

CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S	
UNIDAD ADMINISTRATIVA: Dirección Clínicas CODIGO DEPENDENCIA: 1.08.04.03.17				OFICINA PRODUCTORA: Laboratorio Clínico FECHA DE APROBACIÓN TRD: 14/09/2020		Codigo: SE.PC.E2.04 Versión Formato: 1 Versión TRD: 1										
1.08.04.03.17	100 130	<b>ACTAS</b> <b>Actas de Comité de Reactivovigilancia</b> Acto administrativo de conformación del comité GG.FC.08 Acta de reunión Listado de asistencia Reportes del programa nacional de reactivovigilancia	Prestación de Servicios	X X X X	.pdf .pdf .pdf .pdf		X			5	10	X				Finalizada la gestión del acta y reporte del programa de Reactivovigilancia, se conserva 5 años en el archivo de gestión y 10 años en el archivo central (backup - servidor) cumplido el tiempo de retención en el archivo central, se conservan de forma permanente debido a que desarrolla valores históricos teniendo en cuenta que debe adoptar y adaptar el Programa de Reactivovigilancia, atendiendo los lineamientos que para el efecto establezca el Invima, con el fin de gestionar toda la información necesaria para la investigación y análisis de aquellas situaciones que puedan constituirse en efectos indeseados, relacionados con el uso de los reactivos de diagnóstico in vitro. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del Área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup, permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. Norma: Resolución 2013038979 del 26 de Diciembre de 2013 "Por la cual se implementa el Programa Nacional de Reactivovigilancia"
1.08.04.03.17	100 135	<b>ACTAS</b> <b>Actas de Comité de Transfusión Sanguínea</b> Acto administrativo de conformación del comité Comunicación interna citación a comité GG.FC.08 Acta de reunión Listado de asistencia	Prestación de Servicios	X X X X	.pdf .msg .pdf .pdf		X			5	10	X				Finalizada la gestión del acta de Comité de Transfusión Sanguínea, se conserva 5 años en el archivo de gestión y 10 años en el archivo central (backup - servidor) cumplido el tiempo de retención en el archivo central, se conservan de forma permanente debido a que desarrolla valores históricos teniendo en cuenta que obra en cumplimiento de las funciones establecidas en el Art. 53 del Decreto 1571 de 1993. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del Área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup, permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. Norma: Decreto 1571 de 1993, Art. 51.Obligación de constitución del comité.
1.08.04.03.17	100 149	<b>ACTAS</b> <b>Actas de Reunión</b> GG.FC.08 Acta de reunión administrativa Listado de asistencia	Prestación de Servicios	X X	.pdf .pdf			X		2	3		X			Finalizada la gestión del acta administrativa se conserva 2 años en el archivo de gestión y 3 años en el archivo central (backup - servidor) cumplido el tiempo de retención en el archivo central, se procede a realizar su eliminación teniendo en cuenta que estas actas corresponden a temas de productividad y oportunidad, son útiles durante un periodo de tiempo y pierden su valor administrativo. El proceso de eliminación se realiza a través de la Jefatura de Seguridad de la Información, la Coordinación de Gestión Ambiental y la Coordinación de Gestión Documental, siguiendo los protocolos establecidos por la Caja.
1.08.04.03.17	100 154	<b>ACTAS</b> <b>Actas de Visita de Entes de Control</b> GG.FC.08 Acta de reunión Reportes de control de calidad externo Evaluación indirecta de calidad por el Laboratorio de Salud Pública - LSP Certificaciones de habilitación/acreditación	Prestación de Servicios	X X X X				X		2	3		X			Finalizada la gestión del acta, conservar 1 año en el archivo de gestión y 4 años en el archivo central. Cumplido el tiempo de retención en el archivo central, se procede a realizar su eliminación teniendo en cuenta que ha cumplido su trámite y perdido su valor administrativo. Actas generadas a partir de las visitas realizadas por los entes de control con el fin de verificar cumplimiento de la normatividad.
1.08.04.03.17	100 122	<b>ACTAS</b> <b>Actas de Comité de Infecciones y Bioseguridad</b> Acta de Conformación de Comités Convocatoria a Comité SA.QA.01.FR.01 Acto de implementación comité SA.QA.01.FR.02 Cronograma Comité Sede Acta de Comité de Infecciones y Bioseguridad Lista de asistencia	Salud	X X X	.pdf .msg .pdf .xlsx .pdf	X				5	15	X		X		Una vez finalizado el trámite del acta, custodiar 5 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central (servidor - backup) para conservar por 15 años, posteriormente se conserva permanente en su soporte original, desarrolla valor histórico debido a que contiene información sobre la promoción, coordinación, y evaluación de los procesos de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud. Se digitaliza a través de la Coordinación de Gestión Documental; siguiendo el protocolo de digitalización del AGN, para garantizar su reproducción con fines de consulta y preservación física. La información electrónica se debe alojar el repositorio asignado y se respalda con una copia backup, permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. Norma: Decreto 3518 de 2006, art. 37.

CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL					PROCEDIMIENTOS
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S		
UNIDAD ADMINISTRATIVA: Dirección Clínicas CODIGO DEPENDENCIA: 1.08.04.03.17				OFICINA PRODUCTORA: Laboratorio Clínico FECHA DE APROBACIÓN TRD: 14/09/2020		Codigo: SE.PC.E2.04 Versión Formato: 1 Versión TRD: 1											
1.08.04.03.17	300	<b>COMUNICACIONES INTERNAS</b> Memorandos internos	Prestación de Servicios	X	.docs, .msg			X		2	0			X			Finalizada la gestión y trámite del memorando se conserva 2 años en el archivo de gestión. Cumplido el tiempo de retención en el archivo de gestión, se procede a realizar su eliminación teniendo en cuenta que ya ha cumplido su trámite y perdido su valor administrativo. Esta serie corresponde al consecutivo de memorandos internos manejados por el área, no hacen parte de los asuntos o temas reflejados en esta tabla de retención documental. El proceso de eliminación se realiza a través de la Jefatura de Seguridad de la Información, la Coordinación de Gestión Ambiental y la Coordinación de Gestión Documental, siguiendo los protocolos establecidos por la Caja.
1.08.04.03.17	600 601	<b>CONSECUTIVOS DE COMUNICACIONES OFICIALES</b> <b>Consecutivos de Comunicaciones Oficiales Enviadas</b> Memorando de envío de muestras de enfermedades de interés en salud pública al Laboratorio de Salud Pública (LSP) con los respectivos radicados de recepción de las muestras Reporte de resultados emitidos por el Laboratorio de Salud Pública - LSP Memorando de envío de estadísticas, reportes o informes solicitados por el Laboratorio de Salud Pública - LSP con el respectivo radicado Memorando de envío de inventario tecnológico a SDS	Prestación de Servicios	X	.docs		X			2	8			X			Finalizada la gestión, custodiar 2 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central para conservar por 8 años, posteriormente, se procede a realizar su eliminación por perder valor administrativo para las actividades de la Caja. Esta serie corresponde a la copia de las comunicaciones oficiales recibidas que conforman un registro consecutivo en razón del número de radicación. El proceso de eliminación se realiza acorde con los lineamientos de la Caja y se efectúa a través de la Coordinación de Gestión Ambiental y la Coordinación de Gestión Documental. Norma: Artículo 11, Acuerdo 060 de 2001.
1.08.04.03.17	1000 1005	<b>ESTUDIOS</b> <b>Estudios de Muestras Patológicas</b> Estudio de muestras patológicas Muestras malignas Muestras de bloques de parafina Bloques de parafina de fallecidos o necropsia Muestras negativas Etiquetas para identificación de frascos Muestras de necropsia Muestras en láminas de citología cervico uterinas Muestras en láminas histológicas Muestras citológicas de líquidos corporales y asperativas Laminas citológicas SA.DX.05.FR.02 Remisión de Muestras de Citología Cervico Uterino SA.DX.05.FR.01 Formato Detección Temprana Cáncer Cuello Uterino Libro de registro y control de muestras negativas y positivas coprología	Prestación de Servicios	X			X			5	10					X	Las muestras (láminas y bloques de parafina) se consideran soporte de la historia clínica por tanto tendrán el mismo tiempo de retención, el resultado de dichos estudios se cargarán en el aplicativo designado y se remitirá al área correspondiente de la custodia de la Historia Clínica, la cual debe contener los documentos producidos por el prestador de salud durante la atención a sus pacientes, en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. El tiempo de conservación será contado a partir de la fecha de la última atención. Se conserva 5 años en el archivo de gestión y 10 años en el archivo central. Cumplido el tiempo de retención en el archivo central, se procede a realizar proceso de selección, dado su alto volumen documental se sugiere una selección cualitativa intrínseca que permita identificar y comprender aspectos socioeconómicos, culturales y demográficos de grupos sociales; que evidencien la implementación de Programas de Salud Pública que se hayan llevado a cabo en la Caja, la documentación restante se elimina. El proceso de eliminación se realiza a través de la Jefatura de Seguridad de la Información, la Coordinación de Gestión Ambiental y la Coordinación de Gestión Documental, siguiendo los protocolos establecidos por la Caja. Norma: Artículo 3 de la Resolución No.839 del 23 de marzo del 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.
1.08.04.03.17	1800 1806	<b>INFORMES</b> <b>Informes de Gestión</b> Informe de gestión SA.FC.48 Informe de incidentes de laboratorio clínico	Prestación de Servicios	X	.pptx, .xlsx, One drive .pptx, .xlsx, One drive			X		2	3			X			Finalizada la gestión y presentación del informe se conserva 2 años en el archivo de gestión y 3 años en el archivo central. Cumplido el tiempo de retención en el archivo central, se procede a realizar su eliminación teniendo en cuenta que ya ha cumplido su trámite y perdido su valor administrativo. Informe que refleja la gestión realizada por el área en un periodo determinado. El proceso de eliminación se realiza a través de la Jefatura de Seguridad de la Información, la Coordinación de Gestión Ambiental y la Coordinación de Gestión Documental, siguiendo los protocolos establecidos por la Caja.

CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS	
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S		
1.08.04.03.17	1800 1807			<b>INFORMES</b> <b>Informes de Gestión de Indicadores</b> Indicador de cumplimiento Indicador de oportunidad Indicador de oportunidad en el procesamiento de exámenes de rutina Indicador proporción de analitos que cumplen el estandar internacional impresion - coeficiente de variación (cv) Indicador porcentaje de cumplimiento en índice de baciloscopias Indicador porcentaje de urocultivos contaminadas Indicador de porcentaje de cv del datamanager Indicador de neveras de transporte Indicador desempeño de qc de variables cualitativas (proveedor proasecal) Indicador de oportunidad de patología y citología Indicador de control de calidad interno en lectura de patología Indicador de concordancia de control de calidad externo de patología y citología	Prestación de Servicios		.one drive .ppt, .xlsx, Isolución .one drive .ppt, .ppt, .xlsx, Isolución .one drive .xlsx, .one drive .xlsx, .one drive .xlsx, .one drive .xlsx, .one drive .xlsx, .one drive .xlsx, .one drive .xlsx, .one drive .xlsx, .xlsx .xlsx .xlsx		X				2	8			X
1.08.04.03.17	1900 1907	<b>INSTRUMENTOS DE CONTROL</b> <b>Instrumentos de Control de Calidad Externos</b> SA.DX.03.FR.38 Matriz desempeño cualitativo-programas procesal  SA.DX.03.FR.43 Matriz para análisis desempeño de evaluación externa y concordancia Colegio Americano de Patólogos SA.DX.03.FR.18 Matriz bitácora control de calidad externo-seguimiento a resultado de analitos de control externo de la red de laboratorios clínicos SA.DX.03.DS.29 Programación QC externo - cualitativos  SA.DX.03.DS.28 Programación de RIQAS de la red de laboratorios clínicos  Reporte de análisis de desempeño de QC externo de las diferentes secciones del laboratorio clínico Resultados QC externos de los diferentes programas RIQAS  Certificados de finalización de ciclo RIQAS	Prestación de Servicios		.docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución .docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución .docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución .docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución .docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución .docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución .docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución .docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución .docs, .pdf .xlsx, One Drive Isolución			X			2	8		X			Una vez diligenciado el reporte del control externo correspondiente, custodiar 2 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central para conservar por 8 años, posteriormente, se procede a realizar su eliminación teniendo en cuenta que ya ha cumplido su trámite y ha perdido su valor administrativo. En esta serie se registran los controles para la prestación de los servicios de salud de la Caja, con el fin de minimizar los posibles riesgos que se puedan presentar durante la ejecución de las labores con las características de calidad y oportunidad. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. El proceso de eliminación se realiza acorde con los lineamientos de la Caja y se efectúa a través de la Coordinación de Gestión Ambiental, la Coordinación de Gestión Documental y la Jefatura de seguridad de la información.

CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS	
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S		
UNIDAD ADMINISTRATIVA: Dirección Clínicas CODIGO DEPENDENCIA: 1.08.04.03.17				OFICINA PRODUCTORA: Laboratorio Clínico FECHA DE APROBACIÓN TRD: 14/09/2020		Codigo: SE.PC.E2.04 Versión Formato: 1 Versión TRD: 1											
1.08.04.03.17	1900 1908	<b>INSTRUMENTOS DE CONTROL</b> Instrumentos de Control de Calidad Interlaboratorios  SA.DX.03.IN.47 Control de calidad interlaboratorio  SA.DX.03.DS.16 Cronograma interlaboratorio - pruebas rápidas  SA.DX.03.FR.36 Formato entrega de muestras interlaboratorios  SA.DX.03.FR.35 Formato de resultados pruebas interlaboratorios  SA.DX.03.FR.37 Informe consolidación de resultados de la red de laboratorios de Colsubsidio	Prestación de Servicios		.docs, .pdf .xlsx one drive isolución			X		2	8			X			Una vez presentado el informe de interlaboratorios, custodiar 2 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central para conservar por 8 años, posteriormente, se procede a realizar su eliminación teniendo en cuenta que ya ha cumplido su trámite y ha perdido su valor administrativo. Con estos controles de interlaboratorio se obtiene información sobre los métodos aplicados por otros participantes, nuevas metodologías, uso de nuevos materiales de referencia, y sobre comparación de métodos disponibles en el mercado. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. El proceso de eliminación se realiza acorde con los lineamientos de la Caja y se efectúa a través de la Coordinación de Gestión Ambiental, la Coordinación de Gestión Documental y la Jefatura de seguridad de la información.
1.08.04.03.17	1900 1909	<b>INSTRUMENTOS DE CONTROL</b> Instrumentos de Control de Calidad Internos SA.DX.03.DS.09 Listado de controles internos SA.DX.03.DS.21 Listado de reactivos por prueba SA.DX.03.DS.19 Listado equipos analizadores red Colsubsidio SA.DX.03.FR.17 Matriz bitácora de control interno de analitos SA.DX.03.FR.40 Matriz bitácora de calibración de analitos SA.DX.03.DS.25 Listado calibradores Resultados de Interlaboratorios de control de calidad interno de equipo Liaison Control coloración gota gruesa Control colorantes hematología (planilla filtrado y cambio de colorantes) Control de calidad serofuga Control reproducibilidad vsg Control eliminación de desechos de colorantes, revisión semanal Formatos de control interno: antisueros, células, avidéz-potenciador, reactividad, liss, solución salina Planilla Control filtrado y cambio de reactivos de microbiología Registro de control agitador de mazini Registro de control de colorantes Registro de control diarios serologías, pruebas rápidas, troponinas y dimero Registro de control medios de cultivos SA.DX.03.FR.22 Matriz control interno mapas operacionales de las diferentes áreas del laboratorio clínico SA.DX.03.FR.26 Formato control de calidad centrifugación muestras de coagulación	Prestación de Servicios	X	.docs, .pdf .xlsx, One Drive isolución			X		2	8			X			Una vez realizados los controles internos y diligenciados los soportes, custodiar 2 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central para conservar por 8 años, posteriormente, se procede a realizar su eliminación teniendo en cuenta que ya ha cumplido su trámite y ha perdido su valor administrativo. En esta serie se registran los controles para la prestación de los servicios de salud de la Caja, con el fin de minimizar los posibles riesgos que se puedan presentar durante la ejecución de las labores con las características de calidad y oportunidad. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. El proceso de eliminación se realiza acorde con los lineamientos de la Caja y se efectúa a través de la Coordinación de Gestión Ambiental, la Coordinación de Gestión Documental y la Jefatura de seguridad de la información.

CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL					PROCEDIMIENTOS
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S		
1.08.04.03.17	1900 1912			<b>INSTRUMENTOS DE CONTROL</b> <b>Instrumentos de Control de diligenciamiento Consentimientos Informados</b> SA.DX.03.FR.01 Consentimiento informado para la prueba de tolerancia a la glucosa SA.DX.03.FR.03 Aceptación de Consentimiento para Venopunción en pacientes ambulatorios (Libros, minutas y planillas) SA.DX.03.FR.05 Consentimiento Informado para la obtención de sangre para VIH en el laboratorio SA.DX.03.FR.06 Consentimiento informado para la obtención de muestra de flujo vaginal SA.DX.03.FR.07 Consentimiento informado para la investigación de sustancias psicoactivas en el laboratorio clínico SA.DX.03.FR.08 Consentimiento informado para iontoforesis por pilorcarpina en el laboratorio SA.PP.06.FR.01 Asesoría y Consentimiento Informado Prueba VIH SA.PP.03.FR.01 Consentimiento Informado Citología Cervicouterina SA.DX.09.FR.05 Consentimiento Informado para toma de muestras sanguíneas.  Autorización/ consentimiento para necropsia Consentimiento informado carga de glucosa Consentimiento informado de procedimientos médicos (curaciones) Consentimiento informado flujos vaginales adulto Consentimiento informado prueba toxicología	Prestación de Servicios	X	.pdf, Isolución		X			5	10				
1.08.04.03.17	1900 1915	<b>INSTRUMENTOS DE CONTROL</b> <b>Instrumentos de Control de Envíos de Muestras Laboratorios Clínicos y Entrega de Resultados</b> SA.FC.17 Orden de solicitud de Laboratorio Clínico Listado de remisión de muestras a Laboratorios externos emitido por el sistema HIS ISIS SA.DX.03.FR.09 Ficha Envío de Muestras Para Búsqueda de Sustancias Psicoactivas  SA.DX.03.FR.10 Planilla para Envío de Muestras al Laboratorio Clínico SA.DX.03.FR.11 Memorando Remisión de Muestras a Laboratorios Externos SA.DX.03.FR.12 Planilla Remisión de Muestras a Laboratorios Externos SA.DX.03.FR.32 Memorando remisión de muestras para COVID 19 SA.FC.49 Remisión de Pacientes a Laboratorios Externos Copia de resultados manuales por no haber tenido ingreso al sistema de información (fallas en el procedimiento de ingreso, fallas del sistema...) Resultados con gráficos procedentes de laboratorios externos /resultados manuales  Resultado de pruebas que no se transmiten Resultado manual de citología SA.DX.04.FR.02 Planilla para envío de muestras de patología SA.DX.04.FR.03 Planilla control envío de muestras rechazadas. SA.DX.04.FR.04 Planilla control de envío y recepción de neveras SA.DX.04.FR.01 Memorando devolución especímenes patología SA.DX.04.FR.12 Formato de control de entrega de material de patología a pacientes  SA.DX.04.FR.13 Formato de control de entrega de resultados de patología a pacientes SA.DX.04.FR.15 Planilla registro de llamadas de pacientes - patología SA.DX.04.FR.14 Formato de solicitud de material de patología	Prestación de Servicios	X	HIS ISIS		X			5	10		X			Luego del envío de las muestras al laboratorio correspondiente y finalizada la entrega de los resultados al paciente, custodiar 5 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central (servidor - backup) para conservar por 10 años, cumplido el tiempo en el archivo central realizar proceso de eliminación. Este control permite verificar las muestras que serán remitidas desde los Laboratorios Clínicos de la Red, junto con el listado de remisión de muestras a Laboratorios Externos emitido por el sistema HIS ISIS. Una vez se han recibido los resultados de los exámenes en los Laboratorios de la Red, se enviarán a la respectiva Unidad de Toma de Muestras (UTM) en donde el paciente haya sido atendido, para que sean archivados y estén disponibles para entregar en original cuando éste se presente a reclamarlos. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del Área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. El proceso de eliminación se realiza a través de la Jefatura de Seguridad de la Información, la Coordinación de Gestión Ambiental y la Coordinación de Gestión Documental, siguiendo los protocolos establecidos por la Caja.	

CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS	
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S		
UNIDAD ADMINISTRATIVA: Dirección Clínicas CODIGO DEPENDENCIA: 1.08.04.03.17				OFICINA PRODUCTORA: Laboratorio Clínico FECHA DE APROBACIÓN TRD: 14/09/2020		Codigo: SE.PC.E2.04 Versión Formato: 1 Versión TRD: 1											
1.08.04.03.17	1900 1931	<b>INSTRUMENTOS DE CONTROL</b> <b>Instrumentos de Control del Transporte de Muestras</b> SA.DX.03.FR.04 Planilla control de llamadas para transporte de muestras SA.DX.04.DS.01 Horarios traslado de muestras de patología SA.DX.04.FR.03 Planilla control envío de muestras rechazadas SA.DX.05.DS.01 Horarios traslado de muestras citología SA.DX.03.DS.01 Horarios traslado de muestras laboratorio clínico SA.DX.03.DS.02 Condiciones de conservación y envío de muestras a dinámica IPS  SA.DX.03.DS.03 Condiciones de conservación y envío de muestras al laboratorio H&H Registro de control de temperatura SA.DX.09.FR.03 Dinámica control de temperatura y humedad relativa	Prestación de Servicios	X	.xlsx .xlsx .xlsx .xlsx .xlsx .xlsx, .pdf		X				2	8		X			Luego de diligenciados los controles respectivos para el transporte de las muestras al laboratorio correspondiente, custodiar 2 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central (servidor - backup) para conservar por 8 años, cumplido el tiempo en el archivo central realizar proceso de eliminación. Las muestras deberán ser separadas y conservadas para su transporte, siguiendo rigurosamente las instrucciones del laboratorio al que se remite, adjuntando la información adicional que sea requerida por la institución de referencia, a fin de garantizar que el proceso se desarrolle en forma correcta y oportuna. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del Área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. El proceso de eliminación se realiza a través de la Jefatura de Seguridad de la Información, la Coordinación de Gestión Ambiental y la Coordinación de Gestión Documental, siguiendo los protocolos establecidos por la Caja.
1.08.04.03.17	2300 2301	<b>MANUALES</b> <b>Manuales de Procesos y Procedimientos</b> Manual de procesos y procedimientos Procedimientos de laboratorio clínico Normas internas Proformas Instructivos Formatos Protocolos Guías de prácticas clínicas - GPC	Prestación de Servicios		.docs,.pdf, .xlsx .docs,.pdf, Isolución .docs,.pdf, Isolución .docs,.pdf, Isolución .docs,.pdf, Isolución .docs,.pdf, Isolución .docs,.pdf, Isolución		X				1	9	X				Custodiar en el archivo de gestión durante la vigencia del documento, una vez actualizado, custodiar 1 año en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central por 9 años (servidor - backup). Cumplido el tiempo de retención en archivo central se conserva totalmente, ya que estos documentos permiten evidenciar la evolución del sistema de gestión de calidad y reglamentan la operación de la Caja. La información electrónica se conserva en la plataforma Isolución, se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. Norma: Circular Externa 003 de 2015. Archivo General de la Nación.
1.08.04.03.17	2600 2603	<b>ÓRDENES</b> <b>Órdenes Médicas</b> Órdenes Médicas	Prestación de Servicios	X	SAP	X					1	0		X			Custodiar en el archivo de gestión 1 año las órdenes médicas físicas. La información electrónica hace parte de la historia clínica y se encuentra almacenada en los sistemas de información que la Caja define. El proceso de eliminación documental se realiza acorde con los lineamientos de la Caja y se efectúa a través de la Coordinación de Gestión Ambiental, la Coordinación de Gestión Documental y la Jefatura de Seguridad de la información.
1.08.04.03.17	2700 2705	<b>PLANES</b> <b>Planes de Contingencia de Fallas en Sistema</b> A.DX.03.PR.18 Reporte de valores críticos en el laboratorio SA.DX.03.FR.45 Formato de notificación de resultados críticos en el laboratorio  SA.DX.03.PR.03 Plan de contingencia para ingreso de pacientes al laboratorio durante fallas masivas del sistema SA.DX.03.FR.02 Planilla para ingreso manual de pacientes al laboratorio SA.DX.03.FR.01 Pacientes por sede y numeración asignada durante plan de contingencia del sistema laboratorio clínico  Resultados de contingencia	Prestación de Servicios		.xlsx .xlsx .docs,.pdf, Isolución .xlsx .xlsx			X			1	9	X				Una vez actualizado el plan de contingencia de fallas en el sistema, custodiar 1 año en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central por 9 años (servidor - backup). Cumplido el tiempo de retención en archivo central se conserva totalmente, ya que estos documentos son parte de una estrategia que se compone de una serie de procedimientos que facilitan una solución alternativa, que permite restituir rápidamente el funcionamiento de los servicios críticos del laboratorio en caso de una eventualidad que lo afecte de forma parcial o total. La información electrónica se conserva en la plataforma Isolución, se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas.

CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS		
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S			
UNIDAD ADMINISTRATIVA: Dirección Clínicas CODIGO DEPENDENCIA: 1.08.04.03.17				OFICINA PRODUCTORA: Laboratorio Clínico FECHA DE APROBACIÓN TRD: 14/09/2020		Codigo: SE.PC.E2.04 Versión Formato: 1 Versión TRD: 1												
1.08.04.03.17	2700 2709	<b>PLANES</b> <b>Planes de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud</b> SA.AD.10.PR.01 Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades - PGIRASA - CID Lineamientos ambientales PGIRASA Bitácora de control y seguimiento Acto administrativo de conformación del comité GG.FC.08 Acta de reunión Listado de asistencia Consolidado diarios de residuos no peligrosos y peligrosos RH1 Manifiestos de gestores externos Actas de disposición final Ruta sanitaria Indicadores de gestión ambiental Auditoría de gestores externos Estudio de vertimientos Listas de chequeo Actas de capacitaciones	Prestación de Servicios	X	.pdf,One Drive		X				5	10	X					Culminada la ejecución anual del plan de Gestión Integral de Residuos, se conserva 5 años en el archivo de gestión y 10 años en el archivo central (backup - servidor) cumplido el tiempo de retención en el archivo central, se conservan de forma permanente debido a que desarrolla valores históricos teniendo en cuenta que su objetivo es efectuar el seguimiento de los Planes que hacen parte del PGIRS, en caso de algún cambio enseñar las recomendaciones que sean necesarias, ser instancia de sugerencias y acuerdo; en debates de decisiones enmarcadas en la actualización del Plan. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del Área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup, permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas.
1.08.04.03.17	3000 3032	<b>PROGRAMAS</b> <b>Programas de capacitación Interna</b> Actas de capacitaciones Listado de asistencia Cronograma Evaluación		X	.pdf,One Drive,.xlsx,Forms, Teams, Share Point			X			1	0		X				Custodiar en el archivo de gestión 1 año los programas de capacitación interna, posteriormente se procede a realizar su eliminación dado que pierde valor administrativo. El proceso de eliminación documental se realiza acorde con los lineamientos de la Caja y se efectúa a través de la Coordinación de Gestión Ambiental, la Coordinación de Gestión Documental y la Jefatura de Seguridad de la información.
1.08.04.03.17	3000 3009	<b>PROGRAMAS</b> <b>Programas de Evaluación Externa Indirecta del Desempeño en Eventos de Salud Pública</b> Programa de evaluación externa indirecta del desempeño en eventos de salud pública SA.DX.03.DS.32 Cronograma programas de evaluación externa indirecta del desempeño salud pública SA.DX.03.FR.33 Matriz de desempeño SDS Inmunoquímica - (Evaluaciones infecciosas) SA.DX.03.FR.34 Matriz para el análisis del desempeño de la evaluación externa y concordancia sífilis secretaria de salud Bogotá y Cundinamarca SA.DX.03.FR.46 Matriz para el análisis del desempeño de la evaluación externa y concordancia sífilis SDS Informe de resultados control de calidad indirectos enviados por la secretaria de salud de Bogota	Prestación de Servicios		.pdf isolucion one drive .pdf isolucion one drive .pdf isolucion one drive .pdf isolucion one drive .pdf isolucion one drive			X			2	8	X					Una vez actualizado el programa, custodiar 2 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central para conservar por 8 años, cumplido el tiempo de retención en archivo central se conserva totalmente, ya que estos programas sirven para promover el fortalecimiento técnico de la calidad de los laboratorios, generando confiabilidad de los datos emitidos como apoyo a la vigilancia por el laboratorio en eventos de interés en salud pública. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas.
1.08.04.03.17	3000 3025	<b>PROGRAMAS</b> <b>Programas Institucionales de Reactivovigilancia</b> Programa institucionales de reactivovigilancia Reportes del programa nacional de reactivovigilancia Indicadores Certificados asistencia capacitación SDS Notas evaluaciones capacitaciones Boletines de seguridad de proveedores Cronograma revisión alertas Inventario tecnológico Equipos y pruebas de cada sede Reportes periódicos Invima Soportes radicados SDS	Prestación de Servicios	X	.pdf .pdf .xlsx .pdf .xlsx .docs .xlsx .xlsx .xlsx .msg .docs			X			2	8	X					Una vez actualizado el programa, custodiar 2 años en el Archivo de Gestión, luego transferir al Archivo Central para conservar por 8 años, cumplido el tiempo de retención en archivo central se conserva totalmente, ya que estos programas sirven para promover el fortalecimiento técnico de la calidad de los laboratorios, generando confiabilidad de los datos emitidos como apoyo a la vigilancia por el laboratorio en eventos de interés en salud pública. La información electrónica se debe alojar en la carpeta compartida del área, identificada con estructura lógica a nivel de carpeta y sub carpeta según la serie y subserie documental. La carpeta compartida se respalda con una copia backup permitiendo su preservación y recuperación para futuras consultas. Norma: Resolución 2013038979 de 26 de Dic 2013 "Por la cual se implementa el Programa Nacional de Reactivovigilancia."

CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS		
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S			
1.08.04.03.17	3000 3028			<b>PROGRAMAS</b> <b>Programas Pruebas de Diagnóstico en el Punto de Atención al Paciente (Point-of-Care Testing - POCT)</b>  Programa pruebas de diagnóstico en el punto de atención al paciente (Point-of-Care Testing - POCT) SA.DX.03.FR.30 Formato cronograma, resultados POCT CID – unidad toma de muestra SA.DX.03.FR.16 Planilla de verificación de condiciones de almacenamiento pruebas - POCT SA.DX.03.FR.13 Planilla de calificación de pruebas de laboratorio - POCT  SA.DX.03.FR.14 Planilla de resultados de prueba rápida de treponema para gestantes  SA.DX.03.FR.15 Planilla de resultados de prueba rápida de VIH para gestantes  SA.DX.03.FR.19 Matriz registro de datos controles COAGUCHEK  SA.DX.03.FR.20 Matriz base control interno Coaguhech mapa operacional  SA.DX.03.FR.19 Matriz registro de datos controles COAGUCHEK  SA.DX.03.FR.20 Matriz base control interno COAGUCHEK MOP  SA.DX.03.FR.22 Matriz control interno POCT MOP  SA.DX.03.FR.27 Matriz registro de resultados de control de calidad de los glucómetros SA.DX.03.FR.29 Matriz consolidado para el análisis del comportamiento de los glucómetros de la red ambulatoria y clínicas de la red SA.DX.03.FR.21 Matriz base control interno troponina MOP  Informe de resultados QC externo Pruebas Pocrtol  SA.DX.03.PT.04 Protocolo verificación secundaria para pruebas - POCT  SA.DX.03.PT.03 Protocolo de validación secundaria/verificación para pruebas en el laboratorio clínico SA.DX.03.DS.22 Listado de criterios de aceptación verificación de pruebas	Prestación de Servicios					X			2	8	X			



CÓDIGO		SERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	PROCESO	SOPORTE O FORMATO		NIVEL DE SEGURIDAD				TIEMPO DE RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS
NE	S/Ss.			DF	DE	CO	PR	UI	PU	AG	AC	CT	E	M	S	
1.08.04.03.17	3400 3403			<b>REGISTROS</b> <b>Registros de Control Prestación Servicios de Salud</b> Graficas de control de calidad Listas de chequeo gestión ambiental Registro de control de temperatura Registro de temperatura y humedad ambiental Ficha rat Kardez y trazabilidad de reactivos Matriz para análisis desempeño evaluación externa e interna Pruebas pretansfusionales Registro diario de mantenimiento Registro diario de muestras procesadas Registros de transfusión Registros Formatos secretaria de salud Stock de hemocomponentes Registro verificación alarmas audibles congelador y nevera Registro verificación de calidad rotador de plaquetas Registro de limpieza equipos biomédicos Registro de limpieza microscopio Registro de limpieza centrifugas Registro de limpieza refrigeradores y congeladores Registro de limpieza incubadoras Registro de limpieza autoclave Registro de limpieza cabina bioseguridad Registro de limpieza horno de secado Registro de limpieza baño seco Registro revisión Moss Registro de limpieza carro de transporte de muestras Registro de limpieza de superficies Registro verificación cilindro CO2 Registro seguimiento reporte VIH	<b>Prestación de Servicios,</b> <b>Registros de temperatura ambiental, de limpieza y desinfección</b>	X			X			2	8		X	
1.08.04.03.17	3400 3420	<b>REGISTROS</b> <b>Registros de Trabajo Servicio de Laboratorio</b> Planilla de trabajo de patólogo Planilla de trabajo de histotecnistas Planilla registro de resultados de IFI Planillas o libros de entrega de turno Libro de registro y control diario de pacientes (muestras de los servicios) Libro de Registro y Control Diario Entrega de Muestras (ingreso) Libro de Registro Remisiones Archivadas Registro cambio PILA Lonchera y Transporte Registro manual resultados Laboratorio (contigencia caída sistema) Planilla toma de muestra pacientes domiciliarios Listas de chequeo entrega EPP Bioseguridad Remisión laboratorios externos Lista de chequeo toma muestra hemocultivo urocultivo y secreciones	<b>Prestación de Servicios</b>	X	.xlsx		X			1	1		X		Una vez actualizado el registro, custodiar 1 año en el archivo de gestión, luego transferir al archivo central (servidor backup), para conservar por 1 año, posteriormente, se procede a realizar su eliminación dado que pierde valor administrativo. Corresponde al registro de las labores realizadas durante un periodo determinado. El proceso de eliminación se realiza acorde con los lineamientos de la Caja y se efectúa a través de la Coordinación de Gestión Ambiental, la Coordinación de Gestión Documental y la Jefatura de Seguridad de la información.	
REVISADO POR: Yohana Velasco - Angela Fajardo - María Jimena Mantilla CARGO: Laboratorio Clínico APROBADO COORDINACIÓN GESTIÓN DOCUMENTAL: APROBADO SECRETARIO GENERAL COMITÉ DE GESTIÓN DOCUMENTAL:																
CONVENCIONES																
CÓDIGO	SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	SOPORTE O FORMATO	NIVEL DE SEGURIDAD	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	DISPOSICIÓN FINAL										
NE - Nivel Estructural	S - Serie Ss - Subserie	SERIES Subseries Tipologías Documentales	DE - Documento Físico DE - Documento Electrónico	CO - Condencial PR - Privado UI - Uso Interno PU - Público	AG - Archivo de Gestión AC - Archivo Central	CT - Conservación E - Eliminación M - Microfilmación o Medio Técnico S - Selección	Instrucciones de la administración de la serie o subserie documental									

ENTIDAD PRODUCTORA: Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio

OFICINA PRODUCTORA: Laboratorio Clínico

N°	Descripción del Cambio	Fecha del Cambio			Quien Aprueba el Cambio Proceso o Área	Versión Anterior
		DD	MM	AAAA		
1	Elaboración TRD					N/A
2	Se agrega la tipología documental <b>Libro de Registro y Control Muestras Negativas y Positivas Coprología</b> . A la <b>Subserie Documental 1005 Estudio de Muestras Patológicas</b> . Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 8/03/2022 en la Clínica Roma.	8	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
3	Se modifica el nombre de la tipología documental <b>SA.DX.03.FR.03 Aceptación de Consentimiento para Venopunción en pacientes ambulatorios</b> y se agregan el tipo de formatos en el que se registra esta información: <b>libros, minutas y planillas</b> . Para la <b>Subserie 1912 Instrumentos de Control de diligenciamiento Consentimientos Informados</b> Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 8/03/2022 en la Clínica Roma.	8	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
4	Se modifica el nombre de la tipología documental <b>Matriz para análisis desempeño evaluación externa</b> y se agrega la misma información para los procesos <b>Internos</b> , para la <b>Subserie 3403 Registros de Control Prestación Servicios de Salud</b> Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta la información en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 8/03/2022 en la Clínica Roma.	8	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	

5	Se agrega la tipología documental <b>Resultados de Contingencia</b> . A la Subserie Documental <b>2705 Planes de Contingencia de Fallas en el Sistema</b> . Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	9	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
6	Se agrega Subserie Documental <b>2603 Órdenes Médicas</b> a la Subserie Documental <b>2600 Órdenes</b> . Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	16	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
7	Se agregan las tipologías documentales: <b>Libro de registro y control diario de pacientes (muestras de los servicios)</b> . <b>Libro de Registro y Control Diario Entrega de Muestras (ingreso)</b> a la <b>Subserie 3420 Registros de Trabajo Servicio de Laboratorio</b> . Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	16	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
8	Se agregan las tipologías documentales: <b>Planilla toma de muestra pacientes domiciliarios</b> a la <b>SubSerie 3420 Registros de Trabajo Servicio de Laboratorio</b> . Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	16	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
9	Se agregan las tipologías documentales: <b>Listas de chequeo entrega EPP Bioseguridad</b> a la <b>SubSerie 3420 Registros de Trabajo Servicio de Laboratorio</b> . Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	16	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	

10	Se agregan las tipologías documentales: <b>Remisión laboratorios externos</b> a la <b>SubSerie 3420 Registros de Trabajo Servicio de Laboratorio</b> . Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	16	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
11	Se agregan las tipologías documentales: <b>Lista de chequeo toma muestra hemocultivo urocultivo y secreciones</b> a la <b>SubSerie 3420 Registros de Trabajo Servicio de Laboratorio</b> . Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	16	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
12	Se agrega la <b>SubSerie documental 3032 Programas de capacitación Interna</b> a la <b>Serie 3000 Programas</b> Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	16	3	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
13	Se agrega la <b>Subserie documental 122 Actas de Comité de Infecciones y Bioseguridad</b> Lo anterior debido a que no se tuvo en cuenta el documento en el primer levantamiento de información y este se identifico en la brigada de Gestión Documental realizada el día 9/03/2022 en la Clínica Roma.	20	4	2022	Yenny Angelica Durán-Lider funcional Laboratorio Clinico Roma	
14						
15						