

CENTRO DE CAPACITACIÓN DON BOSCO – CALI

**PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y CONTROL
DE DOCUMENTOS Y REGISTROS**

GCM001

4	Explicación sobre el uso de la versión en los diferentes documentos.	Luz Adriana Gómez	Comité de Calidad	Padre Germán Londoño	05.03.13
3	Eliminación del nombre de Villa Don Bosco – Santander de Quilichao en todo el documento. Así como las especificaciones del proceso de Desarrollo.	Luz Adriana Gómez	Comité de Calidad	Padre Germán Londoño	17.01.12
2	Disposiciones sobre los usos del cabezote cuando se usa frente a otros convenios.	Luz Adriana Gómez	Comité de Calidad	Padre Germán Londoño	25.07.11
1	Ajuste en las categorías de los programas que se adicionaron al mapa de Procesos y lo relacionado con la aplicación del Manual de Identidad.	Luz Adriana Gómez	Comité de Calidad	Padre Germán Londoño	04.04.11
0	Elaboración de procedimiento para control de documentos y registros del Centro de Capacitación Don Bosco.	Luz Adriana Gómez	Comité de Calidad	Padre Germán Londoño	15.02.11
REV No.	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	FECHA

Aprobado: _____

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. REFERENCIAS.....	3
4. DEFINICIONES.....	3
5. PROCEDIMIENTO	5
5.1 GENERALIDADES	5
5.2 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL DOCUMENTO	6
5.3 ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO	7
5.3.1 Normalización del Documento	7
5.4 DISTRIBUCIÓN Y DISPONIBILIDAD DE DOCUMENTOS	11
5.4.1 DOCUMENTOS INTERNOS	11
5.4.2 DOCUMENTOS EXTERNOS	12
5.5 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN	12
5.5.1 DOCUMENTOS INTERNOS	12
5.5.2 DOCUMENTOS EXTERNOS	12
5.6 DISPOSICIÓN DE DOCUMENTOS OBSOLETOS	13
5.6.1 DOCUMENTOS INTERNOS	13
5.6.2 DOCUMENTOS EXTERNOS	13
5.7 CONTROL DE REGISTROS	13
5.7.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS	13
5.7.2 DILIGENCIAMIENTO, ARCHIVO Y LEGIBILIDAD	13
5.7.3 RECUPERACIÓN, ALMACENAMIENTO Y PROTECCIÓN	14
5.7.4 TIEMPOS DE RETENCIÓN.....	14
5.7.5 DISPOSICIÓN DE LOS REGISTROS	14
6. RESPONSABILIDADES.....	14
7. DOCUMENTOS ASOCIADOS (ANEXOS)	15

1. OBJETIVO

Definir la metodología para cumplir con el control, normalización y la administración de la documentación interna y externa del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Centro de Capacitación Don Bosco referenciados en el Manual de Gestión de calidad.

2. ALCANCE

Este procedimiento debe conocerse y aplicarse por todo el personal del Centro de Capacitación Don Bosco; cuyas funciones tengan en cuenta la elaboración, control y uso de documentos y/o registros o en cualquier proyecto del centro.

3. REFERENCIAS

NTC-ISO 9001:2008.Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos
GTC 200 Guía para la implementación de ISO 9001 en Instituciones Educativas
NTC 5555 Sistemas de Gestión de la Calidad para Instituciones de Formación para el Trabajo.
NTC 5581 Programas de Formación para el Trabajo. Requisitos
GCM004 Manual de calidad

4. DEFINICIONES

SGC: Sigla utilizada para identificar el Sistema de Gestión de Calidad.

CCDB: Abreviatura empleada para el Centro de Capacitación Don Bosco.

Documento: Información y su medio de soporte; los documentos pueden ser registros, especificaciones, procedimientos documentados, dibujos, informes, normas.

Nota: El medio de soporte puede ser papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía o muestra patrón o una combinación de estos¹.

Documentos de origen internos: Se refiere a los manuales, procedimientos, instructivos de trabajo y registros que hacen parte del SGC o sirve como insumo a procesos y que son elaborados, revisados y aprobados por el personal del Centro de Capacitación Don Bosco.

Documentos de origen externos: Documento que afecta el Sistema de Gestión de la Calidad o sirve de insumo para los procesos y son originados por un ente externo Se refiere a especificaciones, planos, referencias, códigos, normas, resoluciones, decretos, leyes, acuerdos y/o cualquier otro documento

¹ Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 9000: 2000

relacionado con el cliente o el desarrollo de los contratos y que no son elaborados por el Centro de Capacitación Don Bosco, pero que afectan las operaciones y desarrollo de los procesos del SGC.

Registros del Sistema: Documentos que proporcionan resultados obtenidos o evidencia de las actividades efectuadas. Estos pueden ser formatos diligenciados, cartas, memorandos, actas, contratos, listas de chequeo diligenciadas y otros. En general, son todos aquellos documentos resultantes de la aplicación de los procesos, procedimientos, instructivos y especificaciones que evidencian su correcta aplicación y control.

Archivo: Sitio ubicado en el segundo piso del área administrativa, destinado para la ubicación de los documentos o registros de cada proceso o proyecto, que hayan superado su tiempo de retención en el área específica, pero que se deban conservar por un tiempo adicional especificado por lo general contractualmente.

Copia controlada de un documento: Es aquella copia cuya circulación interna será verificada por medio de registros y actualizada cuando exista modificación; no puede reproducirse parcial ni totalmente sin autorización.

Copia no controlada de un documento: Ejemplar de un documento con las mismas características de su original, para el cual no se prevé el control de los cambios que se ejecuten. Se emite con fines informativos y no será actualizada cuando existan modificaciones. Pueden emitirse Copias No Controladas cuando el responsable de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad lo autorice.

Documento Obsoleto: Es aquel documento cuya versión ya no está vigente.

Especificación: Documento que establece requisitos.

Formato: Es un documento preestablecido, de forma impresa o digital donde se registra la información relacionada con una actividad o proceso.

Información: Datos que poseen significado.

Instructivo: Documento del Sistema de Gestión de Calidad que describe las operaciones en forma secuencial y lógica que requiere una tarea específica dentro de una función de la organización; es de uso específico para la actividad que se señala y es aprobado por el responsable de la función.

Manual de Calidad: Documento que especifica el Sistema de Gestión de Calidad del Centro de Capacitación Don Bosco. Para efectos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Plan de Calidad: Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuando debe aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

Procedimiento: Documento del Sistema de Gestión de Calidad que establece la forma específica para llevar a cabo un conjunto de actividades que hacen parte de un proceso. Describe qué debe hacerse, quién debe hacerlo, cuándo, dónde, cómo se hace y los recursos que son necesarios.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. Manualmente los registros se hacen en formatos.

Revisión: Análisis crítico del documento, realizado por una persona técnicamente preparada para ello. La revisión es de carácter técnico y metodológico.

Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos².

Versión: Es la copia de un documento que indica el estado actual de revisión del mismo. Indica el número de ediciones que ha tenido el documento.

Vigente: Es el documento cuya última versión se encuentra aprobado y listo para su aplicación.

5. PROCEDIMIENTO

5.1 GENERALIDADES

Los documentos están identificados por colores de acuerdo a cada una de las gestiones así:

Azul: Dirección / Gestión Humana

Amarillo: Gestión de Calidad.

Verde: Gestión ETDH Académico -Técnica.

Rojo: Gestión Comunidad Educativa Pastoral / Gestión Comunicaciones

Violeta: Programas de Protección

Naranja: Gestión Administrativa-Económica.

El control de los documentos externos, será responsabilidad de cada uno de los procesos. Los responsables de cada proceso deben definir los documentos legales, reglamentarios u otros documentos especiales que aplican en las actividades propias de su proceso y asegurarse que sean incluidos en el Formato de Control de Documentos Externos (GCR002) que es consolidado por la Coordinación de Calidad.

Cada responsable de proceso debe revisar, actualizar y verificar periódicamente los documentos externos, comunicando cualquier cambio a la Coordinación de Calidad. El responsable del proceso debe garantizar que el documento esté disponible y controlar su uso.

Todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad se elaboran bajo las directrices dadas en este procedimiento para la elaboración y control de documentos.

Es responsabilidad de quien elabora o modifica un documento:

- a. Verificar que éste sea coherente con los procesos que se ejecutan.
- b. Escribir exactamente cómo se realizan las actividades
- c. Hacer seguimiento al documento hasta su implementación

² Norma Técnica Colombiana NTC - ISO 9000: 2000

Es responsabilidad de quien revisa un documento:

- a. Verificar que el contenido técnico sea correcto
- b. Verificar que el procedimiento descrito sea realizable y las funciones y responsabilidades estén conformes con los cargos.

Es responsabilidad de quien aprueba un documento:

- a. Verificar en máximo 5 días hábiles.
- b. Verificar el cumplimiento
- c. Verificar que sea coherente con la política de calidad y objetivos de calidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

Es responsabilidad de la Coordinación de Calidad quien distribuye y controla el documento:

- a. Asignar codificación de acuerdo a lo establecido en este procedimiento.
- b. Facilitar el documento al área de comunicaciones para su digitalización y ajustes especificados.
- c. Actualizar listado maestro de documentos internos y externos.
- d. Identificar copias a través de sello de copia controlada y/o a través de la red.
- e. Controlar los documentos obsoletos.
- f. Mantener actualizado archivo magnético de los documentos originales y obsoletos.

De igual forma cualquier empleado podrá solicitar modificaciones a los documentos, para lo cual debe utilizar el formato "Elaboración, modificación o actualización de documentos" (GCR004) y entregar a la Coordinación de Calidad.

La distribución de las copias controladas son responsabilidad de Coordinación de Calidad una vez el documento queda en estado vigente. La Coordinación de Calidad debe actualizar el formato de "Control de distribución de documentos" (GCR001)

Es responsabilidad de cada empleado al que se le entregue una copia controlada su almacenamiento y control.

Las copias controladas de los documentos como planos no pueden tener tachones o enmendaduras, y cualquier modificación debe ser solicitada siguiendo el procedimiento. Los documentos obsoletos son identificados con el sello correspondiente y almacenados en el período especificado en el formato "Listado maestro de documentos" (GCR005)

5.2 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL DOCUMENTO

Los documentos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad pueden surgir del resultado de una auditoria, del funcionamiento diario o de la necesidad de implementar un documento para normalizar algún proceso.

La(s) persona(s) involucrada(s) que identifican la necesidad, comunican su sugerencia al dueño del proceso, Coordinador de proyecto. El dueño del proceso, Coordinador de proyecto evalúa el

requerimiento, si es aceptado, procede a su elaboración o coordina su elaboración con el personal que realiza la actividad o proceso objeto del documento.

En caso de no ser aceptada la sugerencia, termina el proceso.

5.3 ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Partiendo de la aceptación por el dueño del proceso, se prepara el borrador de éste documento. El borrador debe ser preparado por personal autorizado e involucrado directamente en la actividad a ser normalizada o por especialistas internos o externos de la institución, según sea la complejidad del documento. En caso de requerirse un diseño específico del formato debe transmitirse a la oficina de Comunicaciones para la respectiva diagramación y ajustes según el Manual de Identidad Corporativa.

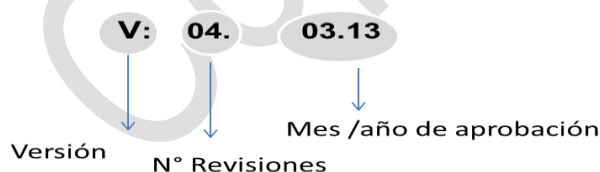
5.3.1 Normalización del Documento

Se deben tener en cuenta los siguientes elementos, como mínimo, en la elaboración de los documentos como: Manuales, caracterizaciones de procesos, procedimientos e instructivos, tramite interno. Teniendo en cuenta las siguientes características:

- Tamaño de papel: Carta
- Clase de papel: Bond Estándar Blanco
- Programa de Edición: Microsoft Office o compatibles.
- Tipo y tamaño de letra: Arial, 11 puntos.
- Encabezado: Se utiliza un encabezado en todas las hojas de los manuales, procedimientos e instructivos, estos formatos deben ir acompañados con el logo de las dos instituciones.

En el encabezado se coloca el título del documento en mayúsculas, en negrilla y centrado: el tipo de letra utilizado es Arial de 11 puntos. Debajo de la línea se coloca el código que corresponde a la designación según el proceso y tipo de documento. (Ver Tabla1-designación de códigos para el control de documentos)

La versión, (ver imagen) corresponde al número de revisiones, mes y año de aprobación en que se realizó su último ajuste, y la paginación del documento según el número de páginas. El tipo de letra es en Arial 10



Al lado derecho e izquierdo se coloca los logotipos, al derecho el del Centro de Capacitación Don Bosco y al izquierdo el del Centro de Capacitación Villa Don Bosco; este no debe modificarse o alterarse en su forma y colorimetría.

Para los programas de Protección de ICBF (SEMI-INTERNADO- CAE-CASA JUVENIL) se ubica el logotipo de ICBF al lado izquierdo y el del Centro de Capacitación Don Bosco al lado Derecho conservando la misma franja roja y especificaciones anteriores.

Los formatos de alta rotabilidad y manejo por parte del personal (Boletines, Hojas de vida estudiantes, cotizaciones) que sirven como soporte o respaldo a un trámite interno llevarán la imagen de Don Bosco al lado Izquierdo.



Los convenios de cooperación internacional se adecuan a las disposiciones enviadas por la entidad financiera.

El consecutivo es asignado por la Coordinación de Calidad, de acuerdo con la siguiente tabla:

TABLA 1: DESIGNACIÓN DE CÓDIGOS PARA EL CONTROL DE LOS DOCUMENTOS

PROCESO DIRECTIVO	MANUALES Y PROCEDIMIENTOS	INSTRUCTIVOS	REGISTROS-FORMATOS	DOCUMENTOS EXTERNOS
GESTION DIRECTIVA	GDM	GDI	GDR	GDE
GESTION DE CALIDAD	GCM	GCI	GCR	GCE
PROCESO MISIONAL	MANUALES Y PROCEDIMIENTOS	INSTRUCTIVOS	REGISTROS-FORMATOS	DOCUMENTOS EXTERNOS
ETDH - ACADEMICO TÉCNICO	GAM	GAI	GAR	GAE
GESTION COMUNIDAD EDUCATIVO PASTORAL	GPM	GPI	GPR	GPE
GESTIÓN PROGRAMAS DE PROTECCIÓN	GPPM	GPPI	GPPR	GPPE
PROCESO DE APOYO	MANUALES Y PROCEDIMIENTOS	INSTRUCTIVOS	REGISTROS-FORMATOS	DOCUMENTOS EXTERNOS
GESTION ADMINISTRATIVA-ECONOMICO	GEM	GEI	GER	GEE
GESTIÓN HUMANA	GHM	GHI	GHR	GHE

Para comunicados externos se utiliza la hoja y sobre con membrete como aparece en el anexo de imagen corporativa de la Inspectoría San Luis Beltrán.

f. Normalización

Para la normalización de todos los documentos se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

-Los títulos de primero y segundo orden, deben ir en mayúsculas y negrilla, se da doble espacio y se comienza a escribir el texto. Los títulos de tercer orden deben ir en negrilla y en minúsculas, en este caso la primera letra del título debe ser mayúscula y se da doble espacio para comenzar a escribir el texto.

-En el capítulo final de todo documento, deben relacionarse todos los formatos requeridos o nombrados en dicho documento bajo el título de: "Anexos".

g. Cuadro de revisiones

Todos los procedimientos y documentos con más de tres páginas, menos los formatos presentan en la primera página un cuadro de revisiones que tiene por objeto el control del documento cada vez que éste sea revisado y reeditado. Los formatos son controlados en las nuevas versiones a través del listado maestro de registros. Consiste en un cuadro de seis columnas al que se le adiciona una fila superior con cada nueva edición. La división geométrica, esquema y contenido del cuadro de revisiones están definidos así:

REV No.	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	FECHA

El borde exterior debe ir en línea doble continua y el borde interno en línea sencilla continua. El texto de la última fila debe ir en letras mayúsculas y centradas (horizontal / vertical) en las celdas en tipo de letra Arial 9.

h. Presentación del documento

La presentación del documento debe incluir:

- Encabezado.
- Nombre de la institución
- Título del documento.
- Consecutivo del documento.
- Cuadro de revisiones.
- Tabla de contenido. En esta página se debe mostrar el numeral, el título y la página correspondiente al contenido del documento, con el fin de facilitar su consulta.
- Objetivo. Establecer criterios que definan el propósito general del documento.
- Alcance. En este ítem se identifican claramente las áreas y funciones a las cuales aplica el procedimiento.
- Referencias. En este numeral, se enuncian las normas, procedimientos y demás documentos que soportan y/o complementan la aplicación del procedimiento.
- Procedimiento. Corresponde a la descripción lógica y ordenada del CÓMO se debe desarrollar una labor dentro del proceso correspondiente, QUIENES son los responsables directos de las actividades a realizar dentro de cada una de las etapas del mismo, DONDE deben realizarse y QUE registros o evidencias deben quedar de su correcta aplicación.
Esta descripción puede hacerse a manera de texto o mediante la implementación de herramientas tales como flujo gramas / esquemas / programas u otras herramientas que identifiquen claramente las etapas claves del proceso, los responsables de su ejecución y los documentos adicionales necesarios para su implementación y aplicación, tales como: Instrucciones de trabajo, formatos, programas (software), etc.
- Responsabilidades. Este numeral indica claramente quien o quienes son los funcionarios directamente responsables del cumplimiento y aplicación del documento respectivo.
- Anexos. Hace referencia a los formatos aplicables al documento ya mencionados en la descripción del procedimiento. También son todos aquellos documentos que evidencian el cumplimiento de alguna actividad o conformidad con requisitos previamente establecidos.

i. Revisión del documento interno

La revisión del documento es realizada por el Dueño del proceso y/o el Coordinador de Proyecto en caso de que exista.

En caso de encontrarse inconsistencias y/o falencias en el borrador, el responsable de la elaboración realiza los ajustes que apliquen antes de someterlo nuevamente a revisión y/o aprobación.

Una vez el documento haya sido revisado por el Dueño del proceso o Coordinador de Proyecto, Calidad revisa los siguientes aspectos:

- Cumplimiento de los requisitos de elaboración
- Concordancia de los cargos descritos en la organización
- Definición de los registros que evidencian la aplicación del documento.
- Que no entre en conflicto o modifique algún otro documento o aspecto del SGC.
- Concordancia con las políticas y lineamientos de la Pía.
- Correspondencia con el objetivo que se busca.
- La revisión de los documentos se realizará cada vez que este la necesidad de mejoramiento.

Revisado y aprobado el documento, el área de Calidad lo incluye en el "Listado maestro de documentos internos y los formatos en Listado maestro de registros de calidad" para la implementación oficial.

El área de Calidad archiva el original impreso del documento aprobado escrito o digital con el visto bueno del responsable por la aprobación.

El original impreso y/o digital se mantiene bajo control por Calidad para su consulta y actualización.

Para los documentos que lo ameriten, serán revisados por el asesor jurídico de la Pía.

5.4 DISTRIBUCIÓN Y DISPONIBILIDAD DE DOCUMENTOS

5.4.1 DOCUMENTOS INTERNOS

Con el fin de asegurar la disponibilidad de los documentos necesarios en cada uno de los sitios de trabajo o donde se requiera, en la Pía, los documentos del Sistema de gestión de calidad se encuentran en Coordinación de calidad y en secretaría de la provincia. En el Centro de Capacitación Don Bosco se encuentran en dirección y en la oficina de calidad. La comunidad tiene acceso a ellos cuando sea necesario consultar.

La distribución de las copias controladas de los documentos internos tales como procedimientos e instructivos de trabajo, son distribuidos por Coordinación de Calidad. Las copias llevarán un sello de color rojo que dice copia controlada.

Es responsabilidad de cada empleado al que se le entregue una copia controlada su almacenamiento y control y no podrá distribuirse sin autorización.

5.4.2 DOCUMENTOS EXTERNOS

Para el control de la distribución de los documentos externos se diligencia el formato “Control de documentos externos” (GCR002) y se registra en dicho formato.

Los documentos externos tales como manuales, textos, libros, manuales de operación y mantenimiento, memorias, informes, normas, códigos, especificaciones, leyes, estatutos, reglamentaciones, resoluciones, convenios, entre otros, copiados en medio impreso o medio magnético se ordenan y almacenan bajo la responsabilidad del Dueño del proceso y/o Coordinador de Proyecto.

En la oficina del dueño del proceso de cada gestión, se encuentran archivados y codificados los documentos externos controlados del Sistema de Gestión de Calidad, bajo la responsabilidad de cada proceso. La adquisición, actualización o cambio de estos documentos se produce por solicitud de los Dueños de procesos y/o coordinadores de proyectos, quienes pueden verificar las versiones correspondientes del documento y su estado actual.

5.5 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

5.5.1 DOCUMENTOS INTERNOS

Cada vez que se identifique la necesidad de realizar algún cambio en los documentos aprobados del SGC, Coordinación de Calidad debe coordinar su revisión por el personal que se indica en la portada del documento vigente para su correspondiente actualización. Una vez modificado se somete a aprobación de acuerdo con lo establecido.

Los cambios realizados se identifican en la tabla para control de revisiones del formato.

Una vez el documento ha sido aprobado con los cambios, Coordinación de Calidad actualiza los datos de revisión en el formato “Listado maestro de documentos internos y de registros de calidad”.

5.5.2 DOCUMENTOS EXTERNOS

La actualización de los documentos externos que hacen parte del SGC, las realiza el Dueño del proceso de acuerdo con las necesidades de los proyectos y/o diferentes trabajos de los clientes o por solicitud de los Dueños del proceso o Coordinadores de proyectos.

5.6 DISPOSICIÓN DE DOCUMENTOS OBSOLETOS

5.6.1 DOCUMENTOS INTERNOS

Una vez un documento se identifica como obsoleto con sello de documento obsoleto.

Así mismo, Coordinación de Calidad verifica que las copias controladas de la revisión anterior sean destruidas o identificadas con el sello “Documento Para Información” y/o “OBSOLETO”.

5.6.2 DOCUMENTOS EXTERNOS

Los documentos externos obsoletos se destruyen. Este control está a cargo del responsable del dueño de proceso.

5.7 CONTROL DE REGISTROS

5.7.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS

La identificación de los registros se realiza de acuerdo con las indicaciones del numeral 5.3.1 en la Tabla 1. No obstante, se pueden identificar o definir otros registros externos como por ejemplo los provenientes del cliente o proveedor o agente educativo.

Cada Dueño del proceso y/o Coordinador de Proyecto debe designar el responsable por el manejo de archivo y mantenimiento de los registros ya sean internos o externos de cada proceso o proyecto. Esta persona debe mantener un listado actualizado de los registros generados por el proceso o proyecto, indicando para cada uno los siguientes aspectos:

- a. Código (Si aplica)
- b. Nombre del registro.
- c. Tiempo de retención en el archivo central.
- d. Disposición Final

5.7.2 DILIGENCIAMIENTO, ARCHIVO Y LEGIBILIDAD

Para asegurar la legibilidad los registros, deben:

- a. Ser diligenciados de manera clara, con el fin que sean entendidos fácilmente.
- b. Evitar tachones, enmendaduras y cualquier acción que pueda alterar la legibilidad del mismo o su validez.
- c. La información debe diligenciarse preferiblemente con tinta negra.

5.7.3 RECUPERACIÓN, ALMACENAMIENTO Y PROTECCIÓN

La disponibilidad o recuperación de los registros de calidad se asegura mediante la correcta identificación y trazabilidad por parte del responsable de su diligenciamiento y archivo durante el desarrollo de los servicios.

El lugar donde se almacenan los registros debe poseer las características mínimas que permitan su conservación, para evitar su deterioro y pérdida. El Dueño del proceso y/o Coordinador de Proyecto y/o trabajo en ejecución es el responsable de asignar el personal autorizado para retirar los registros de su sitio de archivo. Cuando un documento se facilite a otra gestión debe tenerse el control y asegurar nuevamente su ubicación para evitar pérdida de información.

5.7.4 TIEMPOS DE RETENCIÓN

Los tiempos de retención de registros son determinados por disposiciones legales o disposiciones de la Pía según corresponda; para efectos a nivel interno se definen previamente con cada proceso con el fin de conservar el registro histórico de los procesos internos, estos tiempos se deben definir en el “Listado maestro de documentos” en la columna, tiempo de retención de acuerdo a las necesidades de cada proceso y ajustándose a las disposiciones legales.

Cuando el tiempo de retención no se encuentra especificado, los registros se mantienen en el archivo de cada una de las oficinas por un año posterior a su emisión. Si se requiere conservar por más tiempo, el encargado del archivo verifica en enero de cada año, con el dueño del proceso que corresponda, si se requiere conservar por más tiempo éste documento para remitirlo al archivo central o por el contrario autorizar su destrucción.

5.7.5 DISPOSICIÓN DE LOS REGISTROS

Los registros de calidad se disponen en sitios accesibles dentro de las coordinaciones de cada gestión para su consulta, debidamente identificados y organizados, en forma tal que permitan su rápida ubicación, ya sea en auditorias del sistema o en el desarrollo normal de las actividades.

A la finalización de los trabajos, proyectos, el encargado del archivo y mantenimiento de los registros, debe entregarlos debidamente ordenados y clasificados al encargado para su respectiva recuperación, almacenamiento y protección.

6. RESPONSABILIDADES

La Coordinación de Calidad es responsable por la implementación, divulgación y seguimiento de este procedimiento.

Todos los Dueños de procesos y coordinadores de proyectos, son responsables de la aplicación de este procedimiento.

7. DOCUMENTOS ASOCIADOS (ANEXOS)

GCR001 Control de distribución de documentos

GCR002 Control de documentos externos

GCR003 Cuadro de revisiones

GCR004 Elaboración, modificación y actualización de documentos

GCR005 Listado maestro de documentos Internos.

GCR006 Listado maestro de registros.

Copia Controlada

CODIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSIÓN	RESPONSABLE	FIRMA	FECHA DE DISTRIBUCION

Firma coordinador de Calidad _____ Aprobado por _____

CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS

CODIGO: GCR002 V: 00.02.11 Página 17 de 21

ENTIDAD QUE GENERA EL DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	RESPONSABLE	SITIO DE UBICACIÓN	COPIA CONTROLADA		Nº DE COPIAS DIGITAL O IMPRESA
						SI	NO	

Firma Coordinador de Calidad: _____

Aprobado por _____

CENTRO DE CAPACITACIÓN DON BOSCO-CALI

**CUADRO DE REVISIONES
GCR003**

REV No.	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	FECHA

Aprobado: _____


Centro de Capacitación
Don Bosco
SALESIANOS DON BOSCO
NIT 890.905.980-7

[illegible]

Firma Coordinador de Calidad: _____ **Aprobado por** _____