

P-01 Gestión de la información documentada

0. Objeto.....	2
0.1. Entradas y salidas del proceso.....	2
1. Codificación de los documentos.....	2
2. Elaboración de la información documentada.....	5
3. Revisión de la información documentada.....	5
4. Aprobación de la información documentada.....	5
5. Distribución.....	6
5.1. Distribución interna.....	6
5.2. Distribución externa.....	6
6. Modificación y actualización de la información documentada.....	6
7. Control de la información documentada externa.....	7
8. Almacenamiento.....	7
8.1. Copias de seguridad de datos electrónicos.....	7
9. Seguimiento y medición.....	7
10. Formatos y anexos.....	8

Revisado por:	Aprobado por: Dirección	Elaborado por: Resp. de Sistema
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Firma:	Firma:	Firma:

0. Objeto

En **CLÍNICA BEIMAN** establecemos este proceso para gestionar la elaboración, emisión, identificación, disponibilidad, protección, revisión, aprobación, distribución, control, modificación, preservación y mantenimiento actualizado de toda la información documentada de nuestro Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad de la Información, incluidos los documentos de origen externo relevante para el correcto funcionamiento de nuestro sistema.

0.1. Entradas y salidas del proceso

Entradas:

- Necesidad de establecer criterios para elaborar, aprobar, controlar, revisar y eliminar la información documentada necesaria y pertinente de nuestro sistema de gestión.

Salidas:

- Criterios y métodos para el control de la Información documentada
- Aseguramiento de vigencia, distribución, aplicación y adecuada preservación de la información documentada.

1. Codificación de los documentos

FICHAS DE PROCESO.

Son los documentos que especifican el funcionamiento general de los procesos de **CLÍNICA BEIMAN** y definen, además, al responsable/propietario del proceso, las entradas y salidas de información y los indicadores que sirven para medir la eficacia de estos.

Cada una de las Fichas de Proceso se identifica como **P-XX-YY**, donde cada carácter significa lo siguiente:

- P: Procedimiento
 - XX: Indica el orden del proceso (números correlativos empezando por 00)
 - YY: Indica el número del subproceso, si aplica (números correlativos empezando por 01)
- Del mismo modo, cada Ficha de Proceso asociadas a ISO 27001, se identifica como **PSI-XX-YY**.

Todas las páginas de una ficha de proceso tienen un encabezado donde figura:

- Logotipo de **CLÍNICA BEIMAN**
- Nombre del proceso
- Código del documento
- Responsable principal/propietario del proceso
- Nivel de revisión, siendo la revisión la primera versión de un documento aprobado la Revisión 00
- Fecha de aprobación y vigencia
- Control de paginación

Las fichas de proceso contienen la siguiente información adicional:

- Objetivo y finalidad del proceso
- Entradas y salidas
- Lista de actividades clave a realizar en el proceso y sus responsables
- Puestos/Posiciones implicadas en las actividades del proceso
- Recursos (RRHH, recursos e Infraestructura) necesarios para el correcto desarrollo del proceso
- Documentación referenciada y complementaria referida en el proceso
- Registros del proceso
- Descripción de las actividades a realizar en el proceso

MANUAL DEL SISTEMA.

Es el documento principal de nuestro Sistema de Gestión. Incluye el alcance del Sistema de Gestión, así como referencias a la documentación que se establecen para el mismo y la descripción de la interrelación entre sus elementos básicos.

Todas las páginas del **MANUAL** tienen un encabezado y pie de página donde figura:

- Logotipo de **CLÍNICA BEIMAN**
- Nombre del documento
- Nivel de revisión
- Fecha, revisión, descripción/modificaciones
- Realización, revisión y aprobación

INSTRUCCIONES DE TRABAJO o TÉCNICAS.

Se identifican por **IT-XX-YY-ZZ**, donde cada carácter significa lo siguiente:

- IT: Instrucción de Trabajo o Técnica
- XX: Indica el proceso al que pertenece
- YY: Indica el número de subproceso, si procede
- ZZ: Números correlativos empezando por 01

- Del mismo modo, cada Instrucción de trabajo o técnicas asociadas a ISO 27001, se identifica como **ITSI-XX-YY-ZZ**.

Las **INSTRUCCIONES DE TRABAJO** o **TÉCNICAS** no tienen un formato estándar, ya que deben adaptarse a las necesidades de la tarea que especifican. No obstante, toda **INSTRUCCIÓN** debe contener:

- Un encabezado donde figure el logotipo de **CLÍNICA BEIMAN** y el título
- Fecha, revisión y descripción/modificaciones

REGISTROS. Únicamente se codifican los formatos relativos al Sistema de Gestión, identificados como **R-XX-YY-ZZ**. El resto de los formatos no son codificados, pues se identifican por su nombre, de manera que nunca existen dos formatos con el mismo nombre.

Para la codificación atendemos a los siguientes caracteres:

- R: Registro
 - XX: Proceso
 - YY: Indica el número de subproceso, si procede
 - ZZ: Números correlativos empezando por 01
- Del mismo modo, cada registro asociado a ISO 27001, se identifica como **RSI-XX-YY**.
- El nivel de revisión del formato siempre aparece en el pie de página. El nivel de revisión original es el **00**.

OBJETIVOS

Se identifican como XX/YY

- XX: Números correlativos empezando por 01
- YY: Dos últimos dígitos del año a que corresponden

CLÍNICA BEIMAN establecerá objetivos de seguridad de la información para cada una de las funciones y niveles jerárquicos existente en la organización, así como para los procesos necesarios para el sistema de gestión de seguridad de la información.

Los objetivos de seguridad de la información propuestos comprenden las siguientes características:

- Ser coherentes con la Política del sistema de gestión.
- Ser medibles
- Tener en cuenta los requisitos legales, y cuantos otros resulten de aplicación.
- Ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios ofertados, así como para el aumento de la satisfacción del cliente.
- Serán objeto de seguimiento y mejora continua.
- Se comunicarán a todo el personal implicado en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, incluyendo a las partes interesadas pertinentes (clientes, proveedores, subcontratistas, particulares y otras organizaciones).
- Serán objeto de actualización, según corresponda y en base a los criterios establecidos por la propia organización.
- Mantener la información documentada del sistema de gestión.

Otra documentación relevante para el Sistema como la **POLÍTICA**, licencias, contratos, o similares, se encuentra perfectamente identificada mediante el título del documento, por lo que no se codifica. En el nombre y encabezado del documento se informa de la versión de este, para asegurarse de que esté disponible siempre la última vigente.

En **R-0X01 Listado de Seguimiento y Control de Documentos** se registra el listado de documentos del sistema y su estado de revisión, aprobación y tiempo de conservación. Todos los documentos de nuestro sistema se conservan durante, al menos **3 AÑOS**, teniendo en cuenta su función y requisitos legales aplicables.

Responsable: Resp. del Sistema

2. Elaboración de la información documentada

La creación de documentos (FICHAS DE PROCESO, ITs, FORMATOS y similares) es realizada por el Responsable del Sistema y/o Responsable de Seguridad o bien por el responsable/propietario del proceso en cuestión, teniendo en cuenta tanto los tipos de documentos indicados en la tarea anterior como las directrices de contenido que en este documento se mencionan. La persona indicada es responsable tanto del contenido como del formato del documento elaborado.

Responsable: Resp. del Sistema/Resp. de Seguridad

3. Revisión de la información documentada

Una vez elaborados los documentos se envían al Responsable del Sistema y/o Responsable de Seguridad para que éste los revise e introduzca las modificaciones, cambios o ajustes pertinentes para presentarlo para su aprobación

Responsable: Resp. del Sistema/Resp. de Seguridad.

4. Aprobación de la información documentada

Los documentos revisados son remitidos para su aprobación a DIRECCIÓN.

En los documentos digitales tendrá su firma en formato digital, mientras que en los documentos en papel estará manuscrita.

Todos los documentos del sistema quedan registrados en **R-0301 Listado de Seguimiento y Control de Documentos** donde consta:

- Codificación del documento
- Título

- Estado (en vigor/obsoleta)
- Responsable de aprobación / propietario
- Versión
- Responsable de revisión
- Fecha de aprobación/modificación
- Tiempo de conservación del documento
- Forma de almacenamiento
- Almacenamiento / disponibilidad interna
- Observaciones, cuando proceda

Responsable: Dirección.

5. Distribución

5.1. Distribución interna

La parte del Sistema de gestión que deba estar a disposición de los empleados se tendrá en formato digital no modificable en los servidores de la empresa.

En el caso de la documentación que es necesario dar a los empleados en formato papel, es el Responsable del Sistema quién se encarga de distribuir, retirar y destruir las copias de la revisión obsoleta.

En el Plan de Comunicación, se describen con más detalle esta distribución.

5.2. Distribución externa

Aquellos documentos que deban estar a disposición de las partes interesadas se tendrán documentados en el "Plan de comunicación" de la organización.

Responsable: Resp. del Sistema

6. Modificación y actualización de la información documentada

Cuando es necesario por cambios de nuestro contexto o mejoras identificadas, se revisan y modifican los documentos del Sistema de Gestión.

Las modificaciones quedan registradas e identificadas en el cuadro de modificación que aparece en el pie de página del documento. De esta forma, las revisiones de los procedimientos se identifican mediante dos dígitos que van incrementándose correlativamente en cada modificación que se produzca. La revisión inicial será la **00**.

El proceso de elaboración revisión y aprobación de modificación de documento se realiza según lo establecido en los correspondientes apartados de este documento.

Al final de cada documento se encontrará un cuadro con los motivos y las fechas de cada revisión, no así en los formatos, que sólo tendrán la última revisión del documento en el pie de página.

Responsable: Resp. del Sistema

7. Control de la información documentada externa

La información documentada de origen externo que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del Sistema de gestión, vinculada a las partes interesadas pertinentes (clientes, proveedores, subcontratistas, particulares y otras organizaciones), se controla utilizando el formato **R-0101 Listado de documentos del sistema**, siempre que no corresponda a la información almacenada en el documento **RSI-1301 Listado de Requisitos legales**.

Responsable: Resp. del Sistema

8. Almacenamiento

8.1. Copias de seguridad de datos electrónicos

Se realizan copias de seguridad de la información contenida en el servidor de datos de **CLÍNICA BEIMAN**, donde se encuentra toda la documentación que utilizan los empleados.

Las medidas de seguridad implementadas por el Responsable de seguridad en el servidor de la organización garantizan la Seguridad de la Información (la preservación de la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de la información, pudiendo, además, abarcar otras propiedades, como la autenticidad, la responsabilidad y la fiabilidad):

- La **Confidencialidad**: cualidad que debe poseer un documento o archivo para que éste solo sea leído por la persona o personas que estén autorizadas
- La **Integridad**: cualidad que posee un documento o archivo que no ha sido alterado y que además permite comprobar que no se ha producido manipulación alguna en el documento original de la documentación e información contenida
- La **Disponibilidad**: cualidad del documento para ser accesible y utilizable por los usuarios (o procesos) autorizados cuando estos lo requieran

Responsable: Responsable de Seguridad

9. Seguimiento y medición

Para la evaluación de la eficacia y seguimiento de la correcta aplicación de este proceso y las posibles incidencias que puedan encontrarse, se atiende a lo establecido en el documento P-0X Seguimiento y Medición.

Responsable: Resp. del Sistema

10.Formatos y anexos

Descripción	Tiempo de archivo de los registros que genera	Responsable
R-0101. Listado de documentación en vigor	3 años	Resp. del Sistema
R-0102 Plan de Comunicación	3 años	Resp. del Sistema
R-0103 Acta Reunión	3 años	Resp. del Sistema

Registro de las modificaciones		
Revisión	Fecha	Naturaleza de la revisión
00	10/08/2022	Edición Inicial