

**INFORME FINAL DE PRÁCTICA**

**INVENTARIO DOCUMENTAL DE LA SUBSERIE FALLECIDOS EN LA SERIE  
DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL CENTRO CARDIOVASCULAR SOMER- IN  
CARE**

**PRACTICANTE:**

**JAIDER OSPINA NARANJO**

**TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR EL TITULO DE TECNÓLOGO EN  
ARCHIVÍSTICA**

**ASESORA DE PRÁCTICA:**

**DORIS LILIANA HENAO HENAO**

**AGENCIA:**

**CENTRO CARDIOVASCULAR SOMER- IN CARE**

**RESPONSABLE AGENCIA:**

**JORGE MUÑOZ MARIN**



**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

**ESCUELA INTERAMERICANA DE BIBLIOTECOLOGÍA**

**TECNOLOGÍA EN ARCHIVÍSTICA**

**SECCIONAL ORIENTE**

**EL CARMEN DE VIBORAL**

**NOVIEMBRE 2008**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>PAG.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1. JUSTIFICACION</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>2.1. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>7</b>
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>7</b>
<b>3. MARCO NORMATIVO</b>	<b>0</b>
<b>4. CONTENIDO</b>	<b>0</b>
<b>4.1. DIAGNOSTICO INICIAL.</b>	<b>0</b>
<b>4.2. ADECUACIÓN DE LAS ESTANTERÍAS.</b>	<b>0</b>
<b>4.3. ELABORACIÓN DE LA BASE DE DATOS.</b>	<b>0</b>
<b>4.4. PROCEDIMIENTOS DE CONSERVACIÓN.</b>	<b>0</b>
<b>4.5 MARCACIÓN DE UNIDADES DE CONSERVACION.</b>	<b>0</b>
<b>4.6 ORDENACION DE TIPOS DOCUMENTALES.</b>	<b>0</b>
<b>4.7 IDENTIFICACION DE FECHAS EXTREMAS E INTENSIDAD DE CONSULTA.</b>	<b>0</b>
<b>4.8 FOLIACION.</b>	<b>0</b>
<b>4.9 MODIFICACION DE LA BASE DE DATOS.</b>	<b>0</b>
<b>4.10 ORGANIZACIÓN DE LOS CDS.</b>	<b>0</b>

<b>4.11</b>	<b>ORGANIZACIÓN DE LA SUBSERIE FALLECIDOS.</b>	<b>0</b>
<b>4.12</b>	<b>MARCACIÓN TOPOGRÁFICA DEL ARCHIVO.</b>	<b>0</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.</b>	<b>0</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	<b>0</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.</b>	<b>0</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>0</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>0</b>

## INTRODUCCIÓN

Anteriormente desarrollar un proceso documental en cualquier tipo de institución resultaba novedoso y singular, ya que para nadie es un secreto el estado y la importancia que a la documentación o archivos se daba días atrás, pero a pesar de todo, la necesidad de mantener la información disponible e íntegra motiva y obliga a las organizaciones a establecer una buena gestión documental institucional que facilite los procesos internos y a la vez estar a la par con la legislación y normatividad exigida por diversos entes que buscan la transparencia y calidad en los servicios ofrecidos. Aún cuando la exigencia de un archivo en óptimas condiciones es una premisa para las organizaciones, encontramos dificultades como el desconocimiento de la cantidad, calidad o pertinencia de la documentación de estos.

La oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en la Tecnología en Archivística da como resultado la ejecución de un proceso documental en una institución prestadora de salud del Oriente Antioqueño. Es así como en este informe se encontrará el registro del proceso de práctica académica desarrollado en el Centro Cardiovascular SOMER - IN CARE; dicho proyecto tenía como objetivo general ejecutar un inventario documental a la totalidad de la subserie de historias clínicas de pacientes fallecidos en la institución, implementando el formato único de inventario documental dispuesto por el Archivo General de la Nación.

El proyecto se enfocó a la subserie de historias clínicas de pacientes fallecidos, ya que esta contaba con expedientes cerrados en su trámite y era factible una foliación total que permitiría cumplir con uno de los objetivos principales del inventario documental, también se debía tener en cuenta que muchas de estas

historias tienen mas de tres años de antigüedad y están próximas a una selección documental la cual sería de gran facilidad teniendo un inventario debidamente diligenciado.

Este informe contiene toda la información del proceso que se desarrolló, teniendo en cuenta la adecuación de las estanterías, la intervención de todos los expedientes, la ordenación de los mismos hasta la culminación con el marcado del centro de archivo y la generación de la base de datos en Excel con toda información obtenida del proceso. Además, este informe contiene como anexos el proyecto de práctica y los diferentes instrumentos desarrollados como bitácoras y los informes de avance, que permiten conocer el desarrollo puntual del proyecto; también se adjunta la base de datos que se implementó para el registro del trabajo realizado.

## 1. JUSTIFICACION

Un archivo clínico en cualquier institución prestadora de servicios de salud, es el eje fundamental para el desarrollo de las actividades diarias, pues sin este podría perderse el rumbo de la institución y de sus usuarios. Los expedientes clínicos están protegidos por la legislación nacional e incluso internacional, para evitar precisamente que a las personas les sea vulnerado el derecho a la salud; también ampara la privacidad de esta información. En este caso para la creación, manejo, conservación y consulta de las historias clínicas se dictó la Resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud en concordancia con las políticas establecidas por el Archivo General de la Nación; en esta resolución se refieren a la historia clínica de la siguiente manera: “La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”.<sup>1</sup>

Según esto, una historia clínica merece toda la atención posible con el fin de mantenerla en las condiciones y para el fin que la ley lo exige; partiendo de esto se deben priorizar en aspectos como la integridad, orden, disponibilidad y consulta de la misma. En el caso de las historias clínicas de los fallecidos podemos encontrar varias características especiales que la hacen diferente del resto, y que muchas ocasiones son la única herramienta para acceder a información o aquellos beneficios que puede brindar la consulta de estas.

---

<sup>1</sup>Resolución 1995 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar un inventario documental a la totalidad de la subserie de Historias Clínicas de Fallecidos del Centro Cardiovascular SOMER – IN CARE aplicando el *formato único de inventario documental* que dispone el Archivo General de la Nación, contemplando y aplicando cada uno de los puntos que este propone y que sean coherentes para este tipo de archivo, de manera que todo el proceso este amparado por la legislación archivística existente.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Intervenir 5 metros lineales de documentación y realizar procesos de foliación, ordenación, y organización documental dentro del archivo.
- Organizar archivísticamente la subserie de historias clínicas de fallecidos haciendo una demarcación topográfica que la identifique dentro del archivo.
- Reemplazar las unidades de instalación que se encuentren deterioradas o que no sean adecuadas para el tipo de documentación.
- Registrar la información resultante del inventario en el formato que dispone el Archivo General de la Nación, este se manejará en Excel para que el proceso sea más rápido y permita el registro oportuno de la información.

### 3. MARCO NORMATIVO

- Ley 594/2000. Ley General de Archivos. Archivo General de la Nación.
- Acuerdo 042/2002 Por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión. Archivo General de la Nación.
- Acuerdo 038/2002. por el cual se desarrolla el artículo 15 de la Ley General de Archivos 594 de 2000. Archivo General de la Nación.
- Acuerdo 092/2002 por el cual se establecen criterios para la organización de los archivos de gestión. Archivo General de la Nación.
- Acuerdo 56/2000 por el cual se establecen requisitos para la consulta.
- NTC 5029 Norma Técnica colombiana para la medición de archivos.
- Resolución 1995/1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Acuerdo 038/2002. por el cual se desarrolla el artículo 15 de la Ley General de Archivos 594 de 2000. Archivo General de la Nación.

#### 4. CONTENIDO

Para la ejecución del proyecto de inventario documental a la subserie fallecidos en la serie de historias clínicas del Centro Cardiovascular SOMER - IN CARE, se desarrollaron todas las actividades establecidas en el cronograma, además de otras que fue necesario ejecutar para lograr los resultados esperados, las actividades desarrolladas fueron:

- Diagnostico inicial.
- Adecuación de estanterías.
- Elaboración y diseño de la base de datos.
- Procedimientos de conservación.
- Marcación de unidades de conservación.
- Ordenación de tipos documentales.
- Identificación de fechas extremas e intensidad de consulta.
- Foliación.
- Modificación de la base de datos.
- Organización de cds.
- Organización de la subserie dentro del archivo.
- Marcación topográfica del centro de archivo.

Para mejor visualización del trabajo se anexa un registro fotográfico del antes y del estado actual de la subserie intervenida.

#### 4.1 DIAGNOSTICO INICIAL.

- **CANTIDAD:** Actualmente este archivo cuenta con aproximadamente 4500 expedientes clínicos, unos 40 metros lineales de documentación, dentro de los cuales podemos identificar la serie historias clínicas y dos subseries; historias clínicas fallecidos y procedimientos no invasivos. Las historias clínicas de fallecidos abarcan aproximadamente 5 metros lineales de archivo, conformadas por aproximadamente 350 expedientes.
- **NIVEL DE ORGANIZACIÓN:** el tipo de información del archivo siempre ha sido de carácter médico, y ha recibido una custodia permanente por personal de la institución; la documentación ha sido creada por el Centro en el desempeño de sus funciones y desde el comienzo se dió a esta una organización física adecuada, su ordenación está dada por el número de la unidad de instalación en forma ascendente y también debe poseer una ordenación de tipos documentales dentro de cada carpeta según lo establecido por el instructivo de conservación y custodia de la Historia Clínica del CENTRO CARDIOVASCULAR SOMER - IN CARE. El archivo no cuenta con elementos como guías, inventarios o catálogos, que faciliten la ubicación o la recuperación de los expedientes. La subserie de los fallecidos está separada del resto de las historias, muchos de los expedientes no cuentan con la ordenación interna de sus tipos documentales, también algunas unidades de instalación están en mal estado y topográficamente no es posible ubicarla con facilidad.



- **INFRAESTRUCTURA FÍSICA:** el local de archivo está ubicado en el cuarto piso del edificio SOMER Rionegro; su estructura física se encuentra en buenas condiciones, mide 2.5mts de ancho por 3mts de largo, posee una ventana para la atención del público y una puerta, ambas en vidrio corta fuegos.



- **CONSERVACION:** las historias clínicas reposan en estanterías rodantes ordenadas en forma numérico ascendente, con unidades de conservación adecuadas y en buenas condiciones ambientales, es de anotar que el local cuenta con un extractor de vapor para evitar la propagación de agentes bióticos.



- **SEGURIDAD:** el archivo cuenta con extintor de solkaflam y con chapa de seguridad en puerta y ventana.



- **SERVICIO:** la administración del archivo está a cargo de un estudiante de tecnología en archivística, quien se desempeña como auxiliar de archivo y cuenta con elementos básicos para su labor como lo es un computador, teléfono y material de oficina. El horario de atención al público es el siguiente:

Lunes a viernes de 07:00am A 12:00m y de 01:00 A 05:00pm. En las horas de la noche y los días que el auxiliar no labora, el jefe de enfermería de turno es la persona autorizada para retirar las historias clínicas que se necesiten de urgencia.



#### **4.2 ADECUACIÓN DE LAS ESTANTERÍAS.**

El local de archivo es un poco pequeño para la cantidad de documentación que maneja la institución, por lo que fue necesario adecuar un conjunto anaqueles para la instalación de la subserie, dejándola separada de la serie historias clínicas pero a la vez integrada de forma estratégica a todo el archivo clínico.

ESTADO ANTERIOR



ESTADO ACTUAL



#### **4.3 ELABORACIÓN DE LA BASE DE DATOS.**

El Archivo General de la Nación propone el Formato Único de Inventario Documental<sup>2</sup>, el cual contiene una serie de ítems que deben ser diligenciados de acuerdo con la información obtenida del inventario. Normalmente este formato se maneja en soporte papel pero para esta ocasión sería de más utilidad utilizar la tecnología para agilizar el proceso y continuar con una actualización permanente de la información.

Se evaluó los recursos tecnológicos existentes en el centro de archivo y se escogió Excel para elaborar y diseñar la base de datos, ya que esta herramienta tiene una serie de cualidades que la presentan como una buena opción para el manejo de la información del inventario documental, entre estas cualidades

---

<sup>2</sup> Formato obligatorio para entidades públicas, privadas que cumplan funciones públicas y todas aquellas que lo deseen adoptar.

podemos destacar la facilidad de manejo, el acoplamiento de campos, capacidad de almacenamiento por hoja de cálculo, presentación gráfica agradable y modificable, facilita el cálculo de datos, se pueden realizar búsquedas por diferentes criterios y otras ventajas que igualmente son importantes.

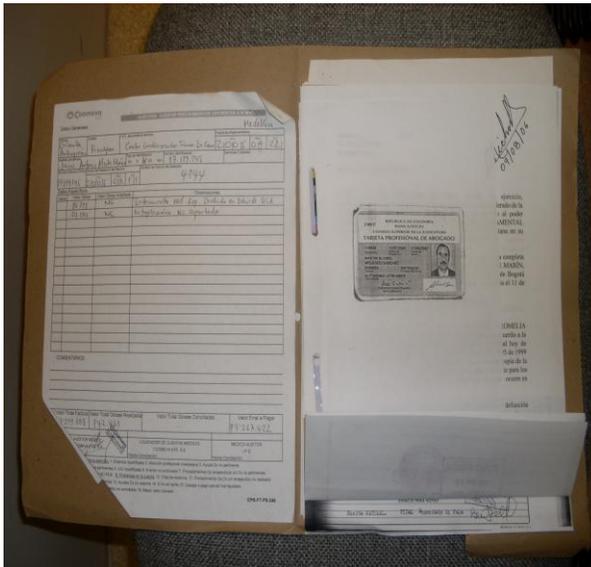
#### **4.4 PROCEDIMIENTOS DE CONSERVACIÓN.**

Debido a que el archivo clínico no contaba con una persona con conocimientos archivísticos suficientes, muchos de los expedientes de la subserie intervenida se encontraban con problemas de conservación que los dejaba en riesgo de sufrir deterioro considerable e irreversible que demandaría gran esfuerzo para su recuperación de no ser intervenidos a tiempo y de forma correcta. A las historias clínicas que estaban en regulares condiciones de conservación se les intervino con el fin de mejorar su estado, esto con materiales reversibles que no compromete la integridad de la información contenida.

- **Eliminación De Doble.**

Por el volumen o por la utilización de unidades de conservación de tamaños inadecuados, muchos de los tipos documentales se encontraban con doblez que comprometen la estructura del papel por lo que fue necesario primero identificar la causa del problema y luego se procedió a corregir estas falencias en cada tipo documental afectado.

ESTADO ANTERIOR



ESTADO ACTUAL



- **Eliminación De Exceso De Ganchos.**

Muchos de los documentos contenían cantidades de ganchos de cosedora que son innecesarios y que además contribuyen directamente con el deterioro de los documentos, estos elementos fueron reducidos a los necesarios y en lo posible eliminados totalmente de la documentación.

ESTADO ANTERIOR



ESTADO ACTUAL



- **Reducción De Cantidad De Tipos Documentales Por Unidad De Conservación.**

La cantidad de documentos por carpeta varía según la estancia<sup>3</sup> o tiempo de atención al paciente, lo que significaba que una estadía larga daría como resultado una historia clínica de gran volumen, el cual no estaba regulado y se podía encontrar carpetas sobrecargadas que debilitaban su estructura y mal formaban su presentación. Para esta situación se tomó la decisión de regular un volumen adecuado para cada carpeta de manera que algunas de las historias quedaron con varios tomos, facilitando el manejo y la debida conservación de la información.

ESTADO ANTERIOR



ESTADO ACTUAL



- **Eliminación De Papel Tipo Fax.**

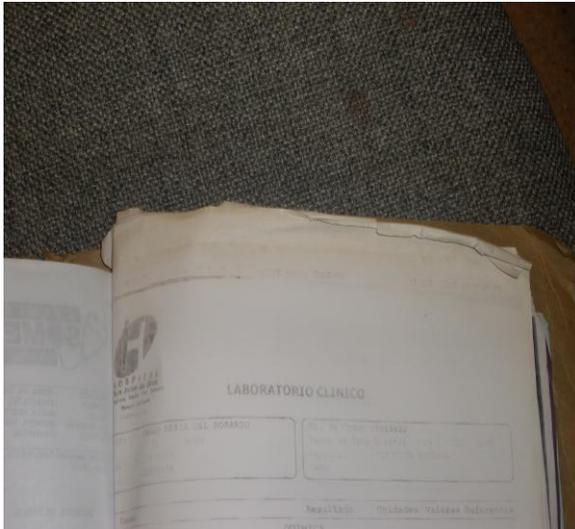
La calidad de los soportes donde reposa la información es un aspecto de suma importancia y garantiza la permanencia de la información por tiempo indefinido. En la subserie fallecidos encontramos que muchas de las historias clínicas contenían documentos impresos en papel tipo fax lo que era un riesgo inevitable y debía ser

---

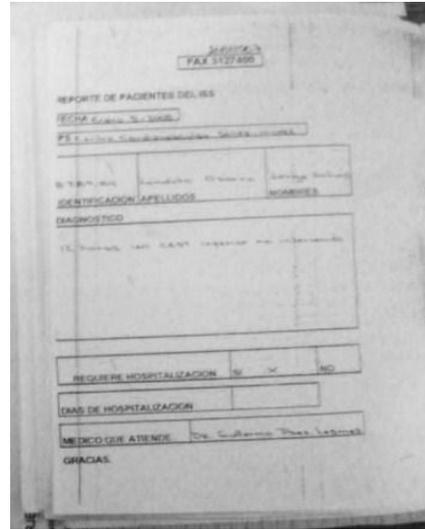
<sup>3</sup> Tiempo de hospitalización.

corregido a tiempo con el fin de salvaguardar la información, en esta situación se fotocopió cada fax y luego se eliminó tal como está estipulado archivísticamente fraccionando el documento en partes mínimas evitando la lectura indebida de información confidencial.

ESTADO ANTERIOR



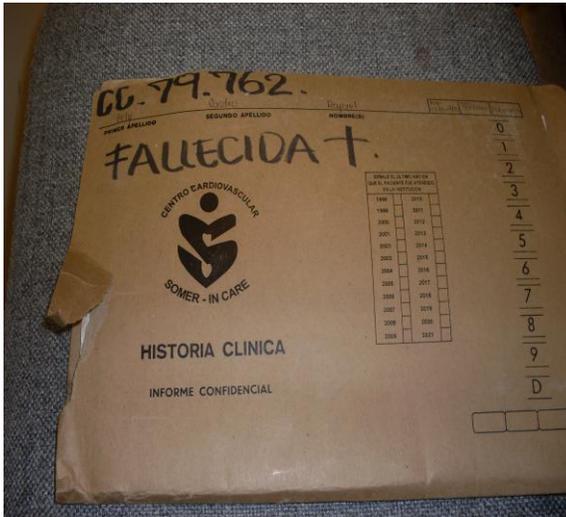
ESTADO ACTUAL



- **Cambio De Unidades De Conservación En Mal Estado.**

El volumen de documentos exagerado en algunas carpetas debilita su estructura y sufren un daño considerable dejando inservible estas unidades de conservación siendo necesario cambiarlas, Las carpetas que tenían daños menores como rasgaduras se corrigieron con cinta de papel para evitar la continuidad del deterioro.

ESTADO ANTERIOR



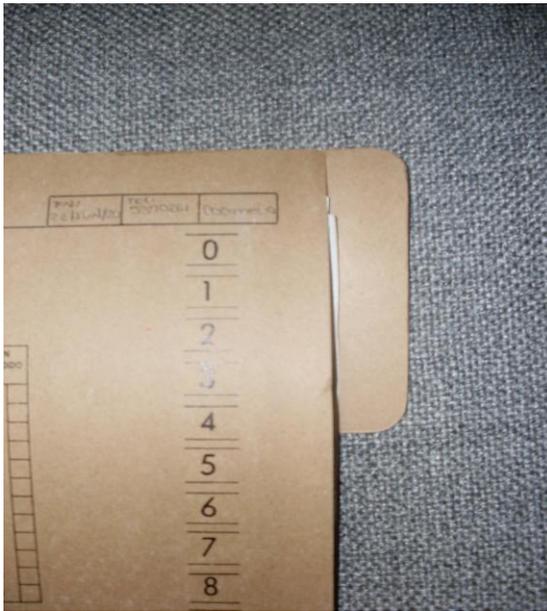
ESTADO ACTUAL



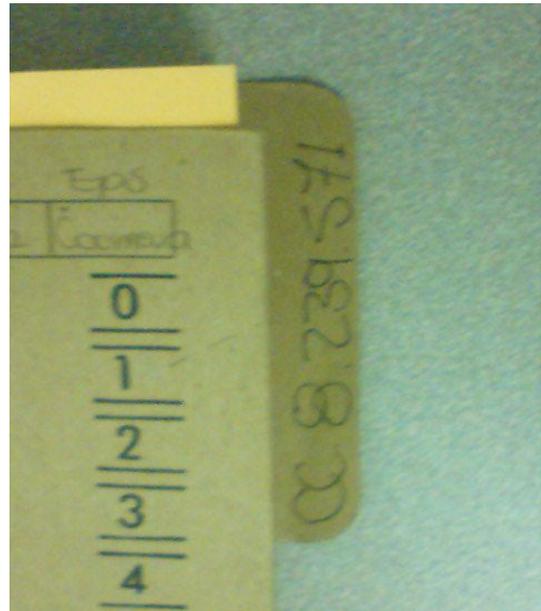
#### 4.5 MARCACIÓN DE UNIDADES DE CONSERVACION.

Los expedientes clínicos deben ser marcados tal como lo dispone el artículo 6 de la resolución 1995 emitida por el Ministerio de Salud de Colombia, donde se exige la marcación o identificación de la historia clínica con la identificación personal que puede ser el número único de identificación, registro civil, tarjeta de identidad, cedula de ciudadanía, cedula de extranjería y en los casos de los recién nacidos se debe de hacer con el número de identificación de la madre y anexar el número de orden del menor en el grupo familiar, esta identificación debe estar ubicada en la parte superior de la carpeta y en la pestaña lateral de la misma; además por políticas de calidad en la institución deben ser marcados los apellidos y nombres completos del paciente, también se identifica la carpeta con la palabra fallecido para evitar que esta se mezcle con otras series.

ESTADO ANTERIOR



ESTADO ACTUAL



#### 4.6 ORDENACION DE TIPOS DOCUMENTALES.

Los tipos documentales que conforman las historias clínicas tienen una posición específica dentro de su unidad de instalación, esta manera de ordenación es propuesta por la institución en el Instructivo de Conservación y Custodia de la Historia Clínica<sup>4</sup> generado con el fin de normalizar los procesos que directamente tiene que ver con la información clínica. Luego de ordenarse cada tipología documental se reordena de forma cronológica descendente de manera que primero encontramos los eventos recientes y por último los más antiguos. Los tipos documentales utilizados en la institución son los siguientes y deben ordenarse de igual manera:

- Hoja de ingreso
- Hoja de epicrisis

---

<sup>4</sup> Este instructivo fue creado el día 23 de agosto de 2005, con el fin de normalizar los procesos que tienen que ver con las Historias Clínicas en la institución.

- Hoja de evolución.
- Hoja de evolución 24 horas.
- Hoja para órdenes médicas.
- Reporte de exámenes de laboratorio.
- Hoja para electrocardiograma.
- Consentimiento informado anestésico quirúrgico para cirugía cardiovascular y de tórax.
- Consentimiento informado para procedimientos invasivos.
- Valoración peroperatoria.
- Registro de perfusión.
- Control de glucometría.
- Tratamientos.
- Signos vitales.
- Balance de líquidos.
- Hoja control de infecciones.
- Hoja de recuperación.
- Observaciones de enfermería.
- Sabanas de enfermería.
- Kardex.
- Solicitud de componentes sanguíneos.
- Control de transfusiones.
- Hoja de control diario de drenaje de sondas.
- Listado de chequeo cirugía cardiovascular.
- Registro diario de oxígeno.

#### 4.7 IDENTIFICACIÓN DE FECHAS EXTREMAS E INTENSIDAD DE CONSULTA.

Una historia clínica se debe diferenciar de otros expedientes por el registro inmediato de los acontecimientos, dejando por escrito constancia de cómo ocurren los hechos, el lugar, la fecha, la hora, el médico tratante entre otros registros; esto facilita la plena identificación de la fecha inicial de apertura del expediente como la fecha final o de cierre del mismo. En cuanto a la intensidad de consulta esta se tomó de la información depositada en las tarjetas de reemplazo o afueras, simplemente contando las veces que cada expediente ha sido consultado.

TARJETA DE REEMPLAZO		
NOMBRE DEL PACIENTE: Daz De Ponce Ana		
NÚMERO DE LA HISTORIA: 21412738		
FECHA DE SALIDA	DESTINO	FECHA DE SALIDA
19-11-08	Evaluación	

#### 4.8 FOLIACION.

La foliación de los expedientes clínicos garantiza la seguridad de los mismos al contar con una numeración continua que impide la extracción indebida de documentos. En la subserie fallecidos se realizó el proceso de foliación a la totalidad de los expedientes, esta actividad se ejecutó luego de una ordenación adecuada de cada documento, como también de la selección de información pertinente; la foliación se realizó con lápiz en la parte superior derecha de cada tipo documental tal como lo recomienda el Archivo General de la Nación.

## ESTADO ANTERIOR

Formulario de historia clínica en papel. Datos del paciente: Rafael Pely Cortés, NOMBRE Y APELLIDOS. UCE (N) 20 X 2004, FECHA. Cama: 079967, Edad: 64. H.C. 0, EDAD: 64. DÍAS ESTANCIA: 0, ASEGURADORA: [blanco]. Sección EVOLUCIÓN 24 HORAS con 2. PROBLEMAS numerados 1 a 5. Tabla de signos vitales con columnas YID, YII, PIC, FDV, FIV, ART, SG, YVA.

## ESTADO ACTUAL

Formulario de historia clínica en CD-ROM. Datos del paciente: Rafael Pely Cortés, NOMBRE Y APELLIDOS. UCE (N) 20 X 2004, FECHA. Cama: 079967, Edad: 64. H.C. 0, EDAD: 64. DÍAS ESTANCIA: 0, ASEGURADORA: [blanco]. Sección EVOLUCIÓN 24 HORAS con 2. PROBLEMAS numerados 1 a 3. El formulario está impreso en un material que parece ser un CD-ROM.

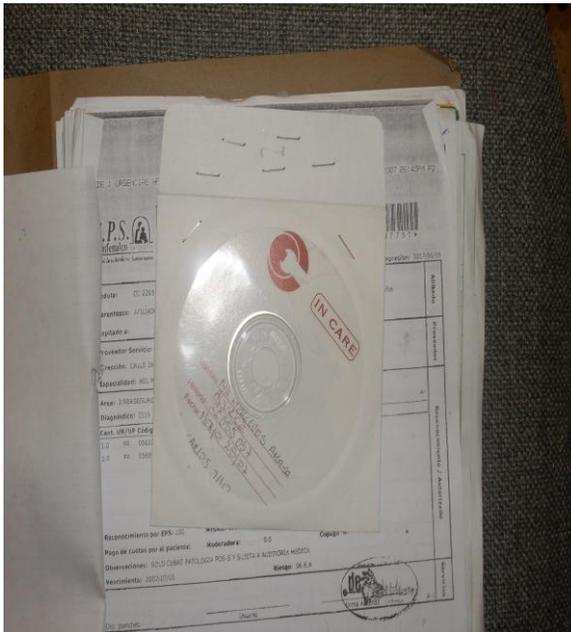
### 4.9 MODIFICACION DE LA BASE DE DATOS.

Debido a que en las historias clínicas intervenidas se encontró material audiovisual perteneciente a los pacientes fue necesario modificar la plantilla en Excel con el fin de relacionar este tipo de documentos ya que se debían retirar de los expedientes.

### 4.10 ORGANIZACIÓN DE LOS CDS.

Ya que los cds están creados en material diferente al papel resulta inadecuado el almacenamiento conjunto a los expedientes clínicos, pues se correría el riesgo de que fueran atacados por agentes biológicos que generarían daños irreversibles a estos elementos. Se decidió retirar los cds de las historias y archivarlos en un lugar adecuado, se relacionó cada disco en la base de datos de manera que se puede integrar la información.

ESTADO ANTERIOR



ESTADO ACTUAL



#### 4.11 ORGANIZACIÓN DE LA SUBSERIE FALLECIDOS.

Según la teoría archivística organización documental se refiere a tres procesos básicos: clasificación, ordenación y descripción los cuales son necesarios para obtener como resultado la debida organización.

A la subserie se le aplicó una organización adecuada al ser separada de las historias clínicas de gestión y al ser ordenada en forma numérico ascendente según su índice primario determinado por el número de documento de identidad del paciente; además se indexó la información de cada expediente en el formato único de inventario documental.

ESTADO ANTERIOR



ESTADO



ACTUA

#### **4.12 MARCACIÓN TOPOGRÁFICA DEL ARCHIVO.**

Todo centro de archivo debe poseer una demarcación suficiente que oriente a los usuarios o al personal que labora en él, permitiendo el fácil acceso a la documentación o información que reposa en las instalaciones. El archivo clínico del Centro Cardiovascular SOMER - IN CARE no poseía ningún tipo de marcación o identificación de sus estanterías de manera que fué necesario realizar una marcación adecuada y suficiente que no solo identificara la subserie fallecidos sino que pudiera facilitar las labores cotidianas del auxiliar de archivo.

ESTADO ANTERIOR



ESTADO ACTUAL



ESTADO ACTUAL



ESTADO ACTUAL



## 5 RESULTADOS

Tenemos como resultado de la práctica, el inventario total de subserie fallecidos, a la cual se le realizó los procedimientos básicos que exige el Archivo General de la Nación. Además del inventario se dió a la subserie fallecidos una debida organización, se ubicó y se identificó dentro del archivo; también se obtuvo una base de datos con la información de los expedientes intervenidos.

Los resultados específicos son presentados en la siguiente tabla:

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>RESULTADO</b>
Procedimientos de conservación.	224 expedientes
Marcado de carpetas.	226 carpetas
Ordenación de tipos documentales	336 expedientes
Identificación de fechas extremas e intensidad de consulta.	336 expedientes
Foliación.	336 expedientes
Organización de la subserie fallecidos.	336 expedientes
Organización de cds.	9 discos
Indexación de información a la base de datos.	336 expedientes

## 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El proceso documental que se llevó a cabo en la institución, es de gran importancia para el desarrollo cotidiano del archivo clínico; quedando como ejemplo para la ejecución de actividades de ese tipo que igualmente deben ser realizadas en pro del buen servicio y del mejoramiento continuo que busca la institución desde cada una de las dependencias.

Contribuir con actividades en las que se pueda apreciar de manera clara los resultados es satisfactorio y permite que se pueda crear una nueva vinculación con nuevos procesos que igualmente generan beneficios mutuos.

Es necesario continuar con la ejecución del proceso realizado, pero esta vez cada que ingrese un nuevo expediente al centro de archivo y que corresponda a la subserie fallecidos, de manera que se tenga una actualización permanente de la información.

Los buenos resultados son el reflejo inmediato del esfuerzo y el compromiso es así como se debe actuar para alcanzar el logro de cualquier objetivo.

## 7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12
Presentación y aprobación del proyecto de práctica académica.	x	x										
Diseño y Creación de base de datos en Excel.		x	x									
Ingreso de información a la base de datos.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Procedimientos de conservación (eliminación de copias innecesarias, ganchos y dobles).		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Elaboración de informe de avance					x							
Cambio de unidades de instalación en mal estado o inadecuadas.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Ordenación de los tipos documentales dentro de las unidades de instalación.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Identificación de fechas extremas e intensidad de consulta.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Foliación.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Marcado de carpetas con nombres y apellidos completos al igual que el respectivo número de identificación (cedula de ciudadanía, cedula de extranjería, tarjeta de identidad, registro civil, o numero único de identificación personal).			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Modificación de la base de datos para ingresar información de los Cds.												x
Organización de Cds.												x
Elaboración de informe de avance.										x		
Organización numérico ascendente de la subserie dentro del archivo.												x
Marcación topográfica de la subserie dentro del archivo.												x
Elaboración y presentación del informe final de práctica												x
Presentación y evaluación de los resultados de practica												x

## BIBLIOGRAFIA

- ARCHIVO GENERAL DE LA NACION, *“Fondos acumulados”* manual de organización. 2004, pág. 28,29.
- ARCHIVO GENERAL DE LA NACION, *“Ordenación documental”* división de clasificación y descripción.2003, pág.28
- CENTRO CARDIOVASCULAR SOMER - IN CARE. *“Código de ética y de buen gobierno institucional”* 2005
- CENTRO CARDIOVASCULAR SOMER - IN CARE. *“Instructivo de custodia y conservación de la Historia Clínica”* 2005
- CRUZ MUNDET, José Ramón *“Los conceptos de archivo”* manual de archivística, Madrid, fundación Germán Sánchez. 1994
- HEREDIA HERRERA, Antonia *“Documentos e información”* archivística teoría y práctica. 1995

## **ANEXOS**

1. PROYECTO DE PRACTICA ACADEMICA.
2. BITACORA SEMANAL.
3. PRIMER INFORME DE AVANCE.
4. SEGUNDO INFORME DE AVANCE.
5. BASE DE DATOS EN EXCEL.