|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha transferencia** |  |
| **Dependencia** |  |
| **Centro de salud** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CÓDIGO DE BARRAS (De la carpeta)** | **SERIE DOCUMENTAL (Descripción del contenido de la carpeta)** | **N.DE FOLIOS****(Por carpeta)** | **FECHA INICIAL (De la carpeta)** | **FECHA FINAL (De la carpeta)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Total carpetas:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO**

**“TRANSFERENCIA DOCUMENTAL”**

**OBJETIVO:** Relacionar las series documentales del archivo de gestión al archivo central, únicamente cuando el sistema de información SIMAD no está disponible.

**ALCANCE:** Para todos los funcionarios y contratista de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

***Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:***

**Fecha transferencia:** Escriba la fecha de trasferencia de los documentos.

**Dependencia:** Escriba el nombre de la dependencia que hace la transferencia.

**Centro de salud:** Escribael centro de salud de donde hace la transferencia.

**CÓDIGO DE BARRAS (De la carpeta):** Registre el código de barras de la carpeta que hace transferencia.

**SERIE DOCUMENTAL (Descripción del contenido de la carpeta):** Escriba la descripción del contenido de la carpeta que hace transferencia.

**N.DE FOLIOS (Por carpeta):** Registre el número de folios por carpeta que hace transferencia.

**FECHA INICIAL (De la carpeta):** Registre la fecha inicial de la carpeta que hace transferencia.

**FECHA FINAL (De la carpeta):** Registre la fecha final de la carpeta que hace transferencia.

**Total carpetas:** Registre el total de carpetas que hace transferencia.

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:** Escriba el nombre del funcionario responsable de la transferencia.

|  |
| --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** |
| Versión | Descripción el Cambio | Fecha de aprobación |
| 2 | Modificación del documento | 15/08/2020 |
| 3 | Modificación del documento: Se modifica documento con el fin de dar cumplimiento al plan de mejora por parte del área de Control Interno.Se realizaron los siguientes ajustes:1. Actualización de la vigencia.
2. Modificación del título de “Formato transferencia documental” a “Transferencia documental**”.**
3. Modificación del contenido.
4. Incorporación de los ítems: “Centro de salud” y “Total carpetas”.
5. Eliminación del ítem: “Numero carpeta” de la versión anterior.
6. Modificación estructural.

El presente documento está vinculado con el procedimiento: TIC-S3-P1: Transferencia documental del subproceso Gestión Documental. | 28/04/2020 |
| Nombre: Yeny Aracelly Nuñez Rosero Cargo: Profesional Especializada III Área TIC.Nombre: Evelyn Karolina García Polanco.Cargo: Apoyo Administrativo Técnico Área Calidad.  | Nombre: Mónica Bibiana Martínez MacíasCargo: Coordinadora de Calidad. | Nombre: Claudia Camacho Varón.Cargo: Subgerente Administrativa. |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** |