1. Objetivo y Alcance

Definir las actividades y criterios necesarios para la adecuada elaboración, revisión, aprobación, actualización y control de los documentos y registros generados por el Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona para garantizar así, su adecuada identificación, almacenamiento, conservación, recuperación, tiempo de retención y su disposición final.

Comprende desde la identificación de la necesidad de elaborar, modificar o anular un documento hasta el acceso y disposición de los mismos.

2. Responsable

Los responsables para garantizar la adecuada aplicación y ejecución del presente procedimiento son: la Alta Dirección, Líderes de Proceso, Equipos de Trabajo de los Procesos y la Administración del Sistema Integrado de Gestión.

3. Definiciones

3.1 Acceso

Conjunto de medidas establecidas para consultar los registros de solamente a las personas autorizadas. Aplica para los registros diligenciados en papel y para los registros que se llevan en bases de datos.

3.2 Almacenamiento

Especifica el quien, dónde y cómo se deben almacenar los registros de tal manera que se garantice su integridad y protección. Está conformado por los siguientes atributos:

Lugar: Determina el sitio de almacenamiento de tal manera que se garantice la conservación del registro y de la información Ej.: se pueden almacenar en archivador, gaveta, en el disco duro entre otros.

Medio: Determinar el medio de almacenamiento dependiendo de cada caso: Ej.: En papel, en archivo magnético, microficha, cintas, CD, entre otros.

Clasificación: Acción de organizar los registros de acuerdo a un criterio definido. Especifica la manera como se deben organizar u ordenar los registros para facilitar su almacenamiento y posterior recuperación de una manera ágil, depende de cada caso. Se puede tener en cuenta la manera de archivar por ej. Por carpeta, por orden cronológico, por orden alfabético, por proveedor, por fecha, por tipo de servicio/producto, etc.

3.3 Caracterización de los Procesos

Herramienta que describe el objeto del Proceso, el alcance del mismo, quienes son los responsables, el desarrollo del procedimiento, cuáles son los indicadores para medir la eficacia, eficiencia y efectividad del Proceso, la documentación relacionada que se utiliza en el Proceso, las referencias normativas que le afectan, así como las definiciones de la terminología utilizada en la ficha y los riesgos identificados en el Proceso.

A la hora de redactar estas fichas hay que tener en cuenta que quede reflejado todo el Proceso. Siempre que haya una modificación en el mismo, debe reflejarse en la ficha.

3.4 Documento

Información y el medio en el que está contenida.

3.5 Documento Externo

Documento que describe y regula actividades relacionadas con el Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona, generados al exterior del Sistema Integrado de Gestión. Estos documentos corresponden a Normas Obligatorias, Leyes, Decretos, Resoluciones, Acuerdos, Manuales de Proveedores y demás, relacionados con los Procesos del Sistema Integrado de Gestión. Los nombres utilizados en las publicaciones originales de estos documentos se conservan en el Sistema Integrado de Gestión.

3.6 Documento Interno

Documento que describe el que hacer de los Procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona; son elaborados y generados al interior de la organización con el fin de mejorar la funcionalidad de sus Procesos, dentro de ellos se contemplan los manuales de calidad, los procedimientos, instructivos, protocolos, guías, fichas de caracterización, formatos, planos.

3.7 Ficha

Documento que define características y/o controles específicos para algunas actividades, seguimiento a indicadores y equipos.

3.8 Formato

Bosquejo diseñado por el grupo de mejoramiento debidamente codificado que cuando es diligenciado se convierte en registro.

3.9 Guía

Documento interno que determina la conducta a seguir en el desarrollo de una actividad y brinda recomendaciones asociadas.

3.10 Información documentada

Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene, puede estar en cualquier formato y provenir de cualquier fuente.

3.11 Instructivo

Documento interno que detalla la forma de realizar una actividad de índole administrativa o técnica.

3.12 Protocolo

Documento interno que detalla la forma de realizar una actividad de índole técnico científico o investigativo; como pruebas, ensayos.

3.13 Manual del Sistema Integrado de Gestión

Documento de especificación del Sistema Integrado de Gestión de la institución.

NOTA: El manual del Sistema Integrado de Gestión pueden variar en cuanto a detalle y formato para adecuarse al tamaño y complejidad de cada organización en particular.

El Manual del Sistema Integrado de Gestión incluye:

El alcance del Sistema Integrado de Gestión, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.
Los procedimientos documentados establecidos para el Sistema Integrado de Gestión o referencia a los mismos.
Descripción de la interacción entre los Procesos del Sistema Integrado de Gestión.

El Manual del Sistema Integrado de Gestión debe ser un documento de presentación de la Institución, que se enseña a los clientes, usuarios y beneficiarios. Debe tener una imagen cuidada y es de carácter obligatorio para el Sistema Integrado de Gestión.

3.14 Planos

Documentos en los cuales se preparan las actividades a diseñar, definiendo las responsabilidades organizativas y técnicas de las personas encargadas.

3.15 Procedimiento

Documento interno que describe específicamente la forma de llevar a cabo una actividad o un Proceso en la Universidad de Pamplona.

3.16 Registro

Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

NOTA: Los registros pueden utilizarse, por ejemplo, para documentar la trazabilidad y para proporcionar evidencia de verificaciones, acciones preventivas y acciones correctivas.

3.17 Responsable

Corresponde aquella persona asignada por proceso para almacenar y conservar los registros según lo descrito en este procedimiento. Aplica igualmente a la Administración del Sistema Integrado de Gestión.

3.18 Tiempo de Retención

Específica por cuánto tiempo se deben conservar los registros, se debe considerar su almacenamiento tanto en archivo activo como en el archivo inactivo (sí aplica). Igualmente se debe tener en cuenta lo estipulado en las tablas de retención de la Universidad de Pamplona para aquellos registros que aplica, según la ley de archivo general de la nación Ley 594 del 2000 y Acuerdo 042 del 2002
Acción a tomar sobre los registros cuando se ha cumplido su tiempo de retención establecido por cada proceso del Sistema Integrado de Gestión. Ej.: Eliminar (se puede destruir mediante picado o incineración), reciclar, botar, regalar entre otros.

Las demás definiciones que aplican para el presente Documento se encuentran contempladas en la **Norma NTC ISO 9000 vigente Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.**

NOTA: Las reuniones de grupo de mejoramiento se desarrollan según lo descrito en la GAC-04 Guía para la Ejecución de los Grupos de Mejoramiento

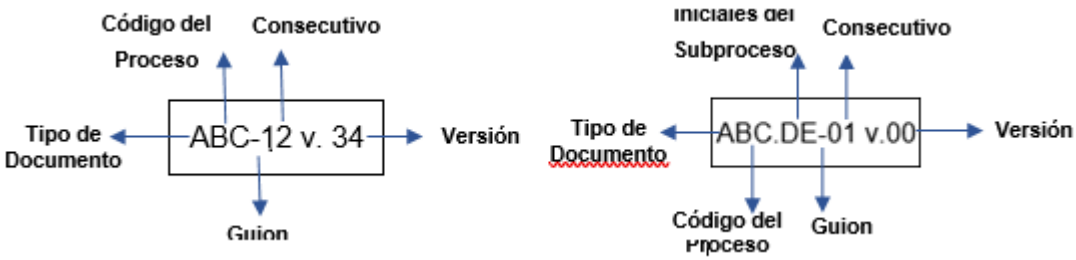
4. Contenido

N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE ELABORAR, MODIFICAR O ANULAR	

1.1	La necesidad de crear o anular un documento conforme a las funciones propias de cada Proceso, modificarlo o adoptar un documento externo al Sistema Integrado de Gestión puede ser detectada por cualquier funcionario de la Institución y transmitida al Líder del Proceso, quien define su pertinencia para realizar su elaboración, modificación o adopción. **Ver actividad 5.1**	Líder de Proceso y/o Funcionario
2	**COMPONENTES DEL DOCUMENTO**	
2.1	Para la elaboración de un nuevo documento (procedimientos, instructivos, guías y protocolos) se realiza de acuerdo a la siguiente estructura: Tabla de Contenido: **Objetivo y Alcance:** Propósito por el cual se genera el documento. El Alcance está determinado por la actividad inicial y la actividad final del documento. **Responsable(s):** Funcionarios asignados en el Proceso, encargados de garantizar la implementación sistemática del documento. **Definiciones:** Quienes elaboran el documento definen claramente los términos que se utilizan en el texto y que puedan prestarse a diferentes interpretaciones. Esto con el fin de facilitar la comprensión por parte de quienes aplican o ejecutan las diferentes actividades descritas en el documento. **Contenido**: **Nombre de la actividad:** Debe ser clara y concisa **Descripción de las actividades:** se redactan en presente, en tercera persona y conservan un orden lógico, siendo concisos y claros. Si se hace necesario referenciar un documento, se incluye el código y el nombre del documento entre comillas y en negrilla. **Documentos de Referencia:** En este ítem se citan los documentos que sirven como referencia o soporte para la elaboración del mismo. Se relacionan con su código, título o número de referencia de consulta para su aplicación. Por ejemplo: Otros procedimientos, instructivos, guías, protocolos, leyes, normas, catálogos u otros documentos que se mencionen en el documento internos o externos a la institución. **Historia de Modificaciones:** En este ítem se relacionan los cambios que haya tenido un documento por la actualización de su versión; se debe referenciar el acta de reunión donde se aprueban las modificaciones. **Anexos:** En este ítem se mencionan los anexos que acompañan el documento como información adicional, incluyen todos los documentos que se consideren necesarios, los cuales se cuentan dentro de la paginación del documento. Cuando no necesite ser diligenciado se debe señalar con las palabras: **"No aplica"**	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento
3	**CODIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS**	
3.1	La primera letra **(A)** identifica el tipo de documento así: **H** Ficha **J** Planos **M** Manual **I** Instructivo **T** Protocolo **G** Guía **F** Formato **E** Documento Externo Las siguientes dos letras **(B y C)** identifican el Proceso al que pertenece el	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento

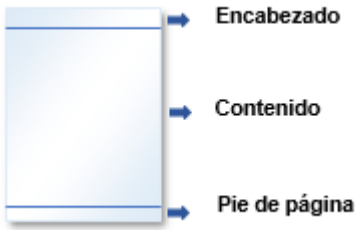
	documento. En el caso de los subprocesos, se identifica primero el Proceso al que pertenece seguido de punto **(.)** y a continuación las iníciales del subproceso al que pertenecenlos documentos **(D y E)**.	

Para facilitar la identificación y manejo de los documentos se utiliza una codificación alfanumérica de la siguiente manera:



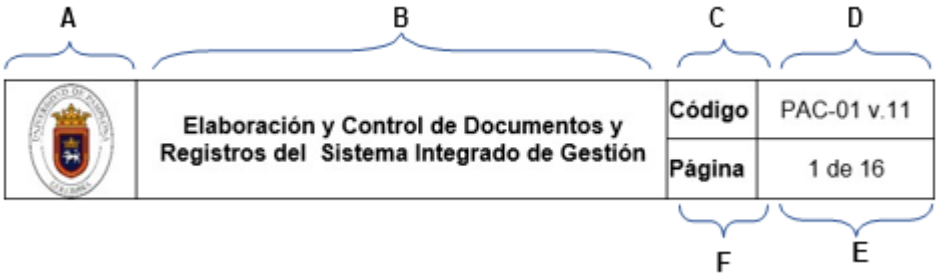
4	**EDICIÓN DE DOCUMENTOS**	
4.1	**Tamaño de Papel:** Los documentos del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona se elaboran en tamaño carta (procedimientos, instructivos, guías, fichas, protocolos, entre otros). **NOTA:** Los Formatos por ser un tipo especial de documento se elaboran en tamaño carta u oficio (horizontal o vertical) según su complejidad**.**	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento
4.2	**Márgenes para (procedimientos, instructivos, guías, manuales, protocolos):** los márgenes para la elaboración de los documentos del Sistema Integrado de Gestión son los siguientes: - Margen Izquierdo: 3 cm. - Margen Superior: 3 cm. - Margen Derecho: 3 cm. - Margen Inferior: 3 cm. - El encabezado y el pie de página se ubican a 1,5 cm delborde de la hoja	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento

La estructura general del documento está compuesta por:



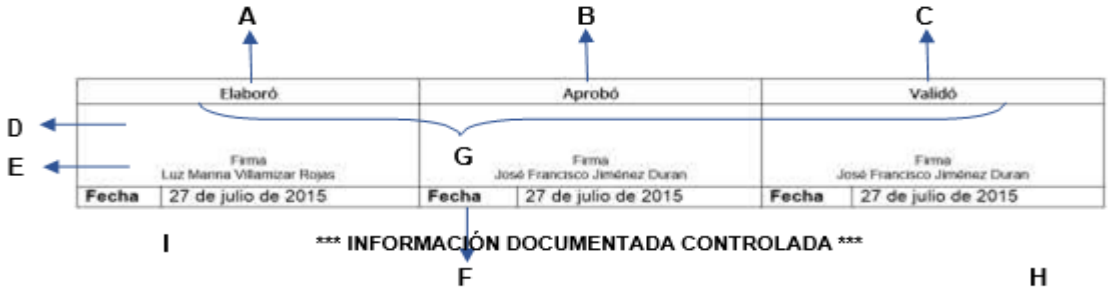
4.3	**Encabezado de Página:** Tabla en todas las páginas deldocumento que consta de: **A. Logotipo:** El logotipo de la Universidad de Pamplona al lado izquierdo. **B. Título:** Nombre del documento, estilo normal, fuente Arial 11, Mayúscula Inicial a excepción de los conectores, (del, la, el, los, etc.) centrado y con negrilla. **C. Código**: Identificación alfanumérica que se da a cada documento, y formato del Sistema Integrado de Gestión. **D. Codificación:** debe ir en mayúscula, centrado y sin negrilla, la"v" de versión va en minúscula. **E. Página**: Número que tiene cada página en el total del documento, por ejemplo: 2 de 13. **Las casillas Código y Página** deben ir en negrilla y alineadasa la izquierda.	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento

Descripción gráfica de los elementos, ejemplo:



4.4	**Pie de Página (para procedimientos, instructivos, guías, manuales, protocolos)**: solo se presenta en la primera página del documento y consta de: **A.** **Elaboró**: Identifica el nombre de la persona que elaboró el documento (máximo dos personas). **B.** **Aprobó:** Identifica el nombre de la persona que aprobó el documento (Líder del Proceso o director de oficina). **C.** **Validó**: Identifica el nombre del Administrador (a) del Sistema Integrado de Gestión. **D.** **Espacio**: Lugar donde se hace la firma del responsable, sobre la palabra firma. **E.** **Nombre Legible**: Debajo de la palabra firma debe digitarse el nombre de la persona responsable en cada casilla. **F.** **Fecha**: Identifica la fecha en que se realiza cada una de las tres actividades anteriores; se escribe en formato alfanumérico en el orden de día, mes y año. **G.** **Los títulos Elaboró, Aprobó y Validó**, tienen fuente Arial 8, negrilla y centrados en las casillas correspondientes. **H.** **La casilla firma y nombre** tienen como fuente Arial 6 sin negrilla y la fecha tiene fuente Arial 8 sin negrilla. **I.** El texto **información documentada controlada** e **información documentada no controlada** tiene como fuente Arial 8 en mayúscula, en negrilla, antecedida y precedida por 3 asteriscos. Las demás páginas sólo contienen el encabezado de página y el texto **información documentada controlada** o **información documentada no controlada** en el pie de página según sea el caso. **NOTA:** La Administración del SIG incluye el texto "información documentada controlada a información documentada no controlada" antes de cargar el archivo en el Centro Interactivo. La Tabla del numeral 4. Contenido debe elaborarse en la fuente y tamaño de letra Arial 8 y con un interlineado sencillo. Las demás condiciones de forma se asumen tal y como se han utilizado en el presente documento.	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento

Descripción gráfica de los elementos, ejemplo:



4.5	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD E INSERCIÓN DE IMÁGENES

1. Nombre de la actividad: se combinan las celdas B y C y se ingresa el texto en mayúscula sostenida con alineación a la izquierda.

A B C

Nº DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	

Nº DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	

2. Zona para Imagen: Se combinan las celdas A,B,C y luego se inserta la imagen así:

A B C

Nº DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	

3	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD
Zona para Insertar Imágenes	

4.6	**Logotipo en marca de agua:** Este numeral solo aplica para el Consultorio Jurídico y los Centros de Conciliación de Pamplona y Villa del Rosario.	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento

	Para insertar la imagen en marca de agua debe dirigirse a la pestaña Diseño de Página, clic en Marcas de Agua Personalizadas, clic en Marca de Agua de Imagen, clic en Seleccionar Imagen, clic en Insertar y clic en Aceptar.	
4.7	La **referencia de formatos** se realiza en la descripción de cada actividad, especificando en qué momento se deben utilizar como se muestra en el contenido del presente Procedimiento.	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento
4.8	**Historia de Modificaciones (para procedimientos, instructivos, guías, manuales, protocolos)**: tiene estilo de letra normal, fuente y tamaño Arial 11	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento
4.9	**Los formatos** solo deben llevar el encabezado de página según lo establecido en la **actividad 4.3** y son los únicos documentos que no llevan pie de página. El margen se establece de acuerdo a la necesidad de diseño del formato, el tipo de letra será Arial con un tamaño entre 6 y 11.	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento
5	**ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, MODIFICACIÓN O ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS Y FORMATOS**	
5.1	**Documentos Internos** Se realiza en reunión de grupo de mejoramiento de los procesos, con el fin de verificar su coherencia, pertinencia y cumplimiento de los requisitos definidos por el Sistema Integrado de Gestión. Una vez elaborado, actualizado o modificado el documento y/o formato, incluido la utilización de formatos externos a la institución, el Líder del Proceso revisa y aprueba. En caso de que haya correcciones, lo remite al funcionario responsable para su correspondiente adecuación; después de realizadas, el Líder verifica las modificaciones. Para la eliminación de documentos y/o formatos el grupo de mejoramiento expone las razones y deja la evidencia. **NOTA 1:** Los códigos de los documentos eliminados no pueden ser utilizados nuevamente**.** Envía oficialmente la solicitud mediante **FAC-08 "Acta de Reunión**" para la validación de los documentos y/o formatos a través del correo electrónico institucional a la Administración del Sistema Integrado de Gestión, adjuntando los soportes correspondientes **(**Documentos actualizados o modificados**)** **NOTA 2:** En todas las acciones descritas en la presente actividadel Proceso debe enviar a la Administración del SIG: - El **FAC-01 "Listado Maestro de Documentos Internos"** y el **FAC-03 "Listado Maestro de Formatos"** actualizados. - **La ficha de Caracterización** debe actualizarse cuando el objetivo del Proceso se modifique, se realicen cambios o incluya una nueva interacción con los demás Procesos, se modifiquen o integren nuevos criterios de seguimiento y control. - **FAJ-15 "Matriz de Requisitos Legales"** cuando se trate de una norma externa o interna previa aprobación del Proceso de Asesoría Jurídica, se procede según lo dispuesto en la guía **GAJ-03 "Diligenciamiento del FAJ-15 "Matriz de Requisitos Legales".**	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento
6	**VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**	
6.1	Recibe la documentación en medio digital (archivo Word y/o Excel) la revisa, si hay observaciones o correcciones informa oficialmente a través de correo electrónico institucional mediante **FGT-12 "Memorando"**, adjuntando la documentación para su respectiva corrección hasta tanto no quede depurado de forma definitiva.	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento

	Ajustada la documentación se envían nuevamente por correo electrónico a la Administración del SIG, quien verifica; si el documento no requiere ajustes adicionales informa y solicita al proceso la impresión, firma y entrega en medio físico para el posterior archivo en la Administración del SIG. Posteriormente recibe la documentación y elabora el acta de validación **FAC-08 "Acta de Reunión"** la cual se remite oficialmente por correo electrónico institucional al procesosolicitante mediante **FGT-12 "Memorando".** **NOTA:** Los documentos deben ser impresos en papel blanco, cara a cara teniendo en cuenta las indicaciones de lasactividades 4.1 – 4.8.	
7	**PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS**	
7.1	**NOTA 1:** Hasta tanto la Administración del SIG no reciba los documentos en medio físicos debidamente firmados, no serán validados ni publicados en el Centro Interactivo de la Universidad de Pamplona. Recibidos los documentos debidamente firmados procede a realizar el ingreso al Centro Interactivo de la documentación validada. **NOTA 2:** La responsabilidad de garantizar el conocimiento y aplicación de los documentos validados, corresponde a los Líderes de cada Proceso, quienes deben divulgarlo a sus colaboradores en reunión de grupo de mejoramiento e informar a los procesos con quienes interactúa mediante socializaciones u otros medios, antes de su implementación. **NOTA 3:** La documentación vigente es la que se encuentra publicada en el Centro Interactivo. **NOTA 4:** Solo se genera un documento en medio impreso el cual reposa en la Administración del SIG.	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento
8	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA CONTROLADA, NO CONTROLADA Y OBSOLETA**	
8.1	Los documentos originales vigentes y debidamente firmados son **información documentada controlada** y se encuentran en medio físico archivados en el Sistema Integrado de Gestión. Si un Proceso requiere una copia del documento original lo solicita oficialmente por correo electrónico mediante **FGT-12 "Memorando"** a la Administración del Sistema Integrado de Gestión, quien procede a escanear los documentos y a enviarlos por correo electrónico mediante **FGT-12 "Memorando"** al Proceso solicitante debidamente relacionados de acuerdo a la solicitud. **NOTA 1:** Toda información documentada digital o impresa a excepción de la original se considera información documentada no controlada. **NOTA 2:** Es responsabilidad del Líder de cada Proceso garantizar el uso y la disponibilidad de los documentos vigentes en los puntos de uso requeridos.	Líder de Proceso, Grupo de Mejoramiento
8.2	**Documentos Eliminados y Obsoletos** Conserva los documentos obsoletos como soporte para cualquier tipo de consulta y/o investigación. Una vez el documento es modificado o eliminado se extrae de la carpeta de documentos originales, se pone el sello de documento obsoleto y se archiva en la carpeta de obsoletos del Proceso correspondiente. Así mismo se procede a actualizar la documentación pertinente en el centro interactivo.	Administrador(a) del Sistema Integrado de Gestión
9	**CONTROL DE DOCUMENTOS, FORMATOS Y REGISTROS**	

9.1	**Criterios** Los criterios para el control de los documentos, formatos y registros generados por cada proceso (tanto los impresos como los almacenados en medio digital) se encuentran definidos en los Listados Maestros de Documentos y de Formatos.	Líder del Proceso, Equipos de trabajo y Administración del SIG
10	**ALMACENAMIENTO Y PROTECCION DE LOS REGISTROS**	
10.1	Los responsables del archivo de los registros en cada uno de los Procesos de la Universidad de Pamplona, deben asegurar el buen estado de los mismos, evitando el daño o deterioro por condiciones del medio en el sitio de archivo para su conservación, tal como evitar estar cerca a sitios húmedos, de plagas roedoras, polvo, luz solar, líquidos que se puedan verter sobre ellos, cualquier otra suciedad y radiaciones (este último en caso de registros en medio magnético). Los registros físicos deben ser almacenados en carpetas y legajos, debidamente identificados, clasificados y retenidos de acuerdo a las TRD del proceso. Las carpetas, CD´s, DVD, cintas o cualquier otro medio de almacenamiento de los registros físicos o magnéticos se identifican mediante el nombre de la dependencia el asunto y el año al que pertenecen según lo establecido en el Acuerdo 042 de Octubre 31 de 2002 "Por el cual se establecen los criterios para la organización de los Archivos de Gestión en las Entidades Públicas y las Privadas que cumplen funciones públicas, se regula el inventario único documental y se desarrollan los artículos 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000".	Líder del Proceso Grupo de Mejoramiento
10.2	**Accesibilidad de la información:** Realiza un análisis de la información que genera al interior y recibe de otros procesos de acuerdo a las necesidades y a la normatividad aplicable, define la información de acceso restringido dejando evidencia en **FAC-08 "Acta de Reunión"**, con el fin de asignar personal responsable para su manipulación. **Ejemplo:** En el caso de las historias clínicas médicas y psicológicas de acuerdo a la normatividad vigente, solo el médicoy el personal en psicología asignado tienen acceso a ellas respectivamente y deben estar estrictamente custodiadas para evitar el acceso por personal no autorizado.	Líder del Proceso Grupo de Mejoramiento
10.3	**Copias de seguridad:** Con el fin de salvaguardar la información generada por el proceso que se encuentra en medio digital, para evitar la pérdida en caso de fallas en su almacenamiento original,cada uno de los procesos **deben definir en sus procedimientosla metodología, lineamientos y herramientas necesarias** que determine utilizar para organizarlos por asuntos generándose así una copia de respaldo, actividad que deben realizar diaria, semanal, quincenal o mensualmente como mínimo. Para las copias de seguridad que se realicen, si es posible, se deben identificar con rótulos que contenga la siguiente información: nombre del proceso, asunto según contenido deinformación, fecha (día-mes-año), funcionario responsable. **NOTA**: Para el manejo de la información que se almacene en la Nube se debe tener especial cuidado de no compartirla en modo público.	Líder del Proceso Grupo de Mejoramiento
10.4	**Disposición Final de los Registros** Cuando el registro cumpla con el tiempo de retención según lo dispuesto en la Tabla de Retención Documental, procede a cumplir lo establecido en el **IGT-02 "Organización y Transferencia de Archivos".**	Rol Asignado para su Disposición

5. Documentos de Referencia

- NTC ISO 9000 vigente Sistema Integrado de Gestión. Fundamentos y Vocabulario.

- NTC ISO 9001 vigente Sistema Integrado de Gestión. Requisitos.
- Directiva Presidencial 04 de 2012 Eficiencia administrativa y lineamientos de la política del cero papel en la administración pública.
- Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
- Ley 962 de 2005 “Antitrámites”
- Ley 1174 del 2011 Estatuto Anticorrupción
- Ley 594 de 2000 Archivo General de la Nación.
- GAJ-03 “Diligenciamiento del FAJ-15 Matriz de Requisitos Legales”
- IGT-02 “Organización y Transferencias de Archivos”
- Acuerdo 042 de Octubre 31 de 2002 “Por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el inventario único documental

6. Historia de Modificaciones

Versión	Naturaleza del Cambio	Fecha de Aprobación	Fecha de Validación
00	Actualización del documento	14 de agosto de 2006	1 de septiembre de 2006
01	Actualización del documento	24 de octubre de 2006	27 de octubre de 2006
02	Actualización del documento	17 de octubre de 2007	25 de octubre de 2007
03	Actualización del documento	25 de enero de 2008	31 de enero de 2008
04	Actualización del documento	07 de abril 07 de 2008	10 de abril de 2008
05	Se realizaron cambios en todas las actividades del presente procedimiento según FAC-08 “Acta de Reunión” Nº 53	27 de octubre de 2008	11 de noviembre de 2008
06	Actualización del documento entodas las actividades según lo descrito en acta N° 010 del 22 deabril de 2010	23 de abril de 2010	30 de abril de 2010
07	Actualización de la documentación según lo establecido en el Acta de reunión Nº 009 del 12 abril de 2011	12 abril de 2011	15 de abril de 2011
08	Actualización de la documentación según lo establecido en el Acta de Reunión N°001 Enero de 2013	22 de enero de 2013	22 de enero de 2013

09	Actualización del documento acorde a lo definido en el FAC-08 “Acta de Reunión” N°004 del 29 de marzo de 2013	29 de marzo de 2013	29 de marzo de 2013
10	Actualización de la documentación acorde a lo establecido en el FAC-08 Acta de Reunión N° 012 del 28 de octubre de 2016	28 de octubre de 2016	1 de marzo de 2017
11	Actualización de la documentación acorde a lo establecido en el FAC-08 Acta de Reunión N° 005 del 25 de abril de 2018	25 de abril de 2018	27 de abril de 2018
12	Actualización de la documentación acorde a lo establecido en el FAC-08 Acta de Reunión N° 013 del 25 de noviembre de 2019	25 de noviembre de 2019	27 de noviembre de 2019
13	Actualización de la documentación mediante FAC-08 Acta de Reunión N° 010 del 25 de agosto de 2021	25 de agosto de 2021	25 de agosto de 2021

7. Anexos

Anexo 1. Caracteres para Codificación de Documentos

Caracteres B y C	Proceso
DE	**Direccionamiento Estratégico** Subprocesos: • DE.VA – Gestión Administrativa y Financiera • DE.PL – Planeación • DE.SG – Secretaria General • DE.CP – Comunicación y Prensa • DE.AT – Atención al Ciudadano y Transparencia
GA	**Gestión Académica** Subprocesos: • GA.GR – Granja Experimental Villa Marina • GA.UT – UETIC • GA.CC – Gestión, Servicios y Práctica Jurídica Académica

PI	**Gestión de la Investigación** Subproceso:
IS	**Gestión de Interacción Social** Subprocesos: • IS.VM – Sede Social Villa Marina • IS.RI – Relaciones Interinstitucionales • IS.EG – Apoyo al Egresado • IS.GP – Gestión Proyectos • IS.EC - Educación Continua
AC	**Administración del Sistema Integrado de Gestión**
CI	**Control Interno**
CD	**Control Interno Disciplinario**
BU	**Bienestar Universitario**
GH	**Gestión del Talento Humano**
AI	**Almacén e Inventarios**
PC	**Gestión Presupuestal y Contable**
PT	**Gestión de Pagaduría y Tesorería**
AJ	**Asesoría Jurídica**
GI	**Recursos Físicos y Apoyo Logístico**
LA	**Gestión de Laboratorios**
RB	**Recursos Bibliográficos**
GT	**Gestión Documental**
SE	**Construcción e Innovación de Software**

CT	**Gestión de Contratación**
CA	**Servicio de Asistencia en Tecnologías de Información**