Red de Salud de Ladera • ESE

Sede Administrativa Calle 5C # 39 – 51

Barrio Tequendama / PBX: 608 0124

Nit. 805.027.289-9

INFORME DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
SUBPROCESO GESTION DOCUMENTAL
PRIMER TRIMESTRE 2025

VIGILADO Supersalud

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1

IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION *3*

INDICADORES ASOCIADOS *3*

EJECUCION DE LA ACTUALIZACION DE DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.. 4

PROPORCION DE SOLICITUDES DE HISTORIAS CLINICA ENTREGADAS 6

PROPORCION DE AVANCE DEL IVENTARIO DOCUMENTAL DE ARCHIVO CENTRAL..... 7

PROPORCION DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE CAPACITACION EN GESTION DOCUMENTAL..... 9

PROPORCION DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS CON ENCUESTAS APLICADAS 9

LOGROS.....*10*

RETOS *11*

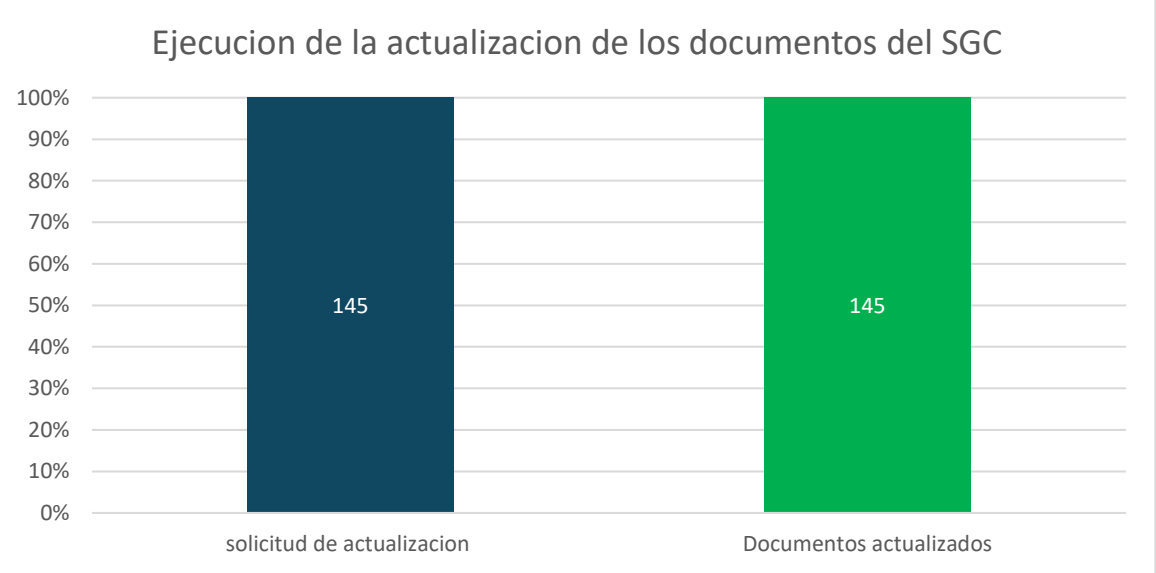
INTRODUCCION

En el marco del informe de gestión de la subgerencia Administrativa y Financiera, y dando cumplimiento a la Ley 594 de 2000, el Decreto 1080 de 2015 y el Acuerdo 001 de 2024, el subproceso de Gestión Documental de acuerdo con las actividades planteadas en el Plan Institucional de Archivo y en cumplimiento del Programa de Gestión Documental de la Red de Salud de Ladera E.S.E, presenta su informe de gestión para el primer trimestre del año 2025.

Dentro de este informe se establecen los indicadores relacionados con las actividades priorizadas para la presente vigencia. El cual da cumplimiento a las normas asociadas con el adecuado manejo de los archivos públicos. Igualmente, se adelantan actividades en el marco del proceso de acreditación en salud.

INDICADORES ASOCIADOS

EJECUCION DE LA ACTUALIZACION DE DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.



Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de las solicitudes de actualización de documentos del sistema de gestión de calidad. Este indicador tiene como meta lograr actualizar el 90% de las solicitudes.

Para el primer trimestre del año 2025 se logra obtener como resultado el 100% de las solicitudes de actualización de los documentos del sistema de gestión de calidad.

A continuación se desagrega la información por número de solicitudes realizadas por tipo de documento:

Tipo Documento	Cantidad
Formato	65
POE	25
Guía	13
Manual	13

Protocolo	12
Planes	11
Caracterización	6
Total	145

A comparación del primer trimestre del año anterior donde se actualizaron **35** documentos, se evidencia un incremento significativo del **314%** de las solicitudes realizadas por lideres de proceso en este primer trimestre. Este incremento se debe al cumplimiento de los estándares del proceso de acreditación.

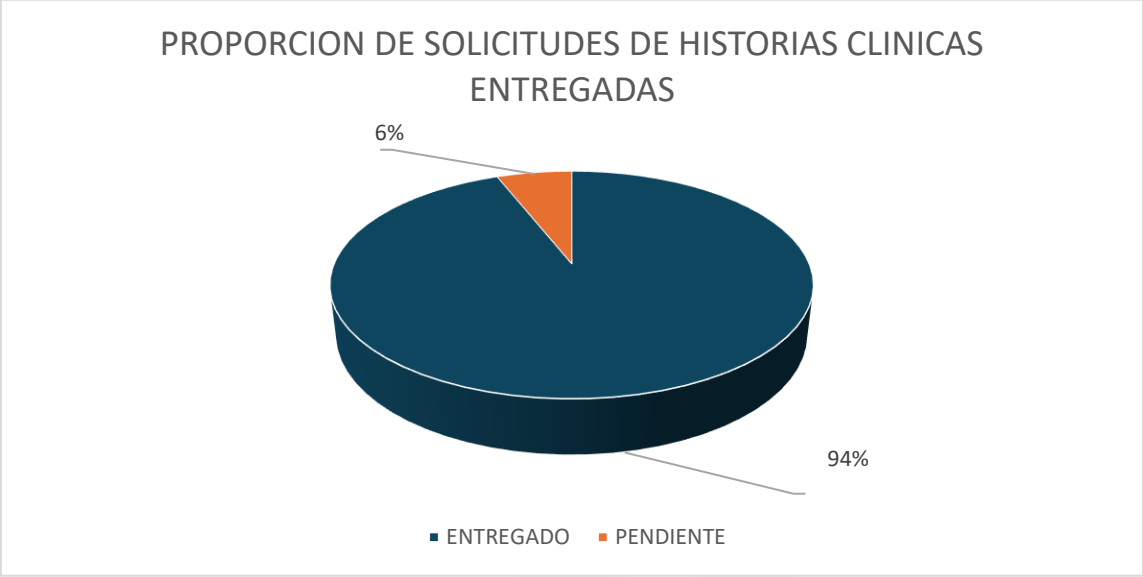
La solicitudes de actualización o creación de documentos se realiza a través del correo institucional, mediante el respectivo formato de solicitudes de normalización de documentos del sistema de gestión de calidad. Igualmente se realiza la socializados de la actualización de los documentos por medio del correo institucional y se lleva un consolidado de los mismos en la plataforma SIGES en el listado maestro de documentos.



los lideres de los procesos se adhieren a las plantillas creadas por calidad teniendo en cuenta los diferentes tipos de documentos como; planes, programas, procedimientos, protocolos, guías, formatos, etc. Es importante destacar que esta adherencia da cumplimiento a las normas ICONTEC.

- Se establece como oportunidad de mejora desarrollar un formulario digital para la gestión de solicitud de actualización de documentos.
- Se establece como oportunidad de mejora eliminar documentos de la plataforma que se encuentran obsoletos.

PROPORCION DE SOLICITUDES DE HISTORIAS CLINICA ENTREGADAS



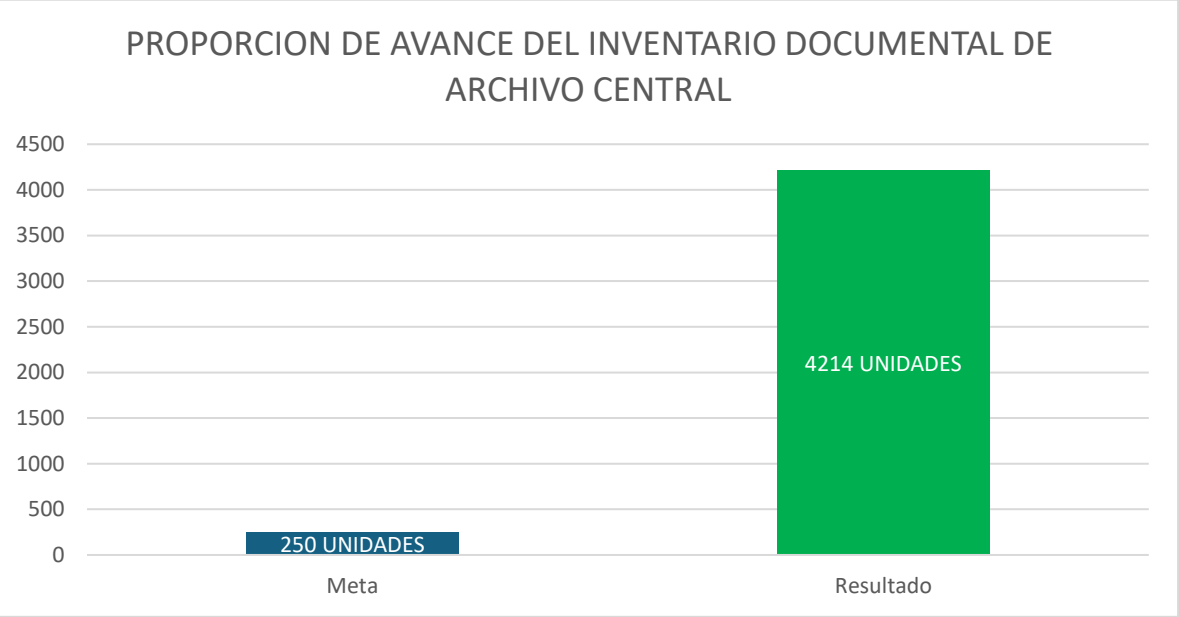
Este indicador se crea en esta vigencia con relación al cumplimiento de los estándares de acreditación y para la gestión adecuada del manejo documental en cumplimiento a los derechos normativos con relación a conocer el historial clínico. Este indicador mide el porcentaje de solicitudes de historias clínicas entregadas efectivamente al solicitante.

Para el primer trimestre de 2025 se recepcionaron un total de **56 solicitudes** de Historia clínica, de las cuales se entregaron efectivamente al solicitante un total de **53 Historias clínicas**. La diferencia de **Historias clínicas (3)** se reenvían a la oficina Jurídica ya que se estableció en el procedimiento, que la historia clínica de tipo jurídico quedara gestionada por dicha oficina.

Se logra establecer un procedimiento que ayudara a la toma de decisiones con relación al motivo de la solicitud, tipo de solicitud, I.P.S donde se solicita y servicio que consulta. Además, se establecen los mecanismos dentro del mismo procedimiento para la seguridad y privacidad de la información, teniendo en cuenta los requisitos documentales legales para acceder a conocer el historial clínico.

- Se establece como oportunidad de mejora socializar y capacitar a los funcionarios de la Red de Salud de Ladera E.S.E para que conozcan a profundidad del procedimiento.
- Se establece como oportunidad de mejora articular los accesos del sistema R-fast para dar respuesta a las solicitudes.
- Se establece como oportunidad de mejora generar informe mensual y presentar en comité de Historia Clínica.

PROPORCION DE AVANCE DEL IVENTARIO DOCUMENTAL DE ARCHIVO CENTRAL



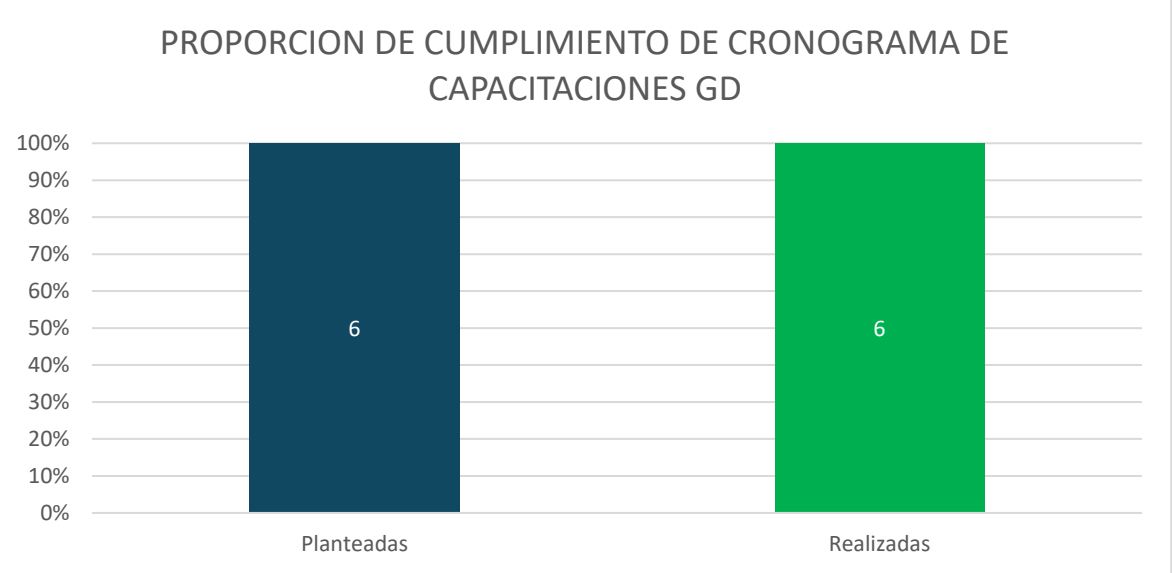
Este indicador se crea para la presente vigencia con relación a las actividades planteadas en el Plan Institucional de Archivo (PINAR). Mide la proporción de unidades documentales inventariadas en cumplimiento de la aplicación de los instrumentos archivísticos y en concordancia con la normativa vigente.

Se realiza inventario de las unidades documentales de las diferentes I.P.S de la Red de Salud de Ladera E.S.E que tenían documentos para transferencias primarias, en esta actividad se inventariaron **3.371 unidades**. Con este proceso se garantiza el inventario de los documentos que ingresan al archivo central. Igualmente se realiza inventario de los contratos y demás unidades documentales de la oficina Jurídica, en esta actividad se inventariaron **843 unidades**. En total se logró inventariar **4.214 unidades documentales** teniendo una meta para este trimestre de **250 unidades documentales**. Se logra evidenciar que se supero la meta planteada en un **421%.**

Este logro impacta de manera directa en el adecuado manejo de los archivos públicos en cumplimiento de la normativas vigente, minimizando el riesgo de pérdida de información. Además, asegurando la custodia, organización y seguridad de la misma.

Se establece como oportunidad de mejora, capacitar a los funcionarios de la red de salud de Ladera E.S.E en manejo del instrumento archivístico FUID formato único de inventario documental, para el adecuado inventario del archivo de gestión.

PROPORCION DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE CAPACITACION EN GESTION DOCUMENTAL

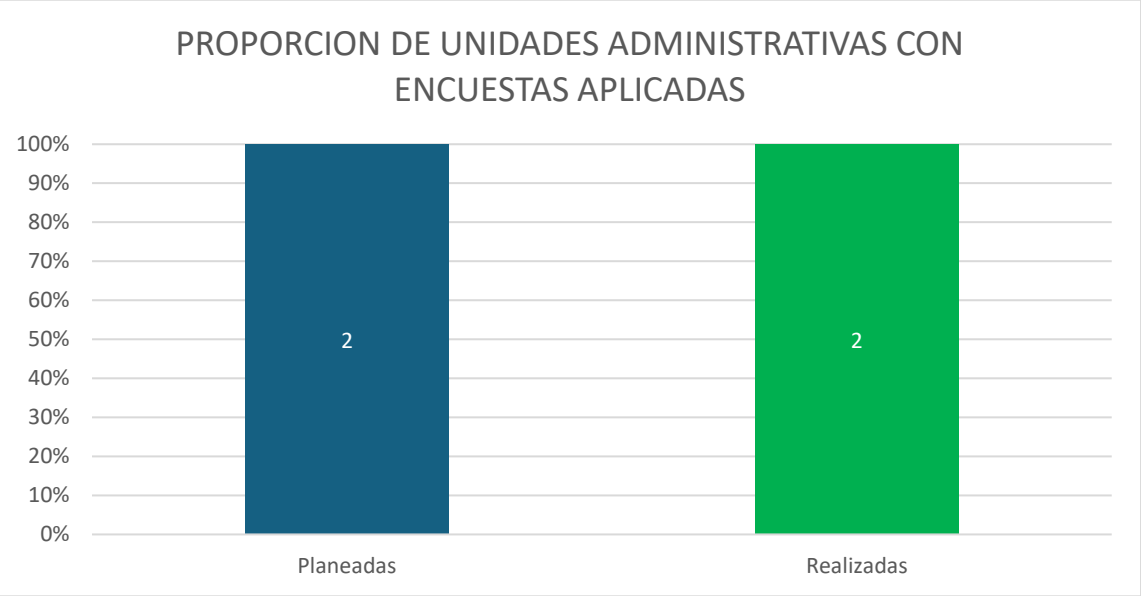


Este indicador mide el cumplimiento de las capacitaciones planteadas en Plan Institucional de Archivo y que da cumplimiento a la implementación del Programa de Gestión Documental.

Se logra capacitar el proceso del SIAU en las IPS de La Buitrera, Saladito, Primero de Mayo y Meléndez. Además, se integra el plan de capacitación de gestión documental con el programa de inducciones y reinducciones del proceso de Gestión del Talento Humano, logrando participar en las inducciones del primer trimestre. Igualmente se capacita al grupo de trabajo del subproceso de gestión documental.

Se establece como oportunidad de mejora, implementar herramienta tecnológica para realizar las capacitaciones.

PROPORCION DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS CON ENCUESTAS APLICADAS



Este indicador mide el cumplimiento de las encuestas aplicadas a las diferentes dependencias de la institución, en el marco de la actualización de las tablas de retención documental. Actividad planteada en el Plan Institucional de Archivo y que hace parte fundamental de la implementación del programa de Gestión Documental.

Se logra encuestar las unidades documentales que tramita Farmacia y el Programa de Odontología, Obteniendo como resultado las unidades documentales que posterior análisis serán incluidas las TRD.

Se establece como oportunidad de mejora capacitar nuevamente al personal de gestión documental, ya que la persona que venía desempeñando esta labor renuncia al proceso.

LOGROS

Se logra realizar dentro del Subproceso de Gestión Documental , sentar las bases para la adecuada administración de los documentos según la lay 594 de 2000, Decreto 1080 de 2015 y el Acuerdo 001 de 2024. Logrando la implementación del Programa de Gestión Documental de acuerdo a la planeación establecida en el Plan Institucional de Archivo.

Para la presente vigencia se establecen las actividades y se logran construir los indicadores que servirán de control para el mejoramiento continuo, con base en el análisis y la toma de decisiones de acuerdo al resultado obtenido por cada actividad.

Se logra solemnizar la política de gestión documental, la cual se ampara en la normativa vigente y que en cumplimiento de la misma se enfoca en cumplir las actividades anteriormente mencionadas en este informe.

RETOS

- Lograr desarrollar el Sistema Integrado de Conservación, Para la Primera fase implementar el Plan de Conservación Documental.
- Desarrollar el documento técnico del Plan de Conservación Documental
- Implementar el Plan de Conservación documental
- Construir los mecanismos de control para la evaluación de las actividades del Plan de Conservación Documental.
- Establecer con los procesos relacionados (Gestión Ambiental, Gestión Ambiente Físico y Salud Ocupacional), el cumplimiento de las actividades en la implementación del PCD

El impacto que se logra obtener de estos retos se dará en la seguridad de la información de la institución, igualmente en la conservación a lago plazo de la misma. Además se cumplirá con los lineamientos normativos en manejo de archivos públicos y se seguirá fortaleciendo el subproceso de Gestión Documental.