiza cada dos años, acorde con el ciclo general de gestión de riesgos, con monitoreo y actualizaciones periódicas si se requieren por riesgos emergentes o materialización de riesgos, acorde con la dinámica organizacional y resultados de los seguimientos. En este caso el líder del proceso solicita el acompañamiento a la Oficina Asesora de Planeación y desarrollo Organizacional para la respectiva actualización del mapa de riesgo del proceso.”</p>
<p>Causa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja apropiación del conocimiento sobre de la gestión del riesgo de la primera línea, lo cual no favorece el autocontrol y la autogestión de los riesgos asociados a cada uno de los procesos. • Desde el mes de abril de 2024 no se cuenta en propiedad con un responsable de la gestión del riesgo de la oficina de planeación, que lidere las acciones de segunda línea en la gestión de riesgos como el acompañamiento y asesoría técnica para la identificación, evaluación y valoración de los riesgos y controles.
<p>Efecto:</p>

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	12 de 39		

- Pérdida de capacidad para anticipar y controlar eventos que puedan afectar la gestión documental.
- Riesgo de inadecuada asignación de recursos preventivos o de contingencia.
- Debilitamiento del control interno y del cumplimiento del principio de autocontrol en el proceso.
- Posible vulneración de la trazabilidad, integridad y conservación de los documentos.
- Posibles sanciones disciplinarias, fiscales y penales a servidores por materialización de riesgos.

Hallazgo N° 2.

Inconsistencias en la medición y seguimiento de los indicadores del proceso de Gestión Documental.

Condición:

Los indicadores asociados al proceso de Gestión Documental, registrados en el Sistema de Gestión Integrado (SGI) Almera de la ESE Metrosalud, no cuentan con mediciones completas correspondientes a las vigencias 2021 a 2025, en contravención de la periodicidad establecida en sus respectivas fichas técnicas y de las responsabilidades consignadas en el Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores (PE02 MA 45). Durante su revisión, se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Proporción de documentos administrativos custodiados entregados oportunamente (Código 120): sin registros de medición desde septiembre de 2021.
- Proporción de pérdida o deterioro de documentos custodiados (Código 121): sin registros de medición desde mayo de 2020.
- Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso (Código 122): sin registros de medición desde su formulación.
- Proporción de derechos de petición con respuesta oportuna, desagregado por dependencias (Código 209): sin registros de medición desde agosto o septiembre de 2021 en la mayoría de las dependencias; en otros casos, desde mayo o julio del mismo año (Ver Tabla 3).



Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	13 de 39		

Tabla 3. Indicadores proceso Gestión Documental, 01 de enero a 2021 a 30 de junio 2025

Código / Indicador	Periodicidad	Meta	Medición año 2021	Medición año 2022	Medición año 2023	Medición año 2024	Medición año 2025	Observaciones
120_PROPORCIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS CUSTODIADOS ENTREGADOS OPORTUNAMENTE	Bimestral	≥ 95%	98,90	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde septiembre de 2021
121_PROPORCIÓN DE PÉRDIDA O DETERIORO DE DOCUMENTOS CUSTODIADOS EN EL ARCHIVO CENTRAL	Bimestral	< 2%	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones 2021, 2022, 2023, 2024
122_PROPORCIÓN DE CLIENTES INTERNOS SATISFECHOS CON EL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Semestral	≥ 95%	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones 2021, 2022, 2023, 2024
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_METROSALUD	Mensual	≥ 100%	95,10	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde febrero de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_CI DISCIPLINARIO	Mensual	≥ 100%	87,50	91,67	100,00	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde mayo de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_DIR ADTIVA	Mensual	≥ 100%	47,13	89,29	84,85	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde mayo de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_GERENCIA	Mensual	≥ 100%	100,00	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde febrero de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_GESTIÓN TERRITORIAL	Mensual	≥ 100%	53,13	100,00	81,77	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde mayo de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_JURÍDICA	Mensual	≥ 100%	91,74	78,91	82,97	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde mayo de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_PLANEACIÓNDO	Mensual	≥ 100%	100,00	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde septiembre de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_SIST INF	Mensual	≥ 100%	93,75	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde septiembre de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_SUBADTIVA Y FRA	Mensual	≥ 100%	65,14	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde agosto de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_SUBG RED	Mensual	≥ 100%	87,36	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde agosto de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_TAL HUMANO	Mensual	≥ 100%	91,44	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición desde mediciones de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH BELÉN	Mensual	≥ 100%	42,86	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde septiembre de 2021

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	14 de 39		

209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH BUENOS AIRES	Mensual	≥ 100%	75,00	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde septiembre de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH CASTILLA	Mensual	≥ 100%	71,43	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde agosto de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH DOCE OCT	Mensual	≥ 100%	71,43	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde agosto de 2021
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH MANRIQUE	Mensual	≥ 100%	95,83	50,00	83,33	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde julio de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH NUEVO OCC	Mensual	≥ 100%	83,33	91,67	83,33	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde julio de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH SAN CRISTÓBAL	Mensual	≥ 100%	91,67	91,67	83,33	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde julio de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH SAN JAVIER	Mensual	≥ 100%	100,00	75,00	66,67	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde julio de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH SANTA CRUZ	Mensual	≥ 100%	87,50	Sin medición	66,67	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones en 2022 y desde julio de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_UH SAP	Mensual	≥ 100%	83,33	100,00	83,33	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde julio de 2023
209_PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA_VENTA SERVICIOS	Mensual	≥ 100%	100,00	91,67	100,00	Sin medición	Sin medición	Sin mediciones desde julio de 2023

Fuente de los datos: Construcción Equipo auditor - Módulo indicadores SGI Almera

Criterio:


Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, versión 02 del 03/05/2022:

"El servidor que genera la información y calcula el indicador tiene entre sus responsabilidades: "Recolectar, tabular y registrar periódica y oportunamente la información del indicador."

Instrucciones para el Ingreso y Gestión en el Módulo de Indicadores Almera PE02 IS 296, versión 03 del 27/01/2021:

"La responsabilidad de cada uno frente al sistema integrado de gestión en lo que se refiere a indicadores debe partir de identificar los indicadores bajo su responsabilidad, tanto para medir como para analizar; y se debe garantizar que tanto la medición como los análisis se realicen de forma continua y oportuna."

Metodología de Gestión por Procesos PE01 ME 03, versión 01 del 15/09/2019:

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	15 de 39		

“Cada proceso debe definir sus indicadores, establecer su periodicidad, realizar mediciones sistemáticas y analizar sus resultados como parte del ciclo de mejora continua”.

Causa:

- Falencias en la ejecución del seguimiento periódico por parte de los responsables del proceso.
- Posible ausencia de verificación oportuna por parte de la Oficina Asesora de Planeación y/o Calidad.

Efecto:

- Imposibilidad de valorar objetivamente el desempeño del proceso de Gestión Documental.
- Riesgo de inadecuada toma de decisiones por falta de información oportuna.
- Debilitamiento del enfoque basado en resultados y del cumplimiento del ciclo PHVA.
- Pérdida de oportunidades para implementar acciones correctivas o de mejora.


Hallazgo N° 3.

Deficiencias en las condiciones técnicas, ambientales y de seguridad de las instalaciones del archivo central.

Condición:

Las instalaciones del archivo central de la ESE Metrosalud no cumplen con las condiciones técnicas, ambientales y de seguridad requeridas para la custodia y administración integral de documentos de archivo, conforme a lo establecido en el artículo 3.1.2 del Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación. Durante el recorrido físico y la revisión documental realizados en dichas instalaciones, se evidenciaron las siguientes deficiencias:

- Ausencia de personal asignado permanentemente para control de acceso y gestión documental.
- Inadecuadas condiciones de seguridad en el acceso (puerta y ventanas sin la solidez estructural exigida ni monitoreo).
- Deficiencias en ventilación, olor a humedad y falta de sistemas mecánicos de ventilación.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	16 de 39		

- Ausencia de control de la incidencia solar (filtros contra radiación ultravioleta o persianas) y barreras contra insectos en ventanas.
- No separación entre áreas de trabajo archivístico y consulta y las zonas de almacenamiento.
- Presencia de goteras, humedades, fallos en la iluminación y deterioro en la pintura de las paredes.
- Falta de equipos para controlar condiciones ambientales de almacenamiento (temperatura y la humedad relativa).
- Presencia de documentos con biodeterioro sin tratamiento ni zonas de saneamiento definidas.
- Dotación inadecuada de extintores (agua a presión) y sistemas de detección contra incendios no funcionales.
- Ubicación inadecuada de unidades de conservación y partes de estantería sobre el piso del pasillo central, representando riesgos físicos al personal.
- No implementación del Sistema Integrado de Conservación (SIC).
- Inexistencia de un plan de contingencia y atención de desastres para el archivo central.
- Ausencia de evidencia técnica sobre resistencia e idoneidad de los materiales de construcción (ignífugos, alta resistencia mecánica y mínimo desgaste por abrasión).
- No se evidenció cumplimiento del Reglamento Colombiano de Construcción Sismo Resistente (NSR-10).


Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 3.1.2. Instalaciones para servicios de depósito, custodia y administración integral de documentos de archivo:

Establece los requisitos técnicos que deben cumplir las instalaciones destinadas a la custodia documental, incluyendo condiciones estructurales, de seguridad, control ambiental, distribución de áreas, cumplimiento del NSR-10 y aplicación del Sistema Integrado de Conservación. Además, impone la obligación de garantizar medidas de protección y preservación adecuadas para los documentos custodiados.

Causa:

- Ausencia de un plan institucional de adecuación y mantenimiento para archivos.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	17 de 39		

- Limitaciones presupuestales para el cumplimiento de estándares técnicos establecidos.
- Falta de articulación entre las áreas de infraestructura, archivo y planeación institucional.
- Carencia de evaluación técnica periódica de las condiciones del archivo central.

Efecto:

- Riesgo de deterioro físico de los documentos debido a inadecuadas condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación.
- Aumento del riesgo de pérdida, daño o alteración de documentos a causa de plagas o condiciones estructurales deficientes.
- Posible imposibilidad de garantizar el acceso, consulta o recuperación eficiente de la información archivada.
- Riesgo de sanciones por parte de entes de control por incumplimiento de requisitos normativos y técnicos archivísticos.

Registro fotográfico 24 de junio de 2025:

Acceso con puerta y ventana que no garantiza la solidez estructural exigida:



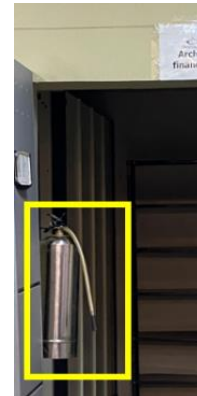
Ventanas sin medidas para el control de la incidencia solar ni filtros de protección contra insectos:

Código:	PV01 FR 12
Versión:	02
Vigente a partir de:	27/10/2020
Página:	18 de 39

INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)




Falta de separación efectiva entre la zona de trabajo y consulta y la zona de almacenamiento, presencia de extintor de agua a presión (no recomendado):



Presencia de goteras con agua recogida en baldes y unidades de conservación cubiertas con plástico para su protección, fallos en la iluminación:



Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	19 de 39		


Presencia de humedades en cielo raso y paredes y deterioro en la pintura:



Presencia de material documental con biodeterioro y ausencia de zona específica para su saneamiento:



Presencia cajas en el piso y sobre los estantes y de partes de estantería sobre áreas de circulación (riesgo para la seguridad del personal que transita por dichas zonas):

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	20 de 39		




Hallazgo N° 4.

Tablas de Retención Documental (TRD) desactualizadas y no inscritas en el Registro Único de Series Documentales (RUSD).

Condición:

Las Tablas de Retención Documental (TRD) vigentes de la ESE Metrosalud no reflejan la estructura orgánica y funcional actual de la entidad, dado que se evidenció que fueron elaboradas conforme a la estructura definida mediante el Acuerdo de Junta Directiva N° 373 de 2020, la cual fue modificada mediante el Acuerdo de Junta Directiva N° 410 de 2022, sin que exista evidencia documental que respalde un proceso de revisión, ajuste o aprobación de nuevas versiones conforme a la estructura actualizada. Asimismo, no se obtuvo evidencia objetiva que acredite su inscripción en el Registro Único de Series Documentales (RUSD).

Criterio:

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	21 de 39		

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 4.3.1.4. Clasificación documental:

“Los sujetos obligados deben desarrollar actividades de clasificación documental, conforme a la estructura orgánico-funcional. (...).

Parágrafo. Para el diligenciamiento del Cuadro de Clasificación Documental (Ver anexo 5 “Instructivo y Formato del Cuadro de Clasificación Documental - CCD”).”

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 5.1.4.1. Actualización:

“Las Tablas de Retención Documental deben actualizarse (...) cuando existan cambios en la estructura orgánica de la entidad (...).”

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 5.1.5.1. Implementación:

“Parágrafo 4. (...) cuando el sujeto obligado detecte que las Tablas de Retención Documental – TRD las Tablas de Valoración Documental – TVD no cumplen con criterios técnicos para su implementación, se abstendrá de implementarlas y procederá, de forma inmediata, a la actualización para las Tablas de Retención Documental – TRD o ajustes para las Tablas de Valoración Documental – TVD (...).”

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 5.1.3.1. Inscripción en el Registro Único de Series Documentales - RUSD:


“Los Consejos Territoriales de Archivos, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la suscripción del acta por medio del cual se toma la decisión de la convalidación, deben solicitar ante el Archivo General de la Nación (...), la inscripción de las Tablas de Retención Documental – TRD o de las Tablas de Valoración Documental – TVD, en el Registro Único de Series Documentales – RUSD, de conformidad con el procedimiento establecido, para la emisión del respectivo Certificado de Inscripción.”

Causa:

- Falta de seguimiento y actualización oportuna de instrumentos archivísticos ante cambios de la estructura orgánico-funcional.
- Debilidad en los controles para asegurar el cumplimiento del registro obligatorio ante el RUSD.

Efecto:

- Incongruencia entre las series documentales y la realidad organizacional vigente.
- Riesgo de producción documental desordenada y sin correspondencia funcional.
- Imposibilidad de aplicar correctamente las disposiciones de retención, transferencia o eliminación documental.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	22 de 39		

- Potenciales hallazgos por parte de los entes de control o del Archivo General de la Nación por incumplimiento normativo.

Hallazgo N° 5.

Ausencia de formulación e implementación del Sistema Integrado de Conservación (SIC).

Condición:

Los planes que integran el Sistema Integrado de Conservación (SIC), específicamente el Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo, no cuentan con evidencia objetiva que acredite su formulación e implementación en la ESE Metrosalud.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 1.2.4. Instrumentos archivísticos para la planeación de la función archivística:

“Los sujetos obligados deben formular, actualizar e implementar (...) y los planes del Sistema Integrado de Conservación”.

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 6.1.1.3. Formulación de los Planes del Sistema Integrado de Conservación – SIC:


“Los sujetos obligados deben formular, implementar, hacer seguimiento, control y evaluación de los planes del Sistema Integrado de Conservación – SIC (...)”.

Causa:

- Falta de priorización institucional para la planeación e implementación del Sistema Integrado de Conservación (SIC),
- Falta de asignación de recursos técnicos y administrativos para el diseño e implementación oportuna de los componentes del SIC.

Efecto:

- Alto riesgo de pérdida, deterioro o inutilización de documentos físicos y archivos digitales a mediano y largo plazo.
- Ausencia de lineamientos institucionales para la conservación preventiva y la intervención documental.
- Debilidad en la capacidad institucional para garantizar la preservación de la memoria documental.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	23 de 39		

- Incumplimiento de la normativa archivística vigente, lo que puede generar requerimientos, sanciones o medidas correctivas por parte de entes de control.

Hallazgo N° 6.

Ausencia de mecanismos de referencia cruzada en expedientes clínicos híbridos.

Condición:

Los expedientes clínicos de los usuarios de la ESE Metrosalud, que están conformados simultáneamente por documentos en soportes físicos y formatos electrónicos (expedientes híbridos), no cuentan con evidencia objetiva de la existencia de mecanismos de referencia cruzada que permitan vincular de manera integral los documentos de distinta naturaleza que conforman dicha unidad documental.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 4.3.3.1. Conformación de expedientes híbridos:


“Cuando se conformen de manera simultánea expedientes por documentos en soportes físicos y formatos electrónicos, a pesar de estar separados por ser conservados en sus formatos nativos (soportes originales), se debe garantizar que forman una sola unidad documental en razón al trámite o actuación y mantener el vínculo archivístico apoyado por el uso de herramientas tecnológicas.

Parágrafo 1. Los sujetos obligados deben implementar estrategias que les permitan asegurar la completitud del expediente, cuya ordenación debe respetar el principio de orden original; así mismo, el expediente deberá cumplir los tiempos de retención y disposición final establecidos en la Tabla de Retención Documental.

Parágrafo 2. En la hoja de control y en el índice electrónico, debe existir una referencia cruzada que relacione y describa los documentos de naturaleza diferente (físico y electrónico) que conforman el expediente híbrido con el fin de garantizar su integridad y vínculo archivístico.”

Causa:

- Ausencia de lineamientos institucionales sobre la gestión integrada de documentos híbridos.
- Falta de un procedimiento formal para establecer mecanismos de referencia cruzada entre soportes.
- Limitaciones en la interoperabilidad de los sistemas de información clínica y los procesos de archivo físico.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	24 de 39		

Efecto:

- Fragmentación de la historia clínica, afectando la integralidad del expediente del usuario.
- Riesgo de omisión de información en los procesos asistenciales, administrativos y de auditoría clínica.
- Dificultades para el cumplimiento de los principios de trazabilidad, disponibilidad y acceso a la información en salud.
- Potenciales incumplimientos en auditorías externas, incluyendo vigilancia sanitaria y control archivístico.

Hallazgo N°7.

Ausencia de procedimiento institucional para la reconstrucción de expedientes.

Condición:

El Proceso de Gestión Documental de la ESE Metrosalud no cuenta con un documento que establezca los lineamientos a seguir para la reconstrucción de expedientes en caso de pérdida.

Criterio:


Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 9.3.6. Procedimiento para la reconstrucción de expedientes:

Establece el procedimiento obligatorio que debe aplicarse ante la pérdida de expedientes, incluyendo la notificación inmediata de la pérdida, la denuncia ante la Fiscalía, la elaboración del diagnóstico, el acto administrativo de apertura de investigación, el seguimiento del proceso de reconstrucción, la reconstrucción mediante documentos certificados y la expedición del acto administrativo que dé cierre al procedimiento.

Causa:

Debilidades en la articulación efectiva entre la Oficina de Gestión Documental y las áreas responsables de la custodia de expedientes, lo que ha retrasado la adopción del procedimiento exigido por el Archivo General de la Nación.

Efecto:

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	25 de 39		

- Pérdida definitiva de documentos con valor probatorio, jurídico o patrimonial.
- Procesos administrativos, judiciales o contractuales incompletos por falta de trazabilidad documental.
- Incumplimiento de los principios de autenticidad, integridad y fiabilidad archivística ante entes de control.

Hallazgo N° 8.

Ausencia de identificación de expedientes clínicos con información relacionada con violaciones a los Derechos Humanos o al Derecho Internacional Humanitario.

Condición:

Los expedientes clínicos de los usuarios de la ESE Metrosalud que contienen información relacionada con violaciones a los Derechos Humanos o al Derecho Internacional Humanitario no cuentan con evidencia objetiva de la existencia de acciones orientadas a su identificación, clasificación o gestión diferencial, conforme a lo exigido para este tipo de documentos.


Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 9.1.2.1. Criterios para la identificación:

“Los sujetos obligados deben efectuar los procesos de identificación de los archivos referidos a las graves y manifiestas violaciones a los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, a partir de los criterios y características establecidas en el “Protocolo de gestión documental de los archivos referidos a las graves y manifiestas violaciones a los derechos humanos, e infracciones al derecho internacional humanitario, ocurridas con ocasión del conflicto armado” emitido por el Archivo General de la Nación (...) y el Centro Nacional de Memoria Histórica, en el marco de lo ordenado por la Ley 1448 de 2011.”

Resolución 839 de 2017 - Artículo 3. Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica:

“Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	26 de 39		

entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios"

Causa:

Inexistencia de un protocolo institucional que defina el tratamiento diferenciado de estos expedientes clínicos.

Efecto:

- Riesgo de pérdida, acceso no autorizado o tratamiento inadecuado de información sensible sobre violaciones a los DD. HH. y al DIH.
- Posible incumplimiento de requerimientos legales y fallos judiciales relacionados con acceso, conservación y custodia documental.
- Exposición a posibles observaciones o sanciones por parte de los órganos de control y del Archivo General de la Nación.

2.4. Aspectos Relevantes:

Aspecto Relevante N° 1.

Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) no conforme a lineamientos del Archivo General de la Nación.


Condición:

El software de gestión documental Sevenet, versión 4.5, utilizado actualmente por la ESE Metrosalud, no garantiza la gestión integral del ciclo vital de los documentos electrónicos conforme a lo establecido en los Cuadros de Clasificación Documental (CCD) y las Tablas de Retención Documental (TRD). Según evaluación técnica realizada por el Profesional Universitario de Gestión Documental en mayo de 2025, se evidenció que dicho software cumple apenas con el 51% de los requerimientos del Modelo de Requisitos para la Implementación de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 1.3.4. Responsabilidad en la conformación y acceso de los archivos:

"(...) los sujetos obligados deben garantizar la implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo para la conformación y gestión de los expedientes electrónicos, atendiendo el ciclo vital de los documentos y de

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	27 de 39		

conformidad con los Cuadros de Clasificación Documental y Tablas de Retención Documental".

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 4.3.2.1. Conformación de expedientes electrónicos de archivo:

“Los sujetos obligados deben conformar los expedientes electrónicos de acuerdo con el Cuadro de Clasificación Documental – CCD y las Tablas de Retención Documental – TRD e incorporarlos al Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA, desde el inicio de un trámite, actuación o procedimiento hasta su finalización o disposición final”.

Parágrafo 3. “Para la implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA, las entidades deben previamente elaborar el Modelo de Requisitos de Documentos Electrónicos de Archivo, atendiendo los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación (...)”.

Causa:


- Persistencia de un sistema informático que no ha sido actualizado ni alineado con los estándares técnicos del AGN y las necesidades de gestión del ciclo vital documental.
- Ausencia de una política institucional clara sobre adquisición o fortalecimiento de herramientas tecnológicas para la gestión documental.
- Falta de priorización presupuestal y técnica para implementar un SGDEA conforme a los requisitos normativos vigentes.

Efecto:

- Imposibilidad de aplicar de forma efectiva las TRD y CCD en entorno electrónico.
- Deficiente organización, clasificación, acceso, preservación y disposición final de los documentos electrónicos.
- Fragmentación de la gestión documental.
- Mayor riesgo de pérdida de documentos, duplicidad de registros y errores en el trámite.
- Incumplimiento normativo en el componente tecnológico del sistema institucional de archivo.

Aspecto Relevante N° 2.

Deficiencias en la formulación de la Política Institucional de Gestión Documental.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	28 de 39		

Condición:

La Política Institucional de Gestión Documental PE01 PO 51, versión 2.0 del 2 de julio de 2025 de la ESE Metrosalud, disponible en el Sistema de Gestión Integrado (SGI) Almera, presenta deficiencias en su formulación toda vez que, según la revisión realizada, solo cumple con seis de los catorce ítems establecidos en el Anexo 2 del Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación. Así mismo, no se encontró evidencia objetiva de su aprobación formal por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, ni de su publicación en la página web institucional.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 1.2.5, Formulación de la Política institucional de Gestión Documental:

“Los sujetos obligados deben formular su Política institucional de Gestión Documental, teniendo en cuenta los elementos establecidos en los artículos 2.8.2.5.6 y 2.8.2.5.7 del Decreto 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura, (...) y con el Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos – MGDA (...).

Parágrafo 1. Se tendrá como referencia para la formulación de la Política Institucional de Gestión Documental los lineamientos generales establecidos por el Archivo General de la Nación (...) (Ver anexo 2 “Lineamientos generales para la formulación de la Política Institucional de Gestión Documental”)


Parágrafo 2. La Política (...) debe ser aprobada por el Comité de archivo o Comité institucional de Gestión y Desempeño (...), y publicada en la página web de la respectiva entidad.”

Causa:

Falta de articulación entre el responsable del proceso de Gestión Documental y la Oficina Asesora de Planeación para garantizar el cumplimiento de los requisitos normativos relacionados con la formulación, validación y publicación de la política institucional.

Efecto:

- Compromiso de la legitimidad institucional de los instrumentos de gestión documental.
- Se limita el control, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones archivísticas.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	29 de 39		

Aspecto Relevante N° 3.

Diagnóstico integral de archivos que no representa la totalidad de los fondos documentales institucionales.

Condición:

El Diagnóstico Integral de Archivo – 2025 de la ESE Metrosalud no representa la totalidad de los fondos documentales institucionales, toda vez que, según la revisión realizada, se evidenció que se limitó únicamente al archivo central e histórico, omitiendo el análisis de los archivos de gestión de las dependencias administrativas del Edificio Sacatín, así como de las unidades hospitalarias y centros de salud de la red asistencial.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 1.2.3. Diagnóstico integral de la gestión documental y administración de archivos:

“Debe ser elaborado considerando la totalidad de los documentos producidos o gestionados en soportes físicos o formatos electrónicos, dispuestos en diferentes medios y sistemas de información.


Parágrafo 1. Debe evaluar como mínimo: los procesos de la gestión documental, aspectos administrativos, de conservación y preservación de los documentos, infraestructura física y tecnológica, estado de las diferentes políticas de gestión y desempeño institucional que inciden en el manejo de la información y en el desarrollo de la función archivística”.

Causa:

- Falta de articulación entre el proceso de gestión documental y las dependencias operativas y asistenciales.
- Carencia de levantamiento previo de información sobre la totalidad de los archivos de gestión en sedes descentralizadas.
- Limitación de recursos técnicos y humanos para el desarrollo de un diagnóstico integral completo.

Efecto:

- Invisibilización de riesgos, problemáticas o necesidades en los archivos de gestión, afectando la planeación archivística institucional.
- Imposibilidad de adoptar medidas de mejora, conservación o adecuación que respondan a las condiciones reales de todos los archivos de la ESE.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	30 de 39		

- Riesgo de incumplimiento normativo por ausencia de cobertura plena del sistema institucional de archivos.
- Desconexión entre el diagnóstico y la realidad operativa documental de las sedes de prestación de servicios.

Aspecto Relevante N° 4.

Índice de Información Clasificada y Reservada (IICR) desactualizado.

Condición:

El Índice de Información Clasificada y Reservada (IICR) vigente de la ESE Metrosalud, identificado con el código PA07 DT 76, versión 02 del 24/09/2021 y publicado en el Sistema de Gestión Integrado (SGI) Almera, no cuenta con evidencia objetiva que respalde un proceso de revisión, ajuste o actualización.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 7.1.1. Acceso a los documentos de archivo:

"Los documentos de archivo en soportes físicos o formatos electrónicos (...), deberán estar calificados si corresponden a información pública, clasificada o reservada en el 'Índice de Información Clasificada y Reservada' y en articulación con los demás instrumentos de la gestión de la información pública."

Ley 1712 de 2014 - Artículo 20. Índice de Información clasificada y reservada:


"Los sujetos obligados deberán mantener un índice actualizado de los actos, documentos e informaciones calificados como clasificados o reservados (...)"

Causa:

Ausencia de un mecanismo institucional formalizado para la revisión periódica del IICR y su articulación con la planeación documental y los instrumentos de gestión de la información pública.

Efecto:

- Incumplimiento de las obligaciones legales en materia de transparencia, acceso a la información y gestión documental.
- Posibles restricciones indebidas al derecho de acceso a la información pública.
- Debilitamiento del control social y aumento del riesgo reputacional.
- Riesgo de hallazgos por parte de entes de control.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	31 de 39		

Aspecto Relevante N° 5.

Reproducción documental sin lineamientos técnicos ni controles sobre eliminación de originales.

Condición:

Las actividades de reproducción documental mediante digitalización, fotocopiado y escaneo que se realizan en la ESE Metrosalud no cuentan con evidencia objetiva de la existencia de lineamientos técnicos documentados que orienten su correcta ejecución. Tampoco se identificaron mecanismos de control que regulen la eliminación de los documentos originales reproducidos.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 7.2.1. Reproducción de documentos por otros medios técnicos:

“Los sujetos obligados deben adoptar mecanismos para la reproducción de los documentos por otros medios técnicos para su administración y consulta, aplicando los lineamientos técnicos expedidos por el Archivo General de la Nación (...).

Parágrafo 1. La reproducción de documentos en otros medios no implica que se puedan eliminar los documentos originales (...).

Parágrafo 2. Los procedimientos para la reproducción de los documentos por cualquier medio técnico deben estar indicados en el Programa Específico de Reprografía, en desarrollo del Programa de Gestión Documental y en concordancia con el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.


Parágrafo 3. La reproducción de documentos debe obedecer a los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación (...), las normas técnicas colombianas o estándares internacionales (...).”

Causa:

- Ausencia de procedimientos institucionales que regulen las actividades de reproducción documental y disposición final de los originales.
- Falta de articulación entre el área de gestión documental y las dependencias operativas que realizan estas actividades.

Efecto:

- Pérdida de validez jurídica de documentos digitalizados sin criterios técnicos de autenticidad.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	32 de 39		

- Vulnerabilidad de la información institucional frente a manipulación, deterioro o pérdida.
- Desviación de recursos en procesos de reprografía sin objetivos ni control de calidad.
- Incumplimiento normativo, con posibles sanciones por parte de entes de control o archivos territoriales.

Aspecto Relevante N° 6.

Deficiencias en el inventario documental durante la entrega de puesto de trabajo.

Condición:

El formato "Acta de Entrega de Puesto de Trabajo y Transferencia del Conocimiento" PA02 FR 74, versión 02 del 16/10/2024, asociado al proceso de Gestión del Talento Humano, establece que, ante la desvinculación definitiva o reubicación, los servidores deben entregar toda la información electrónica y física relacionada con el ejercicio de sus funciones. Para ello, en el punto 2 se solicita "relacionar las carpetas o expedientes que integran el archivo físico que debe entregarse, así como la información contenida en medios magnéticos o electrónicos"; sin embargo, se evidenció que dicho inventario documental no se realiza de conformidad con el Formato Único de Inventario Documental (FUID).


Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 1.3.2. Recibo y entrega de documentos de archivo:

"Todo servidor público al ser vinculado, trasladado o desvinculado de su cargo recibirá o entregará, según sea el caso, los documentos y archivos mediante inventarios documentales de conformidad con el Cuadro de Clasificación Documental - CCD, con el fin de garantizar la continuidad de la gestión pública; las áreas de Gestión Humana, (...) establecerán los procedimientos internos que permitan cumplir con esta disposición (...).

Parágrafo 1. Los sujetos obligados son responsables de incorporar acciones en los procedimientos y minutas de contrato para garantizar la entrega de los documentos de archivos derivados de las obligaciones contractuales (...)

Parágrafo 2. El inventario documental para la entrega y recibo de los documentos y archivos se *hará de conformidad con el Formato Único de Inventario Documental- FUID*

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	33 de 39		

(...). Los documentos deben estar registrados en la respectiva hoja de control o índice electrónico."

Causa:

- Debilidades en la articulación entre los procesos de Gestión del Talento Humano y Gestión Documental
- Ausencia de una directriz institucional clara que indique la obligatoriedad de utilizar el FUID durante la entrega de puesto
- Falta de sensibilización y capacitación a los servidores sobre la importancia de la trazabilidad documental en los actos de desvinculación o reubicación.

Efecto:


- Pérdida de trazabilidad sobre los documentos oficiales bajo responsabilidad de los servidores salientes
- Riesgo de extravío, destrucción no autorizada o utilización indebida de información institucional
- debilidad en la cadena de custodia documental y en los principios de transparencia, memoria institucional y defensa jurídica.

Aspecto Relevante N° 7.

Deficiencias en la organización técnica de las unidades documentales en archivos de gestión clave de la ESE Metrosalud.

Condición:

Las unidades documentales auditadas en los archivos de gestión de Procesos Disciplinarios, Oficina Jurídica, Dirección de Contratación, Tesorería, Cartera e Historias Laborales no se encuentran organizadas conforme a los criterios técnicos establecidos por el Archivo General de la Nación. Se evidenció que, de las treinta y seis unidades documentales verificadas (siete simples y veintinueve complejas), el 14,3% de las unidades documentales simples no están ordenadas en forma numérica o cronológica; el 100% de las unidades documentales complejas carecen de la hoja de control; el 75% de todas las unidades documentales presentan documentos sin foliación adecuada; y el 100% de las unidades de conservación no están rotuladas ni identificadas conforme al esquema técnico requerido (fondo, sección, subsección, código, serie, subserie, nombre del expediente, número de expediente, número de folios, fechas extremas, número de caja, número de carpeta).

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	34 de 39		

Adicionalmente, se evidenció que el registro del Formato Único de Inventario Documental (FUID), PA07 FR 52, no se realiza de manera sistemática en dichos archivos de gestión. De los seis archivos verificados, en el 50,0 % no se diligencia dicho formato.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 4.3.1.6. Descripción documental:

"Los sujetos obligados deben elaborar instrumentos de descripción, conforme a las normas técnicas de descripción y definir los metadatos para garantizar la búsqueda, recuperación, acceso y control de los documentos.

Parágrafo 1. (...) las oficinas productoras [...] deben elaborar Inventarios Documentales, Hojas de Control o Índice electrónico (...).

Parágrafo 2. Los sujetos obligados adoptarán el Formato Único de Inventario Documental (FUID) (...).

Parágrafo 3. Los metadatos (...) deben estar en articulación con las series y subseries documentales registradas en los Cuadros de Clasificación Documental y TRD."

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 4.3.1.8. Criterios para la organización de las unidades documentales en sus diferentes soportes físicos o formatos electrónicos:


"Las oficinas productoras son responsables de garantizar la conformación de las unidades documentales, conforme a los lineamientos establecidos en el Programa de Gestión Documental y atendiendo los siguientes criterios: (...)"

Causa:

- Deficiente implementación de controles internos sobre el cumplimiento de los lineamientos técnicos archivísticos en los archivos de gestión.
- Capacitación insuficiente del personal responsable sobre los criterios normativos y técnicos exigidos para la organización documental.

Efecto:

- Riesgo de pérdida de información o deterioro de documentos.
- Dificultad en la recuperación ágil y oportuna de la información institucional.
- Posible incumplimiento de obligaciones legales en caso de requerimientos de información por parte de entes de control.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	35 de 39		

Aspecto Relevante N° 8.

Condiciones inadecuadas de almacenamiento documental en el depósito ubicado en el sótano del Edificio Sacatín.

Condición:

De manera incidental, durante la verificación de la organización de las unidades documentales del archivo de gestión de Cartera, se constató que dichos documentos están almacenados en un depósito ubicado en el sótano del Edificio Sacatín, el cual no cumple con las condiciones técnicas, ambientales y de seguridad establecidas para la adecuada custodia y administración integral de documentos de archivo.

Criterio:

Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación - Artículo 3.1.2. Instalaciones para servicios de depósito, custodia y administración integral de documentos de archivo:

Establece los requisitos técnicos mínimos que deben cumplir las instalaciones destinadas a la custodia documental, incluyendo condiciones estructurales, de seguridad, control ambiental, distribución de áreas, cumplimiento del NSR-10 y aplicación del Sistema Integrado de Conservación. Además, impone la obligación de garantizar medidas de protección y preservación adecuadas para los documentos custodiados.


Causa:

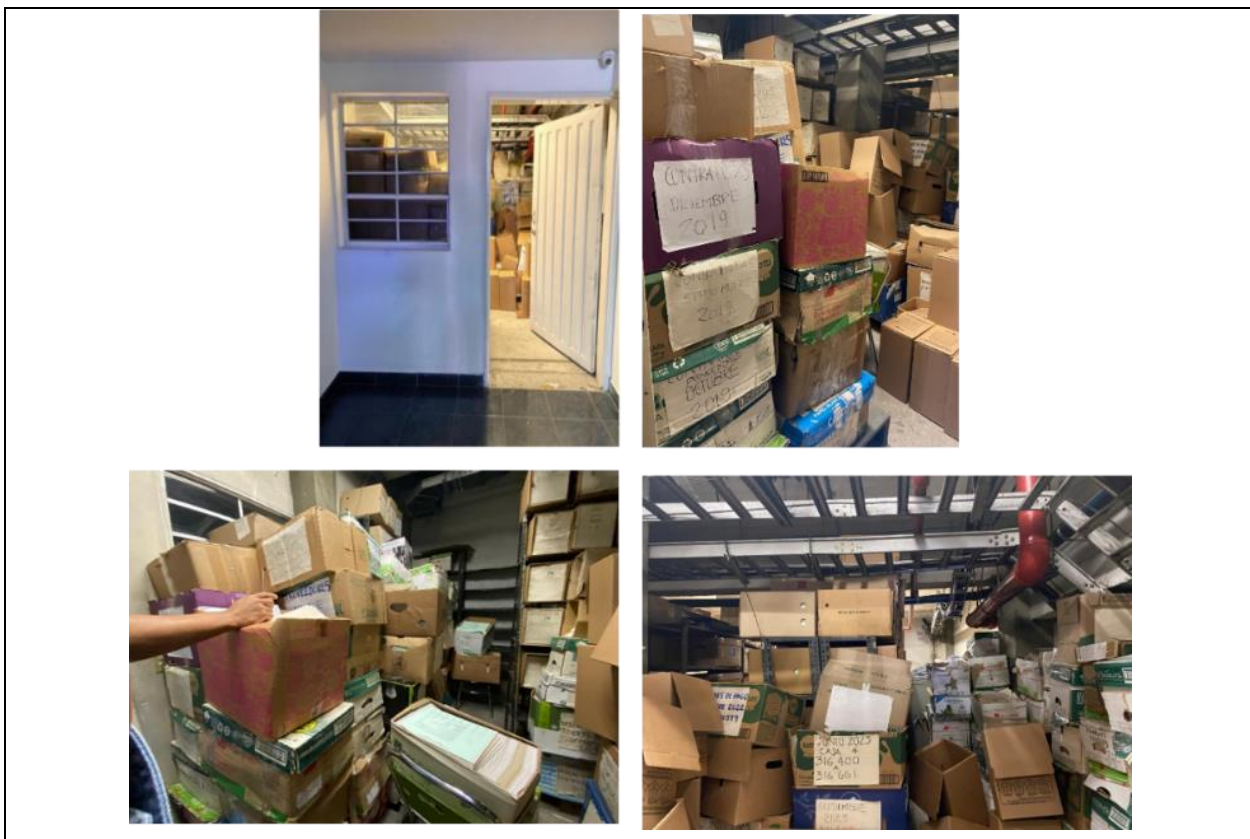
Ausencia de un diagnóstico técnico sobre la infraestructura destinada al archivo de gestión y de un plan de adecuación conforme a los lineamientos del AGN.

Efecto:

Riesgo elevado de deterioro, pérdida o inutilización de documentos debido a condiciones ambientales inadecuadas (humedad, falta de ventilación, riesgo por inundación, entre otros), lo que compromete la integridad del archivo y la disponibilidad de la información requerida para la gestión institucional.

Registro fotográfico 18 de julio 2025:


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	36 de 39		



2.5. Recomendaciones o acciones propuestas:

2.5.1. Es deseable que la ESE Metrosalud continúe incorporando de manera explícita y operativa los lineamientos de gestión documental y administración de archivos en su planeación institucional (Plan de Desarrollo, Plan de Acción y/o Plan Operativo Anual), con el fin de garantizar la asignación oportuna y suficiente de recursos físicos, técnicos, tecnológicos, financieros y de talento humano requeridos para el adecuado cumplimiento de la función archivística.

2.5.2. Considerar la realización de un estudio técnico de modernización para el área de gestión documental y archivo, que permita identificar la estructura organizacional requerida, la suficiencia del recurso humano, así como los perfiles y competencias necesarias conforme a la normatividad vigente, de manera que se asegure la adecuada ejecución de todas las etapas del ciclo de vida documental (producción, organización, almacenamiento en archivos de gestión, archivo central e histórico,

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	37 de 39		

acceso, uso, mantenimiento, disposición final y preservación), en concordancia con los lineamientos del Archivo General de la Nación.

2.5.3. Considerar la realización un diagnóstico técnico integral del estado actual de las instalaciones del archivo central y los archivos de gestión, en articulación con las áreas de planeación, infraestructura y salud ocupacional. Con base en sus resultados, se sugiere elaborar y ejecutar un plan de adecuación progresiva que asegure el cumplimiento de las condiciones establecidas en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, la Guía Técnica para la Construcción de Archivos y demás normas técnicas aplicables.


2.5.4. Es conveniente dar continuidad a las actividades de organización, depuración e inventario de los archivos de gestión clínicos de la red asistencial de la ESE Metrosalud, dado el riesgo latente de pérdida, deterioro o acceso no autorizado a la información contenida en estos fondos documentales.

2.5.5. Es conveniente realizar la valoración y posible eliminación de las historias clínicas que cumplan con los criterios de retención establecidos en la normatividad vigente, actualmente almacenadas y custodiadas en las instalaciones del proveedor externo SERVISOFT S.A., a fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar el cumplimiento legal en la disposición final de documentos.

2.5.6. Es deseable fortalecer las competencias del personal que participa en los procesos de organización documental en los archivos de gestión, mediante programas de capacitación técnica formal orientados al cumplimiento de la normativa archivística vigente y los estándares de calidad aplicables al sector salud.

2.5.7. Considerar la incorporación de los lineamientos analizados y evaluados en el Papel de Trabajo PV01-02, anexo al presente informe, como insumo para el fortalecimiento del Proceso de Gestión Documental y su mejora continua.

2.5.8. Es deseable que el Equipo Directivo adopte un enfoque gerencial preventivo, promoviendo la formulación y ejecución efectiva de un plan de mejora, con seguimiento periódico, alineado con las obligaciones establecidas en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	38 de 39		

3. Conclusión:

3.1.1. El estado actual del cumplimiento del Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación en la ESE Metrosalud presenta deficiencias significativas que comprometen la integridad, seguridad, trazabilidad y disponibilidad de la información institucional. Se evidencian incumplimientos en aspectos críticos como la infraestructura física y el control de condiciones ambientales del archivo central, la aplicación de procedimientos técnicos archivísticos, y la adecuada organización y conservación de los documentos.

3.1.2. Estas falencias representan riesgos sustanciales para la gestión documental, dado que afectan la preservación, acceso y confiabilidad de los documentos de archivo. La falta de condiciones técnicas y normativas adecuadas limita el cumplimiento de funciones administrativas, legales y misionales de la entidad, y expone a la organización a posibles pérdidas de información, sanciones regulatorias y afectación en la prestación de los servicios de salud.

4. Observaciones del Auditado:

No se presentaron observaciones al informe preliminar.


5. Pronunciamiento del auditor:

No se presentaron observaciones al informe preliminar.

6. Aprobación del informe:

Nombre completo y cargo del auditor líder	Héctor Vallejo Velásquez - Profesional Especializado Auditor Procesos De Salud Control Interno
Fecha de elaboración del informe	18 al 29 de julio de 2025

Nombre completo y cargo del Jefe de C.I.	Gloria Patricia Isaza Orduz - Jefe Oficina de Control Interno y Evaluación
Fecha de aprobación del informe	06 de agosto de 2025

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar - Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	39 de 39		

Anexo:

Papel de Trabajo PV01-02

Copias del informe:

Comité Coordinador de Control Interno:

Dr. Juan David Arteaga Flórez, Gerente,

Dr. Javier Antonio Gutiérrez Rodas, Subgerente Red de Servicios,

Dr. Mauricio Jaramillo Montoya, Subgerente Financiero y Administrativo,

Dra. Natalia Peláez Miyar, Jefe Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional,

Dra. Adriana María Velásquez, Jefe Oficina Jurídica,

Ing. Anderson Ospina Sierra, Director de Sistemas de Información

Ángel David Vega Alvarán, Profesional Universitario Gestión Documental.