

	PROCEDIMIENTO INFORMACIÓN DOCUMENTADA	Código	AC-PR-04
		Versión	05
		Fecha	28-AGO 2018
		Página	1 de 8

1. OBJETIVO

Definir los parámetros para la elaboración, codificación, administración, actualización y control de información documentada relacionada con los procesos de la Fundación universitaria Navarra para garantizar que se mantengan vigentes, legibles e identificables en su lugar de uso.

2. ALCANCE

Inicia con la identificación de la necesidad de documentar una actividad ó tarea dentro del Sistema Integrado de Gestión y finaliza con la aprobación, distribución, divulgación y conservación de los documentos. Incluye la identificación de los documentos internos y externos y el control a los documentos obsoletos.

3. DEFINICIONES

3.1. DOCUMENTO: Es toda información perteneciente al Sistema Integrado de Gestión, que se registre y almacene en papel, en video, en digital o en cualquier otro medio. hace referencia a caracterizaciones, procedimientos, manuales, políticas, objetivos, lineamientos, instructivos, documentos, formatos, listados y matrices.

3.2. REGISTRO: Es un formato debidamente diligenciado en el cual reposa una evidencia de una actividad realizada y la obtención de unos resultados planificados, para asegurar el cumplimiento y eficacia del Sistema de Gestión Integral.

3.3. DOCUMENTOS INTERNOS: Son los generados (elaborados) e implementados dentro de la Fundación Universitaria Navarra para evidenciar la conformidad y las actividades desarrolladas en el Sistema de integrado de Gestión.

3.4. DOCUMENTOS EXTERNOS: Son los generados por entidades u organismos externos a la Fundación Universitaria Navarra, los cuales establecen disposiciones que debe cumplir la institución para el normal desarrollo de su operación y el del Sistema Integrado de Gestión. Entre otros se incluyen: leyes, normas, libros, manuales, etc.

3.5. CÓDIGO: Nomenclatura formada por letras y números que identifican un documento.

3.6. VERSIÓN: Número que identifica la última edición del documento. Los documentos inician en la versión "01".

3.7. FECHA: Fecha en la que se crea el documento y a partir de la cual empieza a regir.

3.8. DOCUMENTO VIGENTE: Es aquel que contiene la última versión aprobada de un documento, se encuentra de forma impresa, debidamente firmado y divulgado y publicado. Se administra como documento controlado.

3.9. DOCUMENTO OBSOLETO: Es un documento que ha perdido vigencia al emitirse una nueva versión y por lo tanto no puede seguir usándose porque se ha eliminado, modificado o actualizado parte o la totalidad del contenido del mismo, por ello es retirado del Sistema Integrado de Gestión.

3.10. DOCUMENTO CONTROLADO: Copia de un documento sometido a los controles que se describen en este procedimiento, de esta manera asegura al poseedor del documento que cuenta con

	PROCEDIMIENTO INFORMACIÓN DOCUMENTADA	Código	AC-PR-04
		Versión	05
		Fecha	28-AGO 2018
		Página	2 de 8

la última versión de éste. Su distribución es efectuada mediante un registro de entrega de copias controladas.

3.11. ELABORACIÓN: El proceso de identificación y documentación de una práctica o información que involucra a uno o varios empleados en cualquiera de las etapas del desarrollo de un documento.

3.12. REVISIÓN: Verificar que lo documentado coincida con la realidad y viceversa, dicha revisión es ejercida por una persona idónea que conozca del proceso o actividad documentada para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del documento objeto del control, para garantizar el cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos.

3.13. APROBACIÓN: Autorización para la distribución y aplicación de un documento (darle legalidad a un documento) por la persona idónea que tenga la autoridad sobre los recursos para poder implementar el documento.

3.14. MODIFICACIÓN: Es la actualización de un documento, con el fin de ponerlo a punto con relación a las mejoras de los procesos.

3.15. ELIMINACIÓN: Retiro de circulación de un documento del Sistema integrado de Gestión, ya sea porque el proceso cambió radicalmente y obligó a que se elaborara un nuevo documento, o porque el proceso dejó de ejecutarse o se fusionó con otro proceso o sistema de gestión.

3.16. PROCEDIMIENTO: Forma especificada de efectuar una actividad. Documento que especifica los pasos que debe seguir un proceso o actividad.

3.17. INSTRUCTIVO: Documento que brinda una secuencia clara de indicaciones que tienen como finalidad desarrollar una actividad para llegar a una meta o a un objetivo.

3.18. MANUAL: Documento guía que transmite de forma explícita, sencilla, ordenada y sistemática la información de una organización, sobre objetivos, políticas, atribuciones y procedimientos; se indican las actividades y la forma en que estas deberán ser realizadas por los miembros de la organización, teniendo como referente los propósitos de la Institución.

3.19. CONTROL: Mecanismo para garantizar la disponibilidad de los documentos vigentes que conforman el Sistema de Integrado de Gestión.

3.20. DIFUSIÓN: Utilización de cualquier medio de comunicación para hacer conocer la información de los procesos documentados.

3.21. SGC: Sigla de Sistema de Gestión de Calidad

3.22. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN: Sistema compuesto por el Sistema de Gestión de Calidad Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo y ambiente.

	PROCEDIMIENTO INFORMACIÓN DOCUMENTADA	Código	AC-PR-04
		Versión	05
		Fecha	28-AGO 2018
		Página	3 de 8

4. CONSIDERACIONES GENERALES

4.1. Se documenta cuando:

- a) Se necesite tener evidencia objetiva de la planificación, operación, control y mejora continua de los procesos que integran el SGC y Seguridad y salud en el trabajo y ambiente.
- b) La ley o reglamentación así lo exijan para apoyar el cumplimiento de requisitos obligatorios, por ejemplo, lo exigido por la ISO 9001, Decreto 1072 de 2015, resolución 1111 de 2017 y demás reglamentación aplicable.
- c) Cuando se requiera unificar el enfoque y ejecución de los procesos, actividades o tareas para lograr conformidad del servicio que se entrega a los usuarios.
- d) Cuando los procesos, actividades o tareas tengan un alto grado de complejidad ó un alto grado de riesgo en su planificación, ejecución o control.
- e) Las actividades consideradas como clave y/o críticas que puedan ser afectadas por cambios o rotación de personal.
- f) Cuando por requerimiento expreso lo exija el usuario y/o beneficiario.

4.2. Los documentos del Sistema de Integrado de Gestión estarán a disposición de todo el personal para su consulta y uso en la página web www.uninavarra.edu.co en el link del Sistema de Gestión de Calidad.

4.3. Los documentos del SGC, Seguridad y Salud en el trabajo, y ambiente no deben ser modificados sin la autorización del responsable del proceso y del responsable del SGC.

4.4. Cada responsable de proceso tiene bajo su mando los procedimientos, formatos y manuales propios de su proceso.

4.5. Es responsabilidad de los líderes de proceso identificar y registrar los documentos de origen externo en el respectivo formato "Listado maestro de información documentada de origen externo"; y del Coordinador de calidad mantenerlos, actualizarlos y distribuirlos a quienes los requieran, garantizando su vigencia

4.6. **Documentación aplicable al Sistema Integrado de Gestión:** Se ha establecido que todos los documentos elaborados en la Fundación Universitaria Navarra UNINAVARRA, tienen la siguiente jerarquía:

4.7. Encabezado de la Documentación

Los documentos y formatos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión de la Fundación Universitaria Navarra, contienen un código alfanumérico de identificación estructurado de la siguiente manera:

El código se compone por tres partes: XX-XX-00

Parte 1: Identificación del proceso.

Parte 2: Identificación del documento.

Parte 3: Consecutivo del documento dentro del proceso.

4.8. Identificación de los procesos:

PROCESO	LETRAS
Gestión Estratégica	GE
Planeación Institucional	PI
Secretaria General	SG
Gestión de la Oferta académica	GO
Admisiones y Registro	RC
Gestión de Bienestar Universitario	BU
Proyección social y Extensión	PS
Extensión Universitaria	EX
Gestión de Biblioteca	GB
Cooperación Internacional	CI
Seguridad, salud, ambiente	ST
Gestión de Talento Humano	GH
Gestión Financiera	FC
Gestión Administrativa	GF
Gestión Tecnológica institucional	GT
Docencia	DO
Laboratorios	LB
Consultorio Jurídico	CJ
Gestión de Calidad	AC
Gestión Documental	GD
Gestión del Campus	GC
Gestión Jurídica	GJ
Aseguramiento de la calidad	GA

4.9. Identifica el tipo de documento de acuerdo a la siguiente Nomenclatura:

Caracterización de Proceso	CP
Manual	MA
Procedimiento	PR
Formato	FO
Reglamento	RE
Política	PL
Programa	PG
Objetivo	OB
Guía	GU
Plan	PLA
Indicador	IN

Ejemplo:

	GE	CP	01
Código	Proceso: Gestión estratégica	Tipo documento: Caracterización de Proceso	de de Consecutivo: Primero

	PROCEDIMIENTO INFORMACIÓN DOCUMENTADA	Código	AC-PR-04
		Versión	05
		Fecha	28-AGO 2018
		Página	5 de 8

4.10. Todos los documentos internos del Sistema Integrado de Gestión de la Fundación Universitaria Navarra están estructurados con el siguiente encabezado, el cual está distribuido en una (1) Fila y tres (3) columnas así:

En el encabezado: (Todas las páginas del documento).

	NOMBRE ESPECÍFICO DEL DOCUMENTO	Código	XX-XX-XX
		Versión	0X
		Fecha	XX-XXX-XXXX
		Página	X de X

Para documentos legales, en caso de ser requerido, no se utiliza el anterior encabezado, en su lugar en el extremo inferior derecho de la página se identifica el código del formato - registro, la versión y la fecha de vigencia separados por una barra inclinada, de la siguiente manera:

GA-FO-01/V1/AAAA-MMM-DD

4.11. Al final del documento se especifica la siguiente información:

VERSIÓN:	ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
FIRMA			
NOMBRE	XXXXX-XXXXX	XXXXX-XXXX	XXXXX.XXXXX
CARGO	XXXXX-XXXXX	XXXXXX-XXXXX	XXXXXXXXXX

4.12. Los documentos, cartas, solicitudes u otros, que se requieran enviar a entes externos se elaboran con la plantilla institucional.

4.13. Otras Consideraciones:

- La fecha indicada en el documento es aquella que se considere como fecha de su emisión. La fecha de aplicación del documento tiene vigencia a los cinco días hábiles posteriores a la fecha de su emisión, con el fin de que se asegure su distribución y divulgación.
- Los documentos no deben tener tachaduras ni enmendaduras.
- El original de cada documento debe estar en hoja tamaño carta a excepción de los formatos, en letra Tahoma tamaño 8 a 12 según aplique para facilitar su interpretación.
- El documento se debe redactar preferiblemente en forma impersonal, en presente y tiempos activos; fijando claramente su contenido, separando adecuadamente párrafos e ideas y utilizando viñetas, subrayado, alineaciones, notas al pie o cualquier otra herramienta que facilite el entendimiento del documento.

5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	IDENTIFICAR y ANALIZAR LA NECESIDAD DE DOCUMENTO	Líder del proceso y/o miembros del equipo de trabajo	NA	Identificar la necesidad de crear, modificar o eliminar un documento del Sistema de Gestión de Calidad, Sistema de seguridad y salud en el trabajo y ambiente.

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
2	SOLICITAR Y PRESENTAR PROPUESTA	Líder del proceso y/o miembros del equipo de trabajo	AC-FO-31 Solicitud de elaboración, modificación o eliminación.	<p>Elabora y presenta la propuesta borrador a la oficina de calidad, mediante formato diligenciado anexando la propuesta borrador del documento.</p> <p>Nota 1: Se revisa la importancia del mismo en cuanto a que sea: requerido por el SGC, SST Y Ambiente necesario para cumplir requisitos legales y reglamentarios de la institución y necesario para el desarrollo de las actividades de la Fundación Universitaria Navarra.</p> <p>Nota 2: El tiempo estimado para revisar los documentos será de ocho días hábiles para que se cree, modifique o elimine, contados a partir de la solicitud realizada por correo electrónico.</p>
3	ENVIAR DOCUMENTO Y RECIBIR PROPUESTA	Líder del proceso y/o miembros del equipo de trabajo Coordinador de Calidad	Documento Borrador AC-FO-01 Listado Maestro de Información documentada de origen interno	<p>El documento ajustado o creado debe ser enviado por el Líder del proceso y/o miembro del equipo de trabajo mediante el correo electrónico a la Coordinación de Calidad, quien debe proceder a revisarlo (una o tantas veces como sea necesario) para su posterior aprobación.</p> <p>En caso de inconsistencias en el formato exigido y/o la propuesta borrador del documento, se informa al líder del proceso para su respectivo ajuste.</p> <p>Si es elaboración: Se procede a estandarizar y codificar el documento de acuerdo con lo establecido en este procedimiento.</p> <p>Si es una modificación: Se procede a realizar los cambios solicitados y se actualiza la versión del documento en la vigencia respectiva registrando las modificaciones realizadas en el control de cambios de cada documento; en el caso de los formatos se registran los cambios en el Listado Maestro de Información documentada de origen interno AC-FO-01 en la casilla de motivo o identificación de la última modificación, una vez hecho esto se cambia de versión del documento. El primer documento elaborado inicia con versión 01.</p> <p>Si es una eliminación: Se procede a identificar el documento original como obsoleto si así se requiere, de lo contrario se elimina el archivo fuente, original y copias de ser necesario.</p>
4	REVISAR DOCUMENTO	Coordinador de Calidad Profesional de apoyo a calidad	AC-FO-31 Solicitud de elaboración, modificación o eliminación	<p>Revisa y da Vo.Bo. de este mediante la firma del formato AC-FO-31 Solicitud de elaboración, modificación o eliminación)</p>

PROCEDIMIENTO INFORMACIÓN DOCUMENTADA

Código	AC-PR-04
Versión	05
Fecha	28-AGO 2018
Página	7 de 8

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
5	APROBAR EL DOCUMENTO	Coordinador de Calidad	AC-FO-31 Solicitud de elaboración, modificación o eliminación Correo electrónico	<p>La aprobación se evidencia con firma en el formato AC-FO-31 Solicitud de elaboración, modificación o eliminación.</p> <p>Nota: Para el perfil del cargo la aprobación la dará el Director de Talento Humano.</p>
6	DISTRIBUIR DOCUMENTOS	COORDINADOR DE CALIDAD	NA	<p>Actualiza listado maestro de Documentos, y archiva los registros generados.</p> <p>En la página WEB de la Fundación www.uninavarra.edu.co existe un link llamado: Sistema de Gestión de Calidad, en el cual se mantendrán copias electrónicas de todos los documentos del SGC y del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo para que estén accesibles a todo el personal que lo requiera para consulta.</p> <p>A continuación, debe coordinar con el responsable del documento la realización de la divulgación a los involucrados.</p> <p>La Coordinación del SGC es el responsable de mantener los documentos actualizados en la WEB e informar a todo el personal de los nuevos documentos publicados mediante comunicación por correo electrónico.</p> <p>Nota 1: De ser requeridas copias físicas adicionales por colaboradores internos o externos de la Fundación Universitaria Navarra, estas se consideran "COPIA NO CONTROLADA", Por tanto el colaborador se responsabiliza de su uso.</p>
7	IDENTIFICAR DOCUMENTOS EXTERNOS	COORDINADOR DE CALIDAD	AC-FO-16 Listado maestro de Información documenta de origen externo	<p>Los documentos de origen externo se incluyen en el listado maestro de documentos externos por el nombre original del documento, entidad que lo expide y fecha de emisión.</p> <p>Cada semestre, el Coordinador de Calidad solicita por correo electrónico a todas las dependencias, informas las actualizaciones de normatividad externa que aplica para el proceso; una vez obtenida la información, la Coordinación de Calidad realiza el ajuste en el AC-FO-16 Litado Maestro de Documentos externos.</p>

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2015-JUN-02	01	Documento inicial.
2015-NOV-17	02	<ul style="list-style-type: none"> Se modifica el Numeral 4.6 Codificación de los documentos, actualizando el tipo de proceso de acuerdo con el mapa de procesos vigente. Se modifica los responsables de aprobación de los documentos del SGC. Se agrega el control de cambios a esta versión.
2017-ENE-17	03	<ul style="list-style-type: none"> Se agregan cambios a esta versión. Se incluye el Sistema de seguridad y salud en el trabajo. Se agregan nuevos procesos en el numeral 4.7 de este procedimiento. Se modifica la Actividad No.4 relacionado con la metodología para la aprobación de los formatos. Se modifica la Actividad No.5 mencionando que el control de cambios de los formatos no se deja en el Listado Maestro de Registros sino en el Listado Maestro de Documentos. Se modifica la Actividad No. 8, donde se describe la metodología para realizar la actualización del Listado Maestro de Documentos externos.
2017-NOV-03	04	<ul style="list-style-type: none"> Se modifica el nombre del procedimiento. Se modifica el objetivo incluyendo tema de control de registros. Se modificaron definiciones Se modifica la descripción de actividades.
2018-AGO-28	05	<ul style="list-style-type: none"> Se elimina el numeral 4.3 Se modifica la actividad No. 2 Se elimina la descripción de actividades del control de registros. Se modifica los responsables de aprobación

ELABORÓ		REVISÓ			APROBÓ	
Nombre	Shirly Marcela Ardila	Nombre	Shirly Marcela Ardila	María Paula Guarnizo	Nombre	Sandra Navarro
Cargo	Coordinadora de Calidad	Cargo	Coordinadora de Calidad	Coordinadora HSE	Cargo	Rectora