

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA – INC.

PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS – PINAR



Bogotá, Octubre 2017

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
APROBACIÓN Y PUBLICACIÓN	5
1. CONTEXTO HISTORICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC)	6
2. CONTEXTO ESTRATEGICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC)	7
2.1. MISIÓN	7
2.2. VISIÓN	7
2.3. PRINCIPIOS Y VALORES	8
2.4. MAPA DE PROCESOS.....	8
3. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS (PINAR) DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - INC.....	9
4. IDENTIFICACIÓN DE LOS ASPECTOS CRÍTICOS DE LA FUNCIÓN ARCHIVÍSTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA INC	9
4.1 Fuentes empleadas	10
5. IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN SEGÚN MAPA DE RIESGOS	10
6. PRIORIZACIÓN ASPECTOS CRÍTICOS DE LA FUNCIÓN ARCHIVÍSTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - INC.....	13
7. VISIÓN ESTRATÉGICA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - INC.....	17
8. OBJETIVOS DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA – INC	19
9. ARTICULACIÓN Y RELACIÓN CON ANÁLISIS DE RIESGOS ASOCIADOS.	22
10. PLANES Y PROYECTOS	23
10.1 Plan de Diseño y Elaboración de Instrumentos Archivísticos, Políticas y Procedimientos.....	26
10.2 Plan de Mejoramiento para la Administración de Archivos de Gestión y Sensibles Vitales.	27
10.3 Plan de Auditoria y Seguimiento de Transferencias, y Aplicación de las TRD y Consultas.....	28
10.4 Plan de Mejoramiento en la Capacitación del Personal Encargado de La Función Archivística, Perfiles Y Capacitación.....	29
10.5 Plan de Mejoramiento del Sistema de Gestión Documental y su alineación con la Gestión Documental Electrónica.....	30
11. MAPA DE RUTA/SEGUIMIENTO Y CONTROL.....	31
12. ASPECTOS NORMATIVOS DEL PINAR	32

13. FORTALECIMIENTO Y ARTICULACIÓN	33
13.1 Articulación Plan de gerencia de la información	33
13.2 Articulación Plan de desarrollo institucional	35
GLOSARIO.....	36
IBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS.....	38

INTRODUCCIÓN

El Plan Institucional de Archivos (PINAR) del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC) se define como una herramienta integrada de planeación de la función archivística que permite definir necesidades que se puedan articular con los demás planes y proyectos estratégicos de la entidad, priorizarlas según su criticidad, abordar la forma de mitigar y solucionar las brechas detectadas y planear a un plazo corto y mediano su superación con los recursos, estrategias y resultados esperados.

El Plan Institucional de Archivos (PINAR) del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC), se formula en cumplimiento del Decreto 1080 del 26 de Mayo de 2015, artículo 2.8.2.5.8. "Instrumentos Archivísticos para la Gestión Documental"; el cual sirve de base e instrumento para la planeación de la función archivística, y en consecuencia se articula con los demás planes y proyectos estratégicos y asu vez con los instrumentos complementarios como el Programa de Gestion Documental, Plan de Gerencia de Informacion, Sistema Integradod e Conservacion y Politicasd e Gestion Documental, construidos de manera colectiva por la INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC).

Susu fuentes corresponden a la dinamica archivística del INC, la percepcion de los responsables d ela funcion archivística, los resultados de las auditorias relacionadas con el proceso y la definicion de riesgos al interior del INC, en tanto esten vonculados con problametica de manejo de la informacion, acceso, condicioens tecnicas, recurso humano, aspectos tecnologicos incidentes, aspectos de seguridad y articulacion con otros sistemas de gestion dentro del INC.

APROBACIÓN Y PUBLICACIÓN

El Plan Institucional de Archivos (PINAR) es presentado para ser aprobado por el Comité Interinstitucional de Desarrollo Administrativo (CIDA) del del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC).

El Instituto Nacional de Cancerología (INC) podrá realizar actualizaciones del Plan Institucional de Archivos (PINAR) una vez se cumplan los objetivos y metas, o cuando haya cambio en las condiciones en las cuales se efectuò su planeacion o surjan brechas nuevas relacionadas con el mismo que ameriten ser consideradas.

1. CONTEXTO HISTORICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC)

La idea de una institución especializada en cáncer fue concebida por el profesor francés Claude Regaud en la conferencia dictada en el Teatro Colón ¿Cómo organizar la detención del cáncer? realizada el 15 de noviembre de 1928. Entusiasta con esta presentación, el entonces ministro de Instrucción Pública doctor, José Vicente Huertas, presentó ante el Congreso de la República de Colombia la propuesta de creación del Instituto Nacional de Radium, como parte de la Universidad Nacional, esta propuesta fue aprobada y se destinó un presupuesto de cuarenta mil pesos (\$40,000) para su creación.

Tras la aprobación, el Dr. Huertas contactó al profesor Regaud solicitándole el científico enviara los planos y la lista del equipo y dotación necesarios para la creación y funcionamiento del Instituto. Este reporte fue publicado en París en junio de 1929. Otros fondos públicos y privados fueron destinados durante los siguientes años. La construcción y equipamiento del Instituto fueron completadas en 1934, el 20 de julio de ese año fue inaugurado el Instituto Nacional de Radium. El buen reconocimiento del Instituto comenzó a expandirse rápidamente, siendo el primer hospital de este tipo en América Latina, su modernismo llamaba la atención, teniendo la segunda Cúpula de Radium en el mundo.

El segundo director del Instituto fue el doctor Augusto Pantoja quien tomo posesión del cargo en 1945. A finales de 1946, el progreso científico alcanzado fue reseñado en la publicación de un trabajo en cancerología y radioterapia realizado por 17 miembros del Instituto, este trabajo fue ampliamente distribuido.

El 1 de enero de 1951, el Instituto de Nacional de Radium se convirtió en Instituto Nacional de Cancerología, entidad especializada del orden nacional adscrito al Ministerio de Salud, y fue nombrado director el doctor José Antonio Jácome. En noviembre de 1957, el doctor Mario Gaitán Yanguas fue nombrado director, cargo que desempeñó durante 17 años. El 6 de julio de 1960, el Instituto se convirtió en entidad descentralizada con su propio grupo directivo. Durante ese mismo año fue creado el Comité Nacional contra el Cáncer con el propósito de organizar y llevar a cabo campañas nacionales contra el cáncer en todo el territorio nacional. Mientras tanto, el Instituto continuó su desarrollo tanto estructural como científico y se incluyeron muchas especialidades médicas entre ellas, radioterapia, medicina interna y cirugía, también se generaron programas de postgrado en otras áreas, incluyendo trabajo social y odontología, enfatizando un entrenamiento básico en cáncer.

En 1964 en Instituto celebró su trigésimo aniversario, en 1968 se inauguró la escuela de citología, centrado en el entrenamiento de técnicos para el desarrollar el diagnostico citológico de cáncer de cervix. En 1969 se compró nueva tecnología para el Grupo de Radioisótopos que en 1971 se convirtió en el grupo de Medicina Nuclear, en ese mismo año se fundó el Laboratorio de Biología Experimental, el cual fue equipado con la primera unidad de microscopia electrónica de Colombia.

En 1972 se creó el Grupo de Quimioterapia.

En 1974, en el cuadragésimo aniversario del Instituto fue nombrado como director el doctor Julio Enrique Ospina, médico patólogo especializado en biología celular y microscopía electrónica.

En 1976 el Instituto lanzó el programa nacional para el control del cáncer, que buscaba la descentralización de los servicios para pacientes con cáncer, a través de la creación de 8 unidades de atención en diferentes ciudades del país, con hospitales universitarios y servicios de salud bien estructurados. Esas unidades fueron creadas y equipadas para prestar servicios de medicina nuclear y radioterapia además de cirugía y otras especialidades médicas.

Enmarcado en el programa, se creó el Banco Nacional de Quimioterapia que operaba al Interior del instituto y tenía el propósito de mantener una adecuada reserva de agentes citostáticos para un tratamiento eficiente de los pacientes.

El Programa Nacional para el Control del Cáncer cumplió con las funciones para las cuales el Instituto fue creado y equipado, esto, con el grupo y facilidades requeridas para la investigación en cáncer, y los servicios de diagnóstico y tratamiento. Igualmente soportó en gran parte la tarea del Instituto proporcionando el equipamiento necesario para producir las películas docentes no sólo para los estudiantes y médicos del Instituto, sino también para el resto del país. El programa de publicaciones se vio reforzado con la continuación del boletín del Instituto y la creación de un diario que hacía reportes periódicos del personal del Instituto.

2. CONTEXTO ESTRATEGICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC)

2.1. MISIÓN

El Instituto nacional de Cancerología es una institución del estado Colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

2.2. VISIÓN

En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer. Sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.

2.3. PRINCIPIOS Y VALORES

Deben ser principios del actuar institucional

- El buen trato
- La vocación del servicio
- El trabajo en equipo
- La oportunidad de nuestras acciones
- la seguridad de nuestras acciones
- La orientación a resultados

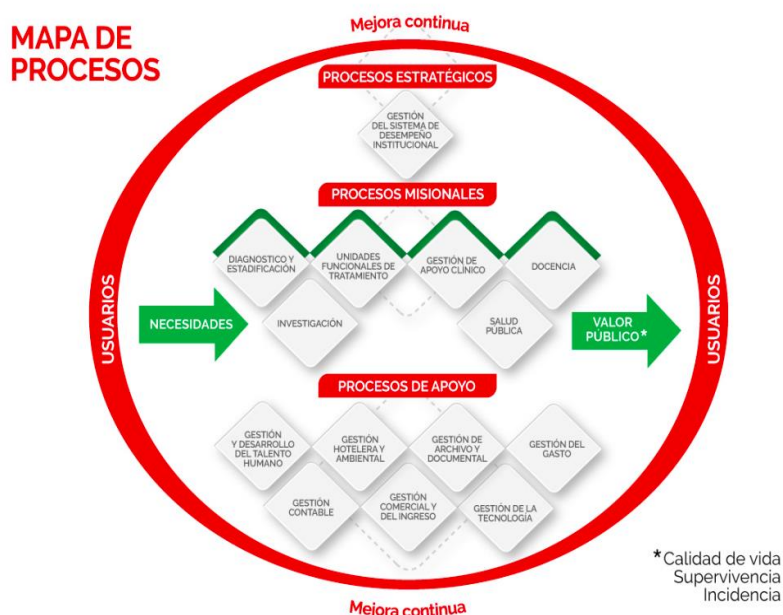
Los valores a promover y cultivar son

- El compromiso con la Institución y su misión
- La responsabilidad sobre nuestros actos
- La transparencia de nuestro actuar
- La consideración por las condiciones y necesidades de los demás
- La creatividad como base de la innovación y la creación de conocimiento

2.4. MAPA DE PROCESOS.

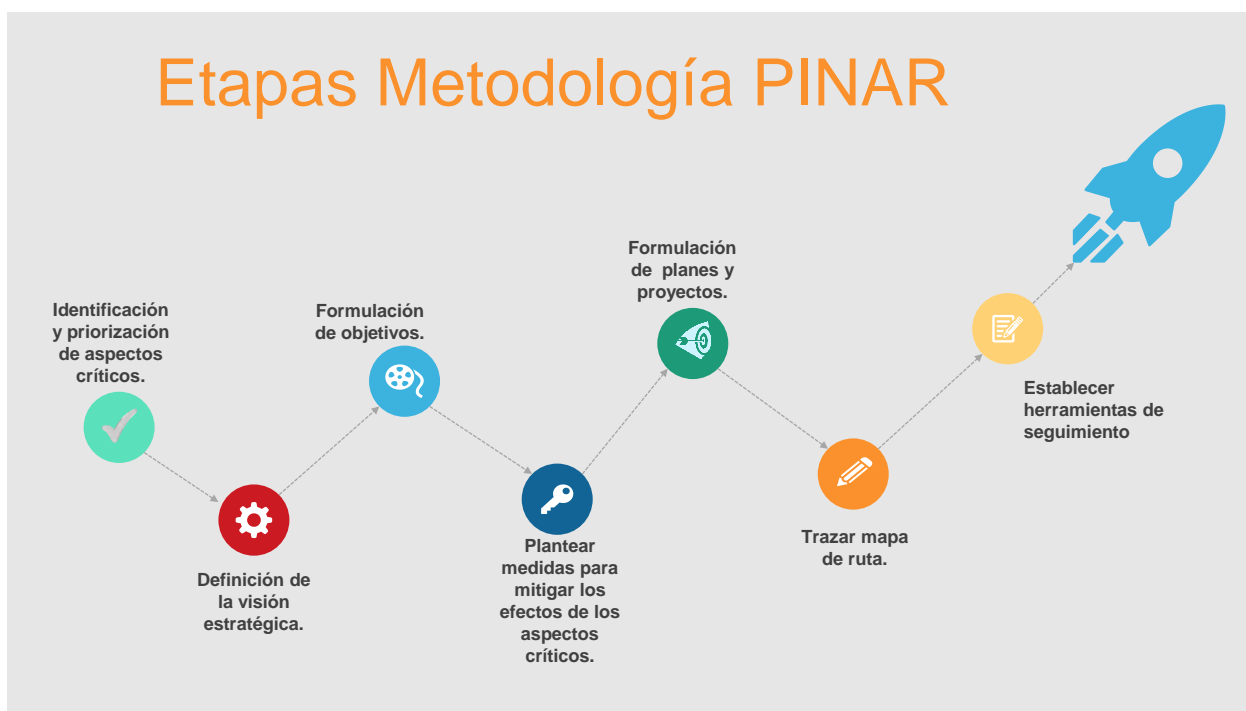
En el mapa de procesos del Inc se encuentran reflejados 14 procesos de los cuales el proceso de archivo documental y de tecnología son de apoyo, siendo los misionales los relacionados con la parte medica, el diagnostico y la estadificacion, la gestion del apoyo clinico, la docencia, la salud publica y la investigacion.

Como proceso estratégico se encuentra la gestión del desempeño institucional.



3. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS (PINAR) DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - INC

Para la definición del Plan Institucional de Archivos (PINAR) se toma como base la metodología descrita en el Manual para la formulación del Plan Institucional de Archivos (PINAR) del Archivo General de la Nación, este, contempla la identificación de aspectos críticos relacionados con los archivos, su priorización, la definición de la visión estratégica, formulación de objetivos a trabajar, medidas para mitigar los efectos de los aspectos críticos, planes y proyectos, mapa de ruta y herramientas de seguimiento.



4. IDENTIFICACIÓN DE LOS ASPECTOS CRÍTICOS DE LA FUNCIÓN ARCHIVÍSTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA INC

En la definición de los aspectos críticos se analizaron los resultados obtenidos en las entrevistas aplicadas a los cargos de nivel directivo, tecnología, calidad, gestión humana, gestión documental, usuarios y las visitas a los Depósitos de Archivo. Igualmente la validación de la trazabilidad de los procesos documentales, la valoración de los documentos del Instituto Nacional de Cancerología INC.

En ese orden se identificarán aquellos aspectos críticos que requieran una atención oportuna y que se conviertan en brechas que requieran una especial intervención para superarlas.

4.1 Fuentes empleadas

Para obtener los aspectos críticos se recurrió a lo siguiente:

- Auditorías realizadas por la AGN
- Mapa de Riesgos de Corrupción del INC en el año 2016
- Mapa de riesgos por procesos y corrupción GAD mayo 2017
- Informe de Seguimiento PMA - INC 02 Enero 2017
- Visita de Vigilancia - Avance PMA
- Suscripción Plan de mejoramiento Archivístico PMA del INC 18 Oct 2016
- Acta No. 4 Formulación Plan de Mejora de Auditoria Interna 2016
- Acciones de mejora formuladas en SIAPINC4 septiembre 2015

5. IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN SEGÚN MAPA DE RIESGOS

Consiste en un estudio profundo de los riesgos inherentes y residuales que tenga el INC, de acuerdo a la metodología existente, articularlos con los aspectos críticos de manera que podemos relacionarlos con las acciones a seguir que puedan articularse en un plan de mitigación y así determinar qué situación se convierte en amenaza para la conservación de los documentos.

Los documentos fuentes que se utilizaron fueron el Mapa de Riesgos de Corrupción del INC en el año 2016 y el Mapa de riesgos por procesos y corrupción en mayo 2017, en los cuales se detectaron en el proceso de Gestión de Archivo y Documental un (1) riesgo en el año 2016¹ y cuatro (4) riesgos en el año 2017² de los cuales se derivaron diez (10) aspectos críticos. Por otro lado Junto con la líder del área de Gestión Documental y Correspondencia se identificaron ocho (8) aspectos críticos y los cinco (5) aspectos críticos restantes se detectaron de acuerdo a lo observado en el proceso de Gestión documental.

¹ Mapa de Riesgos de Corrupción del INC en el año 2016

² Mapa de Riesgos por Procesos y Corrupción GAD - Mayo 2017

Cuadro 1. Aspectos críticos

PROCESOS GD	No ASPECTO CRITICO	ASPECTOS CRITICOS	RIESGO
Planeación	AC 1	Falta de certeza y continuidad del proceso de distribución de los documentos originales que corresponden a los diferentes expedientes en las áreas.	Perdida de documentos y falta de información al no estar completos los expedientes
	AC 2	Falta entendimiento de las diferentes fases de archivo, la importancia de los documentos originales, la definición correcta de la actividad del descarte de documentos y la naturaleza de los documentos de apoyo.	Perdida de documentos y eliminación indebida de archivos que podrían generar riesgos legales.
Producción, Gestión y Trámite	AC 3	Los documentos prestados en el archivo de gestión si no son devueltos y se extravían. No hay control de consultas en el archivo de gestión que asegure su devolución oportuna	Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo R1-2017
	AC 4	Errores en el direccionamiento de la correspondencia por falla de la recepción y clasificación de la correspondencia.	Distribución errada de comunicaciones oficiales interna o externamente. R4-2017
	AC 5	La posibilidad que se extravíen la documentación ingresada en la ventanilla en medio magnético como anexo a las comunicaciones ejemplo: CDS, Memorias USB, etc.	Inconsistencias en la recepción y radicación de correspondencia que llega al Instituto a la ventanilla de radicación. R3-2017
	AC 6	La posibilidad que los correos electrónicos no sean contestados o direccionados oportunamente y no se les da el trámite correspondiente y no se cuente con su trazabilidad.	Pérdidas patrimoniales y afectaciones reputaciones por acciones legales por no dar trámite a solicitudes ingresadas por medio electrónico.
	AC 7	En el área Historias Clínicas no se tiene un inventario real de la cantidad de Expedientes de Historias Clínicas.	Perdida por sustracción o riesgo legal por reclamaciones de los Usuarios que consultan las Historias Clínicas.
	AC 8	En las diferentes áreas del Instituto no se maneja un inventario de sus archivos de gestión	Pérdidas patrimoniales y afectaciones reputaciones por acciones legales por no dar trámite a solicitudes ingresadas por medio electrónico.
	AC 9	Debilidad en el proceso de préstamo y devolución de Historias Clínicas, dado a que este proceso se lleva a cabo manualmente.	Perdida por sustracción o riesgo legal por reclamaciones de los Usuarios que consultan las Historias Clínicas.
Valoración y Disposición Final	AC 10	Dificultades para organizar los archivos, debido a que no están actualizadas las tablas de retención documental (TRD)	Perdida de documentos, riesgo legales y patrimoniales por la no ubicación de la información.

	AC 11	Se conserva documentos que ya debieran tener una disposición final adecuada, generando desgaste y costos, debido a que no hay tablas de valoración para organizar el fondo acumulado y no se aplica totalmente las TRD.	Perdida y deterior de documentos por acumulación excesiva de archivos.
Organización	AC 12	Falta de Claridad al momento de conformar el expediente de Historia Clínica Híbrida, en cuanto a que documentos que se cargan en el SAP y cuáles no.	Errores en el cargue de documentos digitalizados en los expedientes de Historia Clínica electrónica. R2-2017
	AC 13	Posibilidad de error en el cargue documentos a una historia clínica al SAP, por ejemplo que se trunque la información y se suban exámenes que no correspondan a ese paciente.	Errores en el cargue de documentos digitalizados en los expedientes de Historia Clínica electrónica. R2-2017
	AC 14	Falta de claridad en las reglas del proceso de inserción y préstamo de los archivos sensibles	Perdida de documentación y afectaciones legales por reclamaciones de los usuarios.
Conservación y seguridad	AC 15	Existe la posibilidad de que alteren los documentos electrónicos por que no están administrados adecuadamente.	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero - Causa 1 Deficiencia en los controles que permitan alterar algún documento R – 2016
	AC 16	Fallas en el proceso de verificación en la identificación de los pacientes	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero - Causa 2 Deficiencia de control (huella digital) suplantación de identidad en pacientes R 2016
	AC 17	Fuga y manipulación de la información confidencial	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero - Causa 3 Manipulación confidencial que sea manipulada (divulgada) y entorpezca los procesos internos R 2016
	AC 18	Falta de políticas de acceso de la información electrónica contenida en los repositorios y dispositivos	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero - Causa 4 Falta de controles de acceso para Manipular información residente en los servidores para beneficio de un tercero R 2016
	AC 19	Exposición de la información por falta de control de acceso a la información que hace parte de las investigaciones	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero -

			Causa 5 Perdida de documentos que están sujetos a investigaciones, para favorecer a un tercero R 2016
Transferencia	AC 20	Debilidades en la ejecución del proceso de transferencias documentales	Exposición de la documentación por acumulación excesiva de archivo en las dependencias
Condiciones Tecnológicas y de Almacenamiento	AC 21	Las condiciones físicas de los archivos de Gestión de las áreas de Contratos, Historias Clínicas, Historias Laborales e investigaciones, no se encuentran en el estado óptimo para la preservación de la documentación, dado a que dichas instalaciones presentan falencias por causa de humedades, inundaciones, entre otras.	Perdida de documentos y contaminación de los mismos, por el mal almacenamiento e instalaciones inadecuadas.
Condiciones de Talento Humano	AC 22	Falta de Capacitación técnica y formación del personal del área de Gestión Documental	Riesgo de pérdida de la información por desorganización de los archivos, debido a la falta de experiencia del personal del área de gestión documental.
	AC 23	No hay un plan de formación corporativa en Gestión documental, para el manejo de información y del archivo	Riesgo de pérdida de la información por desorganización de los archivos, debido a la falta de experiencia del personal.

Fuente: PRODYGYTEK

6. PRIORIZACIÓN ASPECTOS CRÍTICOS DE LA FUNCIÓN ARCHIVÍSTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - INC

Identificados los aspectos críticos según el punto anterior, se realiza la evaluación con cada eje articulador definido en el Manual para la Formulación del Plan Institucional de Archivo (PINAR) del Archivo General de la Nación, los cuales son (Administración de archivos, Acceso a la Información, Preservación de la Información, Aspectos Tecnológicos y de Seguridad, Fortalecimiento y Articulación), los resultados corresponden a los aspectos críticos que tienen un mayor impacto con el desarrollo de la Función Archivística de la Instituto Nacional de Cancerología INC.

Cuadro 2. Definición de Ejes Articuladores

EJES ARTICULADORES				
Administración de Archivos	Acceso a la Información	Preservación de la Información	Aspectos Tecnológicos y de Seguridad	Fortalecimiento y Articulación
Involucra aspectos de la infraestructura, el presupuesto, la	Comprende aspectos como la transparencia, la	Incluye aspectos como la conservación y el almacenamiento de	Abarca aspectos como la seguridad de la información y	Involucra aspectos como la armonización de

normatividad y la política, los procesos y los procedimientos y el personal.	participación y el servicio al ciudadano, y la organización documental.	información.	la infraestructura tecnológica.	la gestión documental con otros modelos de gestión.
--	---	--------------	---------------------------------	---

Fuente: Archivo General de la Nación [en línea]. [Colombia: Manual: Formulación del Plan Institucional de Archivos (PINAR)], 2014. Disponible en: <<http://www.archivogeneral.gov.co/politica/instrumentos-archivisticos>>

Cuadro 3. Evaluación con Cada Eje Articulador.

No ASPECTO CRITICO	ASPECTO CRÍTICO	EJES ARTICULADORES					Total
		Administración de archivos	Acceso a la Información	Preservación de la Información	Aspectos Tecnológicos y de seguridad	Fortalecimiento y articulación	
AC 1	Falta de certeza y continuidad del proceso de distribución de los documentos originales que corresponden a los diferentes expedientes en las áreas.	6	3	1	3	2	15
AC 2	Falta entendimiento de las diferentes fases de archivo, la importancia de los documentos originales, la definición correcta de la actividad del descarte de documentos y la naturaleza de los documentos de apoyo.	6	3	3	3	2	17
AC 3	Los documentos prestados en el archivo de gestión si no son devueltos y se extravían. No hay control de consultas en el archivo de gestión que asegure su devolución oportuna	7	6	1	5	2	21
AC 4	Errores en el direccionamiento de la correspondencia por falla de la recepción y clasificación de la correspondencia.	6	4	1	2	0	13
AC 5	La posibilidad que se extravíen la documentación ingresada en la ventanilla en medio magnético como anexo a las comunicaciones ejemplo: CDS, Memorias USB, etc.	7	4	3	2	0	16
AC 6	La posibilidad que los correos electrónicos no sean contestados o direccionados oportunamente y no se les da el trámite correspondiente y no se cuenta con su trazabilidad.	8	7	3	6	1	25

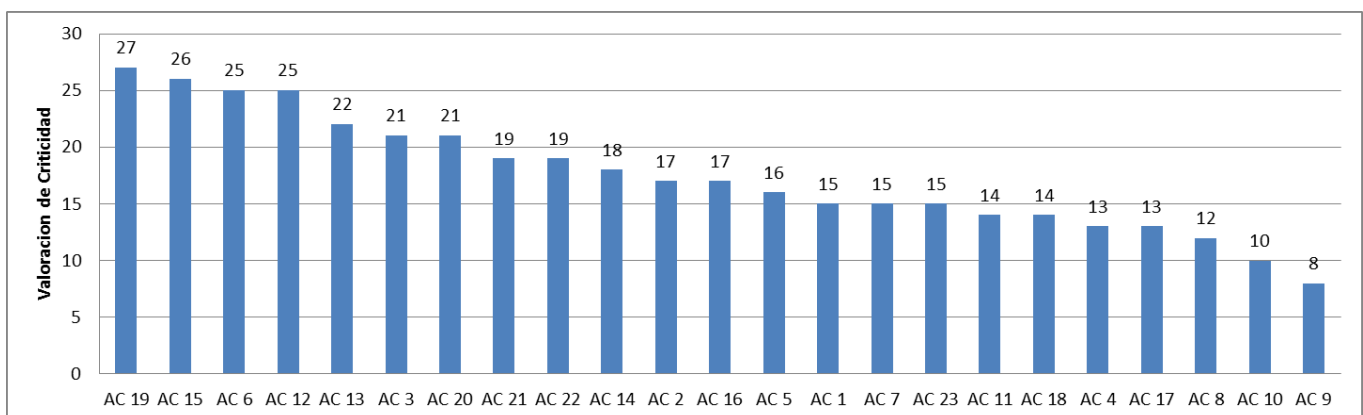
AC 7	En el área Historias Clínicas no se tiene un inventario real de la cantidad de Expedientes de Historias Clínicas.	7	3	2	1	2	15
AC 8	En las diferentes áreas del Instituto no se maneja un inventario de sus archivos de gestión	5	5	0	1	1	12
AC 9	Debilidad en el proceso de préstamo y devolución de Historias Clínicas, dado a que este proceso se lleva a cabo manualmente.	3	3	0	1	1	8
AC 10	Dificultades para organizar los archivos, debido a que no están actualizadas las tablas de retención documental (TRD)	5	1	3	0	1	10
AC 11	Se conserva documentos que ya debieran tener una disposición final adecuada, generando desgaste y costos, debido a que no hay tablas de valoración para organizar el fondo acumulado y no se aplica totalmente las TRD.	5	1	6	0	2	14
AC 12	Falta de Claridad al momento de conformar el expediente de Historia Clínica Híbrida, en cuanto a que documentos que se cargan en el SAP y cuáles no.	8	7	3	5	2	25
AC 13	Posibilidad de error en el cargue documentos a una historia clínica al SAP, por ejemplo que se trunque la información y se suban exámenes que no correspondan a ese paciente.	7	6	1	7	1	22
AC 14	Falta de claridad en las reglas del proceso de inserción y préstamo de los archivos sensibles	6	4	0	7	1	18
AC 15	Existe la posibilidad de que alteren los documentos electrónicos por que no están administrados adecuadamente.	5	7	5	8	1	26
AC 16	Fallas en el proceso de verificación en la identificación de los pacientes	2	3	5	6	1	17
AC 17	Fuga y manipulación de la información confidencial	2	3	3	4	1	13
AC 18	Falta de políticas de acceso de la información electrónica contenida en los repositorios y dispositivos	3	4	3	3	1	14

AC 19	Exposición de la información por falta de control de acceso a la información que hace parte de las investigaciones	5	5	6	10	1	27
AC 20	Debilidades en la ejecución del proceso de transferencias documentales	7	5	7	1	1	21
AC 21	Las condiciones físicas de los archivos de Gestión de las áreas de Contratos, Historias Clínicas, Historias Laborales e investigaciones, no se encuentran en el estado óptimo para la preservación de la documentación, dado a que dichas instalaciones presentan falencias por causa de humedades, inundaciones, entre otras.	4	4	8	2	1	19
AC 22	Falta de Capacitación técnica y formación del personal del área de Gestión Documental	7	6	0	2	4	19
AC 23	No hay un plan de formación corporativa en Gestión documental, para el manejo de información y del archivo	6	4	0	3	2	15
Total		127	98	64	82	31	

Fuente: PRODYGYTEK

La GRÁFICA 1, permite visualizar y comparar, la valoración final que obtuvo cada uno de los aspectos críticos identificados.

Gráfica 1. Priorización de Aspectos Críticos de Acuerdo a su Impacto



Fuente: PRODYGYTEK

7. VISIÓN ESTRATÉGICA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - INC

El Plan Institucional de Archivos (PINAR) del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC), es un instrumento que permite planificar, proyectar, ejecutar y evaluar a corto y mediano plazo las acciones dirigidas a superar y mitigar situaciones y brechas que están afectando el adecuado desarrollo de la Gestión Documental de la entidad, a partir de la exploración de los aspectos críticos que la afectan. Lo anterior con un enfoque dirigido a brindar más seguridad a las operaciones documentales, controlar el uso y acceso de la información física y electrónica, preservar y resguardar técnicamente los acervos documentales, controlar la conformación y trazabilidad de los expedientes sensibles del instituto, asegurar el conocimiento y la cultura adecuada de la Gestión Documental y generar políticas y reglas claras y precisas para administrar los documentos, según los documentos legales que regulan la materia.

Cuadro 4. Aspectos Críticos Priorizados

ITEM	No ASPECTO CRITICO	ASPECTOS CRITICOS	VALORACIÓN
1	AC 19	Exposición de la información por falta de control de acceso a la información que hace parte de las investigaciones	27
2	AC 15	Existe la posibilidad de que alteren los documentos electrónicos por que no están administrados adecuadamente.	26
3	AC 6	La posibilidad que los correos electrónicos no sean contestados o direccionados oportunamente y no se les da el trámite correspondiente y no se cuente con su trazabilidad.	25
4	AC 12	Falta de Claridad al momento de conformar el expediente de Historia Clínica Híbrida, en cuanto a que documentos que se cargan en el SAP y cuáles no.	25
5	AC 13	Posibilidad de error en el cargue documentos a una historia clínica al SAP, por ejemplo que se trunque la información y se suban exámenes que no correspondan a ese paciente.	22
6	AC 3	Los documentos prestados en el archivo de gestión si no son devueltos y se extravían. No hay control de consultas en el archivo de gestión que asegure su devolución oportuna	21
7	AC 20	Debilidades en la ejecución del proceso de transferencias documentales	21
8	AC 21	Las condiciones físicas de los archivos de Gestión de las áreas de Contratos, Historias Clínicas, Historias Laborales e investigaciones, no se encuentran en el estado óptimo para la preservación de la documentación, dado a que dichas instalaciones presentan falencias por causa de humedades, inundaciones, entre otras.	19
9	AC 22	Falta de Capacitación técnica y formación del personal del área de Gestión Documental	19

10	AC 14	Falta de claridad en las reglas del proceso de inserción y préstamo de los archivos sensibles	18
11	AC 2	Falta entendimiento de las diferentes fases de archivo, la importancia de los documentos originales, la definición correcta de la actividad del descarte de documentos y la naturaleza de los documentos de apoyo.	17

Fuente: PRODYGYTEK

Los ejes articuladores se basan en los principios de la función archivística dados el Artículo 4 de la Ley 594 de 2000. Éste es un campo fijo y se estructura de la siguiente manera

- a. **Administración de archivos:** Involucra aspectos de la infraestructura, el presupuesto, la normatividad y la política, los procesos y los procedimientos y el personal.
- b. **Acceso a la información:** Comprende aspectos como la transparencia, la participación y el servicio al ciudadano, y la organización documental.
- c. **Preservación de la información:** incluye aspectos como la conservación y el almacenamiento de información.
- d. **Aspectos tecnológicos y de seguridad:** Abarca aspectos como la seguridad de la información y la infraestructura tecnológica.
- e. **Fortalecimiento y articulación:** Involucra aspectos como la armonización de la gestión documental con otros modelos de gestión.³

En la evaluación que se realizó al INC, se puede reflejar que el eje articulador que más impacto tiene es el de Administración de Archivos, seguido por el acceso de la información y aspectos tecnológicos y de seguridad son los tres ejes que más peso tienen y sobre los que se debe trabajar.

Cuadro 5. Ejes Articuladores

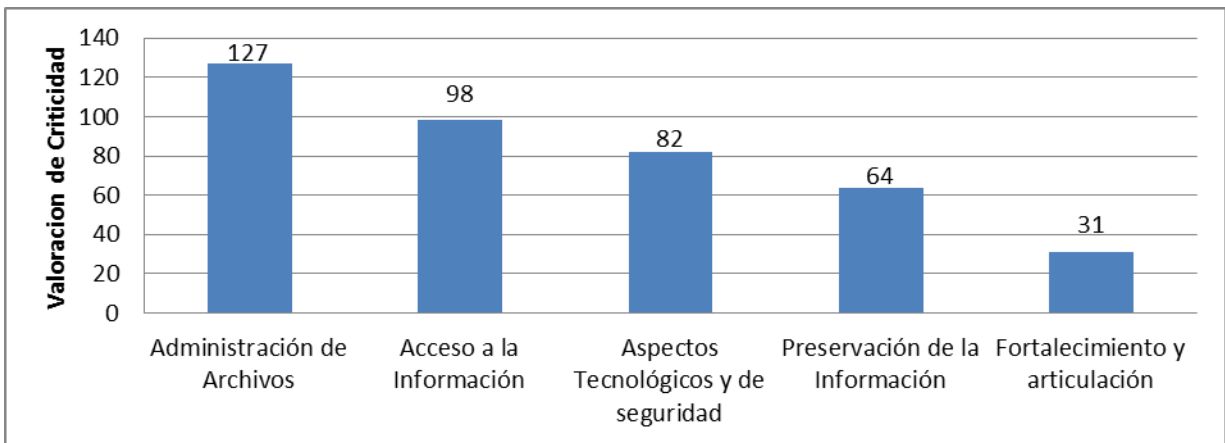
EJES ARTICULADORES	VALORACIÓN
Administración de Archivos	127
Acceso a la Información	98
Aspectos Tecnológicos y de seguridad	82
Preservación de la Información	64
Fortalecimiento y articulación	31

Fuente: PRODYGYTEK

La GRÁFICA 2 permite visualizar, de acuerdo al diagnóstico de los procesos de gestión documental que se realizó en el INC, que el eje articulador que más impacto tiene en la Entidad, es Administración de Archivos (127), seguido por Acceso de la Información (98), Aspectos Tecnológicos y de Seguridad (82), Preservación de la Información (64) y Fortalecimiento y Articulación (31).

³ COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Manual formulación plan Institucional de archivos – Pinar. Bogotá: AGN, 2014. Página 14

Gráfica 2. Priorización de Aspectos Críticos Versus Ejes Articuladores



Fuente: PRODYGYTEK

De acuerdo a los resultados anteriores, se determina que los ejes que actualmente tienen mayor necesidad de fortalecimiento son Administración de Archivos y Acceso a la información.

8. OBJETIVOS DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA – INC

Cuadro 6. Objetivos del Plan Institucional de Archivos del INC

ITEM	No ASPECTO CRITICO	ASPECTOS CRITICOS/EJES ARTICULADORES	RIESGO	OBJETIVOS
1	AC 19	Exposición de la información por falta de control de acceso a la información que hace parte de las investigaciones	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero - Causa 5 Perdida de documentos que están sujetos a investigaciones, para favorecer a un tercero R 2016	Controlar acceso y préstamo de los documentos relevantes y vitales desde su producción, mediante una Tabla de control de acceso. Implementar mecanismos técnicos de seguridad documental (firma y certificado) según importancia. Controlar acceso físico a los documentos. Etiquetar información sensible.

2	AC 15	Existe la posibilidad de que alteren los documentos electrónicos por que no están administrados adecuadamente.	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero - Causa 1 Deficiencia en los controles que permitan alterar algún documento R – 2016	Controlar acceso y préstamo de los documentos relevantes y vitales desde su producción, mediante una Tabla de control de acceso. Implementar mecanismos técnicos de seguridad documental (firma y certificado) según importancia. Controlar acceso físico a los documentos.
3	AC 6	La posibilidad que los correos electrónicos no sean contestados o direccionados oportunamente y no se les da el trámite correspondiente y no se cuente con su trazabilidad.	Pérdidas patrimoniales y afectaciones reputaciones por acciones legales por no dar trámite a solicitudes ingresadas por medio electrónico.	Clasificar y catalogar la tipología documental correspondiente a los correos en las respectivas series, definir claramente su tramite y flujo y su radicación y el mecanismo técnico para asegurar su trazabilidad, ya sea en el aplicativo SIAPINC o la solución que se requiera.
4	AC 12	Falta de Claridad al momento de conformar el expediente de Historia Clínica Híbrida, en cuanto a que documentos que se cargan en el SAP y cuáles no.	Errores en el cargue de documentos digitalizados en los expedientes de Historia Clínica electrónica. R2-2017	Definir los documentos que conforman una historia clínica híbrida. Establecer una lista de chequeo única que defina que documentos se originan en papel y cuales en electrónico.
5	AC 13	Posibilidad de error en el cargue documentos a una historia clínica al SAP, por ejemplo que se trunque la información y se suban exámenes que no correspondan a ese paciente.	Errores en el cargue de documentos digitalizados en los expedientes de Historia Clínica electrónica. R2-2017	Definir los documentos que conforman una historia clínica híbrida. Establecer una lista de chequeo única que defina que documentos se originan en papel y cuales en electrónico. Capacitar debidamente al personal y administrara la HC de forma centralizada y con actualización y completitud oportuna.

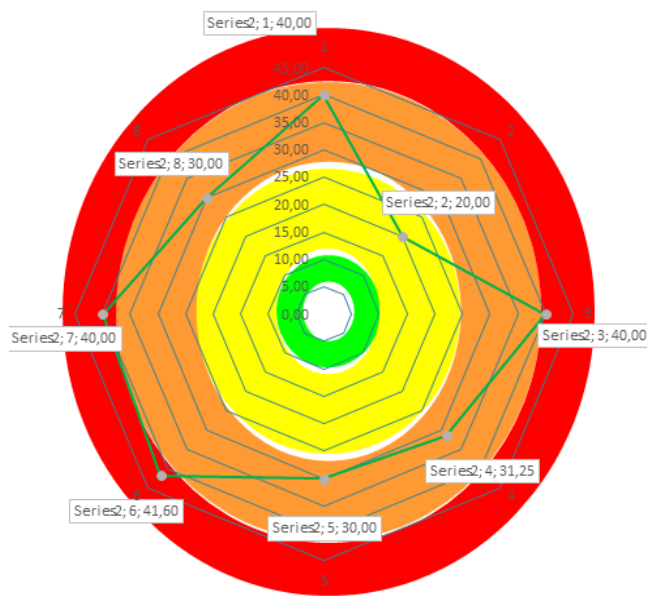
6	AC 3	Los documentos prestados en el archivo de gestión si no son devueltos y se extravían. No hay control de consultas en el archivo de gestión que asegure su devolución oportuna	Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo R1-2017	Mitigar la pérdida de documentos controlando el préstamo de los archivos de Gestión.
7	AC 20	Debilidades en la ejecución del proceso de transferencias documentales	Exposición de la documentación por acumulación excesiva de archivo en las dependencias	Fortalecer el proceso de transferencias documentales del INC. Estandarizar tiempos de retención en el archivo de gestión desde las TRD. Implementar seguimiento y ajustar indicadores de gestión propios de esa actividad.
8	AC 21	Las condiciones físicas de los archivos de Gestión de las áreas de Contratos, Historias Clínicas, Historias Laborales e investigaciones, no se encuentran en el estado óptimo para la preservación de la documentación, dado a que dichas instalaciones presentan falencias por causa de humedades, inundaciones, entre otras.	Pérdida de documentos y contaminación de los mismos, por el mal almacenamiento e instalaciones inadecuadas.	Transferir los documentos que ya no deben estar estén en los objetivos de gestión de los expedientes de contratos, historias clínicas e investigaciones. Mejoramiento de condiciones locativas y administrar centralizadamente esos archivos de gestión, con sistemas de Archivo Abierto.
9	AC 22	Falta de Capacitación técnica del personal del área de Gestión Documental	Riesgo de pérdida de la información por desorganización de los archivos, debido a la falta de experiencia del personal del área de gestión documental.	Mejorar el nivel de formación y capacitación técnica de las personas que componen el área de Gestión Documental, con el fin de que brinden un mejor soporte a las diferentes áreas del INC.

10	AC 14	Falta de claridad en las reglas del proceso de inserción y préstamo de los archivos sensibles	Pérdida de documentación y afectaciones legales por reclamaciones de los usuarios.	Definir las reglas del proceso de inserción y préstamo de los archivos sensibles, actualizando los reglamentos. Revisar la vialidad de implementar sistemas de archivo abierto (OPEN FILE) que asegure, la conformación técnica de los expedientes, la completitud de los mismos, la inserción controlada y la actualización de los procesos de ordenación y foliación permanente.
11	AC 2	Falta entendimiento de las diferentes fases de archivo, la importancia de los documentos originales, la definición correcta de la actividad del descarte de documentos y la naturaleza de los documentos de apoyo.	Pérdida de documentos y eliminación indebida de archivos que podrían generar riesgos legales.	Capacitar al personal del INC en conceptos de gestión documental. Actualizar reglamentos internos de archivo. Restringir facultades de descarte de documentos originales a la instancia correspondientes.

Fuente: PRODYGYTEK

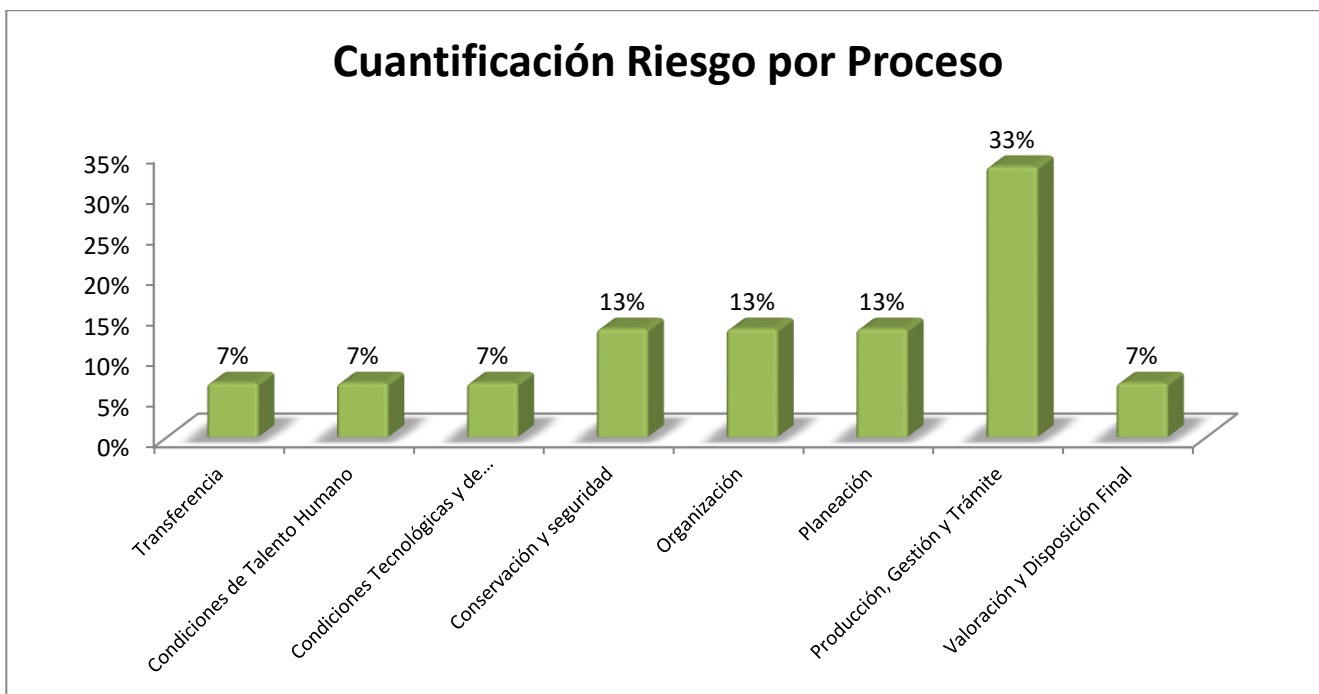
9. ARTICULACIÓN Y RELACIÓN CON ANÁLISIS DE RIESGOS ASOCIADOS.

Al realizar el análisis de los riesgos asociados a los aspectos de mejora por proceso de los cuales salieron 8, se pudo identificar que el proceso que está en la zona inaceptable de riesgo es la producción, gestión y trámite, luego en la zona de riesgo importante se encuentran cuatro procesos condiciones de talento humano, conservación y seguridad, transferencia y organización, por otro lado en la zona moderada de riesgo se encuentra ubicada la planeación y la valoración y disposición final, y por último en la zona aceptable de riesgo esta las condiciones tecnológicas y de almacenamiento.



CALIFICACION DE RIESGO	Columna1	NIVEL
1	5	Aceptable
2	10	Moderado
5	40	Importante
8	60	Inaceptable

Fuente: PRODYGYTEK



Fuente: PRODYGYTEK

10. PLANES Y PROYECTOS

Cuadro 7. Formulación Planes y Proyectos

ITEM	No ASPECTO CRITICO	ASPECTOS CRITICOS/EJES ARTICULADORES	RIESGO	OBJETIVOS	PLANES Y PROYECTOS ASOCIADOS
1	AC 19	Exposición de la información por falta de control de acceso a la información que hace parte de las investigaciones	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero - Causa 5 Perdida de documentos que están sujetos a investigaciones, para favorecer a un tercero R 2016	Controlar acceso y préstamo de los documentos relevantes y vitales desde su producción, mediante una Tabla de control de acceso. Implementar mecanismos técnicos de seguridad documental (firma y certificado) según importancia. Controlar acceso físico a los documentos. Etiquetar información sensible.	Elaborar tabla de control de acceso, formular, diseñar e implementar Sistema Integrado de conservación.
2	AC 15	Existe la posibilidad de que alteren los documentos electrónicos por que no están administrados adecuadamente.	Que los documentos manipulados sean utilizados con fines diferentes a su naturaleza y objetivo y puedan favorecer a un tercero - Causa 1 Deficiencia en los controles que permitan alterar algún documento R – 2016	Controlar acceso y préstamo de los documentos relevantes y vitales desde su producción, mediante una Tabla de control de acceso. Implementar mecanismos técnicos de seguridad documental (firma y certificado) según importancia. Controlar acceso físico a los documentos.	Implementación y aplicación de Tabla de control de acceso. Revisar y establecer medidas de seguridad y validez aplicables a los documentos según su valor y proyectar su implementación. Revisión de necesidades de control de acceso físico de los documentos.
3	AC 6	La posibilidad que los correos electrónicos no sean contestados o direccionados oportunamente y no se les da el trámite correspondiente y no se cuenta con su trazabilidad.	Pérdidas patrimoniales y afectaciones reputaciones por acciones legales por no dar trámite a solicitudes ingresadas por medio electrónico.	Clasificar y catalogar la tipología documental correspondiente a los correos en las respectivas series, definir claramente su trámite y flujo y su radicación y el mecanismo técnico para asegurar su trazabilidad, ya sea en el aplicativo SIAPINC o la solución que se requiera.	Incluir en las TRD y SIC lo referente a la conservación y trámite de correos electrónico, establecer los ajustes necesarios al aplicativo SIAPINC y explorar la necesidad de herramientas alternas.
4	AC 12	Falta de Claridad al momento de conformar el expediente de Historia Clínica Híbrida, en cuanto a que documentos que se cargan en el SAP y cuáles no.	Errores en el cargue de documentos digitalizados en los expedientes de Historia Clínica electrónica. R2-2017	Definir los documentos que conforman una historia clínica híbrida. Establecer una lista de chequeo única que defina que documentos se originan en papel y cuales en electrónico.	Actualizar TRD, de HC, reglamentos internos de archivo e implementar open file de expedientes vitales y esenciales.

5	AC 13	Posibilidad de error en el cargue documentos a una historia clínica al SAP, por ejemplo que se trunque la información y se suban exámenes que no correspondan a ese paciente.	Errores en el cargue de documentos digitalizados en los expedientes de Historia Clínica electrónica. R2-2017	Definir los documentos que conforman una historia clínica híbrida. Establecer una lista de chequeo única que defina que documentos se originan en papel y cuales en electrónico. Capacitar debidamente al personal y administrara la HC de forma centralizada y con actualización y completitud oportuna.	Actualizar TRD, de HC, reglamentos internos de archivo e implementar open file de expedientes vitales y esenciales.
6	AC 3	Los documentos prestados en el archivo de gestión si no son devueltos y se extravían. No hay control de consultas en el archivo de gestión que asegure su devolución oportuna	Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo R1-2017	Mitigar la perdida de documentos controlando el préstamo de los archivos de Gestión.	Documentar el procedimiento del préstamo de los archivos de gestión, y realizar el respectivo seguimiento.
7	AC 20	Debilidades en la ejecución del proceso de transferencias documentales	Exposición de la documentación por acumulación excesiva de archivo en las dependencias	Fortalecer el proceso de transferencias documentales del INC. Estandarizar tiempos de retención en el archivo de gestión desde las TRD. Implementar seguimiento y ajustar indicadores de gestión propios de esa actividad.	Ajustar planes de transferencia, actualizar TRD.
8	AC 21	Las condiciones físicas de los archivos de Gestión de las áreas de Contratos, Historias Clínicas, Historias Laborales e investigaciones, no se encuentran en el estado óptimo para la preservación de la documentación, dado a que dichas instalaciones presentan falencias por causa de humedades, inundaciones, entre otras.	Perdida de documentos y contaminación de los mismos, por el mal almacenamiento e instalaciones inadecuadas.	Transferir los documentos que ya no deben estar en los objetivos de gestión de los expedientes de contratos, historias clínicas e investigaciones. Mejoramiento de condiciones locativas y administrar centralizadamente esos archivos de gestión, con sistemas de Archivo Abierto.	Realizar un Proyecto de Mejoramiento de Instalaciones Físicas de los Archivos de Gestión. Asegurar mayor fluidez en transferencias documentales.

9	AC 22	Falta de Capacitación técnica del personal del área de Gestión Documental	Riesgo de pérdida de la información por desorganización de los archivos, debido a la falta de experiencia del personal del área de gestión documental.	Mejorar el nivel de formación y capacitación técnica de las personas que componen el área de Gestión Documental, con el fin de que brinden un mejor soporte a las diferentes áreas del INC.	Revisar los perfiles del personal de apoyo del área de Gestión Documental y diseñar el adecuado, con un mayor énfasis y formación técnica. Incluir un plan de formación técnica para el personal del Área de Gestión Documental.
10	AC 14	Falta de claridad en las reglas del proceso de inserción y préstamo de los archivos sensibles	Perdida de documentación y afectaciones legales por reclamaciones de los usuarios.	Definir las reglas del proceso de inserción y préstamo de los archivos sensibles, actualizando los reglamentos. Revisar la viabilidad de implementar sistemas de archivo abierto (OPEN FILE) que asegure, la conformación técnica de los expedientes, la completitud de los mismos, la inserción controlada y la actualización de los procesos de ordenación y foliación permanente.	Implementar piloto con expedientes sensibles mediante la estructuración de un archivo abierto con administración por outsourcing.
11	AC 2	Falta entendimiento de las diferentes fases de archivo, la importancia de los documentos originales, la definición correcta de la actividad del descarte de documentos y la naturaleza de los documentos de apoyo.	Perdida de documentos y eliminación indebida de archivos que podrían generar riesgos legales.	Capacitar al personal del INC en conceptos de gestión documental. Actualizar reglamentos internos de archivo. Restringir facultades de descarte de documentos originales a la instancia correspondientes.	Implementar plan de capacitación específico.

Fuente: PRODYGYTEK

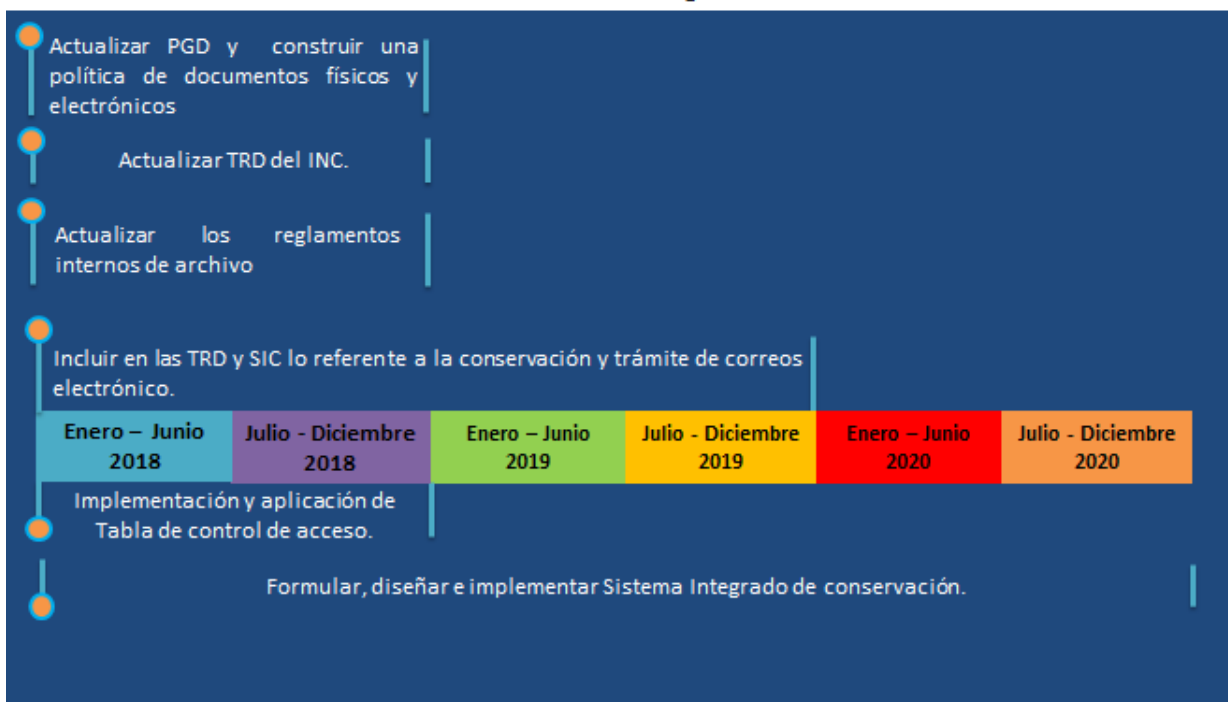
A partir de los planes y proyectos incluidos en la tabla anterior, se presenta el Cuadro 8, una matriz que resume los planes y proyectos propuestos de acuerdo a cada uno de los once (11) aspectos críticos de mayor impacto en los procesos de gestión documental de la entidad.

10.1 Plan de Diseño y Elaboración de Instrumentos Archivísticos, Políticas y Procedimientos.

Con la implementación de este plan se busca elaborar, actualizar, aprobar e implementar los Instrumentos Archivísticos tales como: Las Tablas de Retención Documental (TRD), el Programa de Gestión Documental (PGD), el Sistema Integrado de Conservación (SIC) y la Tabla de Control de Acceso (TCA), asegurando su publicación, socialización y seguimiento a la correcta aplicación

del mismo. Este plan permitirá cubrir las deficiencias asociadas a la falta de instrumentos archivísticos elaborados, aplicados y socializados.

Plan de Diseño y Elaboración de Instrumentos Archivísticos, Políticas y Procedimientos.



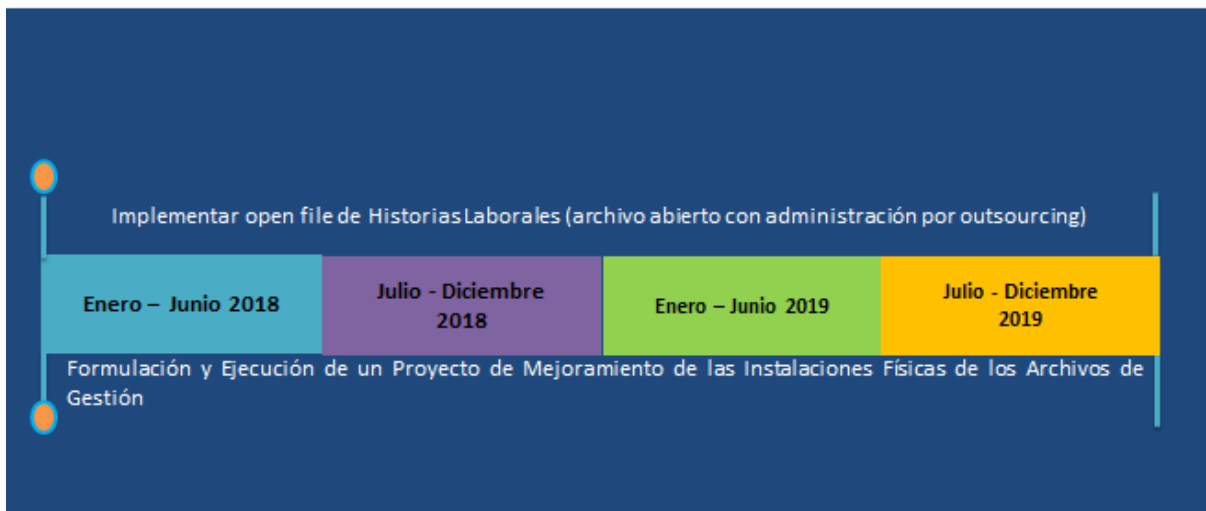
Fuente: PRODYGYTEK

10.2 Plan de Mejoramiento para la Administración de Archivos de Gestión y Sensibles Vitales.

Debido a los inconvenientes presentados por la inadecuada administración documental de expedientes vitales de alto valor archivístico para la entidad, generados en el préstamo y consulta de los mismos, e inserción de documentos, se propone implementar un open file de Historias Laborales puesto que se requiere implementar un plan piloto con expedientes sensibles mediante la estructuración de un archivo abierto con administración outsourcing, cuyo objetivo es tener una mejor administración de dichos archivos, implementando un sistema de administración de archivo de gestión abierto mediante la implementación de un esquema de organización, conformación, actualización, descripción, inserción, administración centralizada, control y servicios de préstamo y consulta de los expedientes vitales y esenciales del INC para garantizar su adecuado y permanente manejo, conservación y disponibilidad con el cumplimiento de los estándares técnicos.

Por otro lado realizar un proyecto de adecuación de las instalaciones físicas de los archivos de gestión, pues se requieren algunos ajustes en dichos espacios para tener un archivo óptimo que garantice la preservación de los documentos.

Plan de Mejoramiento para la Administración de Archivos de Gestión y Sensibles Vitales



Fuente: PRODYGYTEK

10.3 Plan de Auditoria y Seguimiento de Transferencias, y Aplicación de las TRD y Consultas.

El fin de este plan es tener un plan de transferencias más eficiente, para poder realizar los seguimientos pertinentes y tener un plan que se adecue al INC, así mismo elaborar un procedimiento para los presentamos y consultas de los archivos de gestión.

Plan de Auditoria y Seguimiento de Transferencias, y Aplicación de las TRD y Consultas



Fuente: PRODYGYTEK

10.4 Plan de Mejoramiento en la Capacitación del Personal Encargado de La Función Archivística, Perfiles Y Capacitación.

Con la puesta en marcha del plan de Capacitación en Gestión Documental, el INC podrá implementar una estrategia para asegurar la capacitación de los funcionarios responsables de este proceso, para que se garantice de forma permanente el conocimiento del personal tanto antiguo como nuevo.

Plan de Mejoramiento en la Capacitación del Personal Encargado de La Función Archivística, Perfiles y Capacitación

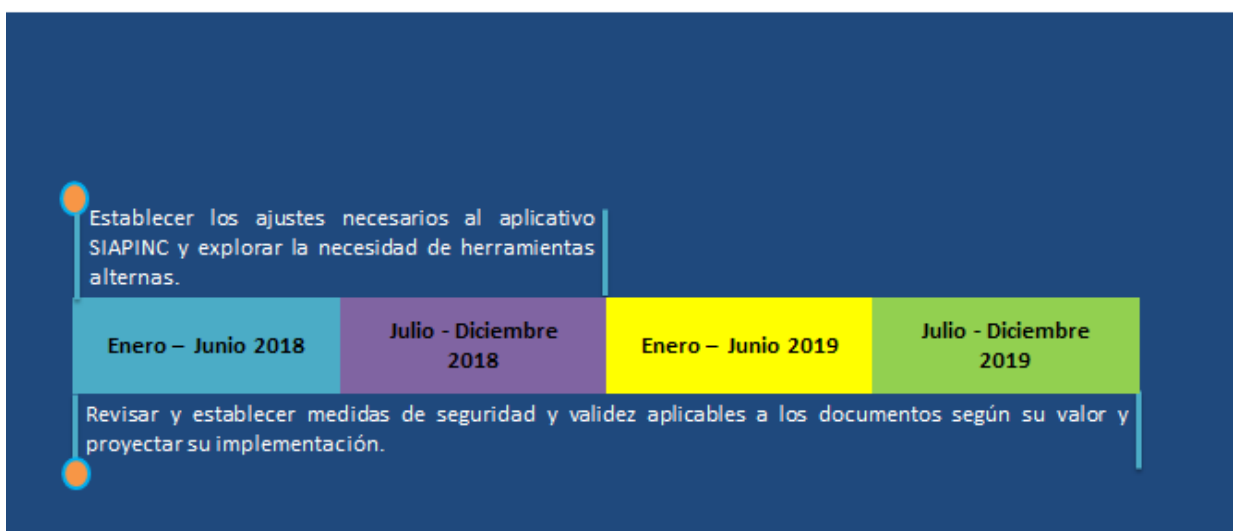


Fuente: PRODYGYTEK

10.5 Plan de Mejoramiento del Sistema de Gestión Documental y su alineación con la Gestión Documental Electrónica.

El fin de este plan es realizar los ajustes que sean necesarios a la herramienta SIAPINC para realizar una buena gestión en la práctica de la Gestión Documental, así mismo explorar otros mecanismos que se requieran para apoyar esta tarea.

Plan de Mejoramiento del Sistema de Gestión Documental y su alineación con la Gestión Documental Electrónica



Fuente: PRODYGYTEK

11. MAPA DE RUTA/SEGUIMIENTO Y CONTROL

En la definición de los planes y proyectos del Plan Institucional de Archivos de la Instituto Nacional de Cancerología- INC se establecen metas a corto, mediano y largo plazo, los cuales se presentaran un Mapa de Ruta comprenden acciones a emprender, procesos a construir, necesidades a contratar, personal a contratar, compras a efectuar, planes a realizar y seguimientos a implementar en el Instituto Nacional de Cancerología INC.

Cuadro 8. Ruta del Plan institucional de archivos (PINAR)

No	RUTA DE ACCIÓN PLAN/PROGRAMA/PROYECTO	Corto Plazo / 1 año	Mediano plazo de 1 a 3 años	
		2018	2019	2020
1	Plan de Diseño y Elaboración de Instrumentos Archivísticos, Políticas y Procedimientos			
2	Plan de Mejoramiento para la Administración de Archivos de Gestión y Sensibles Vitales			
3	Plan de Auditoria y Seguimiento de Transferencias, y Aplicación de las TRD y Consultas			
4	Plan de Mejoramiento en la Capacitación del Personal Encargado de La Función Archivística, Perfiles y Capacitación			
5	Plan de Mejoramiento del Sistema de Gestión Documental y su alineación con la Gestión Documental Electrónica			

Fuente: PRODYGYTEK

Cuadro 8. Resumen de Planes

Plan de Mejoramiento del Sistema de Gestión Documental y su alineación con la Gestión Documental Electrónica	Enero – Junio 2018	Julio - Diciembre 2018	Enero – Junio 2019	Julio – Diciembre 2019		
Plan de Mejoramiento en la Capacitación del Personal Encargado de La Función Archivística, Perfiles y Capacitación	Enero – Junio 2018	Julio - Diciembre 2018	Enero – Junio 2019	Julio – Diciembre 2019		
Plan de Mejoramiento para la Administración de Archivos de Gestión y Sensibles Vitales	Enero – Junio 2018	Julio - Diciembre 2018	Enero – Junio 2019	Julio – Diciembre 2019		
Plan de Diseño y Elaboración de Instrumentos Archivísticos, Políticas y Procedimientos.	Enero – Junio 2018	Julio - Diciembre 2018	Enero – Junio 2019	Julio – Diciembre 2019	Enero – Junio 2020	Julio - Diciembre 2020
Plan de Auditoría y Seguimiento de Transferencias, y Aplicación de las TRD y Consultas	Enero – Junio 2018	Julio - Diciembre 2018	Enero – Junio 2019	Julio – Diciembre 2019	Enero – Junio 2020	Julio - Diciembre 2020

Fuente: PRODYGYTEK

12. ASPECTOS NORMATIVOS DEL PINAR

- a. Ley 527 de 1999, Validez jurídica y probatoria del mensaje de datos. Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.
- b. Ley 594 de 2000, Ley General de Archivos, por medio de la cual se dicta la Ley general de Archivos y se dictan otras disposiciones.
- c. Ley 962 de 2005. Ley de Racionalización y Antitrámites, por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de Plan de Gerencia de la Información – INC, los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.
- d. Ley 1437 de 2011. Reforma al Código Contencioso Administrativo, Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- e. Decreto Ley 019 de 2012. Complementa la Ley Antitrámite. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública

- f. Decreto 2609 de 2012 Disposiciones de gestión documental para Entidades del Estado.
- g. Directiva 04 del 03 de abril de 2012, de la Presidencia de República establece los lineamientos que las entidades destinatarias de las mismas deben atender, con el fin de avanzar en la política de eficiencia administrativa y cero papel en la administración pública.
- h. La Ley estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y el Decreto 1377 de 2013 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.
- i. La Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud y la Resolución 123 de 2012 por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006.
- j. La Resolución 256 de febrero de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud y deroga la Resolución 1446 de 2006.
- k. La Resolución 192 de 2016 del INC. Por la cual se define y establece la Política de Seguridad Informática del Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado.
- l. Decreto 1080 del 2015 Presidencia de la Republica.
- m. Ley 1712 de 2014 - Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

13. FORTALECIMIENTO Y ARTICULACIÓN

13.1 Articulación Plan de gerencia de la información

Existe directo relacionamiento con lo señalado en el plan de gerencia de la información, especialmente con lo dispuesto en el marco introductorio que indica que las necesidades de información del INC se hallan concordadas como fuentes con el direccionamiento y la planeación, la atención al paciente, la asignación de recursos, el mejoramiento y calidad del servicio, los planes de docencia, la investigación y la salud pública.

Desde el punto de vista de la planeación, el INC ha contemplado que en línea con los objetivos institucionales y el direccionamiento estratégico de la organización, el siguiente sería el esquema

general de cómo se proyecta la gerencia de la información del INC, con reflejo en las estrategias y planes que se relacionan con el manejo de la información⁴:



Es el numeral 6.2.3.4 del Plan de Gerencia de información el que trae la Armonización del sistema de gestión documental con planes y sistemas del INC de la siguiente forma:

- Plan de desarrollo Institucional, se armoniza con la integración de la gestión Documental en el desarrollo de la Institución el cumplimiento de requisitos administrativos, legales, normativos y tecnológicos
- El plan Plan Operativo Anual con la Asignación de recursos para la implementación y seguimiento del PGD
- Plan de Gerencia de la Información – INC, por medio de la definición de requisitos para implementación de sistemas de gestión documental electrónicos
- El Sistema de Gestión de Calidad se armoniza con la Elaboración del proces en gestión Documental, la actualización de manuales e instructivos de gestión documental, el control de registros y documentos vinculados con las TRD como evidencia de las actuaciones de la entidad.

⁴ Plan de gerencia de la información. 2016, Numeral 5. Página 8

- La evaluación, el seguimiento, los indicadores y la medición y la mejora continua se armoniza con Planes de Capacitación de Inducción y Re inducción y especialmente con capacitaciones en temas de Gestión Documental
- La Estrategia CERO PAPEL se armoniza con el desarrollo del programa de formatos y formularios, documentos digitales y reprografía

13.2 Articulación Plan de desarrollo institucional

El acuerdo No. 06 de 2015 impartió aprobación al Plan de Desarrollo Institucional del INC para el periodo 2015, 2018 y en el se establece como instrumento de planificación por excelencia el plan operativo anual. Dentro de lo allí planteado se encuentra relación con los objetivos generales, especialmente el numeral 3.3 del citado documento que se refiere a la línea de gestión de la tecnología y cuyo objetivo es mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de la información.

Sus metas (numeral 3.3.1.1) indican que se aspira a cumplir con la estrategia gobierno en línea, implementar 5 proyectos de TI entre los cuales esta estrategias de *archiving*⁵ y gestión de historias laborales. Dentro de las estrategias esta mejorar y consolidar una estrategia cero papel, mejorar estándares de seguridad, desarrollar ramites en línea y optimizar la minería de datos.⁶

⁵ Archiving de datos: es el proceso de identificar los datos inactivos en los sistemas de producción actuales y transferirlos a sistemas de almacenamiento de archiving a largo plazo especializados. La transferencia de los datos inactivos fuera de los sistemas de producción optimiza el rendimiento de los recursos que ahí se requieren, mientras que los sistemas de archiving especializados almacenan la información de manera más rentable y permiten la recuperación cuando es necesario. DELL EMC. (2017). DELL EMC Glossary. [online] Available at: <https://colombia.emc.com/corporate/glossary/data-archiving.htm> [Consultada el 26 Oct. 2017].

⁶ Acuerdo 006 de 2015. Plan de desarrollo institucional. Página 26

GLOSARIO⁷

Administración de archivos: Conjunto de estrategias organizacionales dirigidas a la planeación, dirección y control de los recursos físicos, técnicos, tecnológicos financieros y de talento humano para el eficiente funcionamiento de los archivos.

Aspecto Crítico: Percepción de problemáticas referentes a la función archivística que presenta la entidad, como resultado de la evaluación actual.

Instrumentos Archivísticos: Herramientas con propósitos específicos, que tiene por objeto apoyar el adecuado desarrollo e implementación de la gestión documental y la función archivística.

Función Archivística: Actividades relacionadas con la totalidad del quehacer archivístico, que comprende desde la elaboración del documento hasta su eliminación y conservación permanente.

Plan: Diseño o esquema detallado de lo que habrá de hacerse en el futuro.

Plan estratégico Institucional: Instrumento que organiza y orienta estratégicamente las acciones de la entidad en un plazo de cuatro años, para alcanzar objetivos acordes con su misión y con el Plan Nacional de Desarrollo.

Plan de Acción Anual: Es la programación anual de las actividades, proyectos y recursos que va a desarrollar en la vigencia cada dependencia en la entidad, articulado con el Plan Estratégico Sectorial Institucional.

Riesgo: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos Institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencia.

⁷ ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. 2014. Manual Formulación del Plan Institucional de Archivos –PINAR. Bogotá: Archivo General de la Nación.p.25.

BIBLIOGRAFÍA

- COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Manual formulación plan Institucional de archivos – Pinar. Bogotá: AGN, 2014.
- COLOMBIA. LEYES, DECRETOS, ETC. Decreto 1080 25 de enero 2015. Bogotá: [s.n.], 2015.
- Plan de Desarrollo del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado Vigencia 2015 - 2018 – Acuerdo 006 del 18 de Marzo del 2015.
- Plan de Gerencia de la Información del INC
- Mapa de Riesgos Institucional INC - 2017
- Auditorías realizadas por la AGN
- Mapa de Riesgos de Corrupción del INC en el año 2016
- Informe de Seguimiento PMA - INC 02 Enero 2017
- Visita de Vigilancia - Avance PMA
- Suscripción Plan de mejoramiento Archivístico PMA del INC 18 Oct 2016
- Acta No. 4 Formulación Plan de Mejora de Auditoria Interna 2016
- Acciones de mejora formuladas en SIAPINC4 septiembre 2015

PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS (PINAR)

ANEXOS

- Anexo 1. Estructura del PINAR del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - INC
- Anexo 2. Análisis de Riesgos Relacionados.