

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПРИКАЗ

27 октября 2015

№ 461-01

г. Ростов-на-Дону

Об утверждении документов системы менеджмента качества, разработанных и актуализированных в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2012

В целях реализации «Плана-графика на 2015 год пересмотра, разработки и актуализации документации СМК в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2012», а также для проведения инспекционного контроля системы менеджмента качества ЮФУ на соответствие ГОСТ РВ 0015-002-2012 п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить и ввести в действие следующие документы системы менеджмента качества:

- 1) РК.СМК-4.2.2-2015 (версия 0) Руководство по качеству (Приложение №1);
- 2) ДП. СМК-4.2.3/01-2014 (версия 1) Документированная процедура «Управление документацией системы менеджмента качества» (Приложение №2);
- 3) ДП.СМК-4.2.4/01-2014 (версия 1) Документированная процедура «Управление записями системы менеджмента качества» (Приложение №3);
- 4) ДП.СМК-8.2.2/02-2014 (версия 1) Документированная процедура «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества» (Приложение №4);
- 5) ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 (версия 1) Документированная процедура «Управление несоответствиями» (Приложение №5);
- 6) ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 (версия 1) Документированная процедура «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия» (Приложение №6);

- 7) ДП.СМК-4.2.3/04-2015 (версия 0) Документированная процедура «Управление номенклатурой дел» (Приложение №7);
- 8) И.СМК-4.2.3/02-2015 (версия 0) Инструкция «Требования к оформлению документации СМК» (Приложение №8);
- 9) И.СМК-4.2.3/05-2015 (версия 0) Инструкция «Кодирование документации и записей системы менеджмента качества Южного Федерального университета» (Приложение №9);
- 10) И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1)-2015 (версия 0) Инструкция «Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг» (Приложение №10);
- 11) К.СМК-4.2.3/06-2015 (версия 0) Классификатор «Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества» (Приложение №11);
- 12) П.СМК-5.5.2/04-2015 (версия 0) «Положение о представителе руководства по качеству» (Приложение №12);
- 13) П.СМК-5.5.2/05-2015 (версия 0) «Положение об уполномоченном по качеству структурного подразделения ЮФУ» (Приложение №13);
- 14) ДП.СМК-5.3-2015 (версия 0) Документированная процедура «Определение стратегии, политики и целей в области качества» (Приложение №14);
- 15) И.СМК-5.5.2/02-2015 (версия 0) Инструкция «Управление системой менеджмента качества в ЮФУ» (Приложение №15);
- 16) И.МР-6.3(3.7*)-2015 (версия 0) Инструкция «Управление инфраструктурой и производственной средой» (Приложение №16);
- 17) ДП.МР-6.3(3.9)-2015 (версия 0) Документированная процедура «Обеспечение безопасности жизнедеятельности» (Приложение №17);
- 18) ДП.МР-7.4.(3.6*)/01-2015 (версия 0) Документированная процедура «Управление закупками» (Приложение №18);
- 19) ДП.СМК-8.2.2/01-2015 (версия 0) Документированная процедура «Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества» (Приложение №19);
- 20) ДП.СМК-4.2.3/07-2014 (версия 1) Документированная процедура «Управление внешней нормативной документацией системы менеджмента качества» (Приложение №20);

- 21) А.СМК-5.5.1/03-2015 (версия 0) «Альбом организации схем управления СМК в подразделениях ЮФУ» (Приложение №21);
- 22) А.СМК-4.1.5-2015 (версия 0) «Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», входящей в область сертификации в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2012» (Приложение №22);
- 23) БСП.СМК-8.2.2-2015 (версия 0) Блок-схема процесса «Внутренние аудиты системы менеджмента качества» (Приложение №23);
- 24) ДП.СМК-5.5.1/02-2015 (версия 0) Документированная процедура «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения» (Приложение №24);
- 25) Цели в области качества Южного федерального университета на 2015 год (Приложение №25);
- 26) ДП.МР-6.2 (3.1)/01-2014 (версия 1) Документированная процедура «Управление персоналом» (Приложение №26).

2. Предыдущие версии вышеуказанных документов считать утратившими силу.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на проректора по организации научной и проектно-инновационной деятельности И.К. Шевченко.

Ректор



М.А.Боровская



ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

РК. ЮФУ-4.2.2-2015

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Версия 0

стр. 1 из 55

Приложение № 1 к приказу

от 27.10.2014 № 461-ОД

РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	9
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	10
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	10
4 СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА.....	10
4.1 Общие требования.....	10
4.2 Требования к документации.....	12
4.2.1 Общие положения.....	15
4.2.2 Руководство по качеству.....	16
4.2.3 Управление документацией	17
4.2.4 Управление записями.....	18
4.3. Обеспечение безопасности информации.....	19
5 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РУКОВОДСТВА.....	20
5.1 Обязательства руководства Южного федерального университета.....	20
5.2 Ориентация на потребителя.....	20
5.3 Политика в области качества	21
5.4 Планирование.....	22
5.4.1 Цели в области качества.....	22
5.4.2 Планирование системы менеджмента качества.....	23
5.5 Ответственность, полномочия и обмен информацией.....	24
5.5.1 Распределение ответственности и полномочий.....	24
5.5.2 Представитель руководства в области качества.....	24
5.5.3 Внутренний обмен информацией.....	25
5.6 Анализ со стороны руководства.....	26
6 МЕНЕДЖМЕНТ РЕСУРСОВ.....	27
6.1 Обеспечение ресурсами.....	27
6.2 Персонал.....	28
6.2.1 Аттестация персонала.....	28
6.3-6.4 Инфраструктура и производственная среда.....	29
7 ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ПРОДУКЦИИ.....	31
7.1 Планирование процессов жизненного цикла продукции	31
7.2 Процессы, связанные с потребителем.....	32
7.2.1 Определение требований, относящихся к деятельности университета.....	32
7.2.2 Анализ требований, связанных с деятельностью университета.....	32
7.2.3 Связь с потребителем.....	33
7.3 Проектирование и разработка.....	34
7.3.1 Планирование проектирования и разработки.....	34
7.3.2 Входные данные проектирования и разработки.....	35
7.3.3 Выходные данные проектирования и разработки.....	35
7.3.4 Анализ проекта и разработки.....	35
7.3.5 Верификация проекта и разработки.....	36
7.3.6 Валидация проекта и разработки.....	36
7.3.7 Управление изменениями проекта и разработки.....	36
7.4 Закупки.....	36



7.4.1 Процесс закупок.....	36
7.4.2 Информация по закупкам.....	38
7.4.3 Верификация закупленной продукции и услуг.....	39
7.5 Обеспечение образовательной и научно-исследовательской деятельности.....	40
7.6 Управление оборудованием для мониторинга и измерений.....	40
8 ИЗМЕРЕНИЕ, АНАЛИЗ И УЛУЧШЕНИЕ.....	41
8.1 Общие положения.....	41
8.2 Мониторинг и измерение.....	42
8.2.1 Удовлетворенность потребителей.....	42
8.2.2 Внутренние проверки (аудиты) СМК.....	42
8.2.3 Мониторинг и измерение процессов.....	44
8.2.4 Мониторинг и измерение научной продукции.....	44
8.3 Управление несоответствиями.....	45
8.4 Анализ данных.....	46
8.5 Улучшение.....	47
8.5.1 Постоянное улучшение.....	47
8.5.2 Корректирующие и предупреждающие действия.....	48
9 РЕСУРСЫ.....	49
10 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	49
11 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	49
12 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	49
ПРИЛОЖЕНИЕ А Структура Южного федерального университета.....	50
ПРИЛОЖЕНИЕ Б Схема взаимодействия процессов СМК.....	51
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	52
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	53
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА	54
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	55

Примечание:

1. Для удобства использования нумерация разделов и подразделов настоящего Руководства соответствует нумерации, приведенной в ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.
2. Вводится РК.ЮФУ-4.2.2-2015 взамен РК.ЮФУ-4.2.2-2014.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Южный федеральный университет (ЮФУ) – исследовательский университет инновационно-предпринимательского типа – занимает пятое место в рейтинге российских университетов, 5-ое место - в рейтинге «Образование академической элиты», а по числу ректоров вузов, получивших первое образование в нашем университете, ЮФУ уступает только МГУ.

ЮФУ - российский университет, центр высшего образования и науки Южного федерального округа Российской Федерации. Университет расположен в двух городах Ростовской области: в г. Таганроге и в столице Южного федерального округа Ростове-на-Дону, где расположены все центральные административные органы университета, а также академии, отраслевые и научно-исследовательские институты различных направлений:

- Естественное и физико-математическое направление включает следующие структуры: академия биологии и биотехнологии им. Дмитрия Иосифовича Ивановского; институт наук о Земле; институт математики, механики и компьютерных наук им. И.И. Воровича; химический факультет; физический факультет; научно-исследовательский институт физической и органической химии; научно-исследовательский институт физики.

- Инженерное направление включает следующие структуры: инженерно-технологическая академия ЮФУ (кампус в г. Таганроге и институты в г. Ростове-на-Дону) в составе: институт компьютерных технологий и информационной безопасности; институт нанотехнологий, электроники и приборостроения; институт радиотехнических систем и управления; институт высоких технологий и пьезотехники; институт управления в экономических, экологических и социальных системах; научно-исследовательский институт многопроцессорных вычислительных систем им. А.В. Каляева; научно-исследовательский институт робототехники и процессорного управления. Учебный военный центр. Факультет военного обучения.

- Гуманитарное и социально-экономическое направление: академия физической культуры и спорта; институт истории и международных отношений; институт философии и социально-политических наук; высшая школа бизнеса; открытый институт современных образовательных технологий «Буревестник»; институт филологии, журналистики и межкультурной коммуникации; экономический факультет; юридический факультет; открытый факультет ДПО.

- Направление науки и образования в области педагогики: академия психологии и педагогики.

- Направление науки и образования в области архитектуры и искусства: академия архитектуры и искусств.

ЮФУ также включает научно-образовательные центры, научно-конструкторские бюро, филиалы ЮФУ в городах: Геленджике, Волгодонске, Железноводске, Махачкале, Новошахтинске, Кизляре, Учкеекене, а также представительства в г. Майкопе и в г. Сочи и др. Полное наименование Университета на русском языке: федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Южный федеральный университет».

Сокращенные наименования – ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», Южный федеральный университет, ЮФУ.

Полное наименование Университета на английском языке – Southern Federal University.

Сокращенное наименование Университета на английском языке - SFEDU.

Место нахождения Университета: 344006, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Б. Садовая, 105/42.



Учредителем университета является Российская Федерация.

Функции и полномочия учредителя осуществляет в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 13 апреля 2010 года №526-р Министерство образования и науки Российской Федерации (далее-учредитель).

Место нахождения Учредителя: 125993, г. Москва, ГСП-3, ул. Тверская, д. 11.

Южный федеральный университет действует на основании Устава от 02.16.2011 г., Лицензии на право ведения образовательной деятельности № 2368 от 20.12.2011 г. и Свидетельства о государственной аккредитации № 0330 от 29.12.2012 г.

Университет осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Учредителя, иных федеральных органов исполнительной власти, Уставом и другими нормативными правовыми актами.

Миссия Южного федерального университета - развитие научно-образовательного и инновационного пространства Южного федерального округа на основе генерации и трансфера научных знаний и технологий, сохранения и приумножения культурных традиций и ценностей.

Стратегическая цель университета – активное участие в производстве новых знаний, их распространении и использовании через научную, образовательную и инновационную деятельность, накопление и приумножение нравственных и культурных ценностей общества, формирование крупного межрегионального, общероссийского и международного центра образования, науки и культуры, а также вхождение в число ведущих университетов мира.

Для достижения стратегической цели поставлены следующие задачи, которые должны быть решены при реализации программы развития:

- подготовка высококвалифицированных специалистов и научно-педагогических кадров в соответствии с потребностями различных отраслей экономики Южного федерального округа и страны в целом;

- разработка и реализация востребованных междисциплинарных образовательных программ;
- обеспечение непрерывной адаптации программ переподготовки к запросам бизнеса и общества;

- проведение фундаментальных и прикладных исследований мирового уровня на основе конвергенции наук, производство инновационной продукции;

- формирование на базе университета ядра инновационной системы Южного федерального округа посредством взаимодействия с крупными российскими и зарубежными высокотехнологичными компаниями в рамках технологических платформ и инновационных кластеров, сетевой научно-инновационной и информационной инфраструктуры, сетевых центров коллективного пользования уникальным научным оборудованием и иных центров;

- создание условий для максимально полной реализации личностного и профессионального потенциала сотрудников и обучающихся университета;

- повышение финансово-экономической устойчивости университета;

- накопление и приумножение поликультурных и полиэтнических традиций и ценностей.

Исходя из стратегических задач развития Южного федерального округа и накопленного инфраструктурного, научно-образовательного и кадрового потенциала определены следующие приоритетные направления научной и образовательной деятельности университета:

- интеллектуальные материалы, фотоника, наноматериалы, нанотехнологии, устройства и системы на их основе;

- биотехнологии, биомедицина, технологии живых систем, экологическая безопасность;

- информационные и телекоммуникационные технологии, устройства и системы;

морская, авиационная и ракетно-космическая техника, робототехника, радиотехника, автоматика и управление;

архитектурно-художественное творчество, проектирование, реставрация, модернизация и создание объектов градостроительства, архитектуры, дизайна и искусства;

гуманитарные технологии и модели развития человеческого капитала и социоэкономических сообществ в полиэтничном регионе России.

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Южный федеральный университет» было образовано распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2006 г. № 1616-р на базе государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ростовский государственный университет» (г. Ростов-на-Дону) с включением в его структуру:

- Ростовской государственной академии архитектуры и искусства (г. Ростов-на-Дону);
- Ростовского государственного педагогического университета (г. Ростов-на-Дону);
- Таганрогского государственного радиотехнического университета (г. Таганрог, Ростовская область).

Первый набор студентов в реорганизованный Южный федеральный университет был проведён в 2007 году.

Университет создан распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 января 2010 г. № 13-р «О создании федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южный федеральный университет» путем изменения типа существующего Федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южный федеральный университет».

Южный федеральный университет - крупнейший научный и образовательный центр Юга России. Университет ведёт свою историю с 1915 г., когда в г. Ростов-на-Дону переехал Императорский Варшавский университет. В 2015 г. Южный федеральный университет отметил столетие своей деятельности.

С именем университета связана деятельность выдающегося математика Д.Д. Мордухая-Болтовского, одного из основоположников гидробиологической школы Ф.Д. Мордухая-Болтовского, выдающегося математика В.И. Юдовича, выдающегося психолога, создателя биохимического направления в психологии А.И. Ющенко, микробиолога, основоположника вирусологии Д.И. Ивановского, лауреата Нобелевской премии А.И. Солженицына, выдающегося механика, академика И.И. Воровича. Университет бережно хранит память о деятельности выдающегося ученого и руководителя, члена-корреспондента РАН Ю.А. Жданова.

Среди выпускников ЮФУ академик РАН Г.Г. Матишов (почётный доктор ЮФУ), академик РАН В.А. Бабешко, академик РАН В.И. Минкин (научный руководитель ЮФУ), член-корр. РАН И.А. Каляев (директор НИИ МВС ЮФУ), главный учёный секретарь РААСН академик Г.В. Есаулов, чл.-корр. РААСН Е.И. Миронов, академик РАО Е.В. Бондаревская, академик РАН, председатель Южного отделения Академии С.Н.Олешня, чл.-корр. РАН Л.Г.Ушакова, чл. корр. РАО И.В.Абакумова, режиссеры К.С. Серебренников, Г.Р.Тростянецкий, главный редактор журнала 'Знамя', известный российский литературный критик С.И. Чупринин, телеведущий Д.А. Дибров, писатель Д.А. Корецкий и многие другие.

Сегодня университет является правопреемником государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования 'Ростовский государственный университет', 'Ростовская государственная академия архитектуры и искусства', 'Ростовский государственный педагогический университет' и 'Таганрогский государственный радиотехнический университет'.

- Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Ростовский государственный университет" было создано Постановлением Временного Правительства России от 5 мая 1917 года N 1227.

- Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Таганрогский государственный радиотехнический университет" было образовано постановлением Совета Министров СССР от 28 декабря 1951 года N 5389-2346 и приказом Минвуза СССР от 9 января 1952 N 18.

- Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Ростовский государственный педагогический университет" было создано по постановлению ВЦИК СНК РСФСР 3 июня 1930 года и распоряжением Наркомпроса от 9 октября 1930 года.

- Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Ростовская государственная академия архитектуры и искусства" было создано Постановлением Совета Министров РСФСР "О дальнейшем развитии архитектуры и градостроительства в РСФСР" от 25 декабря 1987 года N 513.

Университет расположен в городах Ростове-на-Дону и Таганроге, это определено масштабностью вуза и широким спектром поставленных перед Южным федеральным университетом задач. Университет ведет разработки для региона, поддержанные правительством Ростовской области, развивает инновационную деятельность.

Инновационная структура университета включает 2 технопарка, 3 бизнес-инкубатора, 9 инновационно-технологических центров, инжиниринговый центр, около 70 малых инновационных предприятий с ежегодным оборотом более 2 млрд. руб

В ЮФУ реализуется концепция вуза, ориентированного на синтез науки и образования и предлагающих потребителю образовательных услуг преимущественно высокотехнологичные наукоемкие программы второго и третьего уровня – магистратуру, аспирантуру, пост докторские программы.

ЮФУ – это:

- ТОП- 700 ведущих университетов мира по версии QS World University Ranking;
- первое среди федеральных вузов в рейтинге SCImago;
- место ТОП-100 лучших университетов стран БРИКС по версии QS;
- свыше 36000 студентов, свыше 4000 научно-педагогических сотрудников, из которых около 70% с ученой степенью кандидатов и докторов наук;
- около 9000 выпускников ежегодно;
- свыше 5 млрд. рублей годового дохода;
- около 1,3 млрд. руб. годового дохода от научно-исследовательской деятельности;
- участие и формирование 22 технологических платформ.

ЮФУ представляет собой развитый научно-образовательный комплекс, активно участвующий в научной и инновационной деятельности Южного федерального округа, региона, страны. Основной составляющей его деятельности является фундаментальная и прикладная наука, которая, в свою очередь, является базой для реализации другой основной задачи – образования.

ЮФУ осуществляет набор студентов по 79 направлениям подготовки бакалавров, 18 специальностям, 45 магистерским направлениям и 7 программ СПО. ЮФУ осуществляет набор по 21 укрупненной группе специальностей, относящейся к шести отраслям науки: математические и естественные науки, искусство и культура, образование и педагогические науки, гуманитарные науки, науки об обществе, инженерное дело, технологии и технологические науки.

Международная деятельность ЮФУ направлена на развитие партнерских отношений с вузами зарубежных стран и включает обучение иностранных студентов и стажеров, подготовку

аспирантов и докторантов, проведение совместных научных исследований, академические обмены. Университет сотрудничает более чем с 230 зарубежными партнерами из 39 стран мира. Ежегодно за рубеж выезжает около 500 сотрудников и 350 студентов университета и принимается примерно 450 иностранных студентов и стажеров. Профессиональная подготовка иностранных граждан проводится по, более чем, 200 специальностям и направлениям.

В университете успешно развиваются 64 научные школы. ЮФУ реализует научно-инновационный потенциал по 74 научным направлениям в рамках 36 областей знаний, участвует в 22 технологических платформах.

Среди значимых научных проектов вуза:

- консорциум научно-исследовательской деятельности вузов Юга России;
- единый региональный центр инновационного развития Ростовской области;
- многоцелевой инновационно-технологический кластер Ростовской области;
- единый центр коллективного пользования энергоемким оборудованием;
- проблемная научно-исследовательская лаборатория нанобиоматериалов и «ЮФУ-ЗАО Нанотехнологии МДТ»;
- научная лаборатория «Геоэологических и техногенных процессов» в г. Геленджике под научным руководством академика РАН В.А. Бабешко;
- междисциплинарная научная лаборатория «Синтез и диагностика квантовых наноструктур»;
- Российско-французская лаборатория «Трансформация загрязняющих веществ в аквальных экосистемах и оценка их уязвимости»;
- центр ядерной медицины.

Основной капитал ЮФУ – это кадры. Кадровый потенциал ЮФУ составляет 8778 сотрудников, из них численность профессорско-преподавательского состава - 3242, численность научно-педагогических работников – 3493, из которых кандидаты наук – 1931, доктора наук – 556.

Основные направления развития Южного федерального университета (ЮФУ) изложены в «Программе развития федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Южный федеральный университет» на 2011-2021 годы», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 июня 2011 г. № 968-р.

Программа развития федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Южный федеральный университет» на 2011-2021 годы разработана в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и с учетом основных положений Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, Стратегией инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 г. № 2227-р, государственными программами Российской Федерации «Развитие образования» и «Развитие науки и технологий» на 2013-2020 годы, утвержденными распоряжениями Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 295 и № 301, соответственно, Планом мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности образования и науки», утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 апреля 2014 г. № 722-р, Стратегией социально-экономического развития Южного федерального округа на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 сентября 2011 г. №1538-р.

Реализация программы развития осуществляется в рамках следующих этапов:

I этап (2011-2013 годы) – завершение формирования инфраструктуры развития университета. В ходе реализации мероприятий на данном этапе планируется завершение работ по формированию институциональных, ресурсных и иных предпосылок модернизации образовательной, научно-исследовательской деятельности по приоритетным направлениям, развитие материально-технической базы и информационно-коммуникационной инфраструктуры, кадрового потенциала, создание современной системы управления и ее инфраструктурных элементов;

II этап (2014-2015 годы) – закрепление лидирующих позиций университета на российском рынке и вхождение в мировое научно-образовательное пространство;

III этап (2016-2021 годы) – устойчивое развитие в системе ведущих российских и зарубежных университетов.

Южный федеральный университет является экспериментальной площадкой для отработки модели исследовательского университета инновационно-предпринимательского типа в форме автономного учреждения на базе инженерно-технических (53,1%), естественнонаучных (37,1%) и социально-гуманитарных (9,0%) исследований и разработок.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящий нормативный документ РК. ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству» описывает систему менеджмента качества (СМК) Южного федерального университета (далее – Университет, ЮФУ) и устанавливает единые требования ее функционирования применительно к научной и инновационной деятельности.

1.2 Настоящее Руководство по качеству разработано с целью обеспечения результативного и качественного управления научной и инновационной деятельностью университета, основанного на принципах менеджмента качества и выполнения обязательных требований ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.3 Действие настоящего Руководства по качеству распространяется на все структурные подразделения, включенные в область распространения СМК, а также на систему менеджмента качества ЮФУ, осуществляющего научно-исследовательские работы, разработку, производство, испытания, ремонт вооружения и военной техники, в том числе и авиационной техники, что подтверждается Лицензиями 13188-АТ от 09 декабря 2014 года, М 002861 ВВТ-ОП от 23 апреля 2015 года.

1.4 Учитывая специфику Университета и его продукции, СМК исключает применение п. 7.5. ГОСТ РВ 0015-002-2012 «Производство и обслуживание» для подразделений ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

Данные исключения не влияют на способность Университета обеспечивать продукцией, отвечающей требованиям потребителей и соответствующим обязательным требованиям.

1.5 Ответственным за функционирование системы менеджмента качества ЮФУ является представитель руководства по качеству.

1.6 Оперативное руководство системой менеджмента качества осуществляется уполномоченными по качеству.

1.7 РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству» разработано в соответствии с требованиями подпунктов 4.2.1 и 4.2.2 ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.8. Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологическая академия (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, одновременно с РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству» следует применять СМК-РК «Руководство по качеству».

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящее Руководство по качеству разработано на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- МС ИСО/ ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента»;
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящем Руководстве по качеству применены термины и определения в соответствии с ГОСТ ISO 9000-2011 и И.СМК-4.2.3/03-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

- ДП – документированная процедура;
- БСП – блок-схема процесса;
- ЖЦП – жизненный цикл продукции (услуги);
- И – инструкция;
- МОП – матрица ответственности по процессу;
- МС – международный стандарт;
- ПРК – представитель руководства по качеству;
- РК – руководство по качеству;
- СМК – система менеджмента качества;
- СП – структурное подразделение;
- ООиСНД - отдел организации и сопровождения научной деятельности;
- ИТА – инженерно-технологическая академия;
- АБиБ – академия биологии и биотехнологий;
- ВП – военное представительство;
- ЮФУ, университет – Южный федеральный университет;

4 СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

4.1 Общие требования

Университет разработал, документировал, внедрил и поддерживает в рабочем состоянии систему менеджмента качества, постоянно улучшает ее результативность в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 с целью:

- демонстрации способности обеспечивать соответствие своей научной и инновационной деятельности требованиям потребителей и применяемым нормам действующего законодательства;



- достижения удовлетворенности потребителей за счет результативного применения СМК, включая процессы ее непрерывного улучшения, а также обеспечения ее соответствия требованиям потребителей и нормам действующего законодательства;
- обеспечения уверенности потребителей, руководства и персонала Университета в том, что требования к качеству научной и инновационной деятельности, и к системе менеджмента качества определены и выполняются.

Действия сотрудников направлены на постоянное улучшение СМК в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

В ЮФУ применяются следующие формы управления деятельностью:

- организационно-распорядительная;
- функциональная;
- процессная;
- проектная.

При разворачивании стратегии, определении целей в области качества и процессов для их реализации, используются соответствующие инструменты стратегического менеджмента и менеджмента качества.

Систему менеджмента качества ЮФУ образуют следующие компоненты:

1. Структура ЮФУ (приложение А), Схема взаимодействия процессов (приложение Б).
2. Процессы научно-исследовательской и инновационной деятельности, объединенные в систему бизнес-процессов (раздел 7, за исключением п.7.4 и 7.6).
3. Ресурсы (система обеспечивающих процессов) (раздел 6, п. 7.4 и п.7.6).
4. Документация СМК (п.4.2) .
5. Обеспечение безопасности информации (п.4.3 ГОСТ РВ 0015-002-2012).

Система менеджмента качества университета основывается на исполнении принципов менеджмента качества (рисунок 1) и процессном подходе. Для этого руководство ЮФУ определило процессы, необходимые для системы менеджмента качества, и их применение во всей организации. Общая последовательность и взаимодействие процессов СМК представлены на схеме в приложении Б. Данная схема представляет собой процессную модель системы менеджмента качества ЮФУ и показывает, что стороны, заинтересованные в гарантиях качества деятельности университета, играют существенную роль при определении входных данных для системы. Мониторинг удовлетворенности заинтересованных сторон позволяет оценивать пригодность системы гарантий качества. Модель охватывает все основные требования ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012 и Типовой модели качества образовательного учреждения, которая включает в себя Стандарты и директивы ENQA, не детализируя их. В скобках указаны номера процессов модели СКОУ, относящихся к соответствующему разделу ГОСТ ISO 9001-2011.

Реализованная модель направлена на обеспечение гарантий качества результатов стратегической, научно-исследовательской, инновационной, а также иных видов деятельности ЮФУ.

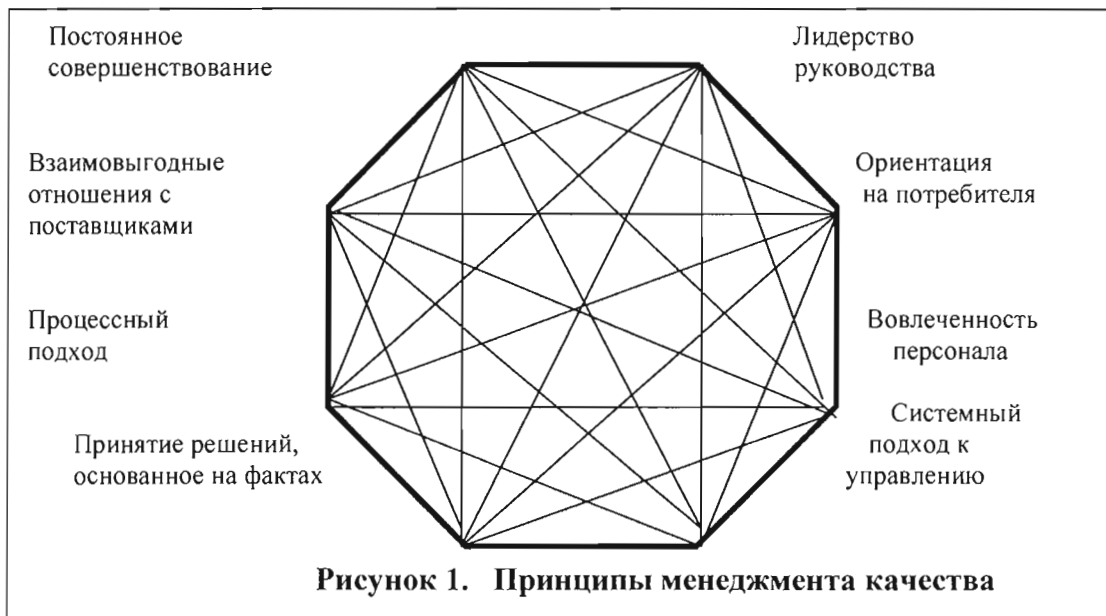
Для обеспечения единого понимания философии качества и эффективного исполнения функций в системе менеджмента качества, а также выполнения обязательных требований ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессной деятельностью разработана **БСП.СМК-4.1/02-2014 «Модель «Управление и развитие СМК ФГАОУ ВПО Южный федеральный университет»»**.

Управление процессами СМК основано на выполнении цикла Деминга PDCA: планирование (Plan), выполнение (Do), проверка (Check), действия (Act). Методология PDCA представляет

собой простейший алгоритм действий руководителя по управлению процессом и достижению его целей:

- | | | |
|--|---|----------------------------|
| 1. Определение целей и задач. | } | планирование (Plan) |
| 2. Определение способов достижения целей | | |
| 3. Обучение и подготовка кадров | } | выполнение (Do) |
| 4. Выполнение работ | | |
| 5. Проверка результатов выполнения работы | } | проверка (Check) |
| 6. Осуществление соответствующих управляющих воздействий (корректировка) | | |
| | } | действия (Act). |
| | | |

В то же время, не смотря на то, что классический цикл PDCA является замкнутым, в действительности реализация управляющих воздействий на его последнем этапе (Act) приводит к постоянному улучшению системы управления. Следовательно, в случае результативной и эффективной деятельности наблюдается развитие университета по восходящей спирали.



Процессы СМК охватывают все этапы научной и инновационной деятельности Университета. Выделено четыре группы процессов первого уровня:

- процессы управления СМК, направлены на реализацию стратегии в области качества руководства ЮФУ, на определение ответственности и полномочий, на обеспечение ресурсами, на проверку, анализ и оценку СМК;
- процессы научной и инновационной деятельности объединены в совокупность бизнес-процессов, создающих добавленную стоимость через образование новых знаний при проведении научных исследований и разработке наукоемкой продукции;



- процессы обеспечения ресурсами поддерживают жизнедеятельность всего университета в целом;
- процессы мониторинга, измерения, анализа и улучшения.

Состав процессов системы качества на текущий период определяется на основании:

- текущих измерений требований потребителей;
- стратегии и политики в области качества, вытекающей из требований потребителей;
- целей, определенных по направлениям стратегии и политики в области качества.

Каждый процесс первого уровня состоит из различного числа подпроцессов – процессов второго уровня. Подпроцессы определяют специализированные виды деятельности, например, управление персоналом, анализ данных о функционировании СМК и т.д. Для каждого процесса (подпроцесса) определен его владелец, установлены поставщики, потребители, входы и выходы. Общий перечень процессов и подпроцессов СМК университета приведен в К.СМК-4.1/02-2014 «Классификатор процессов СМК». В БСП.СМК-4.1/02-2014 «Модель «Управление и развитие СМК ФГАОУ ВО ЮФУ» (Блок-схемы процессов СМК по ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012) приведена процессная Модель «Управление и развитие СМК ФГАОУ ВО ЮФУ».

Процессы и подпроцессы СМК подверглись моделированию, что нашло свое отражение в нормативной документации системы. Процессные модели имеют текстово-графический вид, а именно: документированные процедуры, инструкции, спецификации процесса, информационные карты процессов, блок-схемы.

Поскольку качество процессов отражается в качестве результатов, в университете определены методы, необходимые для обеспечения результативного функционирования процессов, а для наиболее важных процессов – критерии результативности. Одновременно во всех процессах СМК используется принцип приоритета предупреждающих действий перед корректирующими, так как предупреждение появления несоответствий требует меньших затрат и ресурсов, чем их исправление.

Разработаны способы обеспечения наличия ресурсов и информации, необходимых для поддержки процессов СМК

Осуществляется мониторинг, измерение и анализ процессов СМК.

Создана действенная система управления системой менеджмента качества путем организации стратегического уровня управления (ректорат, экспертный (научно-технический) совет) и оперативного управления через уполномоченных по качеству.

Указанные меры направлены на достижение целей и выполнение задач, отраженных в Политике в области качества ЮФУ.

С реализацией процессного подхода перед Университетом открываются следующие возможности:

- ориентация всех сотрудников и видов деятельности на достижение конечного результата, определяемого общей целью,
- более четкое восприятие изменений требований потребителей,
- возможность приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям,
- возможность постоянного совершенствования на основе измерения выходов процессов,
- прозрачность всех видов деятельности и их согласованность,
- простой способ выделения зон ответственности, что облегчает формулирование требований,
- более легкое управление организацией: сокращается путь передачи информации и управляющих действий как по вертикали, так и по горизонтали,
- формирование единой направленности менеджмента и производства на основе четкой постановки цели,

- устранение обособленности сотрудников,
- выполнение измерений и анализа, способствующих постоянному улучшению,
- выявление участков, выпадающих из-под влияния системы менеджмента качества,
- исключение дублирования видов деятельности,
- чёткое определение ответственности и полномочий,
- объединение сотрудников и усиление коллективной (командной) работы.

Таким образом, преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Ряд своих функций университет счел возможным передать на аутсорсинг. Среди них: обеспечение энергоресурсами; обеспечение НД и ТД внешнего происхождения; банковские услуги на расчетно-кассовое обслуживание; медицинское обслуживание; обучение персонала; проверки со стороны органов контроля и надзора; услуги по сертификации продукции, СМК, аккредитации и аттестации испытательных лабораторий.

Все процессы аутсорсинга находятся под управлением на основе договоров, контрактов, в которых установлены соответствующие требования к качеству выполняемых работ и оказываемых услуг. Отбор организаций-аутсорсеров производится с помощью их предварительной оценки и повторной оценки -«пост-фактум» (**И СМК 7.4.1 -2014 «Закупки. Оценка и выбор поставщиков»**).

Для решения вопросов, в том числе и менеджмента качества, при руководстве ЮФУ приказом №243-ОД от 15.07.2015 г. создан экспертный (научно-технический) совет по научному направлению «Прикладные проблемы и базовые технологии», совмещающих функции Совета по качеству. В состав задач совета, в том числе, входят:

- участие в разработке стратегического плана, основанного на видении перспектив развития университета;
- рассмотрение Политики в области качества и подготовка предложений по установлению конкретных целей и задач в области качества на текущий период по процессам СМК университета, включенным в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012;
- продвижение процессного подхода при менеджменте качества во всей организации, а также использование современных способов и методов менеджмента качества;
- выявление возможностей для совершенствования и определение их приоритетов;
- координация действий по корректировке и совершенствованию СМК ЮФУ;
- рассмотрение (утверждение) системы характеристик для оценки деятельности организации, позволяющей увязать воедино цели, задачи и повседневную работу;
- организация и координация работ по реализации инициатив в области развития СМК и контроль за их проведением;
- рассмотрение общих вопросов обеспечения качества (в том числе и результатов анализа данных о качестве) военной продукции, мероприятий по устранению и предупреждению рекламаций, предъявляемых со стороны заказчика и возвратом военной продукции заказчиком (ВП);
- рассмотрение проектов документов по СМК;
- доведение принятых решений до сотрудников ЮФУ.

Ответственность за разработку, внедрение, результативное функционирование и улучшение СМК несет ректор Южного Федерального университета.

4.2 Требования к документации

4.2.1 Общие положения

Документация СМК разрабатывается с целью внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК и поддержки результативности и эффективной работы процессов организации.

Документация СМК способствует:

- достижению соответствия требованиям потребителя и повышения качества образовательных услуг, научных и административных технологий университета;
- обеспечению соответствующей подготовки кадров;
- повторяемости и прослеживаемости;
- обеспечению объективных свидетельств соответствия установленным требованиям продукции и процессов;
- оцениванию эффективности и постоянной пригодности СМК.

В состав документации системы менеджмента качества ЮФУ включены:

- 1) Документально оформленные Политика в области качества и Цели в области качества на текущий период.
- 2) Руководство по качеству.
- 3) Обязательные документированные процедуры, требуемые ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012 для управления отдельными аспектами СМК: документацией и записями, несоответствиями, проведения внутренних аудитов, осуществления корректирующих и предупреждающих действий.
- 4) Документы, необходимые университету для обеспечения эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими. В данную группу документов входят нормативные документы федерального и регионального уровня, так и локальные нормативные документы университета.
- 5) Записи, требуемые как ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-.002-2012, так и включенные университетом в область СМК.

Формы представления документации СМК и ее носители определены университетом.

Иерархическая структура документации СМК ЮФУ многоуровневая и включает в себя:

1 уровень - Управление качеством со стороны руководства ЮФУ на основе Политики и Целей в области качества, а также требований Руководства по качеству;

2 уровень - Управление качеством со стороны персонала ЮФУ на основе документированных процедур и инструкций СМК;

3 уровень - Планирование качества на основе Планов и Программ мероприятий;

4 уровень - Обеспечение качества на основе требований и рекомендаций внешних и внутренних нормативных документов;

5 уровень - Подтверждение и улучшение качества на основе ведения записей по качеству.

Документация 1-3 и 5 уровней является внутренней. Документация 4 уровня является внутренней и внешней.

Структура записей и данных по качеству состоит из 3 уровней (первичная, обработанная и систематизированная информация).

Взаимосвязь между документами системы достигается за счет перекрестных нормативных ссылок.

Каждый процесс описывается с помощью комплекта документов СМК разного уровня, при этом могут использоваться следующие документы:

- процедуры и инструкции;
- блок-схемы;
- нормативные документы федерального и регионального уровня;
- локальные нормативные документы университета;
- положения о подразделениях;
- должностные инструкции;
- записи;
- нормативные документы, регламентирующие отдельные аспекты организации научно-исследовательской и инновационной деятельности в университете (положения, регламенты и т.п.);
- другие внутренние и внешние документы.

Для каждого процесса формируется конкретный набор документации, зависящий от вида деятельности, сложности и взаимодействий процесса, компетентности персонала.

4.2.2 Руководство по качеству

Настоящее «Руководство по качеству» (далее РК) – обязательный документ СМК, в котором изложено общее описание системы менеджмента качества ЮФУ, а также требования к ее функционированию в соответствии с ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012. Руководство по качеству составлено в соответствии с требованиями МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента». РК является документом, который демонстрирует возможности Университета обеспечивать потребителей научно-исследовательскими услугами в соответствии с их требованиями, а также требованиями правовых, нормативных и методических документов.

РК содержит все необходимые данные (непосредственно и/или в виде ссылок), подтверждающие соответствие СМК требованиям ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012, внутренней и/или внешней регламентирующей документации.

Описание в РК различных видов деятельности по всем процессам СМК включает в себя:

- цель процесса,
- ответственность за процесс,
- область применения и управление деятельностью.

Структура РК в целом соответствует структуре стандарта ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

Руководство по качеству управляется в соответствии с требованиями ДП. СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

Подлинник (контрольная версия) РК находится в ООиСНД. Полная электронная версия документа размещается во внутренней электронной сети для обеспечения свободного доступа сотрудников структурных подразделений университета.

Пересмотр РК производится по мере необходимости, в случае необходимости внесения изменений последние осуществляются ООиСНД в установленном порядке. Ответственным за актуализацию РК является представитель руководства по качеству ЮФУ.

Настоящее РК распространяется на деятельность персонала подразделений ЮФУ, включенных в область распространения СМК. Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ

0015-002-2012, дополнительно с настоящим РК следует применять СМК-РК «Руководство по качеству».

Руководство по качеству ЮФУ не включает требования к аспектам других систем менеджмента, но может быть использовано в интеграции совместимых требований.

4.2.3 Управление документацией

Документы системы менеджмента качества подлежат управлению со стороны персонала университета. Целью процесса управления документацией является обеспечение сотрудников ЮФУ актуальной документированной информацией, необходимой для результативного исполнения установленных требований и своих обязанностей в системе менеджмента качества.

Процесс документооборота с точки зрения менеджмента качества рассматривается как специфический технологический процесс, входной и выходной продукцией которого является документ. Общие требования к организации работ по управлению документацией СМК изложены в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК». Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно к ДП.СМК-4.2.3/01-2014 следует руководствоваться документированной процедурой ДП 1 «Управление документацией», а также СТО ТКГУ.002 СМК «Порядок выполнения, учета, хранения и обращения документов, выполненных в электронной форме на магнитных и электронных носителях». Процесс управления документацией в ЮФУ ведется в отношении:

- управления каждым отдельным документом СМК;
- организации рационального документооборота;
- оперативного хранения документов, включая их надлежащую подготовку к передаче на архивное хранение;
- последующего хранения документов в архиве.

В процедуре ДП. СМК-4.2.3/01-2014 описаны структура документации СМК, установлены статус документации и уровни утверждения документа, основные принципы идентификации, приведены требования к управлению и определена ответственность за ведение и управление документацией СМК. *Процесс управления документами СМК составляет жизненный цикл документа*, включающий: разработку, использование, актуализацию по мере необходимости и отмену документа.

Согласно требованиям ГОСТ ISO 9001-2011 документация СМК должна быть:

- **системной** (структурированной и взаимосвязанной);
- **функционально полной** (отражать все аспекты деятельности в СМК и содержать исчерпывающую информацию обо всех процессах и процедурах);
- **адекватной** (соответствовать предъявляемой к ней требованиям);
- **идентифицируемой** (каждый лист документации должен быть однозначно отнесен к определенному документу, а документ — к определенной части системы);
- **адресной** (каждый документ должен быть адресован конкретным должностным лицам – руководителям и исполнителям);
- **простой** (текст документа должен быть краток и точен, однозначен и понятен для исполнителя);
- **актуальной** (содержать все изменения).

Документация СМК разрабатывается с целью разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК и поддержки результативности и эффективной работы процессов организации.

Для выполнения этих требований в ЮФУ предусмотрены:

- официальное одобрение документов до их выпуска;
- анализ и актуализация по мере необходимости и повторное одобрение документов;
- обеспечение идентификации изменений и статуса пересмотра документов;
- обеспечение наличия актуальных версий документов в соответствующих подразделениях ЮФУ;
- обеспечение сохранения документов четкими и легко идентифицируемыми путем установления индивидуальных кодов, наличия всех необходимых подписей с расшифровкой, дат согласования и утверждения, а также указания на принадлежность документа к документации Южного Федерального университета. Для унифицирования используемых кодов и обозначений документации разработана и применяется инструкция **И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей СМК ЮФУ»**.
- обеспечение идентификации документов внешнего происхождения и управления их рассылкой путем соблюдения распоряжения о введении в действие в подразделениях университета. Процесс управления внешними нормативными документами описан в процедуре **ДП.СМК-4.2.3/07-2014 «Управление внешней нормативной документацией»**;
- предотвращение использования устаревших документов путем размещения в электронной системе документооборота ЮФУ актуальных версий документов.

Для систематизации нормативных документов и записей на уровне структурного подразделения в ЮФУ действует номенклатура дел, управление которой обеспечивается соблюдением требований **ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел»**.

Все организационно-управленческие документы СМК классифицированы по уровням и сведены в реестр **К.СМК-4.2.3/06-2015 «Классификатор ОУД СМК»**.

Понимание терминологии и обеспечение однозначного толкования терминов и определений, использованных в документации СМК, обеспечивается словарем **И.СМК-4.2.3/03-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ»**.

Ответственность за управление документацией СМК несут руководители структурных подразделений. Контроль исполнения требований конкретного документа СМК определен в структуре этого нормативного документа. Общее управление документацией СМК подразделений, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, возложено на отдел организации и сопровождения научной деятельности (ООиСНД). Контроль над управлением документацией осуществляет ООиСНД путем организации внутреннего аудита подразделений, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

4.2.4 Управление записями

Записи и данные по качеству – документы, содержащие достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности. Управление записями о качестве распространяется на все процессы и нормативные документы СМК (при фиксации в них необходимости наличия записей).

Основные требования, предъявляемые к записям, заключаются в поддержании их в рабочем состоянии, обеспечении их четкости легкой идентификации и восстанавливаемости.

В записях о качестве регистрируются свидетельства о следующих аспектах деятельности ЮФУ:

- анализе системы качества со стороны руководства (п. 5.6 РК);
- проектировании и разработке научной продукции (п. 7.3 РК);
- управлении оборудованием для мониторинга и измерений (п. 7.6 РК)
- образовании, подготовке навыков и опыта научно педагогических работников, научных сотрудников и другого персонала ЮФУ (п. 6.2 РК);
- данных о ресурсах, в том числе и приобретаемых, предназначенных для выполнения научной и инновационной деятельности (п. 6.3, п.7.4 РК);
- планировании и проведении внутренних аудитов СМК (п. 8.2.2 РК);
- мониторинге, измерении и анализе данных о процессах СМК (п. 8.2.3, 8.2.4 и 8.4 РК);
- управлении несоответствиями (п. 8.3 РК);
- улучшении деятельности в результате проведения корректирующих и предупреждающих действий (п. 8.5 РК);
- информировании общества (п.7.2.3 РК).

Результаты и объективные свидетельства по другим аспектам деятельности университета относятся к данным по качеству.

Управление записями и данными по качеству направлено на организацию информационных процессов, обеспечивающих своевременное и регулярное предоставление руководству университета и заинтересованным сторонам полной и достоверной информации, необходимой и достаточной для принятия обоснованных решений по вопросам планирования, оперативного управления и улучшения процессов деятельности ЮФУ.

Управление записями и данными по качеству определено в ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК». Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологическая академия (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно к ДП.СМК-4.2.4/01-2014 следует руководствоваться документированной процедурой ДП 2 «Управление записями по качеству», которые устанавливают:

- ответственность за сбор и хранение записей и данных по качеству;
- место и сроки хранения, восстановление записей и право доступа к ним;
- способ хранения записей о качестве, предотвращающий их потерю, порчу и фальсификацию, и обеспечивающий быстрый доступ к записям.

Конкретные виды записей и данных о качестве для каждого процесса и подпроцесса СМК ЮФУ определены в соответствующих документированных процедурах и инструкциях СМК, а также классифицированы и сведены в реестр К.СМК-4.2.4/02-2014 Классификатор «Записи системы менеджмента качества». Необходимые формы записей также представлены в соответствующих нормативных документах СМК.

Ответственность за организацию управления записями и данными в целом по ЮФУ несут ректор и проректор по организации научной и проектно-инновационной деятельности. Ответственность за управление записями и данными в подразделениях ЮФУ несут их руководители или уполномоченные по качеству. Контроль над управлением записями осуществляет ООиСНД путем организации внутреннего аудита.

4.3 Обеспечение безопасности информации

Порядок организации работ по защите информации соответствует ГОСТ РВ 50934, ГОСТ РВ 50859. Порядок и организация работ по защите информации определены в ДП.СМК 4.3/01-2014 «Обеспечение защиты информации».

5 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РУКОВОДСТВА

5.1 Обязательства руководства Южного федерального университета

В область ответственности руководства Южного федерального университета, в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012 входят следующие аспекты, связанные с гарантией качества стратегического управления университетом, научно-исследовательской и инновационной деятельности:

- развитие культуры качества, признания его важности и необходимости предоставления потребителям гарантий качества;
- информирование общества и заинтересованных сторон о результатах деятельности ЮФУ, его достижениях и планах развития (см. п. 7.2.2 РК);
- обеспечение понимания всеми сотрудниками ЮФУ требований потребителей, а также законодательных и государственных требований, предъявляемых к научно-исследовательской и инновационной деятельности (см. п. 7.2. РК);
- разработка и реализация Политики ЮФУ в области качества (п.5.3 РК);
- определение для ЮФУ в целом и его подразделений, а также процессов его системы качества целей в области качества (п.5.4.1 РК);
- планирование и развитие системы качества (п.5.4 РК);
- поддержание структуры процессов СМК (п.4.1 РК) и организационной структуры ЮФУ (п.5.5.1 РК), наиболее отвечающих стоящим перед университетом целям;
- распределение прав, ответственности и обязанностей персонала ЮФУ (п. 5.5.1 РК);
- выделение ресурсов, необходимых для создания, ввода в действие и эффективного функционирования системы качества ЮФУ (п.6.1 РК);
- поддержание компетентности персонала ЮФУ, гарантирующей качество научно-исследовательских работ и продуктов (п.6.2.РК);
- официальное утверждение процедур и другой документации СМК, гарантирующих качество (п.4.2.3);
- ежегодная оценка системы качества ЮФУ посредством проведения анализа и оценки результативности и эффективности системы качества со стороны руководства (п.5.6 РК);

5.2 Ориентация на потребителя и заинтересованные стороны

В качестве потребителей и заинтересованных сторон результатов процесса научных исследований и разработок выступают органы государственной и муниципальной власти, министерство обороны, юридические и физические лица:

- предприятия-работодатели;
- общество и государство в целом;
- предприятия поставщики;
- грантодатели;
- организации (предприятия)-партнеры, в том числе зарубежные;
- сотрудники университета.

Основными потребителями научно-исследовательской и инновационной деятельности ЮФУ являются, выпускники вуза, слушатели и его сотрудники, а конечными пользователями –

организации-работодатели и потребители научной продукции вуза.

Потребителями - конечными пользователями результатов научных исследований и разработок ЮФУ являются предприятия и организации практически всех сфер деятельности, начиная от органов государственного управления и заканчивая организациями культуры и искусства.

Высшее руководство ЮФУ приняло на себя обязательства:

- определения подходов к информированию сотрудников о требованиях потребителей и других заинтересованных сторон (п. 5.1.3);
- создания и обеспечения механизмов определения и выполнения требований потребителей и других заинтересованных сторон для повышения их удовлетворенности (п.п.7.2.1, 7.2.3 и 8.2.1 РК);
- контроля выполнения всех установленных требований путем измерения и мониторинга удовлетворенности потребителей (п. 8.2.1 РК), а также постоянным улучшением деятельности университета (п.8.5 РК).

Деятельность ЮФУ, связанная с выполнением обязательных требований реализуется в рамках административной системы университета.

Руководство университета гарантирует, что требования и ожидания потребителей, Федеральных и региональных органов, органов местного самоуправления, а также других заинтересованных сторон установлены, переведены в требования к содержанию, технологиям образования и методам контроля.

Взаимодействие между ЮФУ и ВП МО установлены в СМК в соответствии с «Положением о военных представительствах Министерства обороны Российской Федерации», принятым Постановлением Правительства РФ от 11.08.1995 г. №804.

5.3 Политика в области качества

Высшее руководство Южного федерального университета приняло на себя ответственность по разработке и внедрению системы менеджмента качества, а также постоянному улучшению ее результативности. Свидетельством этого является сформулированная высшим руководством Политика в области качества (п.5.3), а также включение в повестку дня заседаний Совета по качеству (экспертного, научно-технического) и Ученого совета вуза вопросов о разработке и совершенствовании системы качества.

Высшее руководство ЮФУ в сотрудничестве с академическим сообществом университета формулирует миссию и перспективное видение Южного федерального университета, а также разрабатывает стратегический план развития, который отражает все виды деятельности университета. На их основе формулируется Политика ЮФУ в области качества. Последовательность действий при стратегическом планировании деятельности содержатся в ДП.СМК-5.3 – 2015 «**Определение стратегии, политики и целей в области качества**».

Для формирования и периодического пересмотра Политики ЮФУ в области качества используются следующие компоненты:

- стратегия университета, зафиксированная в стратегическом плане развития;
- степень удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон деятельностью университета;
- изменения в законодательных требованиях к деятельности образовательного учреждения;
- информация о результатах функционирования системы качества университета за предыдущие периоды;
- долгосрочные цели университета;

- характер будущих улучшений, необходимых для успешной деятельности университета;
- потребности и ожидания заинтересованных сторон;
- ресурсы, необходимые для реализации Политики в области качества.

Политика ЮФУ в области качества обсуждается с руководителями всех уровней с широким привлечением всех категорий сотрудников университета, партнеров и иных заинтересованных сторон.

При развертывании стратегии и определении целей в области качества и процессов для их реализации используются инструменты стратегического менеджмента и менеджмента качества.

Все работники университета и вновь принимаемые на работу в подразделения ЮФУ, входящие в область сертификации СМК, знакомятся с Политикой в области качества ЮФУ в соответствующем структурном подразделении. Доведение Политики, обеспечение ее понимания и поддержки на всех уровнях университета обеспечивается:

- проведением разъяснительной работы среди персонала Университета;
- распространением копий документально оформленной Политики в помещениях ЮФУ и на информационных стендах;
- размещением текста Политики в сети Интернет на сайтах и на портале университета;
- обучением персонала университета в области менеджмента качества;
- в ходе совещаний у руководства ЮФУ и на общих собраниях коллектива.

Политика ЮФУ в области качества доводится до сведения всех сотрудников университета, его партнеров и иных заинтересованных сторон.

Ответственность за ознакомление с Политикой в области качества возложена на руководителей структурных подразделений.

Политика в области качества находится в свободном доступе для сотрудников и заинтересованных сторон, размещается во всех структурных подразделениях вуза, а также на официальном сайте университета, информационных стендах на территории ЮФУ и в иных удобных для обозрения местах. Подлинник Политики в области качества находится в номенклатуре дел ООиСНД.

В соответствии с требованиями п.5.3.3 ГОСТ РВ 0015-002-2012 Политика в области качества ЮФУ ежегодно пересматривается, при необходимости актуализируется путем внесения в неё изменений. Результаты анализа Политики в области качества ЮФУ высшим руководством на постоянную пригодность документально оформляются протоколом Совета по качеству (экспертного, научно-технического совета) и доводятся до подразделений Университета. При внесении изменений в Политику в области качества ЮФУ, ответственность за ее актуализацию в подразделениях возложена на руководителей структурных подразделений Университета.

Политика в области качества ЮФУ относится к контролируемым документам и на нее распространяется действие документированной процедуры ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

5.4 Планирование

5.4.1 Цели в области качества

Цели в области качества формируются на основании Политики в области качества и требований к услугам и продукции университета. Цели устанавливаются в целом по университету, а затем декомпозируются до соответствующих подразделений всех уровней управления университетом. Подразделения, входящие в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, разрабатывают планы мероприятий по реализации **Целей в области качества** на текущий год.

Цели структурных подразделений указываются в ежегодных планах работы этих подразделений.

Цели в области качества процессов СМК, структурных подразделений и персонала анализируются и пересматриваются ежегодно в рамках анализа СМК со стороны руководства (п. 5.6 РК).

Основными требованиями, предъявляемыми к целям в области качества, являются: измеримость, согласованность с Политикой в области качества и достижимость. Детальные требования к формированию, разработке, реализации и анализу выполнения целей в области качества приведены в инструкции ДП.СМК-5.3 – 2015 «**Определение стратегии, политики и целей в области качества**».

Цели в области качества являются документом СМК, управляемым в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «**Управление документацией СМК**». Подлинник Целей в области качества находится в номенклатуре дел ООиСНД.

Ответственность за актуализацию целей в области качества и доведение их до руководителей структурных подразделений возлагается на ООиСНД. Ответственность за доведение целей в области качества до персонала возлагается на руководителей структурных подразделений.

5.4.2. Планирование системы качества университета

Для достижения определенных целевых показателей деятельности и выполнения требований к качеству в университете осуществляется планирование развития и совершенствования системы менеджмента качества.

Планирование используется для:

- поддержания и повышения уровня стратегической, научной и инновационной деятельности;
- для совершенствования системы менеджмента качества в целом.

Детальные требования к процессу стратегического планирования в ЮФУ приведены в ДП.СМК-5.3 – 2015 «**Определение стратегии, политики и целей в области качества**».

Результаты планирования СМК документируются в планах мероприятий структурных подразделений, в которых определяются сами мероприятия, подлежащие выполнению, сроки их выполнения и ответственные исполнители. Планируемые мероприятия по разработке, внедрению, поддержанию и улучшению СМК, как правило, включают:

- разработку (пересмотр) необходимых документов СМК;
- разработку и внедрение новых процессов СМК;
- обеспечение СМК необходимыми ресурсами;
- подготовку и повышение квалификации персонала университета в области качества;
- предупреждающие мероприятия;
- анализ СМК руководством ЮФУ;
- улучшение (мероприятия по улучшению, принятые по результатам анализа СМК со стороны руководства).

Руководство университета обеспечивает целостность системы менеджмента качества при планировании и введении изменений в СМК, что находит свое отражение в планах соответствующих мероприятий. Ответственным за разработку стратегических планов университета и включения в них планируемых мероприятий СМК является ректор ЮФУ.

Все планы утверждаются ректором ЮФУ на основании решения Ученого совета университета. Разработанные планы доводятся до сведения всех заинтересованных сторон и хранятся в местах, установленных системой документооборота университета. Копии всех планов в обязательном

порядке направляются представителю руководства по качеству и в ООиСНД. Контроль выполнения планируемых мероприятий в области СМК осуществляется представителем руководства по качеству.

5.5 Ответственность, полномочия и обмен информацией

5.5.1 Распределение ответственности и полномочий

Для обеспечения эффективного управления качеством высшим руководством определены ответственность и полномочия на всех уровнях управления университетом.

Руководители структурных подразделений университета проводят свою работу в соответствии с Политикой в области качества, требованиями настоящего РК, Уставом ЮФУ и другими организационно-правовыми и нормативными документами университета. Руководители структурных подразделений и регламентных советов университета несут ответственность за достижение целей в области качества, эффективное планирование, управление, обеспечение и улучшение качества в рамках своих функциональных направлений.

Каждый сотрудник университета подразделений, входящих в область сертификации СМК, несет ответственность за реализацию Политики и целей в области качества и выполнение требований СМК в рамках своих должностных обязанностей.

Обязанности, права, ответственность и взаимодействия персонала, который руководит, выполняет и проверяет работы, влияющие на качество, определены и установлены в Уставе ЮФУ, документации СМК, приказах по университету, положениях о структурных подразделениях, должностных инструкциях руководителей и сотрудников. Руководители и сотрудники подписывают свидетельство ознакомления с соответствующими документами с указанием даты ознакомления. Для обеспечения единообразия организационно-правовых документов структурных подразделений университета сформирована процедура ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения».

Структура управления ЮФУ приведена в приложении А. Вследствие холдинговой структуры управления университета ректор ЮФУ по доверенности передал часть своих полномочий руководителям крупных структурных подразделений, в частности Инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, Академии биологии и биотехнологий (АБиБ) ЮФУ, Академии архитектуры и искусства (ААрХИ) ЮФУ, филиалов и НИИ. В этом случае права и ответственность за состав и формирование организационной структуры своих подразделений возложена на вышеуказанных руководителей.

Ответственность за исполнение отдельных функций в процессах СМК приведены в соответствующих документированных процедурах и инструкциях системы.

5.5.2 Представитель руководства в области качества

Приказом по ЮФУ из состава руководства университетом назначен представитель руководства в области качества, который независимо от исполнения своих других обязанностей несет ответственность и полномочия, распространяющиеся на:

- обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии необходимых для СМК процессов;
- анализ результативности СМК в целом;
- подготовку и представление руководству ЮФУ данных о функционировании СМК и необходимости ее улучшения;

- содействие пониманию требований потребителей всеми сотрудниками университета;
- взаимодействие с заказчиком (ВП) и внешними организациями по вопросам СМК.

Конкретные функции, права и ответственность представителя руководства по качеству приведены в П.СМК-5.5.2/04-2015 «Положение о Представителе руководства по качеству ЮФУ».

На уровне структурных подразделений управление качеством осуществляют уполномоченные по качеству в соответствии с П.СМК-5.5.2/05-2015 «Положение об уполномоченном по качеству структурного подразделения ЮФУ». Для решения наиболее важных вопросов в отношении качества, например, формирования Политики в области качества, установления Целей в области качества, согласования нормативных документов СМК и других вопросов, для университета в целом сформирован экспертный (научно-технический) совет. Председатель Совета по качеству ЮФУ (экспертного, научно-технического совета) назначается приказом ректора.

5.5.3 Внутренний обмен информацией

В Южном федеральном университете определены различные способы, обеспечивающие обмен информацией между сотрудниками, включая руководство ЮФУ. При этом информационные потоки направлены как по вертикали, так и по горизонтали, все потоки протекают в обоих направлениях. Информация может быть в виде:

- оформления различных программ, планов и отчетов;
- регулярных совещаний сотрудников на различных уровнях (локальные – по академиям, кафедрам, лабораториям, у руководства институтов, дирекций Университета);
- регулярных заседаний Ученых советов и экспертных (научно-технических) советов по качеству;
- обмена информацией в рамках системы общего делопроизводства, в том числе и системы электронного документооборота (приказы, распоряжения, служебные записки), а также посредством внутренней информационной сети и печатных изданий;
- проведения семинаров, конференций и т.д.

Общим требованием при обмене информацией является передача запрашиваемой стороне только проверенной, объективной, точной и содержащей необходимые пояснения информации. Ответственность за соответствие передаваемой информации вышеприведенным требованиям возлагается на руководителей структурных подразделений.

Основными вопросами, в отношении которых производится обмен информацией в области СМК внутри Университета, являются следующие:

- Политика и Цели в области качества;
- результаты выполнения запланированных мероприятий;
- требования потребителей;
- ответственность и полномочия в рамках СМК;
- результаты внутренних проверок (аудитов) и анализа со стороны руководства;
- результативность СМК и ее процессов;
- выявленные несоответствия, корректирующие и предупреждающие действия и т.д.

Способы обмена информацией в ЮФУ, виды информации и ответственные за ее направление, включая руководителей университета, установлены в настоящем Руководстве и в соответствующих нормативных документах СМК.

Информация о целях процессов в области качества и о фактических значениях ключевых

Записи об анализе СМК со стороны руководства (отчеты и протоколы) поддерживаются в рабочем состоянии согласно документированной процедуре ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».

На основе предложений и рекомендаций, изложенных в отчетах (протоколах), представитель руководства по качеству разрабатывает мероприятия по совершенствованию СМК, касающиеся:

- улучшения результативности СМК и ее процессов;
- улучшения качества научной и инновационной деятельности согласно требованиям потребителей;
- обеспечения необходимыми ресурсами;
- изменения структуры и порядка взаимодействия процессов СМК;
- изменения документации СМК.

После окончания работ по анализу функционирования СМК руководство проводит обсуждение вопросов качества на заседаниях Ученого совета или экспертного (научно-технического) совета ЮФУ. На заседаниях обсуждаются задачи на текущий год и перспективу, мероприятия по разработке и внедрению (развитию) СМК, а также вырабатываются предложения по совершенствованию СМК.

6 МЕНЕДЖМЕНТ РЕСУРСОВ

6.1 Обеспечение ресурсами

Для обеспечения функционирования и непрерывного улучшения СМК, увеличения ее результативности и повышения удовлетворенности потребителей благодаря выполнению их требований руководство Южного федерального университета выделяет необходимые ресурсы.

В системе менеджмента качества определен и документирован процесс МР-6.0 «Менеджмент ресурсов», который состоит из ряда обеспечивающих процессов, в частности:

МР-6.2(3.1*) «Управление персоналом»;

МР-6.3(3.7*) «Управление инфраструктурой и производственной средой»;

МР-6.3(3.9) «Обеспечение безопасности жизнедеятельности»;

МР-7.4(3.6*) «Управление закупками»¹;

МР-7.6 «Управление устройствами для мониторинга и измерений»¹.

К основным ресурсам университета относятся:

- персонал соответствующей квалификации;
- инфраструктура;
- производственная среда;
- финансовые ресурсы.

Ректор Университета несет полную ответственность за определение и реализацию требований к выделению финансовых ресурсов для обучения, повышения и поддержания квалификации персонала, стимулирование персонала за качество, обеспечение и поддержание в рабочем состоянии инфраструктуры, управление факторами производственной среды.

¹ Требования к процессам 3.6* «Управление закупками» и МР-7.6 «Управление устройствами для мониторинга и измерений» приведены в п.7.4 и 7.6 раздела 7 «Процессы жизненного цикла продукции».

Ответственным за исполнение процесса финансового обеспечения ресурсов университета является проректор по стратегическому развитию и экономической политике.

6.2 Персонал

Обеспечение всех видов деятельности ЮФУ квалифицированными кадрами с требуемой компетенцией является назначением процесса управления персоналом. Выбор и назначение персонала производится с учетом квалификации и компетентности, исходя из полученного образования, подготовки и опыта. Требования к квалификации и компетентности персонала установлены в должностных инструкциях или тарифно-квалификационном справочнике. Отбор научно-педагогических работников и научных сотрудников осуществляется на конкурсной основе.

Вовлечение работников в процесс научной и инновационной деятельности с целью обеспечения высокого качества осуществляется посредством:

- обеспечения постоянного повышения квалификации персонала;
- осуществления признания и вознаграждения качественного труда;
- содействия открытому, двустороннему обмену информацией;
- постоянного анализа потребностей персонала;
- создания условий, поощряющих нововведения.

Порядок приема и увольнения работников, основные права и обязанности работников и администрации, меры поощрения за успехи в работе и ответственность за нарушение трудовой дисциплины определены «Правилами внутреннего распорядка» ФГАОУ ВО «ЮФУ».

На каждого сотрудника заводится личное дело, личная карточка (с записями об образовании, подготовке, навыках и опыте), которые поддерживаются в рабочем состоянии сотрудниками управления по работе с персоналом согласно документированной процедуре ДП-6.2(3.1)/01 –2014 «Управление персоналом».

Роль и важность деятельности персонала, а также конкретный вклад персонала в обеспечение качества научной деятельности определяются в должностных инструкциях. Информирование персонала о важности его деятельности и конкретном вкладе в достижение Целей в области качества осуществляется также в рамках совещаний и семинаров.

Повышение квалификации персонала предусматривает:

- углубление знаний и повышение квалификации в методологии преподавания;
- приобретение коммуникационных навыков, необходимых для организации обучения;
- углубление знаний по тематикам обучения;
- повышение знаний и овладение практическими навыками по применению инновационных технологий и программно-технических средств в научных процессах;
- углубление знаний и приобретение навыков в области менеджмента качества.

Предложения по повышению квалификации сотрудников университета формируются на основании заявок, поданных руководителями подразделений.

Первый проректор университета несет ответственность за организацию периодической подготовки и переподготовки персонала университета.

Ректор университета несет полную ответственность за управление персоналом, а также за подбор персонала соответствующей квалификации.

6.2.1. Аттестация персонала

Состав должностей, подлежащих аттестации устанавливается исходя из задач, по которым проводится аттестация (исполнителей участвующих в выполнении госзаказа, исполнителей проводящих входной контроль, исполнителей на право выполнения специальных работ)

согласно перечню должностей руководителей, специалистов и других работников. Порядок проведения аттестации персонала описан в ДП.СМК 6.2.2.4-2014 «Порядок проведения аттестации руководителей, специалистов и технических исполнителей организации».

6.3- 6.4 Инфраструктура и производственная среда

Процесс - Управление инфраструктурой

Инфраструктура Университета, необходимая для осуществления качественной образовательной, научной и инновационной деятельности, включает:

- здания и сооружения (административные и учебные корпуса, общежития и др.);
- учебные и вспомогательные помещения;
- научное, учебное и производственное и технологическое оборудование;
- автотранспорт.

Поддержание помещений, рабочих мест, оборудования в рабочем состоянии осуществляется собственными силами или по договорам сервисного обслуживания и ремонта.

Инфраструктура университета поддерживается в рабочем состоянии посредством:

- периодического контроля состояния учебных и вспомогательных помещений с точки зрения функциональной пригодности, эксплуатационных характеристик, безопасности и охраны труда;
- обновления и модернизации оборудования;
- развития существующих и внедрения новых ресурсосберегающих технологий;
- проведения периодического технического обслуживания;
- соблюдения требований техники противопожарной безопасности, техники безопасности и санитарии.

Под управлением оборудованием понимается комплекс организационно-технических мероприятий, средств, норм и правил, обеспечивающих:

- обеспечение качества научной и инновационной деятельности;
- повышение эффективности мероприятий по контролю условий труда;
- эксплуатацию оборудования в безопасном и эффективном режиме;
- обслуживание оборудования в соответствии с инструкцией изготовителя;
- соответствующую подготовку и инструктирование персонала, обслуживающего и управляющего оборудованием;
- соответствие производственной среды нормам и правилам эксплуатации оборудования.

Для используемого оборудования обеспечивается:

- необходимая документация;
- условия размещения и эксплуатации, указанные в технической документации на оборудование;
- персонал соответствующей квалификации;
- проведение обслуживания и профилактических работ;
- соответствующая регистрация и идентификация.

В случае возникновения неисправностей оборудование соответствующим образом идентифицируется, разрабатываются мероприятия по устранению неисправности. В случае невозможности или нецелесообразности ремонта оборудования производится его списание и снятие с инвентарного учета.

Для поддержания инфраструктуры в рабочем состоянии проводится контроль работоспособности оборудования и транспорта, а также профилактические проверки, техническое обслуживание и ремонт оборудования и транспорта (на основе договоров с сервисными организациями).

Для поддержания в рабочем состоянии зданий, сооружений, учебных и вспомогательных помещений проводится их периодический контроль и ремонт по мере необходимости (на основе договоров со строительными и ремонтными организациями, либо собственными силами ЮФУ).

Ответственным за процесс управления инфраструктурой является проректор по развитию инфраструктуры ЮФУ.

Описание процесса, информация о его потребителях и поставщиках, установленные требования к входам и выходам процесса, а также документированный порядок деятельности в рамках процесса приведены в инструкции **И.МР-6.3(3.7*-3.8*)-2015 «Управление инфраструктурой и производственной средой».**

Процесс – Управление производственной средой

Руководство университета обеспечивает позитивное влияние производственной среды на все виды деятельности ЮФУ посредством:

- создания удобств для персонала, что включает в себя климатические условия, освещение, влажность и чистоту научных и административных помещений;
- создания безопасных условий труда и осуществления мероприятий, направленных на устранение или снижение влияния вредных факторов окружающей среды на здоровье персонала ЮФУ;
- создания в коллективе университета атмосферы доброжелательности, взаимопонимания, высокой нравственности и культуры;
- поощрения, вовлечения и стимулирования персонала;
- заключения договоров на медицинское обслуживание персонала и др.

Особенности трудовых отношений, режима труда и отдыха, оплаты труда, социальных льгот, гарантий и компенсаций, социального страхования, охраны труда сотрудников университета регулируются Трудовым кодексом РФ, Уставом Южного федерального университета и Коллективным договором ФГАОУ ВО «ЮФУ».

Санитарные нормы и техника безопасности труда подтверждаются периодическим освидетельствованием университета Государственной санитарно-эпидемиологической службой и Управлением ГО и ЧС г. Ростова-на-Дону при аккредитации и лицензировании деятельности университета.

Процесс «Управление производственной средой» не включает процессы управления образовательной средой и информационной средой, которые выделяются в качестве самостоятельных процессов системы менеджмента качества ЮФУ.

Ответственным за процесс управления производственной средой университета является проректор по организации материально-технического обеспечения.

Описание процесса, информация об его потребителях и поставщиках, установленные требования к входам и выходам процесса, а также документированный порядок деятельности в рамках процесса приведены в инструкции **И.МР-6.3(3.7*-3.8*)-2015 «Управление инфраструктурой и производственной средой».**

Процесс - Обеспечение безопасности жизнедеятельности

Обеспечение безопасности жизнедеятельности - деятельность ЮФУ, направленная на обеспечение безопасных и комфортных условий жизнедеятельности, исключающих возникновение ущерба жизни и здоровью персонала в процессе нахождения в университете, а также обеспечение безопасности и сохранности зданий, помещений, материальных ценностей университета, предупреждение чрезвычайных обстоятельств.

Ответственным за процесс обеспечения безопасности жизнедеятельности обучаемых и сотрудников университета является проректор по организации материально-технического обеспечения.

Описание процесса, информация об его потребителях и поставщиках, установленные в требованиях к входам и выходам процесса, а также документированный порядок деятельности в рамках процесса приведены в инструкции **И.МР-6.3(3.9)-2015 «Обеспечение безопасности жизнедеятельности»**.

Процесс -Социальная поддержка обучаемых и сотрудников ЮФУ

Социальная поддержка в рамках СМК университета является деятельностью по оказанию обучаемым (аспирантам и докторантам) и сотрудникам университета социальной и материальной помощи, созданию комфортных условий деятельности и отдыха, системы стимулирования развития личности.

Ответственным за процесс социальной поддержки обучаемых и сотрудников университета является председатель профкома ЮФУ.

Документированный порядок деятельности в рамках процесса приведены в Положении о профсоюзной организации работников и обучающихся федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Южный Федеральный университет».

7 ПРОЦЕССЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ПРОДУКЦИИ (ВЫПУСК НАУЧНОЙ ПРОДУКЦИИ)

7.1 Планирование процессов жизненного цикла продукции

Южный федеральный университет планирует и разрабатывает процессы, необходимые для осуществления научно-исследовательских работ и инновационной деятельности.

Университет определил содержание термина продукция в системе менеджмента качества следующим образом:

- продукцией основных процессов **научной деятельности** являются: научные статьи и монографии; научные отчеты; объекты интеллектуальной собственности; технологии; открытия; проекты; научно-исследовательские работы, опытно-конструкторские разработки; наукоемкая продукция.

Этапы научно-исследовательского и инновационного процессов являются жизненным циклом соответствующей им продукции (ЖЦП).

Планирование этапов ЖЦП производится с учетом:

- целей в области качества;
- требований к продукции;
- требований к другим процессам СМК;
- потребности в документировании процессов;
- потребности в обеспечении ресурсами производства конкретной продукции;
- необходимой деятельности по верификации, валидации, мониторингу, контролю и испытаниям для конкретной продукции, а также критерии приемки продукции;
- установления необходимых записей с целью обеспечения свидетельства соответствия продукции установленным требованиям.

Выходными данными для планирования являются:

- планы разработки научной продукции;
 - годовой план научной деятельности ЮФУ;
 - годовые планы работы кафедр;
 - годовые планы работы факультетов;
 - прочие аналогичные документы, имеющие отношение к научной деятельности университета.
- Все планы и программы утверждаются ректором или проректорами университета.

7.2 Процессы, связанные с потребителем

7.2.1 Определение требований, относящихся к деятельности университета

В ЮФУ установлен и реализуется порядок определения требований к основным видам деятельности, осуществляемым университетом.

Требования к основным видам деятельности включают:

- требования, установленные потребителем, в том числе, требования к научно-исследовательским разработкам и деятельности после поставки;
- требования, не указанные потребителем, но необходимые для осуществления основных видов деятельности на должном уровне качества;
- законодательные и правовые требования, устанавливаемые к основным видам деятельности;
- требования к деятельности, устанавливаемые руководством университета.

Требования, установленные потребителем, определяются на основании следующих документов:

- федеральные законы, акты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки и других органов государственной власти, органов местного самоуправления;
- входящие документы (письма, факсы) от потребителей, организаций, работодателей, партнеров;
- оценка работы университета и предложения по улучшению научной и инновационной деятельности (как от заказчиков, так и от организаций, направляющих работников на обучение);
- Устав университета и другие локальные нормативные акты.

7.2.2 Анализ требований, связанных с деятельностью университета

Анализ требований потребителей, законодательных и правовых требований к научной деятельности университета проводится вузом до принятия им обязательств по поставке соответствующей продукции и осуществляется с целью:

- однозначного установления требований и их адекватного документального отражения;
- определения возможностей университета выполнить установленные требования;
- подтверждения того, что потребитель располагает полной, ясной и исчерпывающей информацией о деятельности, осуществляемой ЮФУ;
- определения порядка оплаты за предоставленные научные услуги;
- разрешения вопросов, связанных с изменением требований, установленных первоначально.

В соответствии с требованиями ТЗ формируются планы научно-исследовательских работ и т.д. Все планы подлежат утверждению в установленном порядке и являются подтверждением соответствия требованиям потребителей к оказанию научно-исследовательских услуг.

Составной частью анализа требований, относящихся к научно-исследовательской деятельности университета, является периодический анализ и корректировка рекламной информации о ЮФУ. Ответственность за выполнение этой работы возложена на ректора.

Анализ требований, относящихся к продукции обеспечивает:

- определение требований к продукции;
- согласование требований контракта или заказа, отличающихся от ранее сформулированных;
- способность университета выполнять определённые требования;
- оценку способности университета выполнять определенные требования.

При заключении договоров (контрактов) подразделения входящие в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, проведение и координацию работ по анализу контракта (договора) осуществляют в соответствии с ДП.СМК 7.2/01-2014 «Анализ, разработка, согласование и утверждение договоров». Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно в соответствии с документированной процедурой ДП 8 «Контракт».

Полная ответственность за осуществление анализа требований к научной деятельности возложена на ректора университета.

7.2.3 Связь с потребителем

Управление процессом маркетинговых исследований внешней среды университета осуществляют следующие структурные подразделения университета: управление организации и сопровождения научной и инновационной деятельности, академии и институты, основными функциями которых являются определение требований предприятий (организаций), а также проведение мониторинга информации, касающейся восприятия потребителями соответствия ЮФУ требованиям потребителей (8.2.1 РК). Для определения требований и удовлетворенности потребителей (слушателей, предприятий и организаций, грантодателей и зарубежных партнеров) научных исследований и разработок в структурных подразделениях ЮФУ назначены ответственные.

В университете определены и осуществляются мероприятия по поддержанию связи с потребителями, касающиеся:

- информации о научной деятельности университета;
- прохождения запросов, договоров (контрактов), заявок, включая дополнения и изменения;
- удовлетворенности потребителей, включая претензии (обратная связь с потребителями).

С целью учета требований потребителей при осуществлении научно-исследовательских работ и разработок, информация о связях с потребителями вносится в годовые отчеты кафедр и отчеты о результатах НИР и ОКР. Владельцем процесса является проректор по организации научной и проектно-инновационной деятельности.

Южный федеральный университет осуществляет деятельность по информированию общества, потребителей и всех заинтересованных сторон о своей деятельности. Информирование общества производится с целью маркетинговых акций, позиционирования университета на образовательном и научно-исследовательском рынке, поддержания обратной связи с потребителями услуг и продукции вуза, а также обеспечения эффективного взаимодействия как

внутри вуза, так и с внешними заинтересованными сторонами. Университет информирует общество, абитуриентов, обучающихся, сотрудников, работодателей, партнёров, а также другие заинтересованные стороны о:

- общественной роли ЮФУ;
- реализуемых основных и дополнительных образовательных программах, квалификациях и процедурах оценки;
- достижениях сотрудников, выпускников и студентов;
- результатах своей научно-исследовательской деятельности;
- планах развития.

Предоставляемая информация о деятельности ЮФУ является точной, беспристрастной, объективной и доступной.

Информация о разнообразной деятельности университета доводится до потребителей посредством:

- размещения рекламной информации в тематических справочниках и сборниках, посвященных научным исследованиям;
- размещения информации об университете на веб-сайтах ЮФУ;
- непосредственного информирования потребителей в рамках проводимых встреч, совещаний, семинаров на различных уровнях;
- а также другими способами.

Источники и методы получения информации об удовлетворенности потребителей приведены в п.8.2.1 РК.

Порядок управления претензиями (рекламациями) потребителей описан в п. 8.3 РК.

7.3 Проектирование и разработка

Южный федеральный университет осуществляет проектирование и разработку научно-исследовательских работ, опытно конструкторских работ.

Процесс проектирования научной продукции связан с требованиями ее потребителей к качеству и срокам изготовления. Главной целью и результатом такого проектирования является формирование соответствующих планов инновационной и научной деятельности университета, в которых содержатся мероприятия, направленные на научное исследование и разработку новых продуктов и услуг.

При проектировании и разработке продукции подразделения ЮФУ, входящие в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, проведение работ осуществляют в соответствии с ДП.СМК-7.3/02-2014 «Проектирование и разработка научной продукции».

Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, при проектировании и разработке НИР и ОКР дополнительно необходимо руководствоваться СТО ТКГУ.001 СМК «Порядок присвоения обозначений изделий и конструкторских документов. Учет и хранение конструкторских документов».

7.3.1 Планирование проектирования и разработки

В системе менеджмента качества разработан, внедрен и поддерживается в рабочем состоянии процесс планирования **научной деятельности**. Планы научной деятельности согласуются в установленном порядке и утверждаются проректором по научной и проектно-инновационной деятельности ЮФУ. Они содержат мероприятия, сроки выполнения мероприятий и устанавливают ответственных за их выполнение. По мере необходимости планы

корректируются. Ответственность за контроль планов возлагается на проректора по научной и проектно-инновационной деятельности.

Все планы, программы и прочие документы, связанные с проектированием и разработкой отнесены к обязательным записям СМК, которые поддерживаются в рабочем состоянии и управляются в соответствии с ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».

7.3.2 С целью оказания качественных и соответствующих требованиям потребителей услуг университет в своей деятельности определяет входные данные для проектирования и разработки, а записи поддерживает в рабочем состоянии. Записи могут быть в виде протоколов, заявок, технических заданий, служебных записок и т.п.

При определении входных данных учитываются:

- необходимые знания, умения и навыки, которыми должен обладать дипломированный выпускник университета, а также функциональные и эксплуатационные требования к научной продукции;
- соответствующие законодательные и обязательные требования;
- при необходимости и возможности информация из предыдущих аналогичных проектов.

Входными данными для проведения научных исследований, финансируемых из внешних источников, являются договоры, государственные контракты, технические задания, содержащие требования к проводимым научно-исследовательским и опытно-конструкторским работам.

7.3.3 Выходные данные для проектирования и разработки

Выходные данные проектирования и разработки однозначно представляются в формах, позволяющих провести их верификацию относительно входных требований. Одобрение выходных данных производится до их выпуска.

Выходные данные проектирования и разработки должны:

- отвечать входным требованиям;
- обеспечивать соответствующей информацией по закупкам, производству и обслуживанию;
- содержать критерии приемки продукции или ссылки на них, определять характеристики продукции, существенные для ее правильного и безопасного использования.

Выходными данными проектирования научных исследований в рамках грантов, финансируемых Министерством образования и науки РФ, Министерством обороны РФ или другими потребителями, являются отчеты по НИР в соответствии с согласованными планами и техническими заданиями на выполнение научно-исследовательских, опытно-конструкторских работ, описанных в ДП СМК 7.3/02-2014 «Проектирование и разработка научной продукции».

Выходные данные отнесены к обязательным записям СМК, которые поддерживаются в рабочем состоянии.

7.3.4 Анализ проектирования и разработки

В ходе выполнения проектирования научно-исследовательских работ проводится их периодический анализ (по мере необходимости) с целью оценки способности результатов проектирования отвечать установленным требованиям входных данных и своевременного выявления и решения проблемных вопросов. Анализ проводится в рамках совещаний заседаний кафедры, ученого совета факультета, Академии или НИИ ЮФУ или иных советов, в том числе Совета по качеству, экспертного (научно-технического) совета. Совещания протоколируются.

7.3.5 Верификация проектирования и разработки

После завершения проектирования научно-исследовательских работ в виде выходных данных, последние рассматриваются на соответствующих совещаниях или назначенными в установленном порядке должностными лицами с целью одобрения и признания (верификации). Верификация заключается в сравнении полученных результатов с запланированными и установленными во входных данных. Записи по верификации поддерживаются в рабочем состоянии и являются обязательными.

7.3.6 Валидация проектирования и разработки

После проведения верификации проектирования научно-исследовательских работ их результаты (выходные данные) утверждаются проректором по организации научной и проектно-инновационной деятельности или ректором университета и передаются потребителю в научные подразделения.

Документами, подтверждающими валидацию, являются подписи проректора организации научной и проектно-инновационной деятельности, ректора, сторонних должностных лиц, а также протоколы заседаний экспертного (научно-технического) совета и отзывы (письма, жалобы, предложения) потребителей о функциональных и эксплуатационных характеристиках продукции согласно ДП СМК 7.3/02-2014 «Проектирование и разработка научной продукции».

Записи по валидации отнесены к обязательным записям СМК и должны поддерживаться в рабочем состоянии.

7.3.7 Управление изменениями

В случае возникновения необходимости внесения изменений (корректировок) в планы научной работы, внесенные изменения рассматриваются на заседании соответствующего совета для принятия и одобрения. При этом проводится анализ изменений проекта с целью оценки их влияния на составные части проекта или уже поставленную продукцию. В случае принятия и одобрения изменений (корректировок) они доводятся до заинтересованных сторон (потребителя, должностных лиц и подразделений университета) через руководителей институтов, заведующих кафедрами, руководителей заинтересованных структурных подразделений.

Изменения (корректировки) оформляются документально, подписываются и утверждаются теми лицами, которые подписывали и утверждали изменяемый документ. Порядок управления изменениями НИР и ОКР подразделений ЮФУ, входящие в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, приведен в ДП СМК 7.3.7/01-2014 «Управление изменениями проекта и разработки».

Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, при проектировании и разработке НИР и ОКР дополнительно необходимо руководствоваться СТО ТКГУ.004 СМК «Правила внесения изменений в документы при выполнении ОКР».

Документально оформленные изменения (корректировки) отнесены к обязательным записям СМК, которые поддерживаются в рабочем состоянии.

7.4 Закупки

7.4.1 Процесс закупок

Основная цель управления закупками – приобретение товаров, работ, услуг по оптимальной цене, в оптимальные сроки, при обязательном условии соблюдения качества, отсутствие которого могло бы нанести ущерб качеству научной и инновационной деятельности университета.

В рамках системы менеджмента качества закупки отнесены к процессам обеспечения ресурсами. Закупки продукции (услуг) у поставщиков осуществляются в соответствии с утвержденной сметой затрат (бюджетом доходов и расходов ЮФУ на текущий год).

Контроль выполнения плана по закупкам осуществляет Первый проректор.

В случае внеплановых закупок продукции и услуг, необходимость которых возникла в ходе текущей деятельности университета, ректор ЮФУ принимает решение о целесообразности закупки и о выделении соответствующих финансовых ресурсов.

В системе менеджмента качества университета определен, документирован и поддерживается в рабочем состоянии процесс «Закупки», который реализуется согласно документированной процедуре ДП.МР-7.4(3.6*)/01-2015 «Управление закупками», требованиям «Положения о закупке товаров, работ, услуг для нужд федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Южный федеральный университет»», утвержденного приказом ЮФУ от 24.12.2014 №657-ОД, обеспечивающий соответствие закупаемых товаров, работ и услуг, необходимых для осуществления научной и инновационной деятельности, установленным требованиям.

Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, при осуществлении закупок дополнительно необходимо руководствоваться ДП 7 «Закупки».

Данный процесс СМК распространяется на закупку:

- продукции, необходимой для обеспечения качества научной деятельности (компьютерная техника, оргтехника, специальное оборудование, программное обеспечение, расходные материалы и т.п.);
- работ и услуг сторонних организаций, осуществляющих сервисное, техническое обслуживание и ремонт объектов инфраструктуры (зданий, сооружений, инженерных коммуникаций, средств связи, автотранспорта, оборудования и т.п.);
- работ и услуг сторонних организаций, специалистов, необходимость в которых может выявиться при осуществлении научной и инновационной деятельности.

Процесс осуществления закупок устанавливает:

- критерии отбора поставщиков продукции или услуг, в том числе сторонних специалистов;
- порядок верификации (входного контроля) закупленной продукции (услуг);
- требования к регистрации и ведению записей результатов оценки поставщиков, входного контроля и любых необходимых действий, вытекающих из оценки и верификации;
- распределение ответственности и полномочий персонала в процессе закупок.

При альтернативном выборе поставщиков университет, как правило, отдает предпочтение тем из кандидатов, СМК которых сертифицирована на соответствие требованиям стандартов ИСО серии 9000, и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

Выбор поставщиков товаров, работ, услуг для нужд университета, осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ в сфере размещения заказов, на основе определенных критериев, состав которых определяется индивидуально под каждый заказ.

Наиболее распространенными критериями являются:

- наличие у поставщика лицензии на право заниматься соответствующей деятельностью, производить необходимую продукцию (оказывать услуги), сертификата СМК;
- расходы на эксплуатацию товара;
- расходы на техническое обслуживание товара;
- сроки (периоды) поставки товара, выполнения работ, оказания услуг;
- стоимость продукции, работ, услуг;

- срок предоставления гарантии качества товара, работ, услуг;
- объем предоставления гарантий качества товара, работ, услуг.

Выбор поставщиков производится на заседании комиссии по размещению заказов (далее Комиссия) путем проведения конкурса, аукциона, а так же запроса котировок цен на товары, работы, услуги для нужд ФГАОУ ВО «ЮФУ». Комиссия проводит необходимые процедуры (вскрывает конверты с заявками участников, рассматривает, оценивает и сопоставляет заявки, рассматривает и оценивает котировочные заявки, рассматривает заявки участников аукционов, проводит аукционы).

По результатам заседаний Комиссии составляются соответствующие протоколы, в которых указывается информация об участниках размещения заказа, предложенные участниками условия исполнения заказа, поименный список голосовавших членов Комиссии, выбранный поставщик с обоснованием причин отбора. Результаты оценки и выбора поставщиков продукции (услуг) отнесены к обязательным записям СМК, которые поддерживаются в рабочем состоянии в соответствии с «Положением о закупке товаров, работ, услуг для нужд федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Южный федеральный университет»», утвержденным приказом ЮФУ от 24.12.2014 №657-ОД.

Данные протоколы общедоступны в сети Интернет, что делает размещение заказов для нужд университета открытыми, дающими возможность всем заинтересованным лицам участвовать в размещении заказов, предотвращая коррупционные сговоры.

Начальник управления финансового планирования и бухгалтерского учета выполняет следующую работу:

- осуществляет контроль за подготовкой документов на закупку, согласно п. 7.4.2;
- после оформления документов и оплаты по контракту, контролирует доставку закупленной продукции. Доставку продукции в Университет могут осуществлять поставщики закупаемой продукции, специализированные фирмы или персонал ЮФУ;
- передаёт продукцию в распоряжение материально-ответственного лица.

Университет также разработал критерии повторной оценки поставщиков материалов и услуг для своих нужд. Повторная оценка призвана устранить возможное негативное влияние недобросовестного поставщика на деятельность университета. Такая оценка проводится после поставки и влияет на составление реестра одобренных поставщиков на следующий отчетный период. Порядок оценки и выбора поставщиков приведен в инструкции **И.СМК 7.4.1-2014 «Закупки. Оценка и выбор поставщиков»**.

7.4.2 Информация по закупкам

Закупки оформляются документально в виде контрактов, дополнительных соглашений, счетов и других документов в соответствии с действующим законодательством РФ, содержащих требования на закупаемую продукцию:

- идентификационный номер заказа;
- тип продукции/услуги;
- обозначение продукции/услуги;
- требования к качеству продукции/услуге (при необходимости);
- технические данные продукции.

До оформления документов на поставку закупаемой продукции (услуги) университет формулирует свои требования к закупаемой продукции (услуге).

Контракты, соглашения и спецификации на закупку со стороны ЮФУ подписывает ректор. После осуществления закупки все оформленные финансовые документы передаются в бухгалтерию.

Документы, сопровождающие закупаемую продукцию (эксплуатационная документация), хранятся в бухгалтерии.

7.4.3 Верификация закупленной продукции и услуг

Материально-ответственное лицо организует входной контроль (верификацию) закупаемой продукции с привлечением по необходимости специалистов университета. Верификация продукции, как правило, осуществляется визуально. Подтверждением приемки является подпись материально-ответственного лица на накладной.

Продукция

Все закупленное оборудование и программные продукты проходят проверку до начала их эксплуатации в университете.

Оборудование должно быть обеспечено необходимыми инструкциями по использованию со стороны поставщика.

Входной контроль закупленной продукции заключается в сопоставлении сопроводительной документации и проверке:

- целостности упаковки, тары;
- соответствия по внешнему виду (при возможности);
- комплектации (шт., мест, вес и т.д.);
- сроков годности;
- комплектности сопроводительных документов.

Результатом проверок может быть:

- признание работы поставщика удовлетворительной – соответствующей предъявленным требованиям по качеству и подписание соответствующих документов (акты, накладные и т.д.);
- признание работы поставщика неудовлетворительной – несоответствующей предъявленным требованиям по качеству, и согласование содержания и сроков проведения поставщиком корректирующих мероприятий;
- признание работы поставщика неудовлетворительной с незамедлительным расторжением договорных отношений, согласно механизму расторжения, предусмотренному в контракте (договоре) или других документах.

Оборудованию, поступившему на баланс университета, присваиваются инвентарные номера и ведется его регистрация (в хозяйственном управлении и бухгалтерии).

Услуги

Проверка предоставления работ и услуг сторонними организациями и анализ представляемых отчетных документов осуществляет начальник отдела организации и планирования закупок с привлечением по необходимости специалистов университета.

Результатом проверок может быть:

- признание работы поставщика удовлетворительной – соответствующей предъявленным в контракте (договоре) требованиям по качеству и подписание соответствующих документов, свидетельствующих о выполнении работ (акты приема-сдачи работ);
- признание работы поставщика неудовлетворительной – несоответствующей предъявленным в контракте (договоре) требованиям по качеству, и согласование содержания и сроков проведения поставщиком корректирующих мероприятий;

- признание работы поставщика неудовлетворительной с незамедлительным расторжением контракта (договора), согласно механизму расторжения, предусмотренному в контракте (договоре).

Если университет предполагает осуществить верификацию у поставщика, то в установленном порядке устанавливаются предполагаемые меры по верификации и порядок выпуска продукции в информации по закупкам.

Порядок проведения входного контроля закупленной продукции, а также требования к организации ее хранения, учета, выдачи в производство, изоляции и возврата забракованной продукции должны соответствовать ГОСТ РВ 0015-308, инструкции **И СМК 7.4.3-2014 «Верификация закупленной продукции»**.

7.5 Производство и обслуживание

Учитывая специфику Университета и его продукции, СМК исключает применение п. 7.5. «Производство и обслуживание» для подразделений ЮФУ, входящих в область сертификации по требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012.

7.6 Управление оборудованием для мониторинга и измерений

Университет определяет, какой мониторинг и какие измерения необходимо осуществлять в процессе научной и инновационной деятельности, а также определяет, какие приборы для мониторинга и измерений необходимо использовать для обеспечения доказательства соответствия установленным требованиям (см. п. 7.2.1).

Там, где необходимо получить достоверные результаты, измерительное оборудование:

- откалибровано или проверено в установленные периоды времени или перед его использованием в соответствии со стандартами измерения, связанными с международными или национальными стандартами в области измерений;
- отрегулировано или повторно отрегулировано, где это необходимо;
- идентифицировано для определения статуса поверки (калибровки);
- защищено от регулировок, которые сделали бы недействительными результаты измерений;
- защищено от повреждения и утраты функциональной пригодности в период эксплуатации, технического обслуживания и хранения.

Порядок управления устройствами для мониторинга и измерений изложен в инструкции **И.МР-7.6-2009 «Управление устройствами для мониторинга и измерений»**.

Кроме того, Университет оценивает и регистрирует утверждение (подтверждение) результатов предыдущих измерений, если выявлено, что применяемое оборудование более не соответствует установленным требованиям. В отношении такого оборудования и связанной с использованием такого оборудования продукции Университет предпринимает необходимые меры. Записи по результатам калибровки и поверки поддерживаются в рабочем состоянии.

Если при мониторинге и измерении в соответствии с установленными требованиями, используется компьютерное программное обеспечение, то подтверждается его способность удовлетворять предполагаемому применению. Подтверждение этой способности осуществляется до момента первоначального применения этого программного обеспечения, а повторное подтверждение осуществляется по мере необходимости.

8 ИЗМЕРЕНИЕ, АНАЛИЗ И УЛУЧШЕНИЕ

8.1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Деятельность по измерению, анализу и улучшению является составной частью всех процессов системы менеджмента качества Южного федерального университета и проводится во всех подразделениях с целью подтверждения ее соответствия и повышения результативности.

Ответственность за эту деятельность несут ректор и проректора по курируемым направлениям, руководители структурных подразделений. Сбор и анализ информации закреплен за ООиСНД.

Взаимосвязь процессов измерения, анализа и улучшения представлена на рисунке 2, согласно которому:

- на основе разработанной системы показателей измерения результативности процессов СМК осуществляется мониторинг и измерение процессов (п.8.2.3);

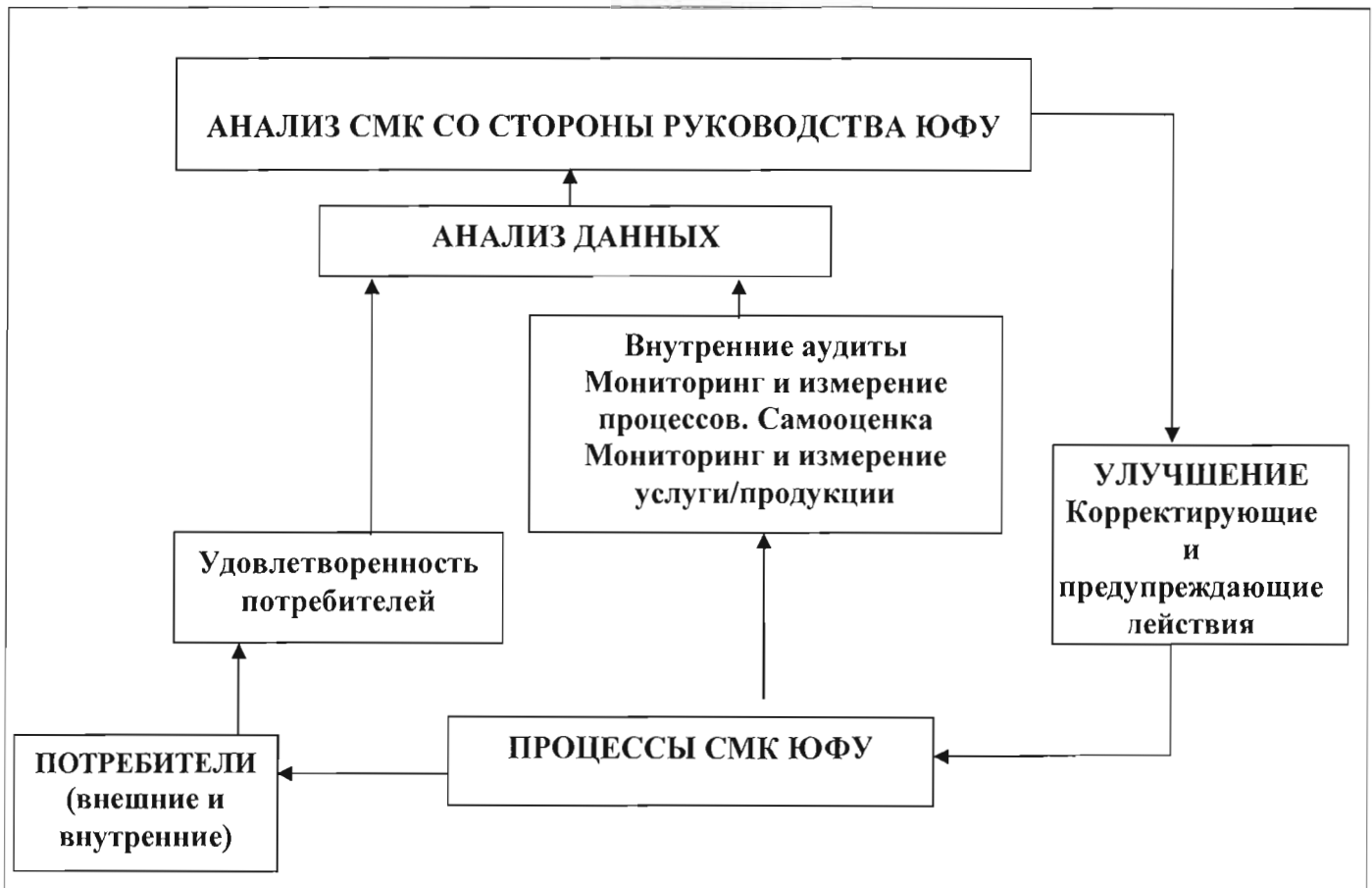


Рисунок 2. Взаимосвязь процессов измерения, анализа и улучшений

- с целью демонстрации соответствия научных исследований и разработок требованиям государственных стандартов, потребителей и других заинтересованных сторон осуществляется мониторинг и измерение продукции (п.8.2.4) и определение удовлетворенности потребителей (п. 8.2.1);

- для обеспечения соответствия СМК установленным требованиям проводятся внутренние аудиты (п.8.2.).

В основу выбора методов измерения и анализа данных положены следующие принципы:

- принцип предотвращения появления несоответствий;
- принцип ясной интерпретации результатов анализа.

Первый принцип предполагает, что в каждом случае при выборе конкретных методов измерения и анализа предпочтение отдается тем методам, которые позволят осуществлять предупреждающие действия.

Второй принцип предполагает возможность получения адекватных знаний о процессе. Методы мониторинга, измерения, анализа процессов и качества реализации научно-исследовательской деятельности, а также область их применения определены применительно к конкретному процессу или процедуре. Управляющими документами для применения выбранных методов сбора данных о процессе, а также статистических методов и способов анализа являются:

И.СМК 8.1.1-2014 «Применение статистических методов при управлении качеством»;

ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества»,

ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»,

ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

8.2 МОНИТОРИНГ И ИЗМЕРЕНИЯ

8.2.1 Удовлетворенность потребителей

Основными потребителями услуг Южного федерального университета являются:

- внутренние потребители (аспиранты, сотрудники);
- внешние потребители (работодатели, государство, общество).

Методами получения информации об удовлетворенности потребителей услуг ЮФУ являются социологические исследования научно-педагогических работников и заказчиков, регистрация обращений, жалоб, рекламаций, претензий, писем и др. Оценка удовлетворенности производится также и в текущем режиме при встречах и беседах с потребителями продукции и услуг.

Полученная информация используется при анализе СМК со стороны руководства (п. 5.6), обеспечении высшим руководством выполнения всех установленных требований (п. 5.1), определении ресурсов, требуемых для повышения удовлетворенности потребителей (п. 7 настоящего РК); а также для улучшения деятельности университета в целом (п. 8.5).

Итоговые результаты оценки удовлетворенности подводятся не реже одного раза в год.

8.2.2 Внутренние аудиты

Руководство Южного федерального университета определило внутренние аудиты подразделений и процессов СМК как высшую форму контроля системы менеджмента качества подразделений Университета, входящих в область сертификации СМК.

Внутренние аудиты являются:

- источником объективной и своевременной информации о степени соответствия деятельности в СМК и ее результатов установленным внешним и внутренним требованиям;
- основой входных данных для анализа функционирования СМК со стороны высшего руководства ЮФУ;

- способом определения поставленных целей, выявления слабых сторон и возможностей для улучшения, а также реализации Политики в области качества;
- и обеспечивают внутренним и внешним потребителям уверенность в стабильном качестве осуществляемых научных исследований и разработок, и надежности СК.

Организация и проведение внутренних аудитов подразделений, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, закреплена за отделом организации и сопровождения научной деятельности (ООиСНД). Периодичность, ответственность требования, а также последовательность планирования, проведения и анализа внутренних аудитов, информирование об их результатах, ведение и сохранение записей изложены в документированной процедуре **ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества»**.

Внутренний аудит СМК выполняется сотрудниками университета, прошедшими специальное обучение. Из последних формируются группы внутренних аудиторов и определяется руководитель группы. Полномочия внутренних аудиторов определены в положении **П.СМК-8.2.2/03-2009 «Положение о группе внутренних аудиторов СМК ЮФУ»**. Ответственность за выделение ресурсов для обеспечения компетентности внутренних аудиторов возлагается на ректора университета.

При проведении проверки функционирования СМК структурного подразделения группа внутренних аудиторов руководствуется требованиями документированной процедуры **ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»**.

Для подразделений ЮФУ инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, при осуществлении внутренних аудитов дополнительно необходимо руководствоваться документированной процедурой ДП 3 «Внутренний аудит».

Объектами внутренних аудитов являются процессы и продукция (услуги), а именно: процессы университета - выполнение требований внешних и внутренних нормативных документов при их реализации в подразделениях, результативность процессов и деятельность по постоянному улучшению; нормативные документы системы менеджмента качества; взаимодействие с заинтересованными сторонами.

Внутренний аудит состоит из следующих основных этапов:

- организация и планирование внутреннего аудита (подготовка аудита);
- проведение внутреннего аудита и документирование его результатов;
- анализ результатов внутреннего аудита;
- проведения мониторинга реализации программы внутреннего аудита.

Результаты внутренних проверок используются:

- уполномоченным по качеству ООиСНД при подготовке ежегодного отчета для анализа СМК со стороны руководства.
- руководителями структурных подразделений и/или процессов:
 - при оценке результативности процесса;
 - принятии решения о запуске корректирующих и предупреждающих действий в соответствии с документированной процедурой **ДП. СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия»**;
 - планировании мероприятий по улучшению процессов системы менеджмента качества ЮФУ.

Последующие действия для устранения обнаруженных несоответствий и/или потенциальных несоответствий и вызвавших их причин, а также действия по верификации предпринятых мер и отчет о результатах верификации осуществляются в соответствии с п. 8.5.2-8.5.3 настоящего Руководства.

8.2.3 Мониторинг и измерение процессов

Управление процессами в Южном федеральном университете строится на основе системы мониторинга и измерения основных характеристик и показателей качества этих процессов и их результатов.

Целью такой системы мониторинга и измерения является оценка способности процессов СМК достигать запланированных результатов.

Мониторинг и измерение процессов включает:

- оценку качества управления;
- оценку качества процесса проектирования научно-исследовательской деятельности, в частности качества научных проектов и разработок;
- оценку процесса маркетинговой деятельности;
- оценку качества научной деятельности.

Для конкретных процессов методы мониторинга и измерения процессов, их периодичность определены в документации по процессам СМК и в инструкции **И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2015 «Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг»**.

Мониторинг и измерение процесса осуществляет руководитель процесса. Также измерение процессов осуществляется и при проведении всех видов аудита (внешние инспекционные аудиты, внутренние аудиты). На основании полученных результатов могут предприниматься меры по корректировке процесса или, при необходимости, по улучшению процесса для обеспечения результативности СМК.

ООиСНД выполняет методическую и контролирующие функции, а также проводит сбор результатов мониторинга и измерений процессов, с целью включения их в анализ СМК со стороны руководства подразделений, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

8.2.4 Мониторинг и измерение научной продукции

Южным федеральным университетом применяются надлежащие методы для мониторинга и измерения уровня качества научной продукции. Такой мониторинг включает следующие направления:

- мониторинг и измерение качества научной продукции;
- мониторинг выполнения академиями и институтами целевых показателей развития, реализации собственных задач институтов и обеспеченности необходимыми ресурсами.

Целевые значения показателей и характеристик качества процессов и измеряемые показатели указываются в соответствующих документах СМК, связанных с разработкой и реализацией в ЮФУ научно-исследовательских услуг и продукции.

Академия, институт осуществляют мониторинг и измеряют качество научной продукции на всех этапах научного процесса с целью проверки соблюдения требований к продукции.

Мониторинг и измерение продукции при осуществлении научных исследований и разработок осуществляется в соответствии с ГОСТ 15.101 – 98 Система разработки и постановки продукции на производство. Порядок выполнения научно-исследовательских работ.

Управление средствами измерений и контроля осуществляется в соответствии с п. 7.6 настоящего РК.

8.3 УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ

В Южном федеральном университете проводится постоянная работа по выявлению несоответствий при осуществлении научно-исследовательской и управленческой деятельности различных уровней. К несоответствиям относятся выявленные отклонения от установленных требований во внешней и внутренней нормативной документации и потребителей. Управление несоответствиями направлено на предотвращение выпуска и непреднамеренного использования несоответствующей услуги/продукции университета. Университет обеспечивает все необходимые условия, чтобы услуги или продукция, не соответствующая установленным требованиям была выявлена, идентифицирована, зарегистрирована и находилась в управляемых условиях.

Процесс управления несоответствиями документирован процедурой ДП. СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями». Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно к ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 следует руководствоваться документированной процедурой ДП 4 «Управление несоответствующей продукцией».

Ответственность за реализацию процесса управления несоответствиями несут руководители структурных подразделений, в которых выявлены несоответствия.

Выявленное несоответствие подлежит обязательной регистрации. Основными источниками несоответствий являются процессы:

- Проектирование и разработка (БП- 7.3).
- Верификация закупленной продукции и услуг (МР - 7.4.3).
- Удовлетворенность потребителей (БП-7.2.3 - в части фиксации претензий потребителей и СМК.8.2.1(2.1)).
- Мониторинг и измерение процесса и услуги(продукции) (СМК-8.2.3-8.2.4).
- Внутренний аудит (СМК-8.2.2).

Управление несоответствиями состоит из реализации двух подпроцессов:

1. Выявление и обращение с несоответствиями.
2. Устранение несоответствий (проведение коррекции, корректирующих и предупреждающих действий).

Действия по управлению установленным несоответствием включают в себя:

- выявление и регистрацию несоответствия;
- идентификацию несоответствия;
- приостановку использования и изоляцию несоответствия;
- проведение анализа причин и возможных последствий несоответствия;
- установление возможности и целесообразности коррекции (доработки, исправления);
- разработку корректирующих действий по устранению причин возникновения несоответствия;
- принятие решения о дальнейшем использовании продукции/услуги;
- повторную верификацию проведенных мероприятий;
- определение действий в случае обнаружения несоответствия после поставки продукции/услуги потребителю;
- утилизацию и учет несоответствующей продукции/услуги;
- управление разрешениями на отклонения в соответствии с ДП.СМК-8.3.1-2014 «Управление разрешениями на отклонения» для подразделений, входящих в область сертификации СМК по

ГОСТ РВ 0015-002-2012.

В каждом конкретном случае определяется отдельный перечень мероприятий по устранению несоответствия.

Устранение выявленных и потенциальных несоответствий происходит на основе применения ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

8.4 АНАЛИЗ ДАННЫХ

В Южном Федеральном университете осуществляется анализ данных о качестве научно-исследовательской деятельности и процессов, применяемый для установления пригодности и результативности СМК, а также возможности улучшений.

Анализ данных о качестве выполняется для того, чтобы:

- установить реальное состояние качества научно-исследовательской деятельности, процессов стратегического и оперативного управления в определенный момент времени;
- оценить соответствие требованиям потребителей;
- оценить удовлетворенность и (или) неудовлетворенность потребителей;
- провести анализ причин несоответствий, сопоставить различные факты и установить их взаимосвязь и влияние на качество;
- выработать управленческие решения и оценить их результативность и эффективность;
- оценить результативность мероприятий по улучшению качества;
- установить результативность функционирования процессов;
- оценить эффективность использования научного потенциала;
- оценить уровень научных исследований и их динамику;
- определить актуальность научно-технических разработок и конкурентоспособность результатов;
- подтвердить соответствие установленным требованиям и эффективность функционирования СМК.

Аналізу подвергаются следующие данные:

- результаты измерения и мониторинга процессов;
- информация об обучении и квалификации сотрудников университета;
- данные о квалификации и компетентности научно-педагогических работников;
- несоответствия, выявленные в процессе выполнения научно-исследовательской деятельности
- информация о поступивших претензиях;
- результаты внутренних проверок СМК и анализа СМК со стороны руководства;
- информация о результативности корректирующих и предупреждающих действий;
- данные взаимодействия с поставщиками материалов и услуг для нужд университета;
- сведения о затратах на качество;
- прочая информация, содержащая сведения о качестве научно-исследовательской деятельности, процессов или СМК в целом.

При анализе данных о качестве необходимо использовать методы статистической обработки информации, приведенные в И.СМК 8.1.1-2014 «Применение статистических методов при управлении качеством».

Ответственность за проведение анализа данных несут владельцы соответствующих процессов системы менеджмента качества.

Для подразделений, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012 следует производить учет затрат на качество в соответствии с инструкцией И. СМК- 8.4.6-2014 «Оценка затрат на качество».

8.5 УЛУЧШЕНИЕ

8.5.1 Постоянное улучшение

В Южном федеральном университете осуществляется планирование и управление процессами, необходимыми для постоянного улучшения и совершенствования СМК.

Постоянное улучшение – это повторяющаяся деятельность по увеличению способности выполнять требования. В Университете процесс постоянного улучшения используется как инструмент для улучшения результативности СМК, а также удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон путем максимально рационального использования опыта и знаний всех сотрудников университета. Ответственность за процесс постоянного улучшения возлагается на высшее руководство ЮФУ.

Руководство университета постоянно повышает результативность СМК посредством реализации Политики и Целей в области качества, использования результатов аудитов, анализа данных, корректирующих и предупреждающих действий, а также анализа со стороны руководства.

Постоянное улучшение распространяется на:

- стратегическое и оперативное управление университетом;
- процессы СМК;
- продукцию (научные исследования и разработки);
- ресурсы (персонал, инфраструктуру, производственную среду).

В результате осуществления данного процесса:

- оптимизируется организация процессов различного уровня;
- повышается результативность процессов СМК;
- улучшаются инфраструктура и производственная среда;
- снижаются затраты путем устранения неэффективных, нерациональных действий и эффективного использования всех видов ресурсов;
- повышается качество научно-исследовательских услуг университета;
- усиливается мотивация персонала путем вовлечения всех сотрудников в многообразную деятельность университета, осуществления возможности самореализации, обеспечения непрерывного поддержания компетентности сотрудников;
- своевременно выявляются и устраняются главные причины несоответствий в научно-исследовательском процессе;
- обеспечивается контроль достижения целей университета;
- повышается уровень корпоративного общения путем создания сплоченной команды.

Критические процессы или процессы, нуждающиеся в улучшении, определяются в результате осуществления следующей деятельности:

- внутренних аудитов;
- анализа данных для улучшения;
- анализа СМК со стороны руководства;
- текущей деятельности подразделений;
- предъявления требований заинтересованными сторонами (в том числе претензий).

Для достижения целей постоянного улучшения функционирования процессов ЮФУ применяют методологию реинжиниринга процессов с последующим распространением накопленного положительного опыта в структурных подразделениях университета.

8.5.2 – 8.5.3 Корректирующие и предупреждающие действия

Университет осуществляет корректирующие и предупреждающие действия, предпринимаемые для устранения причин существующих или потенциальных несоответствий, с целью предотвращения их повторного возникновения или предупреждения их появления.

В Университете разработана документированная процедура ДП. СМК- 8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

Для подразделений ЮФУ инженерно-технологической академии (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, при осуществлении корректирующих действий дополнительно необходимо руководствоваться документированной процедурой ДП 5 «Корректирующие действия». При осуществлении предупреждающих действий ДП 6 «Предупреждающие действия».

Данные процедуры регламентируют порядок:

- выявления несоответствий, и их анализа значимости и влияния на качество научно-исследовательской деятельности;
- установления причин несоответствий/ потенциальных несоответствий;
- оценивания необходимости проведения корректирующих и предупреждающих действий с целью предотвращения их повторений или предупреждения появления, соответственно;
- определения, планирования и реализации корректирующих/предупреждающих действий;
- записей результатов предпринятых действий;
- анализа результативности предпринятых корректирующих/ предупреждающих действий.

Процесс корректирующих и предупреждающих действий осуществляется во всех структурных подразделениях университета, после обнаружения в их деятельности несоответствий.

Инициация корректирующих/предупреждающих действий проводится руководителями структурных подразделений:

- при обнаружении несоответствий в функционировании процессов,
- при установлении отрицательных результатов деятельности (или негативных тенденций),
- при анализе информации о потребностях рынка труда или научных услуг,
- при оценке удовлетворенности потребителей,
- по результатам внутренних аудитов,

а также прочей информации, имеющей отношение к СМК, путем разработки плана корректирующих и предупреждающих действий и организации его выполнения.

При проведении научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в подразделениях, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012 при выявлении дефектов проводят их анализ в соответствии с инструкцией И СМК 8.5.2.1-2014 «Анализ причин дефектов и отказов».

Записи этих действий обязательные.

Общее руководство, координацию и контроль процесса корректирующих и предупреждающих действий, осуществляемых в университете, а также оценку их результативности в подразделениях, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, проводит ООиСНД.

9 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями **РК.ЮФУ-4.2.2-2015** «Руководство по качеству» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящее Руководство в электронном виде, при необходимости, на серверах университета;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для поддержания Руководства в актуальном состоянии;
- информационные ресурсы (при необходимости).

10 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

10.1 Подлинник актуализированного настоящего Руководства хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

10.2 Регистрация и хранение Руководства осуществляются в порядке, установленном в ДП. СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

10.3 Специальными записями, имеющими отношение к данному Руководству, является согласование с ответственным лицом, осуществляющим нормоконтроль документации СМК при разработке и внесении изменений.

11 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

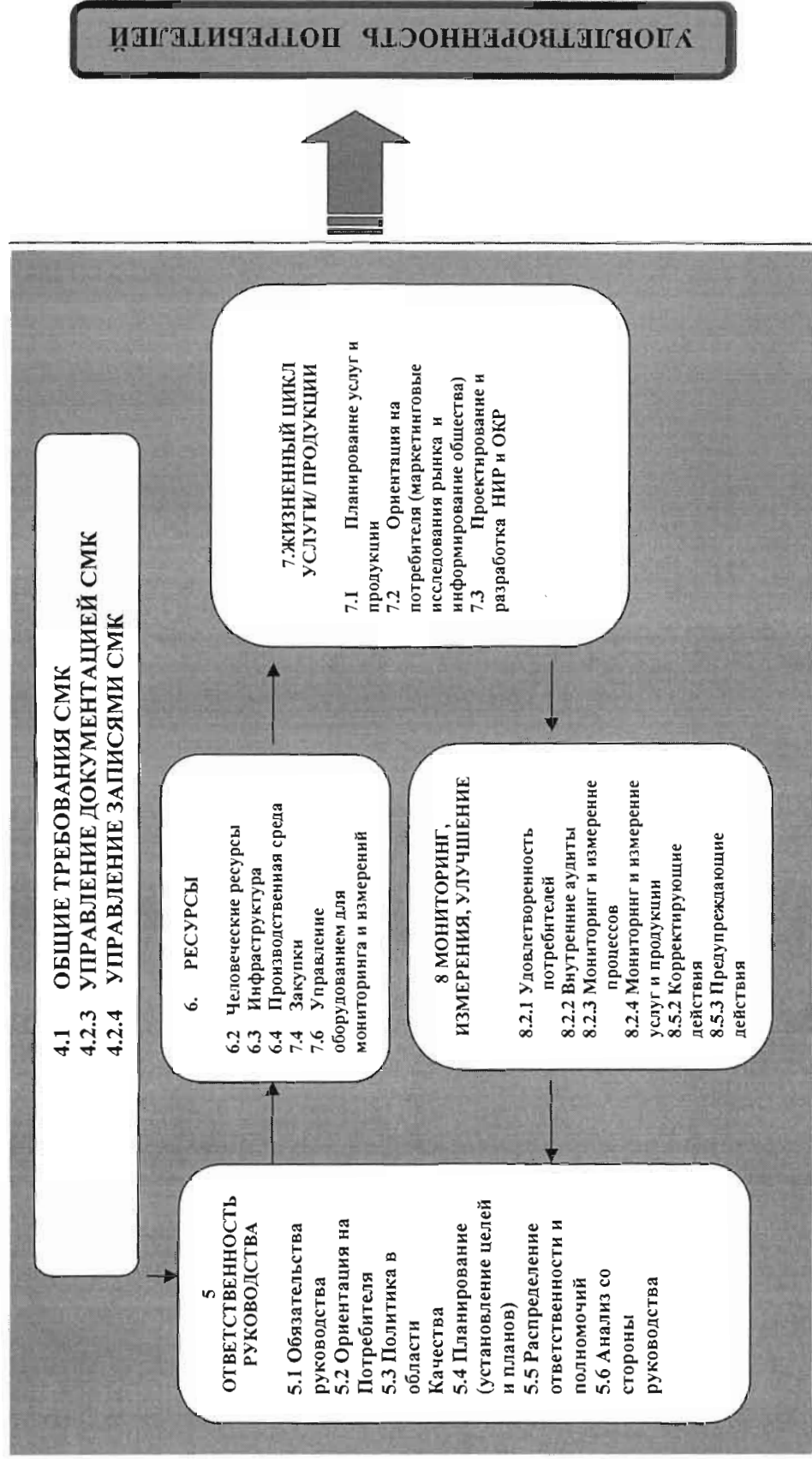
Внесение изменений в настоящее Руководство проводится в соответствии с требованиями ДП. СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

12 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящего Руководства возлагается на ООиСНД и Орган по сертификации системы менеджмента качества.

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б.
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ЮФУ**

СХЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРОЦЕССОВ



ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД



П.Н. Филиппенко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.



Приложение № 2 к приказу

от 27.10.2015 № 461-01

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА»

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	2
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	4
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
5 ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ ДОКУМЕНТАЦИИ.....	10
6 УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ.....	16
7 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	20
8 РЕСУРСЫ.....	20
9 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	20
10 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	21
11 КОНТРОЛЬ.....	21

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А. Карта процесса управления документацией ЮФУ.....	22
Приложение Б. Блок-схема процесса управления документацией ЮФУ.....	24
Приложение В. Матрица ответственности за управление документацией ЮФУ.....	27
Приложение Г. Формы записей	
СМК-4.2.3/01-ЗРД-Заявка на разработку/переиздание документа.....	28
СМК-4.2.3/02-ЛСПД-Лист согласования проекта документа.....	29
СМК-4.2.3/01-ЗИД-Заявка на изменение документа.....	30
СМК-4.2.3/01-ИД-Лист изменений к документу.....	31
СМК-4.2.3/01-ААД-Акт-извещение об аннулировании документа.....	32
СМК-4.2.3/01-ЛОПЦ-Лист ознакомления с Политикой и Целями в области качества ЮФУ.....	33
Приложение Д. Основные задачи, функции, обязанности и права ответственного за ведение документации в структурном подразделении ЮФУ.....	34
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	35
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	36
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	37
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ.....	38

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-4.2.3/01-2014 взамен ДП.СМК-4.2.3/01-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая Документированная процедура ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК» (далее - Процедура) устанавливает единые требования к управлению документацией системы менеджмента качества Южного федерального университета (далее – документация).

1.2 Настоящая Процедура регламентирует порядок управления документацией в системе менеджмента качества в соответствии с МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.3 Ответственным за процесс управления документацией системы менеджмента качества подразделений, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012 является отдел организации и сопровождения научной деятельности (ООиСНД).

1.4 Действие настоящей Процедуры распространяется на все подразделения Университета, включенные в область распространения СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, а также разработчиков документов системы менеджмента качества ЮФУ.

1.5 Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологическая академия (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно к ДП.СМК-4.2.3/01-2014 следует руководствоваться документированной процедурой ДП 1 «Управление документацией».

1.6 Документированная процедура ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК» разработана в соответствии с требованиями подпунктов 4.2.1.с и 4.2.3 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей Процедуре сделаны ссылки на следующие нормативные документы:

МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».

МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».

ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.

МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества».

МС ИСО 15489-1:2001 «Информация и документация. Управление записями. Общие требования».

РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».

И.СМК-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК».

ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел».

ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения».

И.СМК-4.2.3/08-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями».

П.СМК-5.5.2/04-2015 «Положение о представителе руководства в СМК ЮФУ».

П.СМК-5.5.2/05-2015 «Положение об уполномоченном по качеству ЮФУ».

ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества».

ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества».

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей процедуре применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/08-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

ДИ – должностная инструкция;

ДП – документированная процедура;

И – инструкция;

КД – корректирующее действие;

МИ – методическая инструкция;

МС – международный стандарт;

НИР- научно-исследовательская работа;

НД – нормативный документ;

НСД – начальник сектора документации;

ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;

ОВД – ответственный за ведение документации;

П – положение ;

ПД – предупреждающее действие;

ПРК – представитель руководства по качеству;

ПСП – положение о структурном подразделении;

РК – руководство по качеству;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;

ЮФУ – Южный федеральный университет;

УК – уполномоченный по качеству.

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Структура документации СМК

4.1.1 Документация СМК регламентирует порядок осуществления деятельности в системе менеджмента качества ЮФУ. Конечной целью этой деятельности является улучшение качества, достижение соответствия требованиям потребителей, подготовка кадров, идентификация и прослеживаемость, получение объективных доказательств при оценке соответствия требованиям системы менеджмента качества и результативность ее процессов.

4.1.2 Каждому из видов менеджмента в области качества – планированию качества, управлению качеством, обеспечению качества и улучшению качества – соответствуют свои документы, подтверждающие эффективность функционирования системы менеджмента качества ЮФУ.

4.1.3 По своему происхождению документация делится на внешнюю и внутреннюю.

Внешняя документация – документы, разработанные сторонними организациями и полученные в виде входящей корреспонденции.

Внутренняя документация – документы, разработанные в ЮФУ.

4.1.4 В зависимости от характера использования, документы подразделяются на подлинники и копии. В зависимости от способа выполнения – на оригиналы и дубликаты. Основной объем документации СМК функционирует в системе электронного документооборота ЮФУ.

4.1.5 Структура документации СМК ЮФУ включает пять уровней (Рисунок 1).

4.1.5.1 Первый уровень составляет документация по управлению качеством со стороны руководства ЮФУ. К ней относятся:

- Политика и Цели в области качества ЮФУ;
- Руководство по качеству ЮФУ.

В документы первого уровня декларируется политика в области качества, цели по ее реализации, а также требования к управлению деятельностью по достижению поставленных целей.

4.1.5.2 Второй уровень составляют документированные процедуры.

Они подразделяются на две группы:

а) ДП, обязательные для ЮФУ в соответствии с требованиями МС ИСО 9001:2008:

- Управление документацией,
- Управление записями,
- Внутренние аудиты,
- Управление несоответствиями,
- Корректирующие и предупреждающие действия.

б) ДП, необходимые ЮФУ и включающие процедуры по управлению определенным видом деятельности, стандарты организации (СТО), методические инструкции СМК и рабочие инструкции для осуществления бизнес-процессов, включающие:

- Управление номенклатурой дел,
- Управление организационно-правовыми документами СП,
- Планирование СМК, и т.д.

Документы второго уровня позволяют на всех уровнях управления ЮФУ:

- устанавливать порядок взаимодействия подразделений и должностных лиц,
- распределять полномочия и ответственность,
- осуществлять управление материальными и информационными потоками.

4.1.5.3 Третий уровень составляют документы, обеспечивающие качество управления и деятельности ЮФУ. К ним относятся правовые, организационные (организационно-правовые и организационно-распорядительные), внешние и внутренние нормативно-методические документы.

Правовая документация:

- документы органов власти, управления, контроля и надзора (в том числе в области качества): кодексы и законы РФ, Указы Президента РФ, Постановления Правительства РФ и другие;
- лицензии и свидетельства.

Организационно-правовая документация:

- Устав ЮФУ,
- организационная структура,
- штатное расписание,
- номенклатура дел ЮФУ,
- положения о структурных подразделениях,
- должностные инструкции и другие аналогичные документы.

Организационно-распорядительная документация:

- приказы,
- распоряжения должностных лиц,
- решения.

К внешней нормативной и методической документации относятся:

- международные, межгосударственные стандарты, государственные стандарты России, региональные, национальные;
- документы органов государственного управления, контроля и надзора;
- документация поставщиков и потребителей.

СТРУКТУРА ДОКУМЕНТАЦИИ ЮФУ

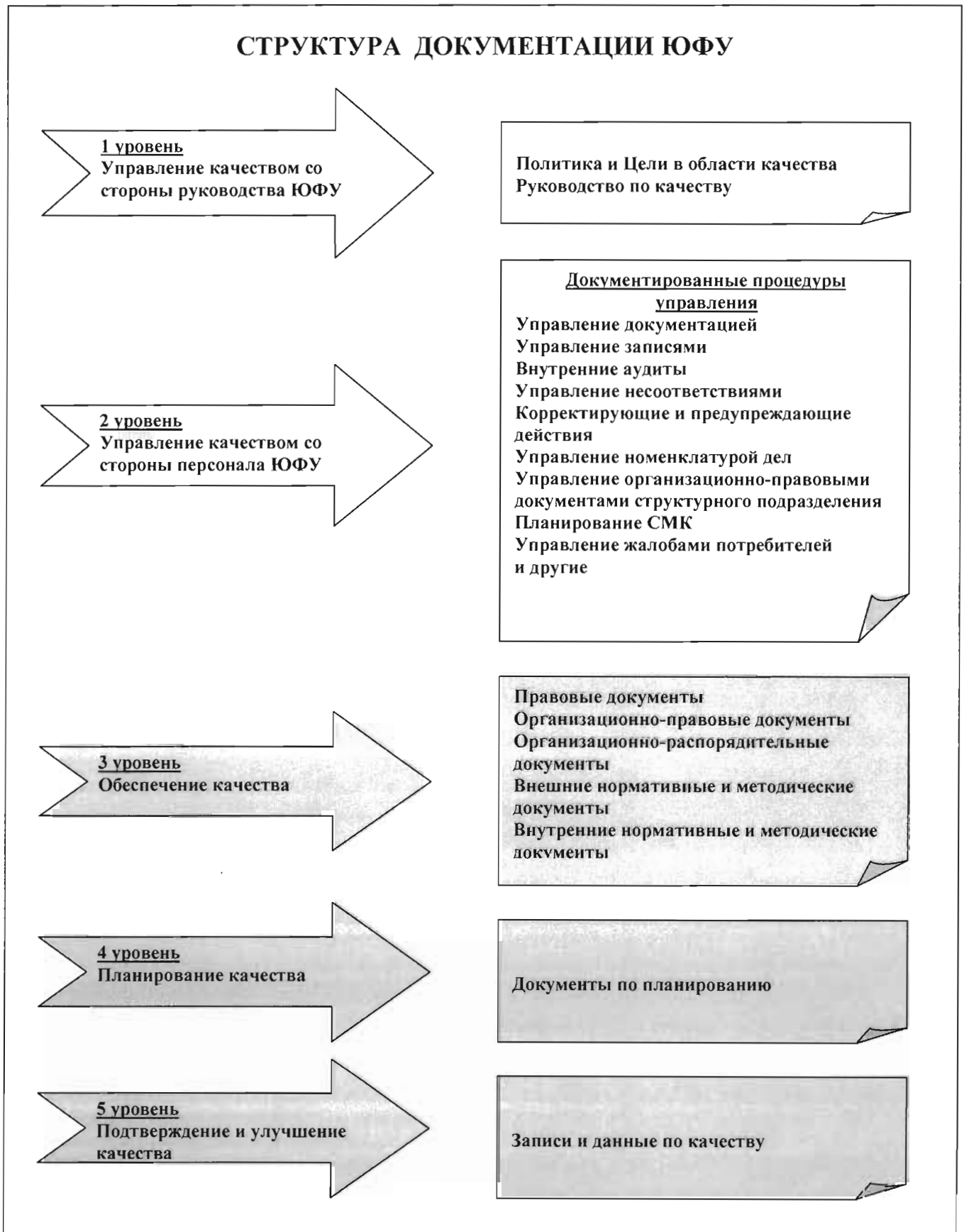


Рисунок 1. Структура документации СМК ЮФУ

К внутренней нормативной и методической документации относятся:

- внутренние положения по видам деятельности;
- методические инструкции и рекомендации по видам деятельности;
- паспорта, инструкции по эксплуатации оборудования и другие подобные документы.

Документы третьего уровня устанавливают требования действующего законодательства, нормы и правила при осуществлении деятельности ЮФУ, а также требования к услугам, продукции, процессам контроля и испытаний.

4.1.5.4 Четвертый уровень составляют документы по планированию качества. К ним относятся документы, устанавливающие требования к планированию деятельности ЮФУ в целом, структурных подразделений, отдельных исполнителей: стратегические, тактические и оперативные планы.

Документы четвертого уровня в соответствии с установленными целями в области качества определяют необходимые действия, ответственных за их выполнение, сроки и необходимые ресурсы.

4.1.5.5 Пятый уровень составляют документы по подтверждению и улучшению качества, которые содержат оперативные отчетные сведения о качестве (т.е. результаты или свидетельства осуществленной деятельности – записи и данные по качеству). К ним относятся:

- протоколы, акты, отчеты и т.п.,
- записи в журналах (регистрационных и рабочих),
- результаты анализа СМК со стороны руководства,
- документы по улучшению качества: результаты КД и ПД,
- сертификаты и аттестаты, в том числе аккредитации, и др.

Управление записями и данными по качеству регламентировано ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями».

4.2. Статус и уровень утверждения документа

Статус и уровень утверждения документа определяются положением документа в иерархической структуре документации ЮФУ (см. Рисунок 1). Уровень утверждения документов приведен в Таблице 1.

Таблица 1 Уровень утверждения документов

Номер уровня	Наименование документа	Должностное лицо
1	Политика и Цели в области качества Руководство по качеству	Ректор ЮФУ
2	Документированные процедуры, методические и другие инструкции СМК	Ректор ЮФУ
3	Организационная структура Область распространения СМК	Ректор ЮФУ
3	Матрицы ответственности	Вышестоящее должностное лицо
3	Положения о структурных подразделениях Должностные инструкции	Ректор ЮФУ
3	Организационная документация	Уровень утверждения устанавливается по принадлежности

3	Внутренние нормативные и методические документы	Ректор ЮФУ, проректоры, руководители структурных подразделений
4	Планы всех видов	Уровень утверждения устанавливается по принадлежности
5	Акты, протоколы, сертификаты	Уровень утверждения устанавливается по принадлежности
5	Отчеты о выполнении деятельности на всех уровнях управления	Уровень утверждения устанавливается по принадлежности
5	Отчеты по результатам внутренних аудитов	Представитель руководства по качеству
5	Отчет по анализу результативности СМК высшим руководством	Ректор ЮФУ

4.3 Требования к управлению и оформлению документации

4.3.1 Основным требованием к документам по планированию, управлению и обеспечению качества (первый, второй, третий и четвертый уровни) является обеспечение их постоянной пригодности путем актуализации (своевременного внесения изменений).

4.3.2 К документам по подтверждению и улучшению качества (пятый уровень) предъявляются требования в виде их сохранности для обеспечения прослеживаемости и доступа с целью последующего анализа.

4.3.3 Карта и Блок-схема процесса управления документацией ЮФУ приведены в Приложениях А и Б.

4.3.4 Ответственность за управление документацией в рамках ЮФУ установлена в Матрице ответственности (Приложение В).

4.3.5 Оформление документации производится в соответствии с требованиями И.СМК-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК».

4.3.6. Порядок подготовки проектов приказов и их электронное согласование осуществлять в соответствии с приказом № 500-ОД от декабря 2013 «Об утверждении Инструкции электронного согласования проектов и распоряжений».

4.3.7. Документы (служебные записки, заявки и т.п.) должны быть подготовлены, согласованы, подписаны, зарегистрированы.

4.4 Установление ответственности за ведение документации СМК в структурном подразделении

4.4.1 Ответственный за ведение документации в структурном подразделении назначается распоряжением начальника (руководителя) структурного подразделения. Данная функция включается в должностную инструкцию сотрудника.

4.4.2 Основные задачи, функции, обязанности и права ответственного за ведение документации в структурном подразделении приведены в Приложении Д.

Примечание.

В зависимости от уровня и специализации подразделения в нем могут быть назначены несколько ответственных за ведение документации с разделением функций.

4.5 Идентификация и кодирование документации

4.5.1 Идентификаторы документов, управляющих СМК ЮФУ, предназначены для обеспечения быстрого и однозначного определения статуса документа при систематизированном хранении, поиске и ведении.

4.5.2 Идентификация управленческой документации осуществляется при помощи кодов, размещенных на титульном листе документа, а также в поле верхнего колонтитула на каждом листе.

4.5.3 Присвоение документу кода проводится в период его разработки (см. п 5.1.2 настоящей Процедуры).

4.5.4 Код и вид документа оформляются в соответствии с п. 5 И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей системы менеджмента качества Южного федерального университета»:

4.5.5 Принадлежность документа определяется как:

СМК – документация СМК, общая для всех подразделений Южного федерального университета;

00 – документация СП, где 00 – индекс структурного подразделения в соответствии с ДП.СМК-4.2.3/03-2015 «Управление номенклатурой дел».

5. ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ ДОКУМЕНТАЦИИ

Жизненный цикл документа состоит из следующих стадий:

- разработка и согласование документа;
- утверждение документа и введение его в действие;
- регистрация через размещение в системе электронного документооборота, внедрение и хранение;
- актуализация (проверка), внесение изменений и переиздание;
- отмена (аннулирование), изъятие, архивирование и уничтожение.

5.1 Разработка и согласование проекта документа

5.1.1 При разработке документов следует руководствоваться следующими принципами:

– установить насущную потребность в создании документированной процедуры управления или документа иного вида;

– разрабатывать документ только при наличии обязательных требований или возникшей производственной потребности; в остальных случаях проводить взвешенную оценку затрат, возможных ошибок и последствий, вызванных отсутствием данного документа;

– документировать только то, что обеспечивает безусловное выполнение требований СМК при осуществлении процессов;

- вести необходимые записи и собирать данные по качеству;
- излагать текст любого документа доступным для всех пользователей языком.

5.1.2 Разработка документа СМК производится либо в соответствии с планом, либо в связи с возникновением потребности по улучшению СМК, в том числе при введении нового процесса. Запуск в действие процедуры разработки осуществляет ее инициатор путем составления заявки на разработку документа (Форма СМК-4.2.3/01-ЗРД, Приложение Г). Им же определяется перечень лиц или подразделений для согласования документа, планируемого к разработке. Данная заявка подается подразделениями, входящими в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, в ООиСНД для согласования (уточнения необходимости, наименования и кода документа, предлагаемого к разработке). Если заявка принимается, ООиСНД ставит свою подпись с расшифровкой и указанием даты. При отклонении заявки дополнительно на обороте в свободной форме указываются причины отклонения. Согласованная заявка лицом, ее составившим, передается на утверждение ПРК. После утверждения заявка служит основанием для издания приказа по ЮФУ о разработке документа с указанием его наименования, кода, ответственного за разработку, перечня лиц для согласования проекта документа, сроков подготовки проекта и выделенных ресурсов, проект которого готовит ООиСНД. Издание приказа служит началом процесса разработки документа в соответствии с настоящей Процедурой.

5.1.3 Сотрудник ЮФУ, ответственный за разработку, формирует рабочую группу и распределяет роли между исполнителями.

5.1.4 Разработка документа ведется на основе процессного подхода – цикла Шухарта-Деминга «РДСА»: планируй – делай – проверяй – корректируй.

Примечание.

Методические рекомендации по применению процессного подхода приведены в МИ.СМК-4.4.1/01-2009 «Процессная модель СМК ЮФУ».

5.1.5 Разработанный документ получает статус «проект», о чем делается отметка на его титульном листе.

5.1.6 Проект документа поступает на согласование всем заинтересованным лицам вместе с прикрепленным к нему листом согласования (Форма СМК-4.2.3/02-ЛСД, Приложение Б). Все замечания (дополнения, изменения) по проекту документа вносятся в лист согласования. Сотрудник ЮФУ, сделавший замечания (дополнения, изменения), вносит наименование своего подразделения, свои фамилию и инициалы, дату согласования и ставит свою подпись. При согласовании не допускается запись «Согласовано с замечаниями» - все замечания и предложения указываются в листе согласования в произвольной форме. После окончания согласования разработчик документа анализирует лист согласования и проставляет отметки о принятии/непринятии замечаний по проекту. Далее лист согласования рассматривается ПРК с целью контроля процесса разработки. По всем принятым замечаниям в проект документа его разработчиком вносятся соответствующие изменения.

5.2 Утверждение документа и введение его в действие

5.2.1 С учетом замечаний и предложений, полученных по результатам согласования, разрабатывается окончательный проект документа. При наличии неразрешимых разногласий окончательное решение по проекту документа принимает проректор, курирующий направление, в отношении которого появились разногласия, а при необходимости вопрос выносится на рассмотрение экспертного (научно-технического) совета.

5.2.2 Проект документа с подписью разработчика, согласующими подписями передается разработчиком на утверждение. Документ утверждается должностным лицом, предусмотренным в Таблице 1 настоящей ДП. Гриф утверждения включает: слово УТВЕРЖДАЮ (без кавычек), наименование должности, подпись, инициалы, фамилию, дату утверждения и печать организации, либо согласно ГОСТ 6.30-2003.

5.2.3 Документы утверждаются, как правило, без ограничения срока действия. По решению разработчика срок действия документа может быть ограничен (в том числе при наличии обязательных требований).

5.2.4 Документ вводится в действие утверждением (подписанием) или приказом. Дата введения в действие документа определяется исходя из вида документа и конкретных условий, и может устанавливаться:

- в приказе,
- под утверждающей подписью («вводится в действие с...»),
- через определенное время, указанное в нормативных документах;
- с момента утверждения (подписания) документа.

5.2.5 Если документ вводится в действие приказом, разработчик готовит его проект и направляет на утверждение совместно с проектом документа. В приказе устанавливаются необходимые мероприятия по обеспечению ознакомления исполнителей с документом, а также мероприятия по внедрению документа.

5.3 Регистрация, размножение, учет и рассылка документации

5.3.1 Утвержденный документ (с сохранением подписи и даты утверждения) передается начальнику управления делами и организации документооборота для преобразования его в защищенный формат *.pdf и последующего размещения в системе электронного документооборота университета.

5.3.2 При регистрации документов СМК в ЮФУ используется электронная форма регистрации документов в системе электронного документооборота, при которой документы регистрируют на электронных карточках, т.е. карточках, которые выводятся на экран компьютера. Если зарегистрированный документ передается из одного структурного подразделения в другое, повторная регистрация не требуется.

5.3.3 Тиражирование документа выполняется копированием документа из системы электронного документооборота университета.

5.3.4 Количество копий документа СМК не учитывается в связи с наличием в университете системы электронного документооборота.

5.3.5 Рассылкой считается размещение документа в системе электронного документооборота, датой рассылки считается дата размещения документа в системе электронного документооборота.

5.3.6 Ответственными за размещение документа в системе электронного документооборота подразделений, входящими в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, являются ООиСНД и начальник управления делами ЮФУ.

5.3.7 Ответственным держателем подлинника документа является ООиСНД. Дело каждого документа включает:

- подлинник действующего документа,
- подлинники изменений к документу.

5.3.8 В структурных подразделениях доступ к системе электронного документооборота обеспечивает руководитель структурного подразделения.

5.4 Получение, внедрение и хранение документации в структурном подразделении

5.4.1 Ответственный за ведение документации СП получает документацию из электронного документооборота через копирование защищенной копии.

5.4.2 Уполномоченный по качеству СП вносит распечатанные на бумажном носителе документы в папку номенклатурного дела подразделения или формирует электронную папку документов и следит за обновлениями этих документов.

5.4.3 После формирования папки номенклатурного дела подразделения руководитель подразделения определяет круг исполнителей и сотрудников, которые должны быть ознакомлены с документацией и ее изменениями. Подтверждением ознакомления сотрудников СП с документом служат их подписи в листе ознакомления.

5.4.5 Хранение документа в подразделении должно быть организовано способом, обеспечивающим его быстрый поиск и доступ к нему исполнителей и предотвращающим его порчу. При хранении должны учитываться требования ДП.СМК-4.2.3/09-2015 «Управление номенклатурой дел».

5.4.7 Руководитель структурного подразделения несет административную ответственность за использование не актуализированной документации.

5.5 Актуализация (проверка), внесение изменений и переиздание документа

5.5.1 Проверка документов ЮФУ на актуальность проводится регулярно и может быть следующих видов: периодической (плановой, в том числе при внутренних аудитах) и внеплановой.

5.5.2 Подразделение-разработчик осуществляет периодическую проверку и анализ документа на его соответствие требованиям и существующей практике не реже одного раза в год (с даты утверждения, предыдущей проверки или переиздания документа) или по необходимости. Периодичность проверки устанавливается разработчиком при подготовке проекта документа.

5.5.3 Внеплановые проверки документации проводятся в случае:

- выявления несоответствий при предоставлении услуг вследствие осуществления деятельности на основании неактуальной документации;
- изменения требований документации или потребителей;
- совершенствования услуг, организационной структуры и т.д.;
- установления дополнительных требований к описанному объекту или процессу.

5.5.4 Актуализация включает в себя:

- проверку документа на приемлемость его требований и норм для организации на момент проверки;
- проверку документа на наличие в нем имеющихся изменений (сравнение актуального документа в системе электронного документооборота и имеющейся копии в подразделении);
- проверку документа на предмет его состояния: комплектности, внешнего вида и т.д.;
- фиксирование факта проверки;
- внесение изменений и проведение корректирующих действий по результатам проверки.

5.5.5 Результатом проверки является одно из решений:

- 1) Документ пригоден для дальнейшего использования: в этом случае срок действия документа продлевается, на титульном листе ставится надпись «ПРОВЕРЕНО» с указанием даты и подпись с расшифровкой проверявшего.
- 2) Требуется корректировка документа: в этом случае инициируется процесс разработки и внесения изменений.
- 3) Документ подлежит аннулированию: в этом случае инициируется процесс аннулирования и изъятия документа в соответствии с п. 5.6 настоящей Процедуры.
- 4) Требуется разработка новой версии документа: в этом случае инициируется процесс переиздания.

5.5.6 При потребности внесения изменений разработчиком документа (либо заинтересованным лицом, например, владельцем процесса или пользователем, уполномоченным по качеству СП) оформляется заявка на изменение документа (Форма СМК-4.2.3/01-ЗИД, Приложение Г) с предложением о внесении изменений в документ с их обоснованием. Данная заявка передается в ООиСНД, который принимает решение по изменению, в том числе на соответствие требованиям МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

5.5.8 При принятии решения об изменении документа ООиСНД заполняется, регистрируется лист изменений к документу (Форма СМК-4.2.3/01-ИД, Приложение Д), который утверждается ректором ЮФУ. Измененный документ размещается в системе электронного документооборота, при необходимости.

5.5.9 Ответственный за ведение документации СП (уполномоченный по качеству) обязан ознакомить с документом в новой редакции сотрудников, заполнить лист ознакомления.

5.5.10 Изъятые листы (файлы) подлинника документа с отметкой об их отмене хранятся в деле подлинника документа.

5.5.11 Изменения в Политику в области качества ЮФУ не вносятся. При необходимости выпускается новая редакция документа.

5.5.12 Необходимость переиздания документа после внесения изменений определяет ООиСНД. Оптимальное количество изменений, после которых необходимо переиздать документ, составляет не менее 20% от его объема. Решение о переиздании может быть принято в случае наличия изменений, приводящих к неудобству пользования или необходимости значительной корректировки. В последнем случае документ переиздается с внесением в него всех изменений.

5.5.13 При необходимости переиздания документа проверяющим оформляется заявка на переиздание документа (Форма СМК-4.2.3/01-ЗРД, Приложение Г) с указанием причин необходимости переиздания, передается разработчику, который осуществляет контроль за своевременностью переиздания. На подлиннике пишется: «Разработать новую версию в срок до ...», ставятся подпись проверяющего и дата проверки.

5.5.14 Переизданный документ получает следующий порядковый номер версии (редакции), начиная с «версия 1», который вносится во все листы документа. Во вновь разработанном документе указывается «версия 0».

5.5.15 Регистрация переизданного документа осуществляются в соответствии с требованиями настоящей Процедуры.

5.6 Отмена (аннулирование), изъятие, архивирование и уничтожение документа

5.6.1 Отмену (аннулирование) документа проводят:

- при изменении требований к качеству услуг и способам их оказания, технической и нормативной документации, организационной структуры, требований к СМК и пр.;
- по результатам проверки документа, внутреннего аудита и других проверок.

5.6.2 Отмена документа оформляется путем составления акта-извещения об аннулировании документа (Форма СМК-4.2.3/01-ААД, Приложение Г) комиссией, состав которой определяет ПРК. Документ отменяется приказом ректора. При отмене документа СМК в ее состав в обязательном порядке включаются ООиСНД и разработчик документа. Акт утверждается должностным лицом, утвердившим отменяемый документ.

5.6.3 На основании акта-извещения на титульном листе отмененного подлинника документа синими чернилами проставляются надпись «ОТМЕНЕН», дата, подпись с расшифровкой сотрудника, произведшего отмену, и делаются отметки об изъятии в Журнале регистрации нормативных документов ЮФУ и листе регистрации рассылки отмененного документа. Акт-извещение об аннулировании хранится в деле документа.

5.6.4 Копии акта-извещения об аннулировании документа направляются ООиСНД в подразделения-пользователи, где ответственный за ведение документации производит отмену предыдущего экземпляра и его изъятие из обращения.

6 УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

6.1 Управление документами первого уровня

6.1.1 Управление Политикой и Целями в области качества

6.1.1.1 Политика и Цели в области качества оформляются в виде отдельного документа и в обязательном порядке включаются в состав Руководства по качеству или в РК делаются ссылки на них. Политика и Цели в области качества оформляются на листе формата А4 в произвольной форме с проставлением в левом нижнем углу номера редакции и года выпуска и утверждаются подписью ректора и печатью ЮФУ. Требования к содержанию Политики и Целей приведены в РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».

6.1.1.2 Ответственность за разработку документов возлагается: на ректора ЮФУ – за определение политики в области качества, ПРК – за установление целей в области качества в целом по ЮФУ и в структурных подразделениях, включенных в область распространения СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

6.1.1.3 ООиСНД готовит проекты очередных версий Политики в области качества ЮФУ и Целей в области качества ЮФУ с привлечением компетентных специалистов из различных структурных подразделений. При этом учитываются стратегические цели самого ЮФУ. Последовательность разработки документов следующая: Политика → Цели.

6.1.1.4 Проекты документов обсуждаются в подразделениях ЮФУ и на экспертном (научно-техническом) совете. Замечания и предложения по проектам документов поступают в ООиСНД, который под руководством ПРК проводит их анализ и обобщение.

6.1.1.5 Уточненные проекты документов передаются ректору ЮФУ, который их рассматривает, уточняет и утверждает как обязательства ЮФУ в области качества. Утвержденные документы размещаются в системе электронного документооборота ЮФУ в защищенном от несанкционированных изменений файловом формате.

6.1.1.6 В структурных подразделениях ЮФУ проводится кампания по разъяснению Политики и Целей в области качества с регистрацией в виде подписи об ознакомлении каждого сотрудника ЮФУ в Листе ознакомления с Политикой в области качества ЮФУ и Целями в области качества ЮФУ (Форма СМК-4.2.3/01-ЛОЩ, Приложение Г).

6.1.1.7 Пересмотр Политики и Целей в области качества осуществляется в соответствии с п. 5.5 настоящей Процедуры, при этом дополнительно используется информация, полученная в ходе анализа СМК.

6.1.1.8 Тексты действующих Политики и Целей вывешиваются во всех основных помещениях ЮФУ. Все предыдущие версии этих документов хранятся в ООиСНД.

6.1.1.9 Срок действия Политики и Целей в области качества - не более двух лет.

6.1.2 Управление Руководством по качеству

6.1.2.1 Руководство по качеству является основным руководящим документом в действующей системе менеджмента качества ЮФУ.

Руководство:

- определяет область применения СМК, включая обоснование любых исключений;
- описывает СМК в соответствии с определенной стратегией развития и Политикой в области качества ЮФУ, а также требованиями МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012;
- содержит или ссылается на документированные процедуры СМК.

6.1.2.2 Основными пользователями РК являются высшее руководство ЮФУ и руководители структурных подразделений, включенных в область сертификации СМК.

6.1.2.3 Ответственным за разработку РК ЮФУ является ПРК.

6.1.2.4 Жизненный цикл РК ЮФУ в полной мере соответствует разделу 5 настоящего документа.

6.1.2.5 Требования к уровню утверждения, оформлению и идентификации РК изложены в пунктах 4.2, 4.3 и 4.5 настоящей Процедуры.

6.2 Управление документами второго уровня

6.2.1 Ответственность за разработку документов второго уровня устанавливается высшим руководством ЮФУ или на основании предложения инициатора разработки.

6.2.2 Управление документами второго уровня должно соответствовать всем требованиям, предъявляемым настоящей Процедурой.

6.3. Управление документами третьего уровня

6.3.1 Форма организационной структуры ЮФУ, ее содержание и порядок оформления регламентированы П.СМК-5.5.1/01-2009 «Положение об организационной структуре ЮФУ».

6.3.2 Номенклатура дел Южного федерального университета формируется и управляется в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел».

6.3.3 Правила разработки положения о структурном подразделении и должностной инструкции сформулированы в ДП СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения». На основании этой процедуры руководители структурных подразделений разрабатывают ПСП и ДИ подчиненных сотрудников.

6.3.4 Положения о коллегиальных органах или группах лиц включает, например, П.СМК-5.5.2/05-2015 «Положение об уполномоченном по качеству».

Такого рода документы могут включать следующие разделы:

- «Область применения» - указываются назначение и область распространения, а при необходимости область применения конкретизируется;
- «Задачи» - указываются основные задачи, стоящие перед коллегиальным органом или группой лиц;
- «Функции» - указываются основные направления, по которым вырабатываются решения (рекомендации) для выполнения задач, стоящих перед коллегиальным органом или группой лиц;
- «Состав и регламент работы» - указываются состав коллегиального органа, группы лиц и регламент их работы (периодичность, время и место проведения, порядок оформления документов);
- «Статус» - указывается обязательный или рекомендательный характер исполнения выработанных решений коллегиальным органом, группой лиц;
- «Права и ответственность» - указывается перечень прав, необходимых для реализации функций коллегиального органа, группы лиц по отношению к структурным подразделениям и должностным лицам ЮФУ;
- приложения (при необходимости).

6.3.5 Подготовка и управление организационно-распорядительными документами ЮФУ проводятся в соответствии с требованиями, например, ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения».

6.3.6 Процесс управления внутренними нормативными документами осуществляется на основании раздела 5 настоящей Процедуры.

6.3.7 Управление внешними нормативными документами осуществляется в соответствии с ДП.СМК-4.2.3/07-2014 «Управление внешней нормативной документацией».

6.4 Управление документами четвертого уровня

6.4.1 Планы в области качества должны содержать графы для записи проблем и задач, подлежащих выполнению, указания исполнителей, сроков, требуемых ресурсов и отметок об исполнении. В наименовании плана должен быть указан период, на который он распространяется. Планы подписываются разработчиком и согласовываются со всеми заинтересованными лицами. На первом листе плана в правом верхнем углу помещается гриф утверждения соответствующим должностным лицом.

6.4.2 Разработка и управление планами внутренних аудитов осуществляются в соответствии с требованиями ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества».

6.5 Управление документами пятого уровня

6.5.1 Управление документами (записями и данными), подтверждающими факт выполнения работ, их качество и статус (отношение к тому или иному процессу в настоящее время), а также их улучшения, осуществляется в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями» и рекомендациями МС ИСО 15489-1:2001.

6.5.2 Управление перечнями (реестрами, списками)

6.5.2.1 Применение разного рода перечней (реестров, списков) упрощает и облегчает управление объектами, отражая их состояние в настоящее время. Примерами перечней являются: перечни персонала, структурных подразделений, оборудования, разного рода документов и т.д.

6.5.2.2 Руководители СП ЮФУ формируют и утверждают перечни используемых в подразделении нормативных документов.

6.5.2.3 Перечни, предназначенные для применения в одном подразделении, подписываются руководителем СП и могут не иметь грифа «Утверждаю».

6.5.2.4 Перечни, предназначенные для применения в нескольких подразделениях, подписываются руководителем подразделения-разработчика и утверждаются вышестоящим должностным лицом.

6.5.2.5 Периодичность пересмотра перечней устанавливается в каждом конкретном случае должностным лицом, утвердившим перечень.

6.5.3 Управление выписками из нормативных документов

6.5.3.1 Выписки из НД оформляются ответственным за ведение документации в СП при необходимости применения отдельных положений документов.

6.5.3.2 Все выписки должны иметь:

- отметку о принадлежности к структурному подразделению,

Например: «Выписка № 12-01/1», где 12 – индекс структурного подразделения в соответствии с ДП.СМК-4.2.3/09-2015 «Управление номенклатурой дел», 01 – порядковый номер номенклатурного дела СП, 1 – номер выписки.

- код и полное наименование документа,
- подпись с расшифровкой уполномоченного по качеству, удостоверяющего верность выписки,
- дату выписки.

7 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Показатель	Единица измерения	Значение
Наличие и своевременность предоставления персоналу актуализированных версий документов	%	100
Количество несоответствий документа фактическому процессу, действию, выявленных при аудите, проверке или пересмотре	%	20

8 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая Процедура в электронном виде, при необходимости, в системе электронного документооборота ЮФУ;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Процедурой;
- информационные ресурсы (при необходимости).

9 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

9.1 Подлинник актуализированной настоящей Процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после аннулирования или замены хранится в архиве.

9.2 Регистрация и хранение Процедуры осуществляются в порядке, установленном в пунктах 5.3-5.4 настоящего документа.

9.3 Записи ведутся в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».

9.4. К записям, образующимся в ходе работы по настоящей Процедуре, относятся (Таблица 3):

Таблица 3

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Хранение	
				место	срок
1.	Заявка на разработку/переиздание документа	СМК-4.2.3/01-2014-ЗРД	ООиСНД	ООиСНД	5 лет
2.	Приказ о разработке документа		ООиСНД	ООиСНД	5 лет
3.	Лист согласования проекта документа	СМК-4.2.3/01-2014-ЛСПД	ООиСНД	ООиСНД	3 года
4.	Приказ об утверждении документа		ООиСНД	ООиСНД	5 лет
5.	Журнал регистрации нормативных документов ЮФУ	СМК-4.2.3/01-2014-ЖД	ООиСНД	ООиСНД	3 года
7.	Заявка на изменение документа	СМК-4.2.3/01-2014-ЗИД	совместно с документом	совместно с документом	3 года
8.	Лист изменений к документу	СМК-4.2.3/01-2014-ИД	совместно с документом	совместно с документом	3 года
9.	Приказ об утверждении новой версии документа		ООиСНД	ООиСНД	5 лет
10.	Акт-извещение об аннулировании документа	СМК-4.2.3/01-2014-ААД	совместно с документом , ООиСНД	совместно с документом	3 года
11.	Лист ознакомления с Политикой и Целями в области качества ЮФУ	СМК-4.2.3/01-2014-ЛОПЦ	ООиСНД, СП	СП	3 года

10 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Разработка изменений к документу и его переиздание осуществляются в соответствии с требованиями раздела 5 настоящей Процедурой.



11 КОНТРОЛЬ

Контроль исполнения требований настоящей Процедуры возлагается на руководителя ООиСНД.

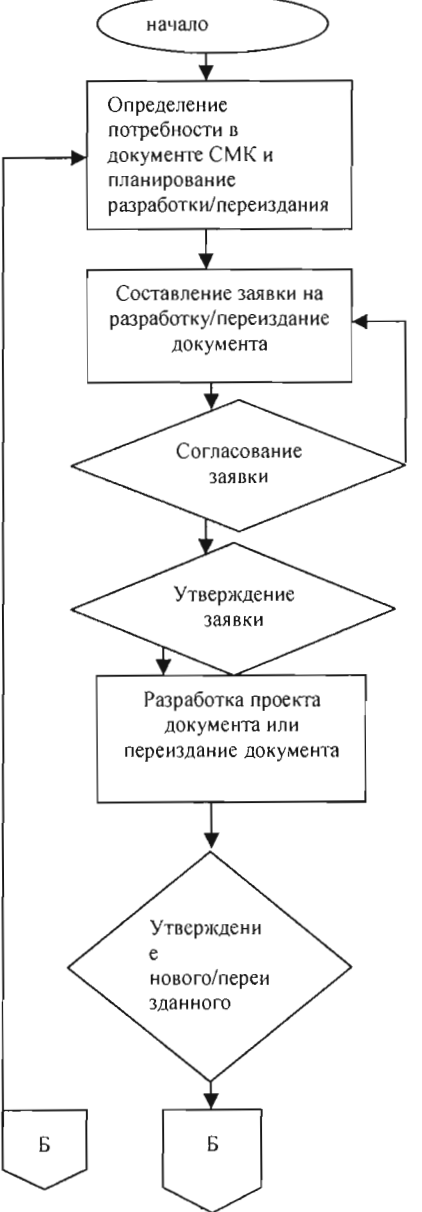
ПРИЛОЖЕНИЯ

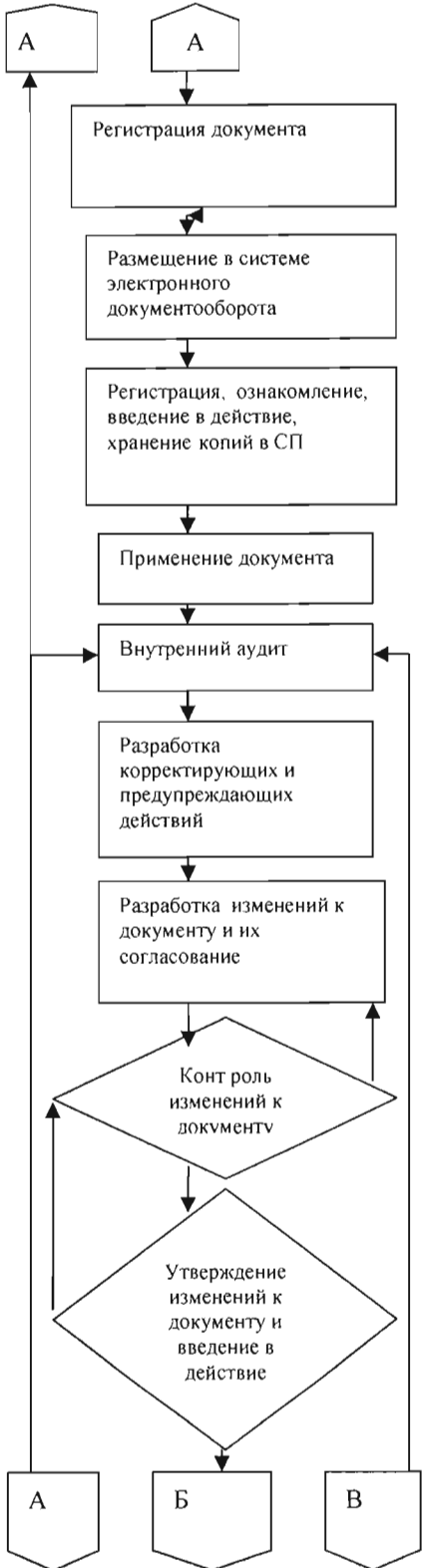
Приложение А. Карта процесса управления документацией СМК ЮФУ (обязательное)

Наименование процесса		Управление документацией	
Код процесса		Пункт(ы) МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012	
А1.В1.1		4.2.1.; 4.2.3.; 4.2.4.	
Владелец процесса			
Отдел организации и сопровождения научной деятельности			
Участники и исполнители процесса			
Ответственные за ведение документации в структурных подразделениях			
Цель процесса			
Обеспечение сотрудников ЮФУ актуальной документированной информацией, необходимой им для результативного исполнения установленных требований и своих обязанностей			
Виды деятельности, входящие в процесс	Нормативные документы по процессу	Виды записей по процессу	
1. Разработка документации	МС ИСО 9001:2008 МС ИСО/ТР 10013:2001 МС ИСО 15489-1:2001 ДП.СМК-4.2.3/01-2014 И.СМК-4.2.3/03-2015	Заявки Приказы Листы согласования	
2. Управление документооборотом	ДП.СМК-4.2.3/01-2014	Приказы Журналы регистрации Отчеты Заявки Листы изменений Акты Листы ознакомления	
3. Управление записями	ДП.СМК-4.2.4/01-2014	Приказы Альбомы форм Листы-заместители Карты-заместители	
4. Управление организационно-распорядительной документацией	ДП.СМК-4.2.3/01-2014	Журналы регистрации Приказы Письма Докладные, служебные и объяснительные записки Заявления Протоколы Акты Договоры Соглашения	
5. Управление номенклатурой дел	ДП.СМК-4.2.3/09-2014	Предложения Приказы Номенклатура дел Выписки из номенклатуры дел для СП Журналы регистрации Описи Акты Протоколы	
6. Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения	ДП.СМК-5.5.1/02-2015	Приказы Положения о структурных подразделениях Должностные инструкции	

		Журналы регистрации		
7. Управление внешними нормативными документами	ДП.СМК-4.2.3/07-2014 (пп. 6.3.8)	Заявки Журналы регистрации Приказы Листы регистрации рассылки Листы ознакомления Акты		
8. Планирование	И.СМК-5.4.2(1.2)-2009	Цели в области качества Планы Отчеты		
Взаимодействие процесса				
ВХОДЫ		Требования		Поставщик(и)
А. Потребность в документировании требований, включая требования МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012		Четкие требования к содержанию и объему документа		Руководители, сотрудники
Б. Потребность в копии документа		Достаточное количество для обеспечения доступности		Ответственные за ведение документации, сотрудники
ВЫХОДЫ		Требования к выходам		Потребитель(и)
А. Актуальная и доступная информация на рабочих местах		Доступность в соответствии с требованиями МС ИСО 9001:2008, ДП.СМК-4.2.3/01-2014		Сотрудники
Б. Журналы, перечни документации, изменения, акты		Соответствие требованиям ДП.СМК-4.2.3/01-2014 ДП.СМК-4.2.4/01-2014		Ответственные за ведение документации, сотрудники
В. Отмененные и справочные документы		Условия хранения, предотвращающие непреднамеренное использование (ДП.СМК-4.2.3/01-2014, п.5.6.4)		Ответственные за ведение документации, сотрудники
Измерение и анализ процесса				
Показатель деятельности (характеристика)	Сбор данных		Анализ данных	
	ответственный	источник данных	метод, критерий	периодичность
Неактуальные и неконтролируемые документы на местах	Внутренний аудитор	Документы на местах, отчет об аудите	Временной ряд (тенденции) нарушений	1 раз в полугодие
Показатели результативности процесса				
№ п/п	Показатель	Единица измерения	Ответственный за представление	Примечание
1.	Наличие и своевременность предоставления персоналу актуализированных версий документов	%	Руководитель ООиСНД	
2.	Количество несоответствий документа фактическому процессу, действию, выявленных при аудите, проверке или пересмотре	%	Руководитель ООиСНД	

**Приложение Б. Блок-схема процесса управления документацией СМК ЮФУ
(обязательное)**

Входные данные	Операция процесса	Выходные данные	Ответственный, срок исполнения
<p>Форма СМК-4.2.3/01-ЗРД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/01-ЗРД Приказ</p>		<p>План разработки документов Форма СМК-4.2.3/01-ОПД</p> <p>Проект документа Форма СМК-4.2.3/01-ЛСПД</p> <p>Приказ Документ</p>	<p>ООиСНД заинтересованные СП/лица, 2 дня</p> <p>Заинтересованные подразделения/лица проверяющий, 10 дней</p> <p>ООиСНД, составитель заявки, 10 дней</p> <p>ООиСНД, ПРК 5 дней</p> <p>Заинтересованные подразделения/лиц, не более 10 дней</p> <p>Разработчик документа, ПРК не более 10 дней</p>

Входные данные	Операция процесса	Выходные данные	Ответственный, срок исполнения
<p>Приказ</p> <p>Форма СМК-4.2.3/01-ЖД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/03ЛРР</p> <p>Форма СМК-4.2.3/04-ЖВДСП, форма СМК-4.2.3/03-ЛО</p> <p>Форма СМК-8.2.2/01-ПрВА Форма СМК-8.2.2/01-ЛРНс Форма СМК-</p>	 <pre> graph TD A1{{A}} --> R1[Регистрация документа] R1 --> R2[Размещение в системе электронного документооборота] R2 --> R3[Регистрация, ознакомление, введение в действие, хранение копий в СП] R3 --> R4[Применение документа] R4 --> R5[Внутренний аудит] R5 --> R6[Разработка корректирующих и предупреждающих действий] R6 --> R7[Разработка изменений к документу и их согласование] R7 --> D1{Конт роль изменений к документу} D1 --> D2{Утверждение изменений к документу и введение в действие} D2 --> A2{{A}} D2 --> B{{B}} D2 --> C{{C}} </pre>	<p>Форма СМК-4.2.3/01-ЖД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/03-ЛРР</p> <p>Форма СМК-4.2.3/04-ЖВДСП, форма СМК-4.2.3/03-ЛО</p> <p>Форма СМК-8.2.2/01-ПрВА Форма СМК-8.2.2/01-ЛРНс Форма СМК-8.2.2/01-ЛРНб</p> <p>Форма СМК-8.5/01-ПрАО Форма СМК-8.5/01-ПКПД Форма СМК-8.5/01-ПрКД Форма СМК-8.5/01-ПрПД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/01-ЗИД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/01-ИД, лист изменений</p>	<p>ООиСНД, 5 дней</p> <p>ООиСНД, начальник Управления делами 2 дня</p> <p>Руководитель СП, не более 5 дней</p> <p>Руководитель СП, сотрудники СП, по мере необходимости</p> <p>ООиСНД, аудиторы, по графику</p> <p>Руководитель СП, сотрудники СП, 14 дней</p> <p>Разработчики изменений документа, заинтересованные подразделения/лица, 14 дней ООиСНД</p> <p>ПРК, 2 дня</p> <p>Ректор ЮФУ, 2 дня</p>

Входные данные	Операция процесса	Выходные данные	Ответственный, срок исполнения
<p>Документ</p> <p>Форма СМК-4.2.3/01-ЖД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/03-ЛО</p>	<p>А</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>Регистрация изменений, внесение их в подлинник документа, информирование пользователей</p> <p>Регистрация и внесение изменений в контролируемые копии, обучение сотрудников и хранение</p> <p>Применение документа</p>	<p>Форма СМК-4.2.3/01-ЖД Форма СМК-4.2.3/01-ИД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/04-ЖВДСП Форма СМК-4.2.3/03-ЛО</p>	<p>ООиСНД, 1 день</p> <p>Руководитель СП, не более 2 дней</p> <p>Руководитель СП, сотрудники СП, по необходимости</p>
<p>Форма СМК-4.2.3/01-ЖПД Форма СМК-8.4.2.3/01-ОПД Форма СМК-8.5/01-ПлКПД Форма СМК-4.2.3/01-ААД</p>	<p>Проверка документа</p> <p>Отмена (аннулирование) документа</p>	<p>Форма СМК-4.2.3/01-ЖПД Форма СМК-8.4.2.3/01-ОПД Форма СМК-8.5/01-ПлКПД Форма СМК-4.2.3/01-ААД</p>	<p>Разработчик документа, ответственный за документ, аудиторы, не более 5 дней</p>
	<p>Изъятие документа из обращения</p> <p>Контроль изъятия</p>	<p>Форма СМК-4.2.3/01-ААД Форма СМК-4.2.3/01-ЖД Форма СМК-4.2.3/04-ЖВДСП</p>	<p>Ректор ЮФУ, ПРК, ОВД, ООиСНД разработчик документа Руководитель СП, не более 3 дней</p> <p>ООиСНД, руководитель СП, ОВД, не более 2 дней</p>
	<p>Архивирование или уничтожение</p>	<p>Форма СМК-8.2.2/01-ЛРНС</p>	<p>ООиСНД, аудиторы, по графику</p>
	<p>окончание</p>	<p>Форма СМК-4.2.3/05-ОАНД Форма СМК-4.2.3/05-АУНД</p>	<p>ООиСНД, руководитель СП, ОВД, не более 10 дней</p>

**Приложение В. Матрица ответственности за управление документацией ЮФУ
(обязательное)**

Вид работ	Ректор	Представитель руководства по качеству	Руководитель ООиСНД	Уполномоченный по качеству ООиСНД	Начальник Управления ОиСНД	Руководители СП	Внутренний/ внешний аудитор	Ответственный за ведение документации СП	Уполномоченный по качеству СП	Сотрудники
Планирование работ по управлению документацией	Р	У	У	О	У	У				
Обеспечение ресурсов для управления документацией	Р	О	У	У	У	О/У				
Управление Политикой и Целями в области качества	Р	У	У	О	У	У	У	У	У	
Управление Руководством по качеству	У	О	Р	У	У	У	У	У	У	
Управление документированными процедурами	Р/У	У	О	Р	У	У	У	У	У	У
Управление документацией третьего уровня	Р	У	О	У	У	У	У	У	У	У
Управление документацией четвертого уровня	Р	О	У	У	У	У	У	У	У	У
Управление документацией базового уровня	У	У	О	Р	У	О	У	У	О	У
Аудит процесса «Управление документацией»	У	У	О	У	У	У	Р	У	У	У
Анализ процесса «Управление документацией»	У	У	Р	О	У	У	У	У	У	У

Р – руководит деятельностью и принимает окончательное решение по управлению процессом, несет ответственность за конечные результаты;

О – отвечает за исполнение, обобщает результаты, готовит и обосновывает проекты решений, несет ответственность за своевременность и качество подготовки решений;

У – принимает участие в подготовке решений в рамках своей компетенции, несет ответственность за обоснование своих предложений, исполняет принятое решение, несет ответственность за своевременность и качество исполнения в рамках своей компетенции.



Приложение Г. Формы записей
(обязательное)

СМК-4.2.3/01-ЗРД

Форма заявки на разработку/переиздание документа

УТВЕРЖДАЮ

ПРК
_____/_____/_____
« ____ » _____ 20__ г.

ЗАЯВКА
на разработку/переиздание документа

Обоснование необходимости разработки/переиздания документа: _____

Предлагаемый автор документа: _____

Предлагаемое наименование документа: _____

Код: _____

Версия: _____

Взамен: версии _____ документа _____

(данная строка заполняется в случае переиздания документа)

(должность) (подпись) (Ф.И.О.)
« ____ » _____ 20__ г.

СОГЛАСОВАНО:

Начальник ООиСНД _____, _____ « ____ » _____ 20__ г.
(подпись) (Ф.И.О.)

Форма листа согласования проекта документа СМК

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ ПРОЕКТА ДОКУМЕНТА

Документ: _____
(код и наименование документа)

Дата разработки проекта документа: _____

Другие документы: _____
(коды и наименования взаимосвязанных документов)

Должность/ подразделение	Ф.И.О.	Замечания и предложения:	
		Дата:	Подпись:
Дата согласования:		Подпись:	
Должность/ подразделение	Ф.И.О.	Замечания и предложения:	
		Дата:	Подпись:
Дата согласования:		Подпись:	
Должность/ подразделение	Ф.И.О.	Замечания и предложения:	
		Дата:	Подпись:
Дата согласования:		Подпись:	

Разработчик:

_____ (должность) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
«__» _____ 20__ г.

СОГЛАСОВАНО:

ООиСНД _____, _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (Ф.И.О.)

Форма заявки на изменение документа

Начальник ООиСНД

(Ф.И.О.)

**ЗАЯВКА
на изменение документа**

Код	Наименование	Описание предлагаемого изменения		
		№ раздела, п., пп.	Первоначальная редакция	Предлагаемые изменения
1	2	3	4	5

(должность)
«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

СОГЛАСОВАНО:

(должность)
«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(должность)
«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

ООиСН

(должность)
«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)



Форма листа изменений к документу

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ЮФУ

И.О.Фамилия

«___» _____ 20__ г.

ИЗМЕНЕНИЕ № _____

к _____
(код и наименование документа)

Причина изменения: _____

Содержание изменения: _____

Изменение вводится с «___» _____ 20__ г.

Изменение соответствует требованиям МС ИСО 9001:2008 и РК.ЮФУ-4.2.2-2015.

Руководитель ООиСНД _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

«___» _____ 20__ г.



Форма акта-извещения об аннулировании документа

УТВЕРЖДАЮ

_____ И.О.Фамилия
(разработчик отменяемого документа СМК)

« ____ » _____ 20__ г.

**АКТ-ИЗВЕЩЕНИЕ № _____
об аннулировании документа**

Мы, комиссия в составе _____

_____ ,

составили настоящий Акт-извещение о том, что _____

(код и наименование документа)

подлежит аннулированию вследствие _____

_____ .

Члены комиссии:

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

**Форма листа ознакомления
с Политикой и Целями в области качества ЮФУ**

**ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ
с Политикой в области качества ЮФУ
и Целями в области качества ЮФУ**

Подтверждаю, что я в полном объеме ознакомлен(а) с Политикой в области качества Южного федерального университета и Целями в области качества ЮФУ и принимаю к сведению, что положения этих документов являются для меня обязательными:

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	2	3	4	5

**Приложение Д. Основные задачи, функции, обязанности и права
ответственного за ведение документации в структурном подразделении
(обязательное)**

Основная задача - документальное обеспечение деятельности структурного подразделения с целью упорядочения действий в системе менеджмента качества подразделения.

1. Основные функции:

- получение и распределение документации в подразделении;
- ознакомление сотрудников с документацией на рабочих местах;
- ведение номенклатуры дел и записей по качеству;
- хранение и архивирование документации и данных;
- изъятие утративших силу документов.

2. Обязанности:

- отслеживать поступления новой (или измененной) документации, систематически представлять сведения о состоянии действующей в подразделении документации;
- по указанию руководителя подразделения осуществлять ознакомление сотрудников с поступившей документацией под роспись;
- обеспечивать наличие необходимой документации на всех рабочих местах в подразделении;
- вести номенклатуру дел по документации, осуществлять хранение документации в соответствии с установленными требованиями, подготовку дел и их передачу на архивное хранение в установленном порядке;
- контролировать сбор данных и вести записи по качеству;
- своевременно информировать руководителя подразделения и ответственных исполнителей о введении, изменении, коррекции, изъятии документации, о новых поступлениях (информационных перечнях);
- производить изъятие утративших силу документов из обращения

3. Права:

- запрашивать в других структурных подразделениях материалы и документацию на основании служебной записки;
- получать методическую помощь по вопросам, касающимся ведения документации в подразделении;
- взаимодействовать с сотрудниками подразделения по вопросам проверки наличия документов на рабочих местах, изъятия копий документов для внесения изменений и изъятия устаревших документов с целью предотвращения их непреднамеренного использования;
- быть обеспеченным необходимыми ресурсами и техническими средствами для организации ведения документации в подразделении в соответствии с установленными требованиями.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



Г.Ю.Верецкая

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 12 » 10 2015 г.



И.К. Шевченко

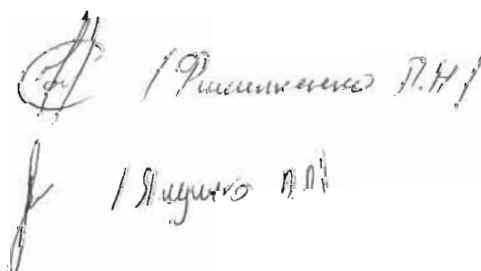
СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

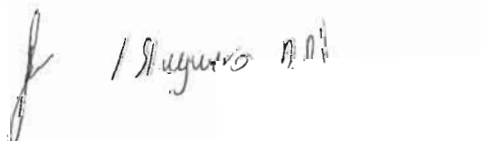
« 12 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин



П.Н. Пыщикова



П.Н. Пыщикова



Приложение №3 к приказу

от 27.10.2015 г. № 461-01

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«УПРАВЛЕНИЕ ЗАПИСЯМИ
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА»**

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА	4
4.1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
4.2 УПРАВЛЕНИЕ ФОРМАМИ ЗАПИСЕЙ	5
4.3 УПРАВЛЕНИЕ ЗАПИСЯМИ.....	6
5 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	7
6 РЕСУРСЫ.....	7
7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	8
8 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	8
9 КОНТРОЛЬ	8
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	9
Приложение А. Блок-схема процесса управления записями ЮФУ	9
Приложение Б. Перечень основных записей и данных по качеству ЮФУ	11
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	14
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	15
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ.....	16
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	17

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-4.2.4/01-2014 взамен ДП.СМК-4.2.4/01-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая Документированная процедура ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями системы менеджмента качества» (далее - Процедура) устанавливает единые требования к управлению записями системы менеджмента качества Южного федерального университета, которые содержат достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности.

1.2 Настоящая Процедура разработана с целью обеспечения предоставления свидетельств соответствия качества услуг и процессов ЮФУ установленным требованиям и результативности функционирования СМК, а также выполнения обязательных требований МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессами деятельности.

1.3 Ответственными за процесс управления записями являются руководители структурных подразделений Южного федерального университета.

1.4 Действие настоящей Процедуры распространяется на всех владельцев процессов и все структурные подразделения, включенные в область распространения СМК ЮФУ.

1.5 Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологическая академия (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно к ДП.СМК-4.2.4/01-2014 следует руководствоваться документированной процедурой ДП 2 «Управление записями по качеству».

1.6 Документированная процедура ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями системы менеджмента качества» разработана в соответствии с требованиями подпункта 4.2.4 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей Процедуре сделаны ссылки на следующие нормативные документы:

МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».

МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».

ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.

МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества».

МС ИСО 15489-1:2001 «Информация и документация. Управление документацией. Общие требования».

РК.СМК-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».

ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

И. СМК-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК».

ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел».

ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения».

И. СМК-4.2.3/03-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

И. СМК-5.6(1.5)-2014 «Анализ СМК со стороны руководства».

ДП. СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества».

ДП. СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества».

П. СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями».

ДП. СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей процедуре применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И. СМК-4.2.3/03-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

АФЗ – альбом форм записей;
ГА – главный аудитор;
ДП – документированная процедура;
И – инструкция;
МИ – методическая инструкция;
МС – международный стандарт;
ОВД – ответственный за ведение документации;
ООиСНД - отдел организации и сопровождения научной деятельности;
П – положение;
ПРК – представитель руководства по качеству;
РК – руководство по качеству;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение;
ЮФУ – Южный федеральный университет;
А – аудитор (контролер);
НСД – начальник сектора делопроизводства;
ЦМиЭИБ – Центр метрологии и эффективного использования оборудования;
ВП – военное представительство;
ВТ – военная техника.

4 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

4.1 Общие положения

4.1.1 Записи ведутся в случае, когда необходимо предоставить свидетельства соответствия требованиям и результативности СМК. Основные виды записей и данных, требуемых МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 и ведущихся в ЮФУ, приведены в Приложении Б к настоящей процедуре. В их число входят: журналы регистрации, акты, отчеты, справки, протоколы, анкеты, карточки жалоб, листы регистрации несоответствий и наблюдений, реестры, докладные и служебные записки, приказы и т.д. Приведенные виды записей могут иметь множество форм.

4.1.2 Решение о ведении записей должно быть обоснованным. При определении необходимых записей учитываются требования:

- документов внешнего происхождения, в том числе МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012;
- документов, разработанных в ЮФУ.

4.1.3 В соответствии с ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией системы менеджмента качества» записи относятся к документам пятого уровня иерархической структуры документации ЮФУ. Основное требование к этому виду документов – обеспечить

их сохранность в первоначальном виде и доступ к ним для систематизации, обработки и последующего анализа.

4.1.4 Записи и данные по качеству являются документами оперативного характера, так как содержат сведения о результатах или свидетельства осуществленной деятельности и способствуют выполнению требований, предъявляемых к качеству деятельности ЮФУ, а также принимаемых в университете решений.

4.1.5 Записи и данные по качеству в соответствии с МС ИСО 15489-1: 2001 позволяют:

- осуществлять свою деятельность упорядоченно, результативно и подотчетно;
- отвечать законодательным и нормативным требованиям;
- защищать свои интересы и права партнеров, потребителей и других заинтересованных сторон.

4.2 Управление формами записей

4.2.1 Разработка форм записей

4.2.1.1 Требования к ведению записей устанавливаются в виде форм записей. Формы записей определяют объем и содержание данных, подлежащих регистрации. Основные требования, предъявляемые к формам записей, - это:

- наглядность и четкость построения,
- унификация,
- исключение дублирования информации.

4.2.1.2 Разработка формы записи включает в себя определение необходимости ее ведения, создание проекта, согласование с заинтересованными лицами, утверждение уполномоченным лицом, присвоение кода, а также ее учет и хранение (Приложение А).

4.2.1.3 Формы записей могут быть определены в документации СМК или приказами Ректора.

4.2.1.4 Записи, которые ведутся в целом по ЮФУ, устанавливаются в Перечне основных записей и данных по качеству СМК ЮФУ (Приложение Б).

4.2.2 Идентификация форм записей

4.2.2.1 Все формы записей, разрабатываемые в ЮФУ, должны иметь код и название, кратко и однозначно описывающее содержание записи.

4.2.2.2 Код формы записи присваивается ответственным за ведение документации СП или разработчиком документа, в который включается форма.

4.2.2.3 Код формы записи располагается в правом верхнем углу листа.

4.2.2.4 Код формы записи состоит из:

- обозначения принадлежности формы:
 - к документации системы менеджмента качества ЮФУ – в виде буквенного сочетания «СМК»;
 - к документации соответствующего структурного подразделения – в виде цифрового индекса подразделения, определенного ДП.СМК-4.2.3/04-2014 «Управление номенклатурой дел»;
- номера пункта (подпункта) МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 выполнение требований которого подтверждаются данной записью;
- порядкового номера регламентирующего документа (при включении в него данной формы записи);
- краткого буквенного обозначения записи, указывающего на ее содержание.

4.2.2.5 Наличие новой версии регламентирующего документа в обязательном порядке идентифицируется в коде формы записи в виде порядкового номера версии, заключенного в круглые скобки и расположенного после порядкового номера документа. Если форма записи

принадлежит нулевой версии регламентирующего документа, то данное обозначение не вводится.

4.2.2.6 Если изменения вносятся непосредственно в форму записи в течение действия версии регламентирующего документа, то она переиздается, и после буквенного обозначения записи в скобках указывается порядковый номер версии формы.

4.2.2.7 Примеры обозначения форм записей:

а) **МК-4.2.3-05-ВОНД**, где:

МК – нормативный документ СМК,

4.2.3 – требование МС ИСО 9001:2008 к управлению документацией,

05 – ДП «Управление номенклатурой дел»,

ВОНД – внутренняя опись номенклатурного дела.

б) **МК-4.2.3-01(1)-ОПД**, где:

МК – нормативный документ СМК,

4.2.3 – требование МС ИСО 9001:2008 к управлению документацией,

01(1) – первая версия ДП «Управление документацией»,

ОПД – отчет о проведении проверки документов.

в) **МК-4.2.3-01(2)-ЖД(1)**, где:

МК – нормативный документ СМК,

4.2.3 – требование МС ИСО 9001:2008 к управлению документацией,

01(2) – вторая версия ДП «Управление документацией»,

ЖД(1) – первая версия формы журнала регистрации нормативных документов ЮФУ.

4.3 Управление записями

4.3.1 Ведение записей и их идентификация

4.3.1.1 Сбор, регистрацию и обработку информации для записей осуществляет ответственный за ведение документации СП.

4.3.1.2 Записи должны вестись аккуратно, разборчиво, в соответствии с установленной формой, без подчисток и несанкционированных исправлений. Содержание записей должно быть понятно всем заинтересованным лицам.

4.3.1.3 В случае отсутствия (невозможности получения) требуемых данных для заполнения форм в соответствующих строках или графах ставится прочерк.

4.3.1.4 Внесение изменений в записи осуществляется зачеркиванием ранее записанной информации, внесением новой и заверением лицом, внесшим исправление.

4.3.2 Хранение, защита и восстановление записей

4.3.2.1 Хранение записей должно предотвращать их порчу и утерю, а также обеспечивать быстрый поиск и регламентированный доступ. При необходимости должны предусматриваться специальные средства защиты, такие как файлы, папки, сейфы, специальные помещения.

4.3.2.2 Записи должны быть восстанавливаемыми. Восстановление осуществляется путем использования:

- электронного архива;
- печатных копий;
- первичных (исходных) записей.

4.3.2.3 При утере или повреждении записей, содержащих результаты оказанной услуги (актов, отчетов, сертификатов и других) и сопровождающих процесс оказания услуги (нарядов, актов, результатов аттестации, заявок), а также других записей необходимо провести следующие действия:

- проинформировать руководителя структурного подразделения, заинтересованные структурные подразделения и, при необходимости, определяемой высшим руководством, потребителя услуги;
- восстановить запись (при этом, следует использовать архивированные копии документов или, если таковых не имеется, другие подходящие документы, например, рабочие тетради);
- идентифицировать восстановление записи (путем указания слова «дубликат», должности, подписи с расшифровкой лица, выполнившего восстановление, и даты восстановления);
- внести соответствующие записи в регистрационную документацию;
- запросить копии записей, изготовленных другими подразделениями Южного федерального университета или сторонними организациями;
- заверить копию в установленном порядке.

4.3.2.4 Ответственность за действия по восстановлению записей возлагается на руководителя структурного подразделения.

4.3.3 Изъятие, архивирование и уничтожение записей

4.3.3.1 Изъятие записей из дел по требованию потребителя услуг (клиента) или компетентных органов (прокуратура, суд и т.д.) может производиться только на основании письменного распоряжения этих органов и с разрешения руководства Южного федерального университета с обязательным составлением акта об изъятии подлинников и подшивкой в дело на их место копий.

4.3.3.2 Архивное хранение записей должно быть организовано в условиях, исключающих искажение содержания информации в течение всего срока хранения.

4.3.3.3 Отмена, архивирование и уничтожение записей проводятся в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК» и ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел».

5 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Показатель	Единица измерения	Значение
Наличие необходимых записей	%	> 95
Наличие идентификации записей	%	> 90
Количество случаев неправильного ведения записей	шт.	< 5

6 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями системы менеджмента качества» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая Процедура в электронном виде, при необходимости, на сервере Южного федерального университета;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Процедурой;
- информационные ресурсы (при необходимости).

7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

7.1 Подлинник актуализированной настоящей Процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

7.2 Регистрация и хранение Процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

7.3 Записи, образующиеся в ходе работы по настоящей Процедуре, ведутся в соответствии с ее требованиями и включают в себя (Таблица 1):

Таблица 1

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Хранение	
				место	срок
1.	Перечень форм записей структурного подразделения	СМК-4.2.4/01-ПФЗСП	СП	ООиСНД	3 года

8 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

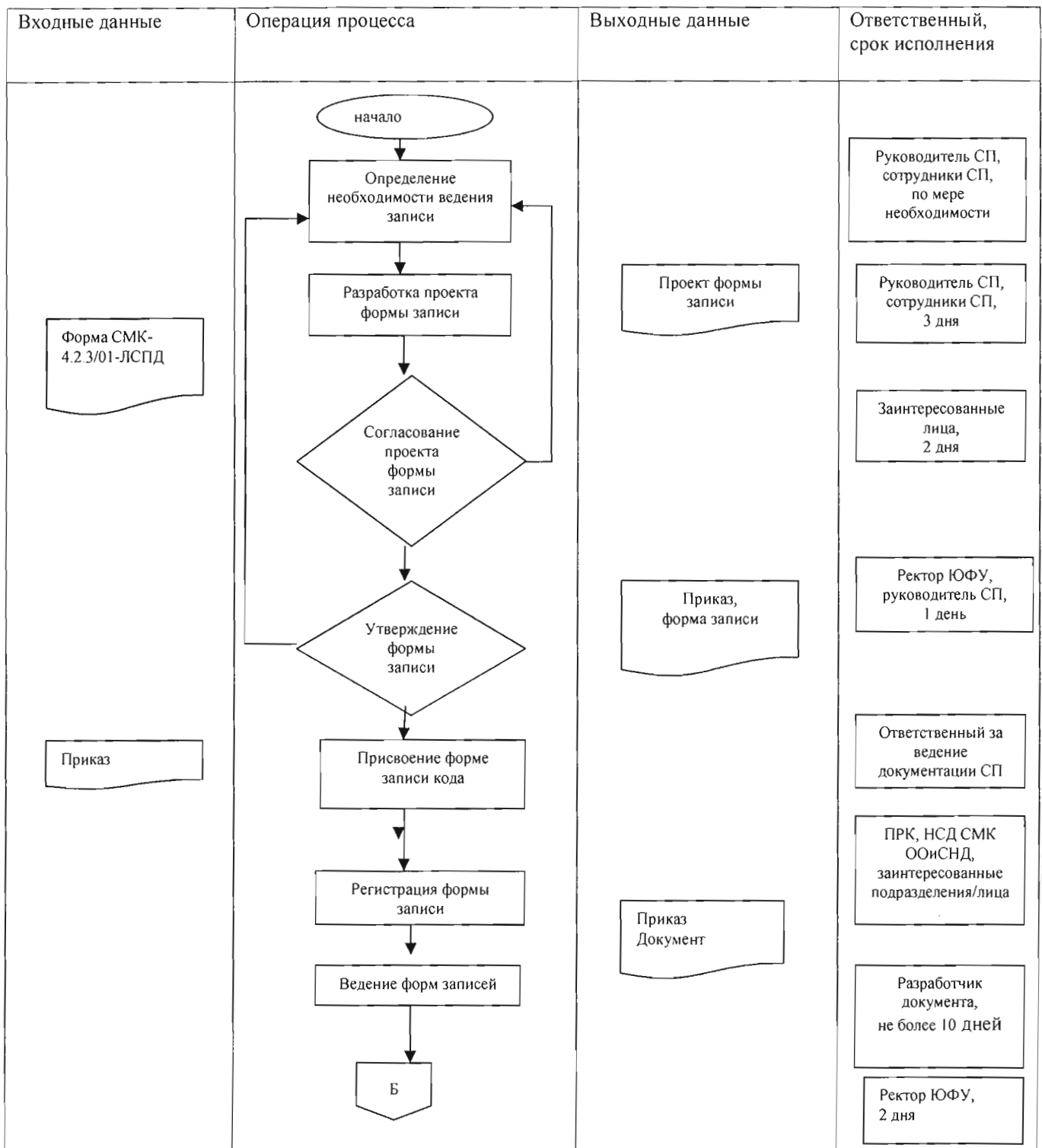
Внесение изменений в настоящую Процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».


9 КОНТРОЛЬ

Контроль исполнения требований настоящей Процедуры возлагается на ООиСНД.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А. Блок-схема процесса управления записями ЮФУ (обязательное)



Входные данные	Операция процесса	Выходные данные	Ответственный, срок исполнения
<p>Приказ</p>	 <pre> graph TD Start([А]) --> Record[Ведение записей] Record --> Update{Актуализация записей} Update --> Record Update --> Cancel[Аннулирование и изъятие записей] Cancel --> Archive[Архивирование записей] Archive --> Destroy[Уничтожение записей] Destroy --> End([окончание]) </pre>	<p>Форма СМК-4.2.3/05-НДСП</p> <p>Форма СМК-4.2.3/01-ЖПД Форма СМК-4.2.3/01-ОПД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/01-ААД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/05-ОАНД</p> <p>Форма СМК-4.2.3/05-АУНД</p>	<p>Ответственный сотрудник СП, по мере необходимости</p> <p>Руководитель СП, ответственный за ведение документации, по графику</p> <p>Руководитель СП, ответственный за ведение документации, 3 дня</p> <p>НСД СМК ООиСНД, руководитель СП, ОВД, не более 10 дней</p> <p>НСД СМК ООиСНД, руководитель СП, ОВД, 3-5 дней</p>

**Приложение Б. Перечень основных записей и данных по качеству
СМК ЮФУ
(обязательное)**

МС ИСО 9001:2008	Записи о качестве	Ответственное подразделение /сотрудник	Место- нахождение записи (индекс СП)
1	2	3	4
01	<u>Общие положения</u> 1. Приказы о разработке и внедрении СМК ЮФУ	Ректор	03
4.1 а, б	<u>Общие требования</u> 1. Перечень процессов СМК 2. Схема взаимодействия процессов 3. Карты процессов 4. Блок-схемы процессов	НСД НСД СП СП	05 05 СП СП
4.2.2	<u>Руководство по качеству</u> 1. Схема распространения СМК ЮФУ	ПРК	05
4.2.3	<u>Управление документацией</u> 1. Журнал регистрации нормативных документов ЮФУ 2. Перечень нормативных документов СП 3. Журналы регистрации входящей/исходящей документации ЮФУ	ООиСНД СП СП	12/03 СП СП
4.2.4	<u>Управление записями</u> 1. Журнал проверок документов 2. Альбом форм записей 3. Перечень форм записей СП 4. Номенклатура дел	НСД СП СП ООиСНД	05 СП СП 03
5.3	<u>Политика в области качества</u> 1. Приказ об утверждении Политики в области качества 2. Лист ознакомления с Политикой и Целями в области качества ЮФУ	Ректор НСД	03 05
5.4	<u>Планирование</u> 1. Приказ об утверждении Целей в области качества 2. Лист ознакомления с Политикой и Целями в области качества ЮФУ 3. План совершенствования СМК ЮФУ	Ректор НСД ПРК	03 05 02
5.5.1	<u>Ответственность и полномочия</u> 1. Положения о структурных подразделениях 2. Должностные инструкции 3. Приказ о назначении на ключевые должности в области качества	СП СП Ректор	03 03 03
5.5.2	<u>Представитель руководства по качеству</u> 1. Приказ о назначении представителя руководства по качеству	Ректор	03
5.5.3	<u>Внутренний обмен информацией</u> 1. Положения о структурных подразделениях 2. Должностные инструкции	СП СП	03 03
5.6.	<u>Анализ со стороны руководства</u> 1. Сводные данные для анализа (отчеты о внутренних и внешних аудитах СМК, анкеты удовлетворенности внешних и внутренних потребителей, карточки жалоб, данные по мониторингу процессов и пр.) 2. Отчеты об анализе СМК со стороны руководства 3. Протоколы заседаний Совета по качеству (экспертного совета) 4. Приказ об утверждении отчета об анализе СМК со стороны руководства 5. План совершенствования СМК ЮФУ	НСД, СП ПРК ООиСНД Ректор ПРК	05, СП 02 12 03 02

1	2	3	4
6.2. 6.2.2	<u>Человеческие ресурсы</u> <u>Компетентность, осведомленность и подготовка</u> 1. Заявки подразделений на подготовку кадров 2. Личные дела сотрудников 3. Копии сертификатов, дипломов, удостоверений	СП СП, ОК СП	03 03 03
7.1.	<u>Планирование процессов жизненного цикла услуги</u> 1. Приказы об организации деятельности и назначении ответственных исполнителей 2. План мероприятий ЮФУ 3. План-график заседаний Совета по качеству ЮФУ (экспертного совета) 4. План-график и программы внутренних аудитов СМК 5. Графики надзорных и ресертификационных аудитов СМК	Ректор ООиСНД ПРК ПРК, ГА НСД	03 12 12 05, 03 05
7.2.	<u>Процессы, связанные с потребителями</u> 1. Перечни внешней нормативной документации 2. Договоры об оказании услуг 3. Заявки клиентов 4. Анкеты удовлетворенности потребителей 5. Карточки жалоб	ООиСНД СП СП СП СП	12 СП СП СП СП
7.3. 7.3.2. 7.3.4 7.3.5. 7.3.6	<u>Проектирование и разработка</u> <u>Входные данные для проектирования и разработки</u> 1. Внешние нормативные документы (в т.ч. стандарты ТПП РФ) <u>Анализ проектирования и разработки</u> 1. Отчеты по ходу проектирования 2. Заключение по проекту услуги <u>Верификация проектирования и разработки</u> 1. Переписка с заказчиками услуги <u>Валидация проектирования и разработки</u> 1. Свидетельства, подтверждающие соответствие услуги 2. Приказ о внедрении услуги в деятельность ЮФУ	ООиСНД СП СП СП СП Ректор	12 СП СП СП СП 03
7.4.	<u>Закупки</u> 1. Протокол оценки и выбора поставщиков 2. Реестр одобренных поставщиков	СП ПРК	СП 02
7.5 7.5.1 7.5.3 7.5.3 7.5.4. 7.5.4.	<u>Производство и обслуживание</u> <u>Управление предоставлением услуг</u> 1. Карты процессов 2. Блок-схемы процессов 3. Методические инструкции 4. Приказы об осуществлении деятельности <u>Идентификация и прослеживаемость услуги</u> 1. Журналы регистрации заявок на услуги 2. Акты, сертификаты, заключения, отчеты, информационные справки и пр. 3. Отчеты структурных подразделений о выполненных услугах <u>Идентификация процессов ЮФУ</u> 1. Организационная структура ЮФУ 2. Перечень процессов СМК 3. Схема взаимодействия процессов 4. Карты процессов <u>Собственность потребителей</u> 1. Документы и материальные ценности потребителей 2. Трудовые книжки сотрудников	СП СП СП Ректор СП СП СП Ректор НСД НСД СП СП ОК	СП СП 03 03 СП СП 12 03 05 05 СП СП 03
7.6.	<u>Управление устройствами для мониторинга и измерений</u> 1. Журнал регистрации средств измерения 2. Свидетельства о поверке средств измерения 3. График поверки средств измерения 4. Паспорта приборов	ЦМиЭИБ ЦМиЭИБ ЦМиЭИБ ЦМиЭИБ	08 08 08 08

1	2	3	4
8.2	<u>Мониторинг и измерения</u>		
8.2.1	<u>Удовлетворенность потребителей</u> 1. Анкеты удовлетворенности потребителей	СП	СП
8.2.2	<u>Внутренние аудиты</u> 1. Годовой план-график внутренних аудитов 2. Приказ о проведении внутреннего аудита 3. Программа внутреннего аудита 4. Протокол внутреннего аудита 3. Лист регистрации несоответствия 4. Лист регистрации наблюдения 5. Отчет о проведении внутреннего аудита 6. Сводный отчет о результатах внутренних аудитов	ПРК ПРК ГА А А, СП А, СП ГА ГА	05 03 03 05 05 05 05
8.2.3	<u>Мониторинг и измерение процессов</u> 1. Карта регистрации отклонения в ходе процесса 2. Карта анализа процесса	СП СП	СП СП
8.2.4	<u>Мониторинг и измерение услуги</u> 1. Документация о выполнении услуг 2. Документация о подготовке кадров 3. Отчеты структурных подразделений о выполненных услугах	СП ОК СП	СП 03 12
8.3.	<u>Управление несоответствиями</u> 1. Протокол о несоответствии 2. Протокол анализа отклонения 3. Журнал учета документации о проведении корректирующих и предупреждающих действий 4. Карточка жалобы 5. Журнал регистрации карточек жалоб 6. Акты сдачи-приемки работ	Сотрудники СП НСД СП НСД ЦМК	05 05 05 СП 05 03
8.5	<u>Улучшение</u>		
8.5.2	<u>Корректирующие действия</u> 1. Протокол о несоответствии 2. Лист регистрации несоответствия 3. Журнал учета документации о проведении корректирующих и предупреждающих действий 4. Журнал регистрации карточек жалоб 5. План корректирующих/предупреждающих действий по устранению несоответствий 6. Отчет по корректирующим и предупреждающим действиям 7. Сводный отчет по корректирующим и предупреждающим действиям	Сотрудники А, СП НСД НСД СП СП НСД	05 05 05 05 05, СП 05 05
8.5.3	8. Протокол заседания Совета по качеству (экспертного совета) <u>Предупреждающие действия</u> 1. Протокол предупреждающего действия 2. Лист регистрации наблюдения 3. Журнал учета документации о проведении корректирующих и предупреждающих действий 4. План корректирующих /предупреждающих действий по устранению несоответствий 5. Отчет по корректирующим и предупреждающим действиям 6. Сводный отчет по корректирующим и предупреждающим действиям 7. Реестр одобренных поставщиков 8. Протокол заседания Совета по качеству (экспертного совета) 9. План совершенствования СМК ЮФУ 10. План мероприятий ЮФУ	ООиСНД Сотрудники А, СП НСД СП НСД ПРК ЦМК ПРК ЦМК	12 05 05 05 05, СП 05 05 02 12 02 12

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Инженер ООиСНД



Г.Ю.Верецкая

« 10 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.



19.10.2015
1. Януарь 2016



Приложение № 4 к приказу

от 27.10.2015 № 461-01

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ПРОВЕРОК
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА»

СОДЕРЖАНИЕ

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
5. ПЛАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ПРОВЕРКИ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ..	5
6. ПРОВЕРКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СМК В СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ.....	6
7. ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ АУДИТА.....	11
8. РЕСУРСЫ	11
9. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	11
10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	12
11. КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	12
ПРИЛОЖЕНИЯ А-Г.ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ.....	13
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	17
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ	18
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	19
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА	20

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-8.2.2/02-2014 взамен ДП.СМК-8.2.2/02-2009.

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества» устанавливает единые подходы к порядку проведения процедуры внутреннего аудита непосредственно в структурном подразделении ЮФУ.

1.2 Настоящая Процедура разработана с целью обеспечения единообразия проведения внутреннего аудита и оформления соответствующих документов для эффективной работы сотрудников ЮФУ в системе менеджмента качества, а также выполнения обязательных требований МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессной деятельностью.

1.3 Действие настоящей процедуры распространяется на внутренних аудиторов системы менеджмента качества.

1.4 Оперативный контроль над процессом проведения внутренних аудитов осуществляется ООиСНД.

1.5 Ответственность за проведение внутренних проверок СМК структурного подразделения возлагается на ответственного по качеству ООиСНД и на руководителей структурных подразделений.

1.6 Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологическая академия (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, одновременно с настоящей процедурой следует руководствоваться документированной процедурой ДП 3 «Внутренний аудит».

1.7 Процедура ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества» разработана в соответствии с требованиями подпункта 8.2.2 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Процедура разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования;
- МС ИСО 19011:2011 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»;
- МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества»;
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству»;
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК» ;
- ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК» ;
- ДП.СМК-8.2.2/01-2015 « Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества» ;
- БСП.СМК-8.2.2-2015 «Блок-схема процесса «Внутренние аудиты СМК»;
- П.СМК-8.2.2/02-2009 «Положение о группе внутренних аудиторов СМК ЮФУ»;
- ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями» ;
- ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия»;
- И.СМК-5.6(1.5)-2014 «Анализ СМК со стороны руководства»;
- К.СМК-4.2.4/02-2014 «Классификатор записей и данных о качестве»;
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей процедуре применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

ВА - внутренний аудит;
ДП – документированная процедура;
БСП – блок-схема процесса;
И – инструкция;
ИКП – информационная карта процесса;
КД – корректирующее действие;
МС – международный стандарт ;
НД – нормативный документ;
ПД – предупреждающее действие;
РК – руководство по качеству;
ПРК – представитель руководства по качеству;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение;
ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Группа аудиторов системы менеджмента качества Южного федерального университета обеспечивает независимое проведение внутренних проверок функционирования СМК.

4.2 Целью внутренних аудитов (проверок) является определение степени выполнения требований системы менеджмента качества для оценки ее результативности.

4.3 Результаты внутренних проверок являются обязательным компонентом входных данных анализа СМК со стороны высшего руководства ЮФУ.

4.4 Философия проведения внутренних проверок основана на принципах МС ИСО 19011:2011:

- этичность поведения;
- беспристрастность;
- профессиональная осмотрительность;
- независимость;
- подход, основанный на доказательствах.

4.5 При выполнении внутренних аудитов СМК в обязательном порядке соблюдается конфиденциальность по отношению к информации, выявленной при проверке.

4.6 Объектами внутренних аудитов являются процессы и продукция (услуги) относительно:

- выполнения предъявляемых к ним требований внешних и внутренних нормативных документов;
- результативности процессов и деятельность по постоянному улучшению;
- соответствия нормативных документов системы менеджмента качества реально протекающим процессам;
- учета ориентации на заинтересованные стороны при взаимодействии с ними.

4.7 Внутренние проверки системы менеджмента качества в ЮФУ подразделяются на плановые и внеплановые.

4.8 ООиСНД организует проведение внутренних аудитов в подразделениях ЮФУ.

Внутренние аудиты СМК проводятся в соответствии с согласованными и утвержденными в установленном порядке с ежегодным «Планом внутреннего аудита СМК ЮФУ» (СМК 8.2.2/02-ПАП) (Приложение А ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества») и годовым «Графиком внутренних аудитов СМК ЮФУ» (СМК-8.2.2/01-ГВА) (Приложение Б ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества»).

4.9 Формирование группы аудиторов осуществляет ответственный по качеству ООиСНД на основании п. 5.8 ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества».

4.10 Участие соответствующих сотрудников университета во внутренних проверках СМК оформляется приказом по университету.

4.11 Ответственность за правильное планирование внутренней проверки и за проведение внутреннего аудита – руководитель группы аудиторов.

4.12 Обязанности, права и ответственность внутренних аудиторов, в том числе и руководителя группы, изложены в «Положении о группе внутренних аудиторов СМК ЮФУ» (П.СМК-8.2.2/02-2009).

5. ПЛАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ПРОВЕРКИ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

5.1 Подготовка графика и плана аудита подразделения

Ответственный по качеству ООиСНД организуют проведение внутренних аудитов в подразделениях ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, в соответствии с п.5. Планирование процесса внутреннего аудита ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества».

5.2 Информирование структурного подразделения о предстоящем аудите происходит в соответствии с п. 5.6 Информирование о плане внутреннего аудита (проверки) СМК ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов(проверок)системы менеджмента качества».

5.3 Распределение обязанностей в группе аудиторов

Распределение обязанностей в группе аудиторов должно быть, по возможности, равномерным, а также эффективным с точки зрения участия стажеров и технических экспертов. Обязанности аудиторов могут измениться в процессе осуществления аудита по инициативе руководителя группы. Конкретные обязанности должны быть доведены до каждого члена группы аудиторов. При необходимости непосредственно перед проведением аудитов состав группы по инициативе руководителя группы может быть дополнен включением аудиторов-стажеров и технических экспертов.

5.4 Подготовка рабочих документов

Аудиторы группы, в случае необходимости, готовят Протокол аудита (СМК-8.2.2/02-ПТА) – опросный лист, позволяющий установить и оценить соответствие деятельности в области качества проверяемого структурного подразделения университета. Форма Протокола приведена в Приложении А.

Для регистрации возможных несоответствий и наблюдений формируются бланки Акта о несоответствии или Акта о наблюдении (СМК-8.2.2./02-АНС/АНБ, Приложение Б).

Все вышеуказанные документы, а именно:

- отчет о внутреннем аудите СМК (СМК-8.2.2/06-ОВА) Приложение В),

- акт о несоответствии (СМК-8.2.2./02-АНС),
- акт о наблюдении (СМК-8.2.2./02-АНБ),

являются неотъемлемой частью отчетных документов по аудиту, скрепляются и хранятся вместе в соответствующем деле ООиСНД и проверяемого структурного подразделения. Рабочие документы аудита отдельно не регистрируются и не содержат индивидуальных уникальных идентификационных номеров.

Номер Акта о несоответствии или наблюдении имеет вид: ААА-ББ-ВВ, где ААА - номер структурного подразделения по номенклатуре дел ЮФУ, ББ - номер акта по порядку (01,02,03,...10,11 и т.д.), ВВ - год проведения проверки (аудита).

Акты имеют сквозную порядковую нумерацию без разделения на виды.

Члены группы аудиторов должны обеспечить сохранность рабочих документов аудита, а после оформления результатов проверки сдать их руководителю группы.

6. ПРОВЕРКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СМК В СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ

6.1 Вступительное совещание

Вступительное совещание предварительно готовит и проводит руководитель группы аудиторов. По его усмотрению подготовка и проведение вступительного совещания (отдельных его вопросов) может быть поручено членам аудиторской группы.

Примечание. К основным вопросам на вступительном совещании обычно относятся: подтверждение плана аудита; краткое изложение последовательности действий при аудите; назначение сопровождающих от подразделения, ответы на вопросы проверяемых; изложение обязанностей сторон, которые принимают участие в аудите; подтверждение конфиденциальности проверки, определение необходимости ресурсов или иных условий, даты, времени и места проведения заключительного совещания.

6.2 Обязанности, права и ответственность представителей подразделения во время проведения аудита

6.2.1 Руководитель проверяемого подразделения обязан:

- назначить ответственного представителя подразделения при проведении внутреннего аудита (как правило, уполномоченного по качеству);
- обеспечить условия для работы аудиторов во время проверки;
- обеспечить предоставление документов и данных, необходимых аудиторам и/или по их запросу;
- определить содержание корректирующих и предупреждающих действий по результатам внутреннего аудита и обеспечить их выполнение.

6.2.2 Руководитель проверяемого подразделения имеет **право:**

- выходить с предложениями к руководителю аудиторской группы по оптимизации плана аудита;
- информировать руководителя аудиторской группы о неправомерности действий (превышении полномочий) аудиторов;
- информировать ПРК о неправомерности действий руководителя аудиторской группы.

6.2.3 Руководитель проверяемого подразделения несет **ответственность** за:

- обеспечение условий работы аудиторской группы;
- обеспечение своевременного проведения корректирующих и предупреждающих действий по устранению выявленных несоответствий.

6.2.4 Сопровождающие и наблюдатели от подразделения.

Любой представитель проверяемого подразделения (процесса, вида деятельности) может по собственному желанию и по согласованию с руководителем группы аудиторов сопровождать аудиторов при выполнении аудита. Сопровождающие лица не должны вмешиваться в проведение аудита, в том числе отвечать на вопросы аудитора, не обращенные напрямую к сопровождающему лицу. Если сопровождающие лица вмешиваются в работу аудитора, аудитор должен сообщить об

этом руководителю группы. Руководитель группы может классифицировать такое вмешательство как обстоятельство, препятствующее достижению цели аудита.

6.3. Общение в ходе аудита

Аудиторы должны периодически сообщать в устной форме руководителю группы общую информацию о ходе аудита. На основании этой информации, а также собственных данных, руководитель группы может организовать совещания аудиторской группы в процессе аудита для обмена важной информацией и, при необходимости, корректировки плана аудита.

В случае, если выясняется, что аудит неосуществим в полном объеме, составляется и предоставляется обоснованный вывод о неосуществимости аудита представителю руководства по качеству (ПРК). На основании этого вывода ПРК может быть принято решение о корректировке программы аудита.

Примечание. Например, аудит может быть признан неосуществимым, если в проверяемом подразделении будет проводиться мероприятие общеуниверситетского уровня или производятся внеплановые ремонтные работы.

Если в процессе аудита получены свидетельства исключительной важности, предполагающие значительный риск по отношению к безопасности (труда, пожарной и т.п.), качеству продукции (услуг) или охране окружающей среды, руководитель группы аудиторов должен немедленно проинформировать об этом ПРК и руководителя подразделения, и, на свое усмотрение, прекратить проведение аудита.

В случае выявления в процессе аудита свидетельств несоответствий, выходящих за рамки плана аудита, но имеющих отношение к качеству, они должны быть зафиксированы в Акте о несоответствии (СМК-8.2.2/01-АНС) и включены в отчет о аудите (СМК-8.2.2/01-ОВА) с поясняющим комментарием. Решение по фиксированию такого рода несоответствий принимает руководитель группы.

6.4 Методология сбора и проверки информации

Все аудиторы имеют право на получение полной и достоверной информации о деятельности проверяемого подразделения (процесса), но при этом представителю подразделения следует обращать внимание аудиторов на то, какая информация является конфиденциальной и не подлежит разглашению.

В ходе внутренней проверки аудитор должен получить информацию, на основе которой можно будет сделать обоснованные выводы по следующим направлениям:

- общее состояние проверяемого объекта (процедуры, процесса, продукции, услуги);
- понимание политики в области качества и соответствие действий сотрудников проверяемого подразделения целям Университета в области качества;
- наличие актуальных версий внешних и внутренних нормативных документов, Положения о подразделении, должностных инструкций, документации СМК, рабочей документации;
- проверяется рабочая документация на соответствие требованиям, изложенным в Руководстве по качеству: политике в области качества, стратегии развития, целям и задачам в области качества;
- достаточно ли полно описывают имеющиеся документы элемент системы качества, или достаточно ли полно составлен документ, являющийся объектом проверки;
- имеют ли сотрудники эти документы в своем распоряжении;
- использует ли персонал эти документы в своей работе (выполняет ли требования, изложенные в документах).
- понимают ли они требования, изложенные в этих документах;
- ведутся ли документация и записи в соответствии с процедурами ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией» и ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК»;
- результативен ли процесс, как осуществляется его измерение и мониторинг;
- при выявлении несоответствий – установление причин их возникновения и так далее.

Методика проведения проверки может быть различной:

- вертикальная проверка;
- горизонтальная проверка;
- собеседование;
- наблюдение за действиями персонала;
- проверка/рассмотрение документации и записей СМК.

Для проведения **вертикальной проверки** выбирается конкретный документ, на примере которого производится проверка соблюдения предписанного порядка действий от разработки до применения. При этом проверяющим предоставляется документированное доказательство того, что все процедуры по выполнению конкретного документа выполнены в соответствии с установленным в ЮФУ порядком. **Горизонтальная проверка** применяется для проверки всего процесса в последовательности его этапов.

Информация собирается с помощью анализа документации, собеседования с персоналом, непосредственного наблюдения за осуществляемой деятельностью. Аудит фактического выполнения требований, изложенных в документации, строится по стадиям жизненного цикла образовательной услуги и процессам, а именно - выбирается интересующий процесс СМК, а затем, по соответствующей этому процессу документации всех уровней, проверяется выполнение изложенных в ней требований.

Полученная информация регистрируется аудитором в протоколе аудита (СМК-8.2.2/01-ПТА) в графе «Примечание». Информация, полученная в ходе опроса, проверяется путем сравнения с информацией на ту же тему, полученной из других независимых источников (физическое наблюдение, измерение, отчеты). При проверке процессов особое внимание обращается на параметры входа и выхода, обеспеченность ресурсами, степень валидации и верификации.

6.6 Формирование объективных свидетельств аудита

После сбора и накопления информации о состоянии объекта проверки, аудиторы проводят анализ и обобщение результатов с тем, чтобы выявить фактические несоответствия.

Для формирования объективных свидетельств аудита аудитор должен оценивать полученную информацию с точки зрения критериев аудита.

Аудитору следует избегать отклонения от критериев аудита. Если же у аудитора есть серьезные основания предполагать, что получены важные свидетельства, классифицировать которые по имеющимся критериям аудита невозможно, аудитор должен предоставить полученную информацию руководителю группы в соответствии с п. 6.3 настоящей процедуры.

Примечание. Например, при проведении аудита в подразделении «Х» с целью "Определить соответствие процесса управления документацией требованиям СМК" с критерием «ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией»» аудитор обнаружил грубое нарушение технологии планирования научной деятельности. Это свидетельство не может быть сопоставлено с выбранным критерием, и аудитор не вправе классифицировать это свидетельство как несоответствие, но он должен сообщить о своем наблюдении руководителю группы.

Объективное свидетельство аудита может указывать либо на соответствие, либо на несоответствие критериям аудита.

Объективные свидетельства аудита классифицируются по трем категориям:

категория	Значение
А	Свидетельство не соответствует критерию аудита, проблема является существенной и требует особого внимания руководства, выявления причин и применения корректирующих/предупреждающих действий
Б	Выявлено наличие незначительной проблемы, которая может привести в дальнейшем к возникновению несоответствия критерию аудита; требуются предупреждающие действия
В	Свидетельство соответствует критерию аудита

Примечание. Проблема является существенной, если несоответствие может повлечь за собой понижение качества продукции (услуг), ухудшение обеспеченностью ресурсами, снижение управляемости процессом.

Объективные свидетельства категорий А и Б подлежат обязательной развернутой фиксации в протоколе аудита (СМК-8.2.2/02-ПТА) в соответствующей графе «Свидетельство». Вносимая информация должна быть проверяемой; только проверяемая информация может быть свидетельством аудита. Запись делается по возможности понятным для проверяемого подразделения языком и содержать указание на конкретный объект (например, документ или действие), которое не соответствует критерию аудита, а также приведен сам критерий аудита (например, документированная процедура или инструкция, содержащие требования). Информация из графы «Свидетельство» переносится в последствии в Акты о несоответствиях (СМК-8.2.2/02-АНС) – для категории А и/или Акты о наблюдениях (СМК-8.2.2/02-АНБ) – для категории Б.

Свидетельства аудита категории В не подлежат фиксации и принимаются по умолчанию.

6.7 Подготовка заключения по результатам аудита

По выполнению плана аудита группа аудитором должна провести оформление результатов аудита. При этом проводятся:

1. Анализ свидетельств аудита с точки зрения целей аудита.

Примечание. Если цель аудита "Оценить соответствие процесса X требованиям Y", и объективные свидетельства содержат несоответствия категории А, очевидно, что заключением аудита может быть "Процесс X не соответствует требованиям Y".

2. Согласование и оформление свидетельств аудита.

Объективные свидетельства аудита категорий А и Б оформляются в виде Акта о несоответствии и Акта о наблюдении, соответственно. Акты о несоответствиях /наблюдений составляются в двух экземплярах. Более подробное местонахождение документов, обеспечивающих организацию и проведение внутренних аудитов, описано в разделе 9. «Документирование и архивирование» настоящей процедуры и в разделе 11. «Документирование и архивирование» процедуры ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества».

Несоответствия должны быть идентифицированы на языке конкретных требований внешних и внутренних нормативных документов, на основе которых производится проверка качества исполнения процессов подразделения.

3. Обсуждение целесообразности повторного аудита.

Повторный аудит, как правило, назначается при наличии большого количества несоответствий (более 10).

4. Формирование заключения по аудиту

Заключение по аудиту формируется в виде Отчета о внутреннем аудите (СМК-8.2.2/02-ОВА, приложение В). Отчет составляется в двух экземплярах. Ответственность за содержание и подготовку отчета по аудиту (СМК-8.2.2/02-ОВА) несет руководитель группы аудитором

6.8 Заключительное совещание

Проводит заключительное совещание руководитель группы аудиторов. На заключительном совещании обязательно присутствие группы аудиторов, руководителя проверяемого подразделения/процесса и уполномоченного по качеству в подразделении. Иные сотрудники подразделения могут присутствовать по желанию.

На заключительном совещании производится:

1. Оглашение результатов аудита. Руководитель группы аудиторов знакомит руководителя проверяемого структурного подразделения, уполномоченного по качеству и иных сотрудников подразделения с результатами внутренней проверки функционирования системы менеджмента качества. Он дает общую характеристику соответствия качества деятельности подразделения требованиям СМК ЮФУ. В первую очередь отмечаются объективные свидетельства категории В (соответствие критериям аудита), затем – категории Б (проблемы, требующие предупреждающих действий). В последнюю очередь характеризуются объективные свидетельства категории А – несоответствия критериям аудита.

Примечание. Результаты аудита должны быть понятны проверяемым. В случае неясного понимания представленных формулировок необходимо доступным языком объяснить суть несоответствия. Рекомендуются избегать обвинительного и назидательного тона.

2. Согласование оценок ситуации.

При согласии с наблюдениями аудита представленные на заключительное совещание Акты о несоответствиях /наблюдений (оба экземпляра) подписываются аудитором их зафиксировавшим, руководителем группы аудиторов и руководителем подразделения (процесса), для которого установлено несоответствие/наблюдение. Аналогичные действия проводятся в отношении Отчета о внутреннем аудите.

Один экземпляр актов и отчета передается руководителю проверяемого подразделения для разработки необходимых мероприятий по устранению несоответствий или проведению предупреждающих действий. Второй экземпляр актов и отчета остается у руководителя группы аудиторов. Отчет является недействительным при отсутствии хотя бы одной подписи и даты составления.

Примечание 1. Руководитель группы аудиторов может исключить выявленное несоответствие из результатов аудита в следующих случаях:

- в ходе обсуждения со стороны проверяемого подразделения представлены дополнительные доказательства того, что обнаруженное несоответствие не является обоснованным, при этом оформленный акт о несоответствии аннулируется;
- обнаруженное несоответствие устраняется в ходе проверки. В этом случае в акте о несоответствии делается запись «устранено в ходе проверки». Факт наличия устраненного в ходе проверки несоответствия также фиксируется в Отчете. Несоответствия, устраненные в ходе проверки, не включают в общее количество несоответствий.

Примечание 2. Любые разногласия должны обсуждаться и, по возможности, разрешаться. Если к согласию прийти не удалось, на оборотной стороне соответствующего акта регистрации несоответствия/наблюдения необходимо зарегистрировать все мнения, с тем, чтобы решение по разногласию мог принять ПРК на основании анализа отчетных документов по аудиту. В этом случае допускается отсутствие подписи руководителя подразделения на соответствующем акте. В то же время Отчет о внутреннем аудите подписывается руководителем подразделения, но с записью в виде слов «отклонен» или «не принят» в графе «примечания» и строке соответствующей отклоненному Акту.

3. Разъяснение порядка последующих действий.

Руководитель группы аудиторов напоминает присутствующим, что после утверждения руководителем СП плана мероприятий корректирующих и предупреждающих действий необходимо приступить к его исполнению.

Также в краткой форме излагаются требования ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия» в части их разработки, сроков выполнения и отчетности.

4. Закрытие совещания. В заключение руководитель группы аудиторов повторно представляет участников группы и благодарит проверяемое подразделение за содействие в проведении аудита.

7. ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ АУДИТА

7.1 Руководитель группы аудиторов формирует пакет отчетных документов по проведенной проверке согласно п. 5.4 настоящей процедуры и передает его в ООиСН и руководителю проверяемого структурного подразделения.

7.2 Руководитель проверяемого СП проводит анализ представленных ему актов о несоответствиях/наблюдениях и формирует план мероприятий по устранению выявленных внутренним аудитом несоответствий. (Приложение Г). После утверждения копия плана направляется в ООиСНД, подлинник остается в проверяемом СП ЮФУ, за выполнение которого ответственность несут руководители структурных подразделений.

7.3 Прочие действия, касающиеся группы аудиторов приведены в разделе 7 ДП.СМК-8.2.2./01-2015.

8. РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП.СМК-8.2.8/02-2014 «Проведение внутренних проверок СМК» руководством ЮФУ должны быть выделены необходимые ресурсы (средства измерительной техники, эталоны, документация, средства для мотивации внутренних аудиторов, дополнительно привлекаемые лица/аудиторы и эксперты/, иное), обеспечение которыми осуществляется в порядке, предусмотренном в ЮФУ, и не регламентируется настоящей документируемой процедурой.

9. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

9.1 Подлинник актуализированной настоящей Процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД – отдела организации и сопровождения научной деятельности, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве.

9.2 Регистрация, рассылка и хранение Процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

9.3 Записи ведутся в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК». Записями, имеющими отношение к данной Процедуре, являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения
1	Протокол внутреннего аудита проверки (при наличии)	СМК-8.2.2/02-ПТА	ООиСНД, аудитуемое структурное подразделение	Срок хранения дела
2	Акт о несоответствии	СМК-8.2.2/02-АНС	ООиСНД (1экз.),	Срок хранения

			Структурное подразделение (2 экз.)	дела
3	Акт о наблюдении (при наличии)	СМК-8.2.2/02-АНБ	ООиСНД (1 экз.), Структурное подразделение (2 экз.)	Срок хранения дела
4	Отчет о внутреннем аудите	СМК-8.2.2/02-ОВА	ООиСНД (1 экз.), Структурное подразделение (2 экз.)	Срок хранения дела
5	План мероприятий по устранению несоответствий СМК ЮФУ, выявленных проверкой	Приложение Г к данной процедуре	ООиСНД (подлинник) Структурное подразделение (копии)	Срок хранения дела

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую Процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

11. КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Процесс проведения внутреннего аудита СМК ЮФУ и контроль выполнения требований настоящей Процедуры осуществляется в ходе внешних проверок третьей стороной.

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(заполняется при необходимости)

СМК-8.2.2/02-ПТА

Протокол внутреннего аудита № ААА-ББ-ВВ¹ от «__» _____ 20__ г.
Подразделение _____

Приложение к плану аудита №				
Аудитор:		Всего листов:		
Объекты аудита				
Контакты:				
№ п.п	Вопрос	Критерий оценки	Категория	Свидетельство

Указания по заполнению Протокола внутреннего аудита (СМК-8.2.2/02-ПТА)

Каждый аудитор, входящий в состав сформированной группы, готовит для себя один или несколько протоколов, в соответствии с объемом аудита, предусмотренным планом аудита. Протокол внутреннего аудита является рабочим документом аудитора, поэтому в нем предусмотрены поля для пометок "от руки" во время осуществления аудита.

В поле "Приложение к плану аудита №" указывается регистрационный номер соответствующего плана аудита.

В поле "Аудитор" указывается имя аудитора.

В поле "Всего листов" указывается количество листов протокола.

В поле "Объекты аудита" указывается один или несколько проверяемых процессов (/подразделений, видов деятельности).

В поле "Контакты" указываются лица, с которыми аудитор контактирует во время аудита. Это поле целесообразно заполнять "от руки" во время аудита.

Поля "Вопрос" и "Критерий оценки" заполняются до начала аудита, и служат аудитору для направления хода аудита.

Поля "Категория" и "Свидетельство" заполняются только "от руки" во время аудита. "Категория" - это категория наблюдения аудита (А, Б, В - см п. 5.4.), которая определяется сравнением "Свидетельства" с "Критерием оценки".

Если аудитор затрудняется определить категорию наблюдения (А, Б, В), то поле "Категория" может быть заполнено после совещания с руководителем группы аудиторов.

Также в графу «Свидетельства» могут быть внесены такие свидетельства, которые напрямую не являются несоответствиями, но, по мнению аудитора могут привести к возникновению несоответствия в будущем. В этом случае может быть заполнен Акт о наблюдении (СМК-8.2.2/01-АНБ)

При подготовке данного опросного листа целесообразно оставить несколько пустых строк (3-5), для того, чтобы иметь возможность вписать туда дополнительные вопросы, которые могут возникнуть в ходе осуществления аудита.

¹ - где ААА - номер структурного подразделения по номенклатуре дел ЮФУ, ББ - номер протокола по порядку (01,02,03,...10,11 и т.д.), ВВ - год проведения проверки (аудита).

ПРИЛОЖЕНИЕ Б
(обязательное)

СМК-8.2.2./02-АНС/АНБ

Акт о несоответствии/наблюдении* № ААА-ББ-ВВ**

Часть 1			
Структурное подразделение		Стандарт:	МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012
Объект проверки:			
Руководитель группы аудиторов/ аудитор	_____ (Фамилия, И.О.) _____ (подпись)	Дата _____ (день, месяц, год)	
Часть 2. Несоответствие/Наблюдение*			
		Пункт стандарта _____	
		Руководитель группы аудиторов _____ (подпись)	
		Руководитель структурного подразделения _____ (подпись)	

* ненужное зачеркнуть

** где ААА - номер структурного подразделения по номенклатуре дел ЮФУ, ББ - номер несоответствия в данном структурном подразделении по порядку (01,02,03,...10,11 и т.д.), ВВ - год проведения проверки (аудита).

ПРИЛОЖЕНИЕ В
(обязательное) **СМК-8.2.2/02-ОВА**
Форма Отчета о внутреннем аудите СМК

№ XXX-YY/Z

Отчет о внутреннем аудите СМК

Основание аудита _____

Цель аудита _____

Область проверки: _____
указываются проверяемые пункты. стандарта

Проверяемое подразделение _____

Дата аудита _____

Руководитель аудита _____

Аудиторы _____

Основные контакты _____
должность, фамилия и.о. лица, несущего ответственность за
проверяемую деятельность

Документы, на соответствие которым проводилась проверка _____

Выявленные несоответствия:

№ пп	Номер пункта/подпункта МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012	№№ актов о несоответствиях	№№ актов о наблюдениях

Выводы аудита: _____

Дополнительные сведения: _____

Руководитель группы _____
подпись _____ расшифровка подписи _____ дата _____

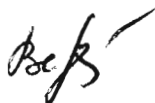
Аудиторы _____
подпись _____ расшифровка подписи _____ дата _____

С отчетом ознакомлен _____
подпись руководителя _____ расшифровка подписи _____ дата _____
проверяемого подразделения

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Инженер ООиСНД



Г.Ю.Верещкая

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К.Шевченко

« 12 » 10 2015 г.



СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А.Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

 / Рашидов Р.Н. /
 / Ягудин А.В. /



Приложение № 5 к приказу

от 27.10.2015 № 461-01

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ»**

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
5 УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ	6
6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	10
7 РЕСУРСЫ	11
8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	11
10 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	11
11 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	11
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	12
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ	13
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА	14
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	15

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 взамен ДП.СМК-8.3 (4.2)-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями» (далее – Процедура) устанавливает единые требования к порядку действий в отношении различного рода несоответствий, выявленных при внутренних/внешних аудитах системы менеджмента качества или в процессе повседневной деятельности Южного Федерального университета

1.2 Настоящая процедура разработана с целью предотвращения выпуска и непреднамеренного использования несоответствующей продукции университета, а также для выполнения обязательных требований МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессной деятельностью.

1.3 Действие настоящей процедуры распространяется на структурные подразделения, входящие в область распространения системы менеджмента качества ЮФУ.

1.4 Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологическая академия (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно с настоящей процедурой следует руководствоваться документированной процедурой ДП 4 «Управление несоответствующей продукцией».

1.5 Ответственность за реализацию процесса управления несоответствиями несут руководители структурных подразделений, в которых выявлены несоответствия.

1.6 В основе положений процедуры ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями» находятся требования пункта 8.3 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Инструкция разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».
- ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».
- ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»;
- ДП.СМК-5.5.1(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия»;
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей Инструкции применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

ДП – документированная процедура;

БСП – блок-схема процесса;

И – инструкция;

МОП – матрица ответственности по процессу;

МС – международный стандарт;
НД – нормативный документ;
НИД – научно-исследовательская деятельность;
НИОКР – научно-исследовательские и опытно конструкторские работы;
МО РФ – министерство обороны Российской Федерации;
РК – руководство по качеству;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение;
ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
ЮФУ (университет) – Южный федеральный университет.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. К несоответствиям при осуществлении научно-исследовательской и управленческой деятельности различных уровней относятся выявленные отклонения от установленных требований во внешней и внутренней нормативной документации и потребителей.

4.2. К несоответствиям при проведении **научно-исследовательских работ** относятся:

- несоответствия компетенций научных сотрудников установленным требованиям;
- несоответствия, возникшие вследствие ошибок, допущенных при формировании технических заданий, программ, планировании необходимых ресурсов;
- несоответствия, возникшие в процессе выполнения НИОКР;
- несоответствия, возникшие при оформлении результатов НИОКР;
- несоответствия, возникшие при реализации у заказчика результатов НИОКР.

4.3 Несогласиями, возникающими при осуществлении **управленческих действий** различного уровня, считаются:

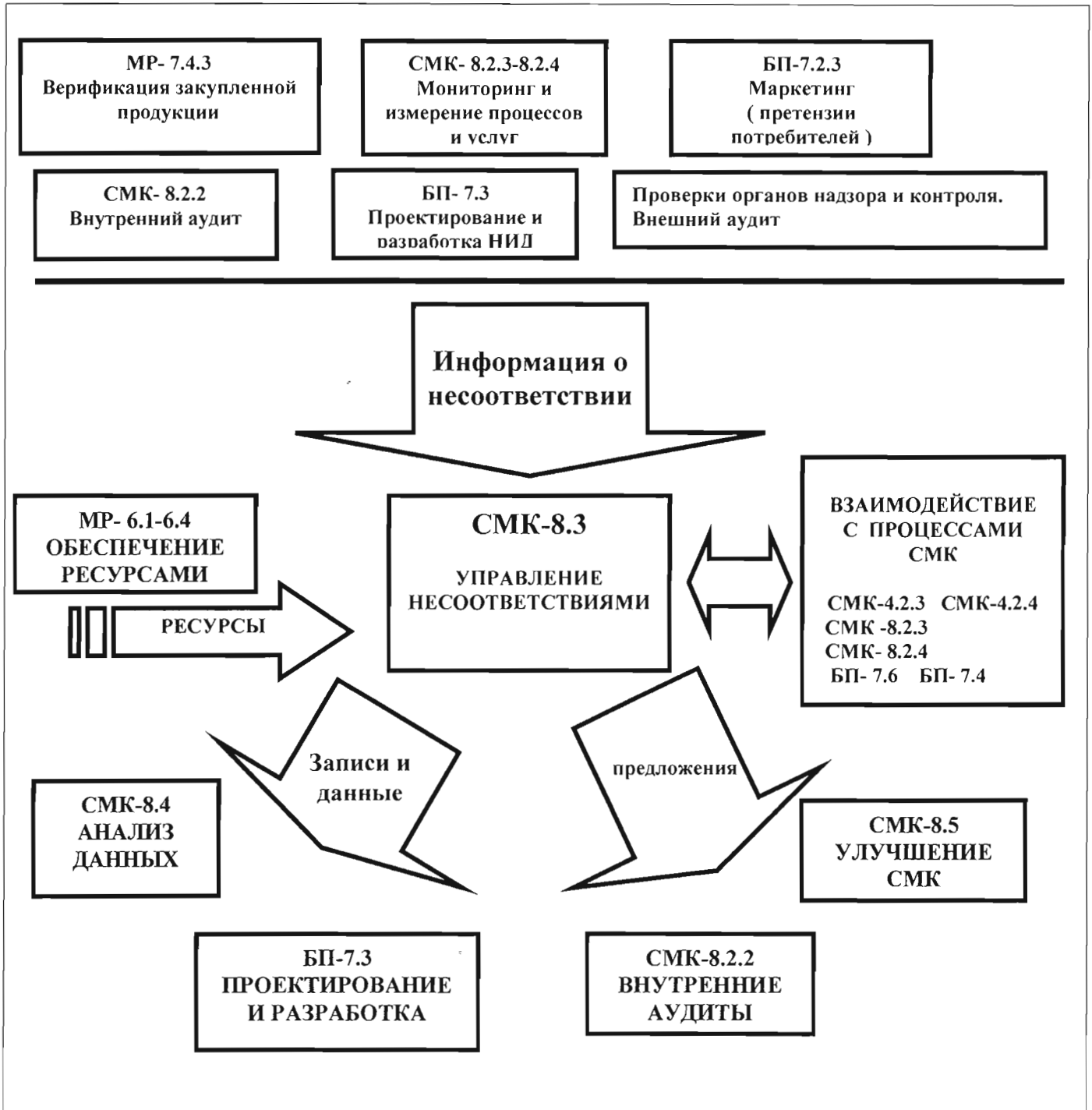
- наличие лицензий и аккредитаций с истекшим сроком действия;
- низкая степень соответствия внутренней нормативной документации требованиям законодательства РФ и органов управления наукой;
- несоответствия в организации взаимодействия структурных подразделений Университета; недостаточный уровень ориентации деятельности ЮФУ на требования потребителей услуг и партнеров;
- несоответствия, возникшие вследствие ошибок, допущенных при формировании планов, программ, планировании необходимых ресурсов;
- несоответствия в управлении человеческими ресурсами (низкая кадровая обеспеченность; недостаточный качественный состав сотрудников; невыполнение планов и программ повышения квалификации; привлечение к работе некомпетентных специалистов; высокая текучесть кадров и другие);
- несоответствия, возникающие в инфраструктуре и производственной среде и влияющие на качество научно-исследовательских работ;
- несоответствия, возникающие при ведении документации;
- несоответствия, возникающие вследствие недостаточного внутреннего обмена информацией;
- несоответствия, возникающие вследствие нарушений при распределении ответственности и полномочий;
- несоответствия идентифицируемые вследствие обоснованных жалоб потребителей;
- несоответствия идентифицируемые по результатам проверок надзорных органов (санитарных, пожарных, и пр.);
- ошибки, недочеты и другие аспекты, выявляемые руководителями подразделений при проверке функционирования СП;

- обоснованные жалобы потребителей продукции/услуг университета;
- отрицательные заключения по услугам при оценке удовлетворенности потребителей;
- неудовлетворение информационных потребностей, необходимых для качественного исполнения функций подразделениями ЮФУ;
- несоответствие между имеющимся и требуемым состоянием связей с заинтересованными организациями;
- несоблюдение сроков предоставления документации;
- недостаточная укомплектованность нормативно-технической базы;
- отсутствие подписи на листе ознакомления;
- оформление записей с отклонениями от установленных требований;
- недостаточные площади офисных, специальных и вспомогательных помещений для реализации функций структурных подразделений университета;
- нехватка оборудования, компьютеров, приборов и других технических средств;
- недостаточные по количеству и производительности системы водоснабжения, канализации, энерго- и газоснабжения, средствах коммуникации и транспортных средствах;
- отсутствие документов, подтверждающих право на пользование помещениями;
- наличии заключения санитарно-эпидемиологической службы и органов пожарного надзора о непригодности помещений и т.д.

4.4 Перечень несоответствий, приведенных в п.п. 4.2,4.3 не является окончательным и полным.

5 УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ

5.1 Структурный модуль процесса



5.2 Общие сведения о процессе:

1 Наименование процесса	Управление несоответствиями (СМК-8.3)
2 Цель процесса	Исключение непреднамеренного использования или поставки несоответствующей услуги (продукции) потребителю
3 Ответственный по процессу Исполнители	Проректора по направлениям, руководители структурных подразделений Ответственные лица по устранению несоответствий
4 Предшествующий процесс	Маркетинг (БП-7.2.3). Проектирование и разработка (БП- 7.3). Верификация закупленной продукции и услуг (МР - 7.4.3).. Мониторинг и измерение процесса и услуги(продукции) (СМК-8.2.3-8.2.4). Внутренний аудит (СМК-8.2.2). Проверки органов надзора и контроля.
5 Поставщик	Научно-педагогические работники и вспомогательный персонал. Внешние и внутренние аудиторы. Работодатели. Заказчики НИОКР. Представители органов власти и надзора.
6 Последующий процесс	Проектирование и разработка (БП-7.3). Внутренний аудит (СМК-8.2.2). Анализ данных (СМК-8.4). Улучшение (СМК-8.5)
7 Потребитель	Руководство и персонал организации. Поставщики. Потребители. МО РФ
8 Требования и рекомендации (НД)	МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012. Документированные процедуры и инструкции СМК ЮФУ. Договоры и контракты.
9 Состав процесса	Процесс состоит из 2 подпроцессов: 1.Выявление и обращение с несоответствиями. 2. Устранение несоответствий (проведение коррекции, корректирующих и предупреждающих действий)
10 Ресурсы	Сотрудники с требуемой компетентностью. Финансы. Выделенная трудоемкость в зависимости от конкретных условий. Необходимые информационные ресурсы. Необходимая инфраструктура и производственная среда. Расходные материалы.
11 Входные данные	Экспертные оценки, результаты измерения процессов и продукции (услуг). Акты внутренних и внешних аудитов. Протоколы о несоответствиях. Служебные и докладные записки. Претензии и жалобы потребителей (внутренних и внешних). Записи, выявляющие проблемы, связанные с качеством процессов СМК.
12 Выходные данные	Планы корректирующих и предупреждающих действий. Результаты повторного измерения процессов или продукции (услуг). Отчеты о выполнении КД и ПД.
13 Записи и данные	Акт о несоответствии (СМК-8.2.2/02-АНС), акт о наблюдении (СМК-8.2.2/02-АНБ).
14 Взаимодействующие процессы	Все процессы системы менеджмента качества
15 Результат процесса	Выявленное несоответствие, результаты анализа. Планы корректирующих и предупреждающих действий.
16 Критерии оценки	Количество устраненных в результате корректирующих мероприятий несоответствий. Срок устранения несоответствий.
17 Методы измерений и мониторинга	анализ документации СМК и записей

5.3 Действия по управлению установленным несоответствием включают в себя:

- выявление и регистрацию несоответствия;
- идентификацию несоответствия;
- приостановку использования и изоляцию несоответствия;
- проведение анализа причин и возможных последствий несоответствия;
- установление возможности и целесообразности коррекции (доработки, исправления);
- разработку корректирующих действий по устранению причин возникновения несоответствия;
- принятие решения о дальнейшем использовании продукции/услуги;
- повторную верификацию проведенных мероприятий;
- определение действий в случае обнаружения несоответствия после поставки продукции/услуги потребителю;
- утилизацию и учет несоответствующей продукции/услуги.

Примечание.

В каждом конкретном случае определяется отдельный перечень мероприятий по устранению несоответствия.

Блок-схема процесса управления несоответствиями приведена в Приложении Е к ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

5.4 Выявление несоответствий

Исходной информацией для выявления несоответствий служат:

- потребности и ожидания потребителей услуг и продукции Университета, а также рынка;
- изменение Политики и Целей в области качества ЮФУ;
- несоответствия услуги/продукции, выявленные потребителем и/или на различных этапах ее жизненного цикла;
- итоги внешних аудитов СМК ЮФУ;
- результаты внутренних аудитов (ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»);
- результаты оценки удовлетворенности потребителей на любой стадии процесса оказания услуг или изготовления продукции (ДП.СМК-7.2.3(2.1*)/01-2009 «Управление жалобами потребителей»);
- результаты анализа результативности процессов (И.СМК-8.2.3-2015 «Мониторинг, измерение и оценка качества процессов и услуг»);
- результаты анализа СМК со стороны руководства в соответствии с И. СМК-5.6-2014 «Анализ СМК со стороны руководства»;
- результаты повышения квалификации сотрудников ЮФУ;
- предложения структурных подразделений, возникающие в ходе текущей деятельности.

5.5 Регистрация и несоответствий. Регистрации подлежат **все** отклонения качества предоставленной услуги/ произведенной продукции или условий ее оказания/производства от норм, установленных в НД (в том числе в описаниях процессов).

Регистрацию выявленного несоответствия либо потенциального несоответствия может произвести любой сотрудник Университета.

Все случаи отклонений, как установленные, так и потенциально возможные, в обязательном порядке регистрируются посредством заполнения акта о несоответствии (СМК-8.2.2/01-АНС, приложение к ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества» при выявлении несоответствия, требующего корректирующих действий, либо акта о наблюдении для выполнения предупреждающего действия (СМК-8.2.2/01-АНБ, приложение к ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»).

Заполненные акты передаются уполномоченному по качеству структурного подразделения для внесения их План коррекции и корректирующих действий или в План предупреждающих действий. Аналогичные действия проводятся и после проведения внутреннего аудита.

Уполномоченный по качеству СП информирует владельца процессов/руководителя структурного подразделения и ООиСНД о поступлении актов. В ООиСНД при поступлении информации о несоответствиях вносятся записи в Журнал регистрации корректирующих и предупреждающих действий (СМК-8.5(4.3)-ЖКД).

Несоответствия и/или наблюдения, выявленные в результате проведения внутреннего аудита, вносятся внутренними аудиторами в акты о несоответствии или акт о наблюдении (формы СМК-8.2.2/01-АНС/АНБ приложение Б к ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»), которые также подлежат регистрации в ООиСНД в Журнале регистрации несоответствий и наблюдений (СМК-8.2.2./01-ЖНН), а также в Журнале проведения корректирующих и предупреждающих действий (СМК-8.5(4.3)-ЖКД) ООиСНД.

5.6 Идентификация несоответствий. Для идентификации несоответствия используются надписи, специальные отметки и др., при этом способ идентификации должен давать ясное представление о его статусе, например, «контроль», «брак» и т.п.

5.7 Изоляция несоответствующей услуги/продукции.

Услуга/продукция, признанная несоответствующей требованиям нормативных документов, должна быть отделена от соответствующей для исключения возможности ее непреднамеренного использования. Способ отделения устанавливает руководитель структурного подразделения, где было выявлено несоответствие, по согласованию с уполномоченным по качеству.

5.8 Анализ несоответствий

Анализ несоответствий проводится с целью оценки значимости и степени их влияния на качество (т.е. оценка риска), а также установления дополнительных затрат, необходимых для их устранения.

Обязанность анализа возникшего несоответствия в СП возлагается на руководителя этого подразделения либо сотрудника, назначенного руководителем. При необходимости, вопрос выносится на рассмотрение экспертного (научно-технического) совета .

Анализ причин несоответствий предусматривает:

- определение первопричины в цепи возможных причин, которые привели к возникновению несоответствия;
- ранжирование по степени важности они при обнаружении нескольких причин одного несоответствия;
- очередность устранения несоответствий.

Способы выявления причин несоответствий включают:

- наблюдение;
- анализ, проводимый с применением статистических методов;
- социологические исследования.

По результатам анализа несоответствий руководителем структурного подразделения принимается решение о целесообразности проведения корректирующих /предупреждающих действий. Если проведение КД/ПД признано нецелесообразным, то данное решение оформляется в форме служебной записки на имя ПРК. Служебная записка хранится совместно с соответствующим Актом о несоответствии/наблюдении.

Несоответствия могут быть разовыми и повторными.

Повторные несоответствия следует рассматривать как отсутствие результативности проведенного корректирующего действия.

5.9 Устранение несоответствия

Устранение выявленных и потенциальных несоответствий происходит на основе применения ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

5.10 Действия в случае обнаружения несоответствия после поставки услуги потребителю

В случае обнаружения **университетом** несоответствия после поставки услуги потребителю должны быть выполнены следующие действия:

- идентификация несоответствий,
- оповещение потребителя,
- заполнение формы СМК-8.2.2/01-АНС/АНБ,
- анализ причин и последствий воздействия несоответствия,
- замена услуги/продукции на соответствующую по согласованию с потребителем.

Все действия проводятся в соответствии с требованиями настоящей процедуры, а также ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

В случае обнаружения несоответствия услуги/продукции **потребителем** в процессе применения и предъявления им претензий по качеству производятся действия в соответствии с процедурой ДП.СМК-7.2.3(2.1*)/01-2009 «Управление жалобами потребителей»). При этом регистрируется поступившая претензия, обеспечивается немедленное получение необходимой информации от потребителя, проводится анализ несоответствия, сообщаются результаты анализа и принятое решение потребителю и, при необходимости, производится замена услуги/продукции на соответствующую.

5.11 Утилизация и учет несоответствующей и забракованной услуги/продукции

Утилизация несоответствующей услуги/продукции проводится путем информирования руководителем подразделения всех заинтересованных лиц и ее дальнейшего физического уничтожения.

Система учета количества и/или видов несоответствий входит в показатели результативности соответствующего процесса СМК Университета и участвует в работе пункта 8.4 «Анализ данных» Руководства по качеству. Учет объемов несоответствующей и забракованной продукции ведется при наличии целесообразности такой деятельности.

6. КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

№ п/п	Наименование критерия	Единица измерения	Значение	Метод измерения	Примечание
1	Количество не устраненных в срок несоответствий	%	≤ 1	подсчет	
2	Количество повторно появляющихся несоответствий	%	≤ 1	подсчет	

7 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями документированной процедуры ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая ДП в электронном виде, при необходимости, на серверах университета;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Процедуры;
- информационные ресурсы (при необходимости).

8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

9.1 Подлинник актуализированной настоящей документированной процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

9.2 Регистрация, рассылка и хранение документированной процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

9.3 Записями, имеющими отношение к данной процедуре, являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения
1	Акты о несоответствии	СМК-8.2.2/01-АНС	СП, ООиСНД,	3 года
2	Акты о наблюдениях	СМК-8.2.2/01-АНБ	СП, ООиСНД,	3 года
3	План коррекций, корректирующих/предупреждающих действий	ИКП (приложения 2 и 3)	СП	3 года
4	Журнал регистрации корректирующих и предупреждающих действий	СМК-8.5(4.3)-ЖКД	ООиСНД,	3 года

10 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую документированную процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

11 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей документированной процедуры возлагается на начальника ООиСНД.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Инженер ООиСНД



Г.Ю.Верецкая

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.



Приложение № 6 к приказу

от 27.10.2015 № 461-01

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«УЛУЧШЕНИЕ.
КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ»

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
5 РАЗРАБОТКА, ВЫПОЛНЕНИЕ И РЕГИСТРАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ИЛИ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ.....	7
6 АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ.....	8
7 ОТЧЕТНОСТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ИЛИ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ.....	9
8 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	9
9 РЕСУРСЫ.....	9
10 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	10
11 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	10
12 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	10
ПРИЛОЖЕНИЕ.	
<u>ПРИЛОЖЕНИЕ А. БЛОК-СХЕМА ПРОЦЕССА КОРРЕКЦИЙ, КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ.....</u>	11
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	14
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	15
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА.....	16
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	17

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 взамен ДП.СМК-8.5(4.3)-2009.

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая Документированная процедура ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия» (далее - Процедура) устанавливает единые требования к организации, проведению, обработке и оформлению результатов корректирующих и предупреждающих действий.

1.2 Настоящая Процедура разработана с целью улучшения внутренней результативности и эффективности функционирования СМК Южного Федерального университета, а также повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон.

1.3 Ответственным за процесс корректирующих и предупреждающих действий является руководитель структурного подразделения, в котором выявлено несоответствие (или наблюдение) требованиям системы менеджмента качества ЮФУ.

1.4 Действие настоящей Процедуры распространяется на всех владельцев процессов и структурные подразделения ЮФУ, включенные в область распространения системы менеджмента качества.

1.5 Для подразделений ЮФУ – инженерно-технологическая академия (ИТА) ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно с настоящей процедурой следует руководствоваться документированными процедурами ДП 5 «Корректирующие действия» и ДП 6 «Предупреждающие действия».

1.6 Документированная процедура ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия» разработана в соответствии с требованиями пункта 8.5 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Процедура разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества».
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству»;
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией»;
- ДП.СМК-4.2.4-01-2014 «Управление записями СМК»;
- ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»;
- ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями»;
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей процедуре применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

ДП – документированная процедура;
И – инструкция;
КД – корректирующее действие;
МС – международный стандарт;
ПД – предупреждающее действие;
ПРК – представитель руководства по качеству;
РК – руководство по качеству;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение;
ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет/

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 В качестве средств улучшения функционирования и развития системы менеджмента качества используется ряд специальных управленческих воздействий, таких как «коррекция», «корректирующие действия» и «предупреждающие действия».

4.2 **Коррекция** – это исправление несоответствия.

4.3 **Корректирующие действия** направлены на устранение причины выявленного несоответствия с целью предупреждения его повторного возникновения. При этом причин для одного несоответствия может быть несколько.

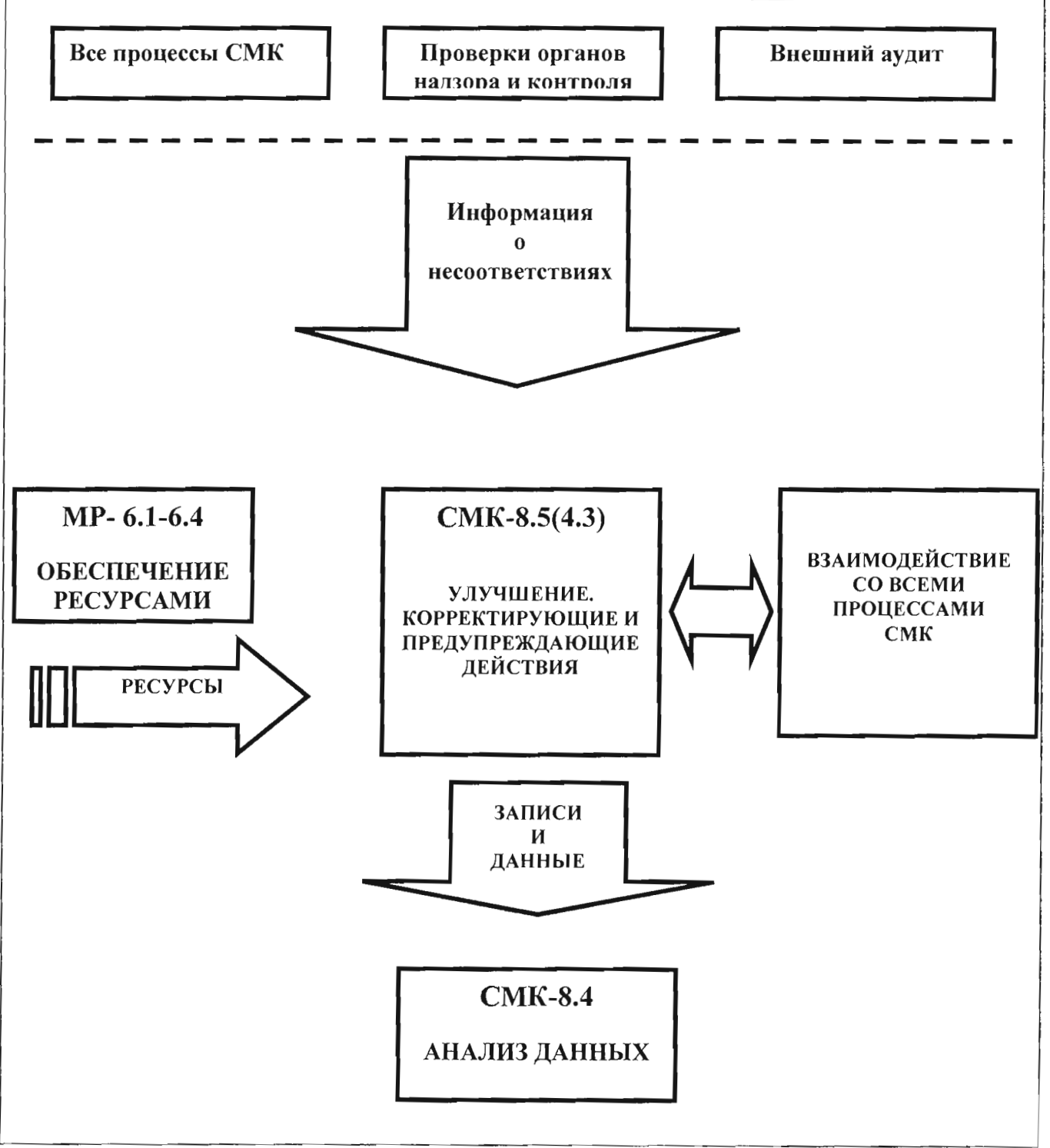
4.4 **Предупреждающие действия** используются как средство улучшения деятельности и системы менеджмента качества Университета и направлены на устранение причин потенциальных несоответствий с целью предупреждения их появления.

4.5 Проведение корректирующих/предупреждающих мероприятий состоит из следующих **этапов**:

- разработки корректирующих или предупреждающих действий,
- их выполнения,
- проверки выполнения, анализа и оценки результативности КД или эффективности ПД.

4.6 Структурный модуль процесса:

Обозначение модуля	Обозначение процесса	Пункт МС ИСО 9001:2008
СМК-8.5(4.3)	Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия	8.5 - 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3



4.7 Спецификация процесса:

1 Наименование процесса	Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия (СМК-8.5(4.3))
2 Цель процесса	Улучшение результативности СМК путем проведения КД и ПД
3 Ответственный по процессу	Руководители структурных подразделений
4 Предшествующий процесс	Все процессы СМК. Проверки со стороны органов надзора и контроля. Внутренние и внешние аудиты. Внутренний контроль.
5 Поставщик	Руководство и сотрудники ЮФУ. Ответственные по процессам. Внутренние аудиторы. Представители органов власти, надзора и сертификации, заказчики продукции и услуг.
6 Последующий процесс	Анализ данных (СМК-8.4)
7 Потребитель	Руководство и сотрудники ЮФУ. Ответственные по процессам. Внутренние аудиторы. Представители органов власти, надзора и сертификации, заказчики продукции и услуг. Потребители.
8 Требования и рекомендации (НД)	МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012. Внешние и внутренние нормативные документы. Настоящая документированная процедура.
9 Состав процесса	Процесс состоит из 3-х этапов (п. 4.5 данной процедуры)
10 Ресурсы	Сотрудники с требуемой компетентностью. Выделенная трудоемкость в зависимости от конкретных условий. Необходимые информационные и финансовые ресурсы. Необходимая инфраструктура и производственная среда. Расходные материалы.
11 Входные данные	Акты о несоответствиях и наблюдениях. Жалобы потребителей. Результаты внутренних проверок со стороны руководителей университета и структурных подразделений, а также ответственных по процессам. Акты и предписания органов надзора. Протоколы анализа несоответствий.
12 Выходные данные	Записи о выполнении коррекции, КД и ПД и их оценке на результативность.
13 Записи и данные	Планы коррекции, КД и ПД. Записи об изменении срока или объема коррекции, КД и ПД. «Закрытые» акты о несоответствиях и наблюдениях. Объективные свидетельства выполнения КД и ПД (приказы, распоряжения, записи, отчеты и т.п.).
14 Взаимодействующие процессы	Все процессы системы менеджмента качества
15 Результат процесса	Выполненные КД/ ПД и коррекции; записи. Улучшение СМК. Устранение причин несоответствий и предупреждение потенциальных несоответствий.
16 Критерии оценки	Наличие повторяющихся несоответствий в последующих аудитах. Наличие несоответствий со стороны сертификационного органа.
17 Методы измерений и мониторинга	Проверки со стороны руководства. Внешние и внутренние проверки. Сопоставление результатов внутренних и внешних проверок. Аттестация аудиторов. Контроль со стороны ПРК.

5. РАЗРАБОТКА, ВЫПОЛНЕНИЕ И РЕГИСТРАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ИЛИ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

5.1 Действия по разработке и осуществлению КД/ПД зависят от следующих факторов:

- масштаба и уровня осуществления (Университет в целом; Академия, Управление, дирекция, факультет/институт, кафедра/отдел/лаборатория или отдельный исполнитель);
- направленности на объект или процесс (ключевые бизнес-процессы системы менеджмента качества, стратегическое управление, менеджмент ресурсов или персонала, процессы измерения и мониторинга);
- степени влияния на качество услуг или продукции;
- планируемые КД или ПД должны быть адекватны последствиям выявленных несоответствий;
- уровня риска для сохранения соответствия СМК установленным требованиям;
- временных и трудовых затрат на осуществление таких действий.

5.2 Основанием для разработки **корректирующих действий** является документально зафиксированное **отклонение** от установленных требований, предъявляемых к услугам или процессам в виде заполненного акта о несоответствии (СМК-8.2.2/02-АНС), а также другие данные перечисленные в п.4.7 (пп.11 «Входные данные») со всеми атрибутами идентификации

5.3 Основанием для разработки **предупреждающих действий** является документально зафиксированная **тенденция**, которая в дальнейшем может привести к отклонению от установленных требований, предъявляемых к услугам или процессам, в виде заполненного акта о наблюдении (СМК-8.2.2/02-АНБ), а также другие данные перечисленные в п.4.7 (пп.11 «Входные данные») со всеми атрибутами идентификации.

5.4 Следует учитывать, что **отклонения в рамках штатных ситуаций** при управлении процессами, которые не требуют изменения документации и/или записей, изменения требований к входящим материалам, ресурсам и т.д., не являются основанием для процедуры корректирующих и предупреждающих действий.

5.5 После ознакомления с актами о несоответствии/наблюдении руководители структурных подразделений проводят **анализ** и оценку выявленных несоответствий.

Результатом такого анализа несоответствий являются установление причин(ы) их возникновения и возможные коррекции и корректирующие действия, направленные на устранение этих причин.

Предупреждающие действия анализируются и оцениваются руководителем СП исходя из уровня значимости потенциальных несоответствий, объема потерь при их переходе в реальные, а также величин трудовых затрат на выполнение данных ПД. Потенциальные несоответствия, имеющие высокие уровни значимости устраняются в кратчайшие сроки. Если уровень значимости признан низким, то допускается не проводить соответствующее предупреждающее действие.

При этом учитывается следующее:

- если несоответствие связано с предоставлением некачественной услуги, то КД выполняются в любом случае. Несоответствующая продукция/услуга должна быть исправлена до ее поставки потребителю, а все обоснованные претензии потребителей – удовлетворены;
- если КД признано нецелесообразным, то фиксируются основания нецелесообразности его выполнения, и несоответствие закрывается;
- если КД или ПД признано целесообразным, то назначается исполнитель, определяются срок выполнения, и критерии эффективности проведенного действия.

5.6 При принятии решения о необходимости проведения корректирующих/предупреждающих действий, руководитель СП назначает сроки выполнения (по согласованию с главным аудитором) и ответственного за устранение несоответствий путем составления «Плана

мероприятий по устранению несоответствий СМК ЮФУ, выявленных проверкой» (Приложение 4 к версии 1 ДП. СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок СМК»).

5.7 Проведение действий по п.5.5 может быть делегировано руководителями СП уполномоченному по качеству. В этом случае необходимо утверждение разработанного плана руководителем СП.

5.8 Коррекции и корректирующие действия разрабатываются с учетом следующего:

- для несоответствий в организационно-функционально-правовом обеспечении деятельности университета коррекция и корректирующие действия осуществляются путем применения соответствующих документированных процедур системы менеджмента качества;

- для несоответствий в компетентности, подготовке и осведомленности сотрудников ЮФУ коррекция и корректирующие действия осуществляются путем повышения их компетентности и квалификации;

- для несоответствий в предоставлении услуг коррекция и корректирующие действия осуществляются путем исправления ошибок и недочетов в итоговых документах, повышения компетентности, обучения сотрудников требованиям системы менеджмента качества и т.д.

- для несоответствий в информационном и документационном обеспечении коррекция и корректирующие действия осуществляются путем приобретения современного программного обеспечения, закупки специальной литературы, обучения сотрудников требованиям системы менеджмента качества и т.д.

- для несоответствий в инфраструктуре коррекция и корректирующие действия осуществляются путем устранения рисков нанесения ущерба.

5.9 Руководители СП, в которых в ходе внутреннего или внешнего аудита выявлены несоответствия разрабатывают «Планы мероприятий по устранению несоответствий СМК ЮФУ, выявленных проверкой» не позже, чем в 10-дневный срок после ознакомления с актами о несоответствии/наблюдении подведомственных структурных подразделений.

5.10 После утверждения план распространяется в подведомственные структурные подразделения ЮФУ, за выполнение которого ответственность несут руководители структурных подразделений.

5.12 Корректирующее или предупреждающее действие должно быть выполнено в определенный в документах срок.

5.13 Проверка выполнения запланированных коррекций, корректирующих/ предупреждающих действий осуществляется во время проведения следующего планового (внепланового) аудита (проверки).

6. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

6.1 Оценка результативности проведенных КД или эффективности ПД проводится внутренними аудиторами (по несоответствиям, выявленным во время внутреннего аудита).

6.2 Корректирующие действия считаются **результативными** в случае, если выявленное несоответствие более не возникает после их реализации.

6.3 Предупреждающие действия считаются **результативными** в случае, если предполагаемое несоответствие не возникло после их проведения.

6.4 В случае установления положительных результатов от проведения КД или ПД несоответствие/наблюдение архивируется.

6.5 Если после предпринятых корректирующих действий вновь появляется аналогичное несоответствие, или в результате проведения предупреждающих действий несоответствие все-таки возникает, то вопрос выносится на экспертный (научно-технический) совет, который

выявляет причины и дает рекомендации по разработке дополнительных корректирующих или предупреждающих действий.

6.6 В последнем случае создается новый документ регистрации несоответствия СМК-8.2.2/02-АНС с учетом исходных формулировки и информации. При этом, все документы, касающиеся данного несоответствия, скрепляются вместе.

6.7 Дальнейший порядок работы определяется разделом 5 настоящей Процедуры.

6.8 Процесс оценки результативности может повторяться циклически, пока несоответствие не будет устранена истинная причина несоответствия.

7. ОТЧЕТНОСТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ИЛИ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Уполномоченный по качеству СП формирует (СМК-8.2.2/01)-ОАПА «Отчет по результатам внутреннего аудита» (Приложение Г к ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества»), в котором описывает статус корректирующих и предупреждающих действий по результатам внутреннего аудита. Данные этого отчета подлежат анализу с целью включения результатов в анализ СМК со стороны руководства.

8. КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Показатель	Единица измерения	Значение
Соблюдение сроков проведения КД и ПД	%	≥ 95
Результативные КД	%	> 90

9. РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая Процедура в электронном виде, при необходимости, в электронном пространстве ЮФУ;
- персонал, имеющий образование в области внутреннего аудита;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Процедурой;
- финансовые средства для мотивации аудиторов;
- информационные ресурсы (при необходимости).

10. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

10.1 Подлинник данной актуализированной Процедуры хранится в ООиСНД – отделе организации и сопровождения научной деятельности, а после окончания срока действия, аннулирования или замены - в архиве.

10.2 Регистрация, рассылка и хранение Процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

10.3 Записи ведутся в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК». Записями, имеющими отношение к данной Процедуре, являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения
1	Акты о несоответствии	СМК-8.2.2/02-АНС	СП, ООиСНД	Срок хранения дела
2	Акты о наблюдениях	СМК-8.2.2/02-АНБ	СП, ООиСНД	Срок хранения дела
3	План мероприятий по устранению несоответствий СМК ЮФУ, выявленных проверкой	Приложение Г к ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»	СП (копии), ООиСНД (подлинник)	Срок хранения дела
4	Отчет по результатам внутреннего аудита	СМК-8.2.2/01-ОАПА (Приложение Г к ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества»)	ООиСНД, ООиСНД (копии)	Срок хранения дела

11 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

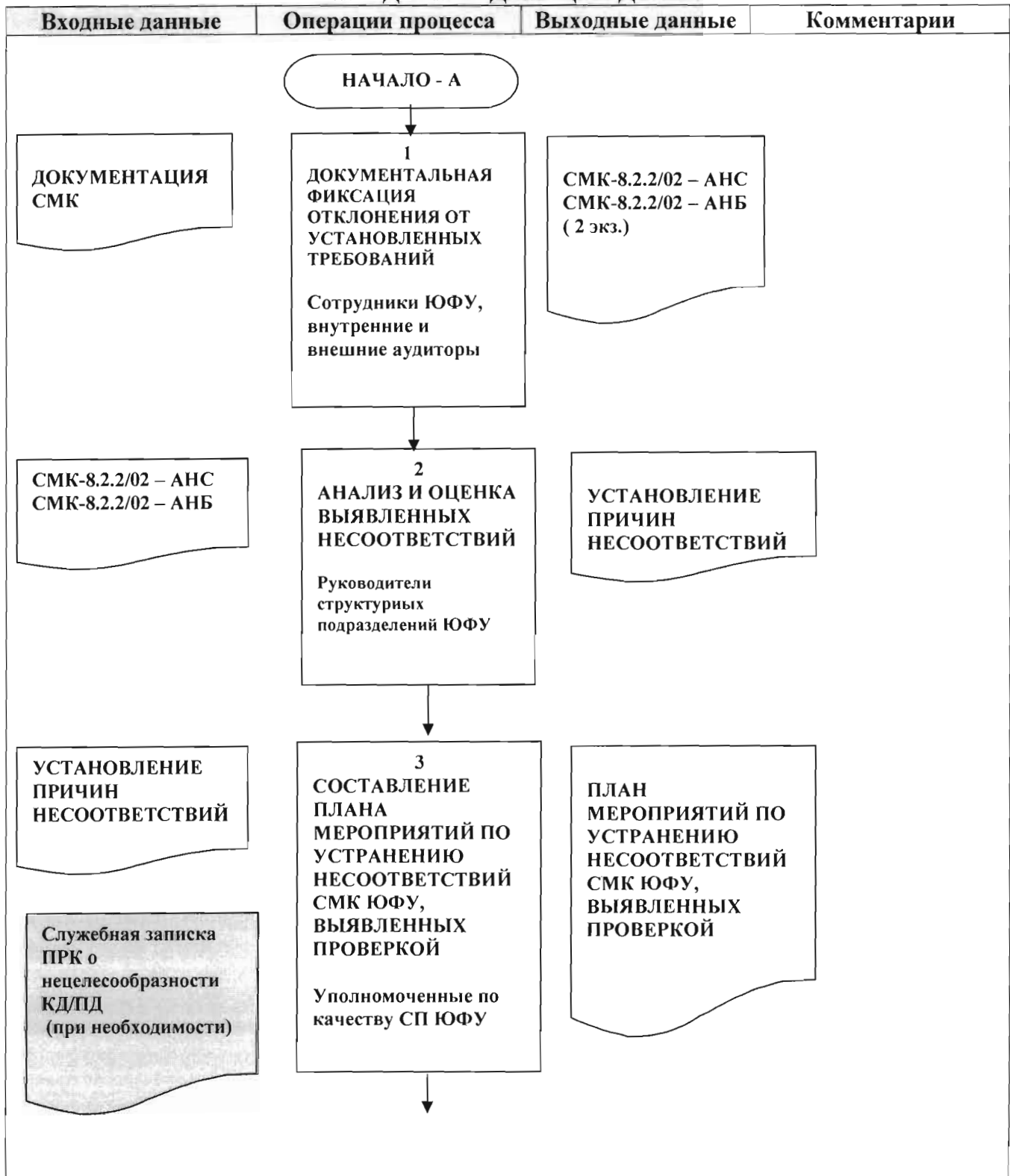
Внесение изменений в настоящую Процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

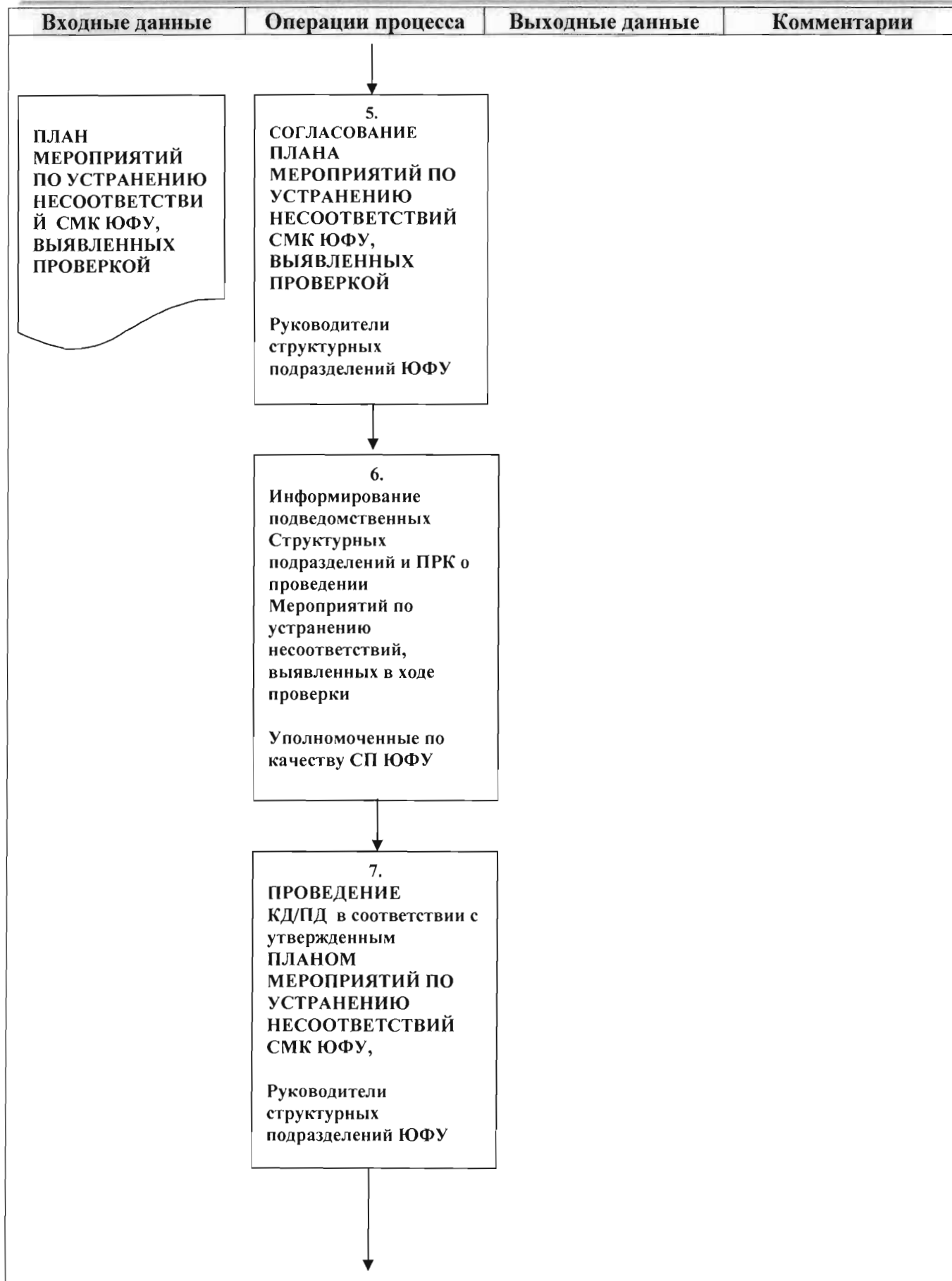
12 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

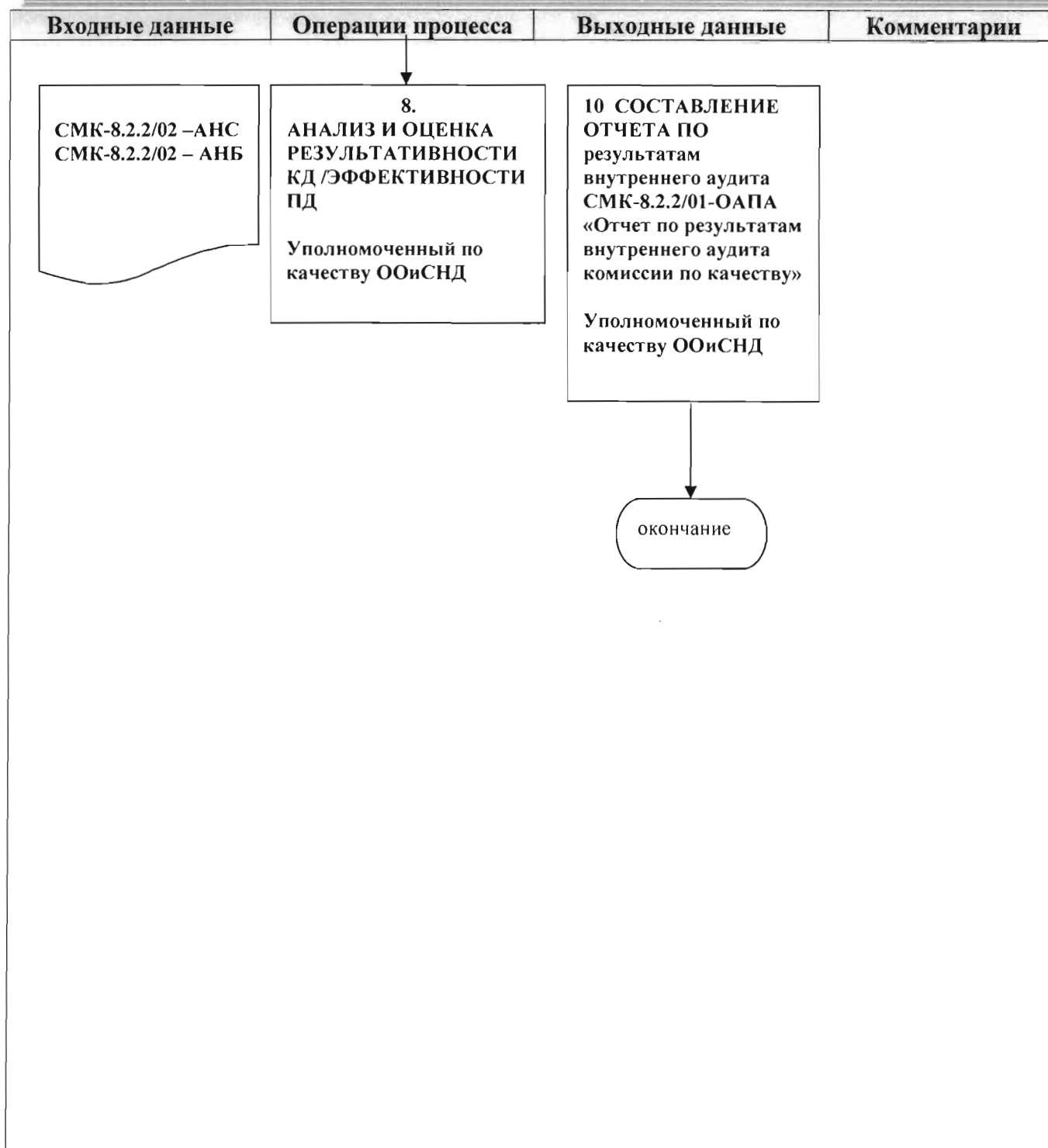
Контроль исполнения требований настоящей документированной процедуры возлагается на ПРК и ООиСНД.

Приложение А

БЛОК-СХЕМА ПРОЦЕССА
КОРРЕКЦИЙ, КОРРЕКТИРУЮЩИХ И
ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ





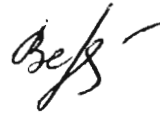


ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



Г.Ю. Верецкая

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 12 » 10 2015 г.

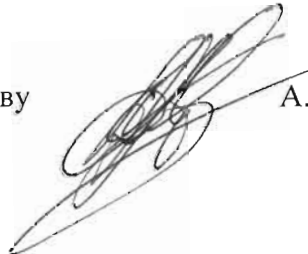


И.К. Шевченко



СОГЛАСОВАНО:


Представитель руководства по качеству

« 12 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

 / Проректор по ИИ /
 / Руководитель КИ /

	ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	ДП.СМК-4.2.3/04- 2015
	<i>Версия 0</i>	<i>Стр 1 из 42</i>

Приложение №7 к приказу


от 27.10.2015 № 461-01

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

«УПРАВЛЕНИЕ НОМЕНКЛАТУРОЙ ДЕЛ»

СОДЕРЖАНИЕ

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	4
4. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА.....	5
4.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	5
4.2. ПОРЯДОК СОСТАВЛЕНИЯ НОМЕНКЛАТУРЫ ДЕЛ	7
4.3. НОМЕНКЛАТУРНЫЕ ИНДЕКСЫ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ.....	10
4.4. ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ НОМЕНКЛАТУРНОГО ДЕЛА.....	10
4.5. ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ДЕЛА.....	11
4.6. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ЦЕННОСТИ ДОКУМЕНТАЦИИ.....	14
4.7. ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПЕРЕДАЧИ ДОКУМЕНТОВ В АРХИВ.....	14
4.8. ПОРЯДОК СПИСАНИЯ ДОКУМЕНТОВ И ДЕЛ С ИСТЕКШИМИ СРОКАМИ ХРАНЕНИЯ.....	15
5. КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	16
6. РЕСУРСЫ.....	16
7. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	17
8. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	18
9. КОНТРОЛЬ	18
ПРИЛОЖЕНИЯ. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ.....	19
Приложение А. Блок-схема процесса управления номенклатурой дел	19
Приложение Б. Сводная номенклатура дел (МК-4.2.3/04-2010-НД).....	21
Приложение В. Номенклатура дел структурного подразделения (МК-4.2.3/04-2010-НДС)....	23
Приложение Г. Выписка из номенклатуры дел (МК-4.2.3/04-2010-ВНД).....	24
Приложение Д. Обложка номенклатурного дела (МК-4.2.3/04-2010-ТЛНД)	26
Приложение Е. Корешок номенклатурного дела (МК-4.2.3/04-2010-КНД)	27
Приложение Ж. Лист-заверитель дела (МК-4.2.3/04-2010-ЛЗД)	28
Приложение З. Внутренняя опись документов дела (МК-4.2.3/04-2010-ВОД).....	29
Приложение И. Обложка дела постоянного хранения и по личному составу (МК-4.2.3/04- 2010- ОДПХ).....	30
Приложение К. Опись дел, сданных в архив (МК-4.2.3/04-2010-ОАХ).....	31
Приложение Л. Опись личных дел (МК-4.2.3/04-2010-ОЛД).....	33
Приложение М. Акт о необнаружении документов (МК-4.2.3/04-2010-АНД).....	35
Приложение Н. Акт о выделении к уничтожению документов и дел (МК-4.2.3/04-2010- АУД).....	37
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	39
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	40
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ.....	41
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	42

 <p>ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ</p>	<p align="center">ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</p> <p align="center"><i>Версия 0</i></p>	<p align="center">ДП.СМК-4.2.3/04-2015</p> <p align="center"><i>Стр 3 из 42</i></p>
--	--	--

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Настоящая Документированная процедура ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел» (далее – Процедура) устанавливает порядок управления номенклатурой дел Южного федерального университета и содержит требования к ее составлению, формированию, оформлению и хранению включенных в нее дел.

1.2. Ответственным за процесс управления номенклатурой дел является начальник Управления делами и организации документооборота ЮФУ.

1.3. Действие настоящей Процедуры распространяется на Управление делами и организации документооборота ЮФУ, а также все подразделения ЮФУ.

1.4. Документированная процедура ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел» разработана в дополнение к требованиям пунктов 4.2.3 и 4.2.4 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей процедуре сделаны ссылки на следующие нормативные документы:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. основополагающие принципы и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- МС ИСО 15489-1:2001 «Информация и документация. Управление документами. Общие требования».
- ГОСТ Р 51141-98 «Делопроизводство и архивное дело. Термины и определения».
- ГОСТ Р 6.30-2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов».
- Перечень типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения (утвержден 25.08.2010 г.).
- Перечень типовых архивных документов, образующихся в научно-технической, производственной деятельности организаций, с указанием сроков хранения (утвержден 31.07.2007).
- Основные правила работы архивов организаций (утверждены решением Коллегии Росархива от 06.02.2002).

- Примерная номенклатура дел вуза (утверждена министерством общего и профессионального образования РФ 11.05.1999).
- Правила делопроизводства в федеральных органах исполнительной власти (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июня 2009 г. № 477).
- Инструкция по делопроизводству в Министерстве образования и науки Российской Федерации (утверждена приказом Минобрнауки РФ от 30.12.2010 № 2232).
- Федеральный закон от 22 октября 2004 г. № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» (с изм. от 4 декабря 2006 г., 1 декабря 2007 г., 13 мая 2008 г.).
- Положение о постоянно действующей экспертной комиссии по экспертизе ценности документов ЮФУ.
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».
- ДП.СМК-4.2.4/01-2015 «Управление записями СМК».
- ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения».
- К.СМК-4.2.3/06-2015 «Классификатор документации СМК».
- И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей СМК».
- И.СМК-4.2.3/08-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящей Procedure применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/08-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

ГА - государственное архивное учреждение;

ДЗН - до замены новой;

ДМН – до минования надобности;

ДП – документированная процедура;

И – инструкция;

МИ – методическая инструкция;

МС – международный стандарт;

НТД - нормативно-техническая документация;

ОВД – ответственный за ведение делопроизводства структурного подразделения;

ОСП - обособленное структурное подразделение;

- П – положение;
- ПРК – представитель руководства по качеству;
- РК – руководство по качеству;
- СМК – система менеджмента качества;
- СП – структурное подразделение;
- УД – Управление делами и организации документооборота;
- ЭК – комиссия по экспертизе ценности документов;
- ЮФУ - Южный федеральный университет.

4. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

4.1. Общие положения

4.1.1. Номенклатура дел – систематизированный перечень заголовков (наименований) дел, заводимых в Южном федеральном университете, с указанием сроков их хранения, оформленный в установленном порядке.

Номенклатура дел предназначена для группировки исполненных документов в дела, систематизации и учета дел, определения сроков их хранения и является основой для составления описей дел постоянного и временного (свыше 10 лет) хранения, а также для учета дел временного (до 10 лет включительно) хранения.

4.1.2. Номенклатура дел составляется на основе положений о ЮФУ и его структурных подразделениях, штатных расписаний, планов и отчетов о работе, перечней документов с указанием сроков их хранения, номенклатур дел за предшествующие годы.

4.1.3. Номенклатура дел ЮФУ состоит из конкретных номенклатур дел обособленных подразделений в соответствии с присвоенными кодами.

4.1.4. СП ежегодно разрабатывают проект номенклатуры дел своего подразделения на следующий год к 15 октября текущего года передают его в Управление делами и организации документооборота (канцелярию).

Номенклатура дел СП составляется ОВД, согласовывается с Управлением делами и организации документооборота (канцелярией) и архивом, подписывается руководителем структурного подразделения и представляется в Управление делами и организации документооборота (канцелярию) не позднее 15 ноября текущего года (Форма МК-4.2.3/04-2010-НДС, Приложение В).

Вновь созданное подразделение обязано в месячный срок разработать номенклатуру дел подразделения и представить ее в Управление делами и организации документооборота (канцелярию).

Ответственность за организацию своевременного составления номенклатуры дел и представление ее в Управление делами и организации документооборота (канцелярию) возлагается на руководителей СП.

Номенклатура дел СП готовится в трех экземплярах, из которых первый остается в СП, второй передается в Управление делами и организации документооборота (канцелярию) и третий экземпляр передается в архив.

4.1.5. Сводная номенклатура дел ЮФУ-центра и ОСП составляется Управлением делами и организации документооборота (канцелярией) на основе номенклатур дел СП (Форма МК-4.2.3/04-2010-НД, Приложение Б).

Методическую помощь при составлении сводной номенклатуры дел ЮФУ и ОСП оказывает архивный отдел (архив) и ЭК.

Один раз в 5 лет сводная номенклатура дел ЮФУ-центра и ОСП, состоящего на государственном учете в ГА, согласовывается с экспертно-проверочной комиссией (ЭПК) ГА. В случае изменения функций и структуры ЮФУ-центра и ОСП их номенклатуры дел подлежат переработке и согласованию с ЭПК.

4.1.6. Номенклатура дел ЮФУ-центра и ОСП подписывается начальником управления делами (канцелярии), согласовывается с архивом, с ЭК, утверждается ректором (руководителем ОСП) не позднее конца текущего года и вводится в действие с 1 января следующего года.

4.1.7. Сводная номенклатура дел ЮФУ и ОСП готовится не менее чем в четырех экземплярах: 1-й экземпляр как документ постоянного хранения помещается в дело управления делами и организации документооборота (канцелярии), 2-й – передается в управление делами ОСП, 3-й – применяется в архиве, 4-й – в ГА. Рабочий экземпляр сводной номенклатуры дел ведется в управлении делами и организации документооборота (канцелярии) в электронном виде.

4.1.8. После утверждения номенклатуры дел и размещения его в системе электронного документооборота ЮФУ ОВД делает выписку из соответствующего ее раздела по своему СП (Форма МК-4.2.3/09-2015-ВНД, Приложение Г). Выписка из номенклатуры дел используется в СП как рабочий экземпляр, в который в течение делопроизводственного года вносятся изменения в соответствии с заведенными в СП делами. Заголовки вновь заведенных дел дописываются в выписку под дополнительными номерами.

4.1.9. По прошествии календарного года номенклатура дел СП уточняется, при необходимости в нее вносятся дополнения. Выписка подлежит дооформлению, в ней указывается количество фактически заведенных дел (графа 3), в примечании (графа 5) делаются отметки о незаведенных делах, составляется итоговая запись о категориях и количестве заведенных дел.

Для облегчения работы с документами, законченными текущим делопроизводством, оформленная выписка из номенклатуры дел помещается в шкаф вместе с завершенными делопроизводством документами, кроме переходящих дел, которые остаются в текущем делопроизводстве.

4.1.10 Сведения о категориях и количестве дел, заведенных в СП в прошедшем году (копия полностью оформленной выписки из номенклатуры дел с заполненной итоговой записью) передаются ответственным за ведение делопроизводства СП в Управление делами и организации документооборота (канцелярию) не позднее 01 февраля следующего календарного года.

4.2. Порядок составления номенклатуры дел

4.2.1. Номенклатура дел ОСП состоит из введения, в котором даются ссылки на используемую нормативную литературу, описывается структура и особенности номенклатуры, списка сокращений, списка структурных подразделений с указанием их индексов и основной части (разделов).

Наименование разделов номенклатуры соответствует названиям структурных подразделений в составе ОСП. Порядок разделов определяется утвержденной организационной структурой ОСП и классификатора структурных подразделений Южного федерального университета. В каждый раздел сводной номенклатуры дел вносятся сведения из номенклатуры дел соответствующего СП.

4.2.2. В номенклатуру дел СП включаются заголовки дел, отражающих все документируемые участки его работы. Периодические издания (справочники, брошюры и т.д.) в номенклатуру не включаются.

4.2.3. Графы номенклатуры дел

4.2.3.1. В графе 1 номенклатуры дел проставляются индексы каждого дела, включенного в номенклатуру. Индекс дела состоит из установленного приказом ректора цифрового обозначения СП и порядкового номера заголовка дела по номенклатуре в пределах подразделения. Индексы дел обозначаются арабскими цифрами.

Например: 017.02-05, где 017.02 - обозначение СП, 05 - порядковый номер заголовка дела по номенклатуре дел СП.

4.2.3.2. В графу 2 номенклатуры дел включаются заголовки дел (томов, частей).

Заголовок дела должен четко, в обобщенной форме отражать основное содержание и состав документов дела.

Не допускается употребление в заголовке дела неконкретных формулировок ("разные материалы", "общая переписка" и т.д.), а также вводных слов и сложных оборотов. Не допускается употребление сокращенных слов и сокращенных наименований федеральных органов исполнительной власти и учреждений.

Заголовок дела состоит из следующих элементов: названия вида дела (переписка, журнал и т.д.) или разновидности документов (протоколы, приказы и т.д.); название университета или СП, (автор документа); названия организации, которой будут адресованы или от которой будут получены документы (адресат или корреспондент документа); краткого содержания документов дела; названия местности (территории), с которой связано содержание документов дела; дата (период), к которой (которому) относятся документы дела.

В заголовках дел, содержащих документы по одному вопросу, но не связанных последовательностью исполнения, в качестве вида дела употребляется термин "документы", а в конце заголовка в скобках указываются основные разновидности документов, которые должны быть сгруппированы в деле (планы, списки, доклады и т.д.).

Например: Документы о проведении семинаров, конференций ЮФУ (планы, списки участников, доклады, информация).

В заголовках дел, содержащих переписку, указывается, с кем и по какому вопросу она ведется. В заголовках дел, содержащих переписку с однородными корреспондентами, последние не указываются, а указывается их общее видовое название.

Например: Переписка с высшими учебными заведениями РФ.

В заголовках дел, содержащих переписку с разнородными корреспондентами, последние не перечисляются.

Например: Переписка с филиалами ЮФУ.

В заголовке дела указывается конкретный корреспондент, если переписка ведется только с ним.

При обозначении в заголовках дел административно-территориальных единиц учитывается следующее: если содержание дела касается нескольких однородных административно-территориальных единиц, в заголовке дела не указываются их конкретные названия, а указывается их общее видовое название.

Например: Переписка с главами администраций районов о ...

Если содержание дела касается одной административно-территориальной единицы (населенного пункта), ее (его) название указывается в заголовке дела.

Например: Переписка с Администрацией Волгодонского района.

В заголовках дел, содержащих плановую или отчетную документацию, указывается период (квартал, год), на (за) который составлены планы (отчеты).

Например: Годовые отчеты о деятельности университета.

Если дело будет состоять из нескольких томов или частей, то составляется общий заголовок дела, а затем, при необходимости, составляются заголовки каждого тома (части), уточняющие содержание заголовка дела.

Заголовок приложения к делу, сформированного в отдельный том, должен соответствовать заголовку помещенного в этот том документа.

Порядок расположения заголовков дел внутри разделов и подразделов номенклатуры дел определяется степенью важности документов, составляющих дела, и их взаимосвязью. В начале располагаются заголовки дел, содержащих организационно-распорядительную документацию, затем нормативную, плановую, отчетную. В конце номенклатуры указываются книги (журналы) регистрации документов.

Заголовки дел могут уточняться в процессе формирования и оформления дел.

4.2.3.3. Графа 3 номенклатуры дел заполняется по окончании календарного года.

4.2.3.4. В графе 4 указывается срок хранения дела и номера статей по действующим перечням.

4.2.3.5. В графе 5 проставляются отметки о заведении дел, переходящих делах (например, переходящее с 2014 г.), выделении дел к уничтожению, лицах, ответственных за формирование дел, передаче дел другому структурному подразделению для продолжения и др.

4.2.4. Если в течение года в ЮФУ возникают новые документированные участки работы, не предусмотренные делами, они дополнительно вносятся в номенклатуру. Для вновь заводимых дел в каждом разделе номенклатуры могут оставляться резервные номера.

4.2.5. По окончании года в конце номенклатуры дел структурного подразделения ОВД делается итоговая запись о количестве заведенных дел (томов).

4.2.6. В номенклатуре дел ЮФУ начальником сектор разработки, подготовки и учета распорядительной документации (канцелярии) на основании данных, предоставленных ОВД структурных подразделений, фиксируются все изменения и дополнения, внесенные структурными подразделениями в течение года.

4.3. Номенклатурные индексы подразделений

4.3.1. Структурным подразделениям ЮФУ присваиваются номенклатурные индексы, в соответствии с классификатором структурных подразделений Южного федерального университета, например,

- 203 - Управление делами и организации документооборота;
- 203.01 - отдел архивного хранения;
- 203.02 - административный отдел;
- ... и так далее

4.4 Порядок формирования номенклатурного дела

4.4.1. Формирование дел - группировка исполненных документов в дела в соответствии с номенклатурой дел и систематизация документов внутри дела. Порядок формирования номенклатурного дела производится в соответствии с Инструкцией по делопроизводству в ЮФУ.

Правильное формирование дел способствует оперативному поиску необходимых документов в постоянно растущем документном массиве ЮФУ, обеспечивает их сохранность, устанавливает порядок в организации делопроизводства.

4.4.2. Формирование дел осуществляется непосредственно в подразделениях ЮФУ в точном соответствии с заголовками дел утвержденной на текущий год номенклатуры дел.

4.4.3. Формирование дел в подразделениях ЮФУ осуществляют ответственные за делопроизводство в СП.

4.4.4. При формировании дел соблюдаются следующие требования:

- в дело помещаются только исполненные документы, в соответствии с заголовками дел по номенклатуре;
- документы, подшитые в дело, являются подлинниками или заверенными копиями;
- каждый документ, помещенный в дело, должен быть правильно оформлен (иметь дату, необходимые подписи, согласования и утверждения, отметку об исполнении и т.д.);
- в дело группируются документы одного календарного (учебного) года за исключением переходящих дел;
- документы постоянного и временного сроков хранения группируются в дела отдельно;
- документы-приложения подшиваются за документами, к которым они относятся, независимо от их даты;
- ксерокопии факсограмм и телефонограмм помещаются в дела на общих основаниях;

- в дело не подшиваются документы, подлежащие возврату, а также черновики документов;
- документы внутри дела располагаются сверху вниз в нумерационной, хронологической, вопросно-логической последовательности или их сочетании;
- планы и отчеты помещаются в дела того года, к которому они относятся по содержанию, независимо от времени их составления или утверждения;
- по объему дело не должно превышать 250 листов.

4.4.5. При наличии в деле нескольких томов (частей) индекс и заголовки дела проставляются на каждом томе с добавлением "т. 1", "т. 2" и т.д.

4.4.6. Дела должны размещаться в закрытых шкафах, сейфах или картотеках и предохраняться от пыли и света. Для быстрого поиска целесообразно располагать папки вертикально. Последовательность расположения дел на полках должна соответствовать последовательности расположения дел в номенклатуре. При поиске сначала находят номер дела по номенклатуре, а затем по номеру дела (на корешке папки) - необходимые документы.

4.4.7. Исполненные и законченные делопроизводством документы должны в 10-дневный срок быть включены в соответствующее номенклатурное дело. Индекс дела, в которое должен быть подшит документ, определяет руководитель СП или исполнитель в соответствии с номенклатурой дел ОСП.

4.5. Требования к оформлению дела

4.5.1. Оформление дела производится в соответствии с Инструкцией по делопроизводству в ЮФУ, утвержденной приказом от 21.08.2012 №.181-ОД.

Дело подлежит оформлению при его заведении и по завершении года. В зависимости от сроков хранения проводится полное или частичное оформление дел. Полному оформлению подлежат дела постоянного, временного (свыше 10 лет) хранения и по личному составу. Оформление дел проводится ОВД СП при методической помощи Управления делами и организации документооборота (канцелярии).

4.5.2. Полное оформление дела предусматривает:

- оформление реквизитов обложки дела по установленной форме (Форма МК-4.2.3/04-2010-ОДПХ);
- нумерацию листов в деле;

Примечание. В целях обеспечения сохранности и закрепления порядка расположения документов, включенных в дело, все его листы, кроме листа-заверителя и внутренней описи, нумеруются.

Листы нумеруются простым карандашом сверху вниз, цифры проставляются в правом верхнем углу листа. Лист большого формата, подшитый за один край, нумеруется как один лист в правом верхнем углу. Документы с собственной нумерацией листов, в том числе печатные издания, нумеруются в общем порядке. Листы дел, состоящих из нескольких томов или частей, нумеруются по каждому тому или части отдельно. Фотографии, чертежи, диаграммы и другие иллюстративные и специфические документы, представляющие самостоятельный лист в деле, нумеруются на оборотной стороне в левом верхнем углу. Подшитые в дело конверты с вложениями нумеруются: сначала конверт, а затем очередным номером каждое вложение в конверте. Приложения к делу, поступившие в переплете, оформляются как самостоятельный том и нумеруются отдельно.

- составление листа-заверителя дела (Форма МК-4.2.3/04-2015-ЛЗД);

Примечание. Заверительная запись располагается в конце дела и оформляется на отдельном листе-заверителе дела. В заверительной записи цифрами и прописью указывается количество листов в данном деле, особенности отдельных документов (чертежи, фотографии, рисунки и т.п.). Заверительная запись подписывается ее составителем с указанием должности, расшифровки подписи и даты составления. Количество листов в деле проставляется на обложке дела в соответствии с заверительной записью.

- подшивку или переплет дела;

Примечание. Дело постоянного, временного (свыше 10 лет) хранения и по личному составу подшиваются или переплетаются в твердую картонную обложку суровой ниткой на 4 прокола. Нельзя зашивать текст документа. В тех случаях, когда текст очень близко подходит к краю листа и может быть поврежден при подшивке, к листу подклеивается полоска прочной бумаги, за которую документ и будет подшит. Документы, имеющие временный (до 10 лет включительно) срок хранения, допускается не переплетать и не подшивать, а хранить в скоросшивателе до истечения срока их хранения по номенклатуре.

- внесение необходимых уточнений в реквизиты обложки дела.

4.5.3. На обложке дела постоянного хранения и по личному составу указываются следующие реквизиты:

- полное наименование ЮФУ в именительном падеже;
- наименование структурного подразделения в строгом соответствии с утвержденной структурой;
- номер дела - проставляется работником архива при оформлении годового раздела описи;

- номер тома (при необходимости);
- заголовок дела - переносится из номенклатуры дел СП;
- дата дела (тома, части) - указывается дата (год) заведения и окончания дела в делопроизводстве;

Примечание. Датой дел, содержащих распорядительную документацию, протоколов, личных дел, а также дел, состоящих из нескольких томов (частей), являются крайние даты документов дела, т.е. даты (число, месяц, год) регистрации (составления) самого раннего и самого позднего документов, включенных в дело. Датой приложения к делу, сформированному в отдельный том, является дата регистрации основного документа, приложение к которому помещено в этот том. Число и год обозначаются арабскими цифрами, название месяца пишется полностью словами.

- количество листов в деле;
- срок хранения дела – переносится на обложку из номенклатуры дел. На делах постоянного хранения пишется: "Хранить постоянно".

4.5.4. По окончании года в надписи на обложках дел вносятся уточнения: при несоответствии заголовка дела на обложке содержанию подшитых документов в заголовок дела вносятся изменения и дополнения.

4.5.5. Наименования ЮФУ и подразделения могут проставляться на обложке штампом.

4.5.6. Для учета документов на отдельном листе составляется (при необходимости) внутренняя опись документов дела, которая содержит сведения о порядковых номерах документов дела, их датах, заголовках и номерах листов дела, на которых расположен каждый документ. К внутренней описи составляется итоговая запись, в которой указываются цифрами и прописью количество включенных в нее документов и количество листов внутренней описи.

Внутренняя опись документов дела подписывается составителем с указанием должности, расшифровки подписи и даты составления. Заверенная составителем внутренняя опись документов дела подклеивается за верхний край к внутренней стороне лицевой обложки дела.

4.5.7. Документы, составляющие дело, подшиваются в твердую обложку из картона или переплетаются с учетом возможного свободного чтения текста всех документов. При подготовке дел к подшивке (переплету) металлические скрепления (булавки, скрепки) из документов удаляются.

4.6. Порядок проведения экспертизы ценности документов

Порядок проведения экспертизы ценности документов производится в соответствии с Инструкцией по делопроизводству в ЮФУ, Положением о постоянно действующей ЭК ЮФУ и положениями о постоянно действующих ЭК ОСП.

4.7. Порядок подготовки и передачи документов в архив

В целях своевременного приема, обеспечения учета, сохранности, упорядочения, использования и подготовки архивных документов к передаче на постоянное хранение в соответствующие государственные архивные учреждения в соответствии с разделом 1 "Основных правил работы архивов организаций" в каждом ОСП создается архив.

4.7.1. В архив передаются дела с исполненными документами постоянного, временного (свыше 10 лет) сроков хранения и по личному составу. Их передача производится только по описям дел (Форма МК-4.2.3/04-2015-ОАХ, приложение К, форма МК-4.2.3/04-2015-ОЛД, приложение Л). После утверждения годовых разделов описей дел постоянного хранения и по личному составу ОСП обязательные их экземпляры передаются в архивный отдел ЮФУ для включения в наблюдательное дело.

4.7.2. Дела с исполненными документами постоянного и временного (свыше 10 лет) хранения передаются в архив, как правило, через год, но не позднее чем через три года после их хранения и использования в СП.

4.7.3. Дела временного (до 10 лет включительно) хранения передаче в архив не подлежат. Они хранятся в СП и по истечении сроков хранения подлежат списанию по акту и уничтожению в установленном порядке.

4.7.4. В период подготовки дел СП к передаче в архив сотрудником архива предварительно проверяется правильность их формирования, оформления и соответствие количества дел, включенных в опись, количеству дел, заведенных в соответствии с номенклатурой дел.

Все выявленные при проверке недостатки в формировании и оформлении дел работники СП обязаны устранить.

4.7.5. Прием каждого дела производится сотрудником архива в присутствии работника СП. При этом на обоих экземплярах описи против каждого дела, включенного в нее, делается отметка о наличии дела. В конце каждого экземпляра описи указываются цифрами и прописью количество фактически принятых дел, дата приема-передачи дел, а также подписи работника архива и сотрудника, передавшего дела.

Вместе с делами в архив передаются регистрационные картотеки на документы или

программные средства и базы данных, содержащие информацию о регистрации и исполнении передаваемых документов. Заголовок каждой картотеки или базы данных включается в опись.

4.7.6. В случае ликвидации или реорганизации СП сотрудник, ответственный за ведение делопроизводства данного СП, в период проведения ликвидационных мероприятий формирует все имеющиеся документы в дела, оформляет дела и передает их в архив, независимо от сроков хранения. Передача дел осуществляется по описям дел и номенклатуре дел.

4.8. Порядок списания документов и дел с истекшими сроками хранения

4.8.1. В СП ежегодно осуществляется отбор подлежащих уничтожению дел за предыдущие годы, сроки хранения которых истекли.

Отбор документов проводится путем полистного просмотра дел. Не допускается отбор документов для уничтожения только на основании заголовков дел.

Дела с отметкой "ЭПК" передаются в архив для определения и выделения из их состава документов, подлежащих постоянному хранению.

Дела с отметкой "ЭПК", содержащие документы постоянного хранения, подлежат реформированию. Выделенные из их состава документы постоянного хранения присоединяются к однородным делам или оформляются в самостоятельные дела.

4.8.2. Сроки хранения дел документов определяются по действующим перечням документов с указанием сроков их хранения или по номенклатуре дел.

4.8.3. По результатам отбора подлежащих уничтожению документов и дел в СП составляется акт о выделении к уничтожению документов и дел (Форма МК-4.2.3/04-2015-АУД, приложение М) в двух экземплярах, подписывается руководителем СП и ОД. Акт передается в архив для согласования с экспертной комиссией.

Одобренные экспертной комиссией акты утверждаются руководством ОСП только после утверждения ЭПК ГА описей дел постоянного хранения; после этого СП имеет право уничтожать дела, включенные в данные акты.

Дела включаются в акт, если предусмотренный для них срок хранения истек к 1 января года, в котором составляется акт. Например, законченные дела с трехлетним сроком хранения в 2007 г. могут быть включены в акт, который будет составлен не ранее 1 января 2011 г.

Заголовки однородных дел, отобранных к уничтожению, вносятся в акт под общим заголовком с указанием количества дел, отнесенных к данной группе.

4.8.4. Дела, списанные по акту, уничтожаются путем измельчения, либо передаются на переработку (утилизацию). Передача дел оформляется приемо-сдаточной накладной, в которой указываются дата передачи, количество сдаваемых дел и вес бумажной макулатуры.

5. КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Показатель	Единица измерения	Значение
Соблюдение сроков составления/пересмотра номенклатуры дел	%	100
Соответствие ведения номенклатуры дел требованиям настоящей Процедуры	%	> 90
Соблюдение сроков передачи дел на архивное хранение	%	100
Соответствие подготовки дел к архивному хранению требованиям настоящей Процедуры	%	> 90

6. РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая Процедура в электронном виде, при необходимости, в СЭД "Doc Vision" ЮФУ;
- персональный компьютер, принтер, бумагоуничтожители и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Процедурой;
- информационные ресурсы (при необходимости).

7. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

7.1. Подлинник актуализированной настоящей Процедуры хранится в ООиСНД.

7.2. Регистрация, рассылка и хранение Процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

7.3. Записи ведутся в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление записями».

7.4. К записям, образующимся в ходе работы по настоящей Процедуре, относятся (Таблица 1):

Таблица 1

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Хранение	
				место	срок
1	Предложения о внесении изменений в номенклатуру дел ОСП по структурным подразделениям		Сектор разработки, подготовки и учета распорядительной документации (канцелярия)	Сектор разработки, подготовки и учета распорядительной документации (канцелярия)	3 года
2	Приказ об утверждении номенклатуры дел ОСП		Управление делами и организации документооборота	Архив	Постоянно
3	Номенклатура дел	МК-4.2.3/04-2015-НД	Управление делами и организации документооборота	Архив	Постоянно
4	Выписка из номенклатуры дел ОСП для структурного подразделения	МК-4.2.3/04-2015-НДС	СП	СП	ДЗН
5	Титульный лист номенклатурного дела	МК-4.2.3/04-2015-ТЛНД	Совместно с делом	Совместно с делом	Срок хранения дела
6	Корешок номенклатурного дела	МК-4.2.3/04-2010-КНД	Совместно с делом	Совместно с делом	Срок хранения дела
7	Лист-заверитель номенклатурного дела	МК-4.2.3/04-2015-ЛЗНД	Совместно с делом	Совместно с делом	Срок хранения дела
8	Внутренняя опись документов дела	МК-4.2.3/04-2015-ВОД	Совместно с делом	Совместно с делом	Срок хранения дела
9	Приказ о создании экспертной комиссии			Архив	Постоянно
10	Опись дел, переданных в архив	МК-4.2.3/04-2015-ОАХ	СП	СП	ДМН
11	Акт о выделении к уничтожению дел, не подлежащих хранению	МК-4.2.3/04-2015-АУД	Архив	Архив	До ликвидации ОСП
12	Протоколы заседаний экспертной комиссии по экспертизе ценности документов		Архив	Архив	Постоянно

8. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

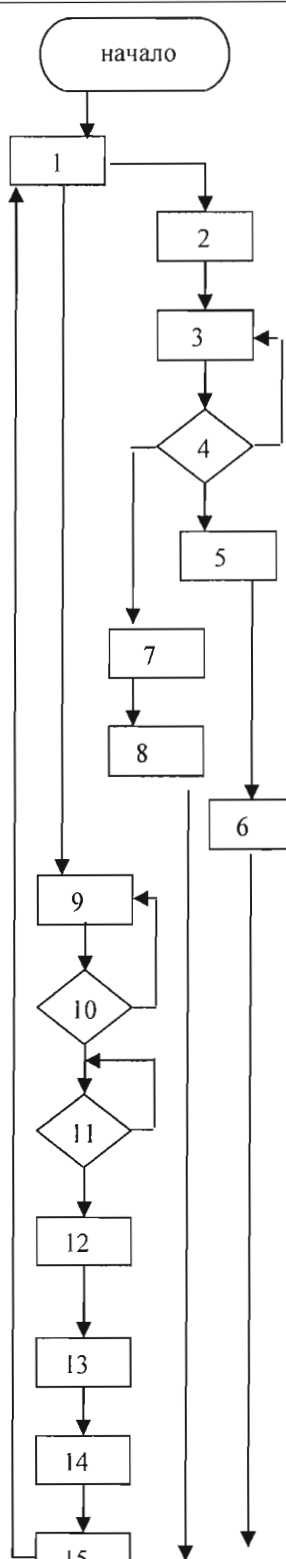
Внесение изменений в настоящую Процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-204 «Управление документацией».

9. КОНТРОЛЬ

Контроль исполнения требований настоящей Процедуры в целом по ЮФУ возлагается на начальника Управления делами.

ПРИЛОЖЕНИЯ. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ

**Приложение А. Блок-схема процесса управления номенклатурой дел
(обязательное)**

Схема процесса	Операция процесса	Ответственный исполнитель/исполнитель	Запись	Срок исполнения
	1. Составление (пересмотр) номенклатуры дел структурного подразделения	Руководитель СП, ОВД, Сектор разработки, подготовки и учета распорядительной документации (канцелярии)	Форма МК-4.2.3/04-2015-НДС	до 15. 11
	2. Выделение законченных архивных дел и подготовка их к сдаче в архив	Руководитель СП, ОВД	Форма МК-4.2.3/04-2015-ОДПХ Форма МК-4.2.3/04-2015-КНД Форма МК-4.2.3/04-2015-ВОД Форма МК-4.2.3/04-2015 ЛЗНД	В рабочем порядке
	3. Составление описи дел, подготовленных к сдаче в архив, и актов о выделении к уничтожению дел, не подлежащих хранению	ОВД СП	Форма МК-4.2.3/04-2015-ОАХ Форма МК-4.2.3/04-2015-АУД Форма МК-4.2.3/04-2015-АНД	В рабочем порядке
	4. Экспертиза ценности документов	ЭК	Протокол заседания ЭК Форма МК-4.2.3/04-2015-ОАХ Форма МК-4.2.3/04-2015-АУД	1-2 дня на каждое СП
	5. Передача номенклатурных дел на архивное хранение	Руководитель СП, ОВД	Форма МК-4.2.3/04-2015-ОАХ	10 дней
	6. Архивное хранение	ОВД, архив	Форма МК-4.2.3/04-2015-НДС Форма МК-4.2.3/04-2015-ОАХ Форма МК-4.2.3/04-2015-КПАД	срок хранения
	7. Внесение отметки о списании дела в номенклатуру ОСП	Начальник отдела документооборота (канцелярии), архив	Форма МК-4.2.3/04-2015-НД	1-2 дня

8. Уничтожение документов, не подлежащих хранению	ОВД	Форма МК-4.2.3/04-2015-АУД	3-5 дней
9. Составление номенклатуры дел ОСП	Сектор разработки, подготовки и учета распорядительной документации (канцелярии)	Форма МК-4.2.3/04-2015-НД	до 15.12
10. Согласование номенклатуры дел ОСП	ПРК, начальник УД (канцелярии)	Форма МК-4.2.3/04-2015-НД	график работы ЭК ЮФУ и ЭПК ГА
11. Утверждение номенклатуры дел ОСП	Руководитель ОСП	Приказ Форма МК-4.2.3/04-2015-НД	1-2 дня
12. Подготовка выписок из номенклатуры дел ОСП	ОВД	Форма МК-4.2.3/04-2015-ВНД	1-2 дня
13. Подготовка сведений о категориях и количестве заведенных в СП дел и передача их в отдел документооборота (канцелярию)	ОВД, управление делами и организации документооборота (канцелярия)	Форма МК-4.2.3/04-2015-НДС	до 01.02
14. Заведение и оформление нового номенклатурного дела	Руководитель СП, ОВД	Форма МК-4.2.3/04-2015-ТЛНД Форма МК-4.2.3/04-2015-КНД Форма МК-4.2.3/04-2015-ВОД	1-2 дня
15. Помещение документа в номенклатурное дело	Руководитель СП, ОВД, сотрудник	Форма МК-4.2.3/04-2015-ТЛНД Форма МК-4.2.3/04-2015-КНД	10 дней



Приложение Б. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-НД

Форма сводной номенклатуры дел

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего
образования
"ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ"

УТВЕРЖДАЮ:

Руководитель ОСП

_____ Расшифровка подписи

Дата

(наименование ОСП)

НОМЕНКЛАТУРА ДЕЛ

№¹ _____

(место составления)

на 20__ год

Индекс дела	Заголовок дела (тома, частей)	Кол-во дел (томов, частей)	Срок хранения дела (тома, части) и № статей по перечню	Примечание
1	2	3	4	5
Название раздела				

Начальник Управления делами
и организации документооборота (канцелярии)
Дата

Расшифровка подписи

Наименование должности руководителя
архива (лица, ответственного за архив)
Дата

Расшифровка подписи

СОГЛАСОВАНО:
протокол ЭК
от ____ № _____

СОГЛАСОВАНО:
протокол ЭПК ГА
от ____ № _____

¹ Указывается номенклатурный номер 1-го экземпляра (подлинника)

Итоговая запись о категориях и количестве дел, заведенных в _____ году в

_____ (наименование ОСП)

По срокам хранения	Всего	В том числе:	
		переходящих	с отметкой "ЭПК"
1	2	3	4
Постоянного			
Временного (свыше 10 лет)			
Временного (до 10 лет включительно)			
Итого:			

Наименование должности руководителя
управления делами и организации документооборота
(канцелярии)

Расшифровка подписи

Дата



Приложение В. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-НД

Форма номенклатуры дел структурного подразделения

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего
образования
"ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ"

_____ (наименование ОСП, СП)

НОМЕНКЛАТУРА ДЕЛ

_____ №² _____

_____ (место составления)

на 20__ год

Индекс дела	Заголовок дела (тома, частей)	Кол-во дел (томов, частей)	Срок хранения дела (тома, части) и № статей по перечню	Примечание
1	2	3	4	5
Название раздела				

Руководитель СП

Расшифровка подписи

Дата

СОГЛАСОВАНО:

Начальник Управления делами
и организации документооборота (канцелярии)

Расшифровка подписи

Дата

Наименование должности руководителя
архива (лица, ответственного за архив)

Расшифровка подписи

Дата

² Указывается номенклатурный номер 1-го экземпляра (подлинника)

Приложение Г. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-ВНД

Форма выписки из номенклатуры дел

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего
образования
«Южный федеральный университет»

_____ (наименование СП)

ВЫПИСКА ИЗ НОМЕНКЛАТУРЫ ДЕЛ

№ _____

_____ (место составления)

на 20__ год

Индекс дела	Заголовок дела (тома, частей)	Кол-во дел (томов, частей)	Срок хранения дела (тома, части) и № статей по перечню	Примечание
1	2	3	4	5

ВЫПИСКА ВЕРНА:

Ответственный за ведение
делопроизводства
Дата

Расшифровка подписи

Итоговая запись о категориях и количестве дел, заведенных в _____ году в

_____ (наименование СП)

По срокам хранения	Всего	В том числе:	
		переходящих	с отметкой "ЭПК"
1	2	3	4
Постоянного			
Временного (свыше 10 лет)			



Временного (до 10 лет включительно)			
Итого:			

Наименование должности руководителя
структурного подразделения

Расшифровка подписи

Дата

Итоговые сведения переданы в Управление делами (канцелярию).

Наименование должности, передавшего сведения

Расшифровка подписи

Дата

**Приложение Д. Форма записей
(обязательное)**

МК-4.2.3/04-2015-ТЛНД

Форма обложки номенклатурного дела

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

(наименование структурного подразделения)

ДЕЛО № _____ ТОМ № _____

(заголовок дела)

Начато _____

Окончено _____

На _____ листах

Хранить _____

Приложение Е. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-КНД

Форма корешка номенклатурного дела

ЗАГОЛОВОК ДЕЛА
ИНДЕКС ДЕЛА

Примечание.

1. Корешок номенклатурного дела состоит из двух частей: в верхней части вертикально по центру прописными буквами жирным шрифтом размером 16-48 пт. указывается заголовок дела; в нижней части горизонтально по центру прописными буквами жирным шрифтом размером 12-32 пт. указывается индекс дела.

2. Размеры корешка дела: общая высота – 22 см, высота верхней части – 19 см, нижней – 3 см., ширина - максимальная в зависимости от ширины корешка папки.



Приложение Ж. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-ЛЗД

Форма листа-заверителя дела

Лист-заверитель дела № _____

В деле подшито и пронумеровано _____ (_____) лист(ов),
(цифрами и прописью)

в том числе:

литерные номера листов _____

пропущенные номера листов _____

+ листов внутренней описи _____

Особенности физического состояния дела	Номера листов
1	2

Наименование должности лица,
составившего документ

Расшифровка подписи

Дата

Приложение И. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-ОДПХ

Форма обложки дела постоянного хранения

Код гос. архива _____

Код организации _____

Дело № _____	Связка _____
Фонд № Р-46	Опись _____

(наименование государственного архивного учреждения)

«ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Подразделение _____

ДЕЛО № _____ том № _____

(год)

(количество листов)

Хранить постоянно

Фонд № Р-46 Опись _____

Дело № _____ Связка _____



Приложение К. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-ОАХ

Форма описи дел постоянного и временного (свыше 10 лет)
хранения, сданных в архив

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Южный федеральный университет»

(наименование структурного подразделения)

ОПИСЬ
документов и дел, сданных в архив

N п/п	Индекс дела	Заголовок дела	Крайние даты	Кол-во листов	Срок хранения	Примечание
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
3.						

В данную опись внесено _____ дел
(цифрами и прописью)

с № _____ по № _____,

в том числе:

литерные номера: _____; пропущенные номера: _____

Наименование должности
составителя описи

Расшифровка подписи

Дата

Передал _____ (_____) ед. хр.
(цифрами и прописью)

Наименование должности сотрудника
структурного подразделения

Расшифровка подписи

Дата



Принял _____ (_____) ед. хр.
(цифрами и прописью)

Наименование должности руководителя
архива (лица, ответственного за архив)

Расшифровка подписи

Дата



Приложение Л. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-ОЛД

Форма описи личных дел, сданных в архив

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Южный федеральный университет»

_____ (подразделение)

ОПИСЬ³

личных дел студентов _____ формы обучения,
окончивших⁴ университет в 20 ____ г.

№ п/п	Ф.И.О.	Факультет ⁵	Год поступления	Кол-во листов	№ связки (коробки) ⁶	Примечание
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						

В данную опись внесено _____ дел
(цифрами и прописью)

с № _____ по № _____, в том числе:

литерные номера:

пропущенные номера:

Наименование должности
составителя описи

Расшифровка подписи

Дата

³ Печатается в трех экземплярах

⁴ Или отчисленных из университета

⁵ Для филиалов и институтов, не имеющих факультеты - специальность

⁶ Проставляется на одном экземпляре простым карандашом



Передал _____ ед. хр.
(цифрами и прописью)

Наименование должности сотрудника
структурного подразделения

Расшифровка подписи

Дата

Принял _____ ед. хр.
(цифрами и прописью)

Наименование должности руководителя
архива (лица, ответственного за архив)

Расшифровка подписи

Дата

Приложение М. Форма записей (рекомендуемая)

МК-4.2.3/04-2015-АНД

Форма акта о необнаружении документов

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«Южный федеральный университет»

_____ (наименование структурного подразделения)

А К Т

« ____ » _____ № _____

_____ (место составления)

**о необнаружении документов, пути
розыска которых исчерпаны**

В результате подготовки документов _____
(наименование структурного подразделения)

на хранение в архивный отдел установлено отсутствие перечисленных ниже дел,
предпринятые _____
(наименование структурного подразделения)

всевозможные меры по розыску дел положительных результатов не дали, в связи с
чем просим снять с учета

№ п/п	Заголовок ед.хр.	Крайние даты	Предполагаемые причины отсутствия
1	2	3	4
1.			
2.			

Содержание утраченных материалов может быть частично восполнено
следующими документами:

Руководитель структурного
подразделения

Расшифровка подписи



Ответственный за ведение
делопроизводства

Расшифровка подписи

СОГЛАСОВАНО
Протокол ЭК
от _____ № _____

Изменения в учетные документы внесены.

Наименование должности
сотрудника архива

Расшифровка подписи

Дата



Приложение Н. Форма записей
(обязательное)

МК-4.2.3/04-2015-АУД

Форма акта о выделении к уничтожению документов и дел

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«Южный федеральный университет»

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель ОСП

Подпись Расшифровка подписи

Дата

_____ (наименование структурного подразделения)

АКТ

«__» _____ 20__ г. № _____

_____ (место составления)

о выделении к уничтожению документов,
не подлежащих хранению

На основании «Перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения» (М., 2010), Перечня типовых архивных документов, образующихся в научно-технической, производственной деятельности организаций, с указанием сроков хранения (М., 2007) и номенклатуры дел Южного федерального университета отобраны к уничтожению как не имеющие научно-исторической ценности и утратившие практическое значение следующие документы и дела университета.

№ пп	Заголовок дела или групповой заголовок дел	Индекс дела по номенклатуре или № дела по описи	Дата дела или крайние даты дел	Кол-во дел	Сроки хранения дела и номера статей по перечню	Примечание
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
3.						

Итого _____ (_____) дел
(цифрами и прописью)

за _____ ГОДЫ.



Дела постоянного хранения за _____ годы сданы в архив по описи № ____ от
" ____ " _____ 20 ____ г.

Ответственный за ведение
делопроизводства

Расшифровка подписи

СОГЛАСОВАНО

Протокол ЭК

от _____ № _____

Документы в количестве _____ ед.хр.
(цифрами и прописью)

уничтожены путем измельчения.

Наименование должности работника,
производившего уничтожение

Расшифровка подписи

Дата

Изменения в учетные документы внесены.

Наименование должности работника архива
(службы ДОУ), внесшего изменения
в учетные документы

Расшифровка подписи

Дата

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВИТЕЛЬ

Инженер ООиСНД
« 12 » _____ 10 _____ 20 15 г.

Г.Ю.Верецкая

СОГЛАСОВАНО:

Начальник Управления делами и
организации документооборота
« 12 » _____ 10 _____ 20 15 г.



М.И.Александрова

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

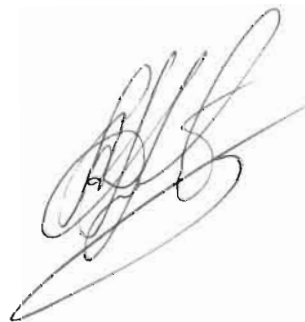


И.К.Шевченко

« 12 » _____ 10 _____ 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству
« 12 » _____ 10 _____ 2015 г.



А.А.Дрокин

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД
« _____ » _____ 2015 г.

В.В. Янушко



Приложение №8 к приказу
от 27.10.2015 № 461-01

ИНСТРУКЦИЯ

«ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ДОКУМЕНТАЦИИ СМК»

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	4
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	4
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
5 ТЕХНИЧЕСКОЕ ОФОРМЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ СМК.....	7
6 ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТРАНИЦ ДОКУМЕНТА СМК.....	8
7 ТРЕБОВАНИЯ К ОТДЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТАМ СМК.....	12
8 РЕСУРСЫ	15
9 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	15
10 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	15
11 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	15
ПРИЛОЖЕНИЕ. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ.....	16
Приложение А. Форма титульного листа документа СМК.....	16
(СМК-4.2.3/02-ТЛД)	16
Приложение Б. Форма листа согласования документа СМК	17
(СМК-4.2.3/02-ЛСД).....	17
Приложение В. Форма листа регистрации изменений.....	18
(СМК-4.2.3/02-ЛРИ).....	18
Приложение Г. Форма листа актуализации.....	19
(СМК-4.2.3/02-ЛА).....	19
Лист актуализации документа	19
Приложение Д. Форма листа ознакомления	20
(СМК-4.2.3/02-ЛО)	20

Приложение Е. Форма матрицы ответственности.....	21
(СМК-4.2.3/02-МОП)	21
Приложение Ж. Форма структуры управления подразделением	22
(СМК-4.2.3/02-ССП).....	22
Приложение З. Форма титульного листа Положения о регламентных подразделениях (должностях) в области качества.....	23
(СМК-4.2.3/02-П)	23
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	25
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА	26
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	27

Примечание:

1. Вводится И.СМК-4.2.4/02-2015 взамен И.СМК-4.2.4/02-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая инструкция И.СМК-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК» (далее – Инструкция) устанавливает единые требования к построению и оформлению документов системы менеджмента качества Южного федерального университета (далее – Университет, ЮФУ).

1.2 Настоящая Инструкция разработана с целью обеспечения единообразия документов для эффективной работы сотрудников ЮФУ в системе менеджмента качества, а также выполнения обязательных требований МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессной деятельностью.

1.3 Действие настоящей Инструкции распространяется на всех ответственных за процессы СМК и разработчиков документов Университета.

1.4 Инструкция И.СМК-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК» разработана в соответствии с требованиями подпункта 4.2.1.d МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Инструкция разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества».
- МС ИСО 15489-1:2001 «Информация и документация. Управление документацией. Общие требования».
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».
- ДП.СМК-4.2.4-01-2014 «Управление записями СМК».
- К.СМК-4.2.3/06-2015 «Классификатор. Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества».
- И.СМК-4.2.3/05-2015 Кодирование документации и записей СМК.
- И.СМК-4.2.3/06-2009 «Графическое изображение процесса. Требования».
- ДП.СМК-4.2.3/08-2015 «Управление номенклатурой дел».
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».
- ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей Инструкции применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

ДП – документированная процедура;

БСП – блок-схема процесса;
И – инструкция;
ИКП – информационная карта процесса;
МОП – матрица ответственности по процессу;
МС – международный стандарт;
НД – нормативный документ;
РК – руководство по качеству;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение;
ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Порядок разработки документа СМК

4.1.1 Процесс разработки документа приведен в п. 5.1 ДП.СМК-4.2.3/01-14 «Управление документацией СМК».

4.1.2 Методические рекомендации по процессному подходу при разработке документов СМК приведены в И.СМК-4.4.1/01-09 «Методология процессного подхода в СМК».

4.2 Требования к изложению и содержанию документов СМК

4.2.1 Изложение организационно-управленческих документов СМК должно быть ориентировано на действия и методы реализации Политики в области качества ЮФУ, достижения Целей в области качества, а также демонстрации соблюдения выполнения требований СМК.

4.2.2 Документированные процедуры (документы второго уровня структуры документации ЮФУ – рисунок 1, ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК») не содержат технических подробностей. Это документы по управлению.

4.2.3 В ДП описывается осуществление управления деятельностью на основе цикла PDCA, процессного подхода и с учетом требований СМК.

4.2.4 Степень детализации при описании процессов в управленческой документации СМК увеличивается при переходе от верхних уровней к нижним (рисунок 1, ДП.СМК-4.2.3/01-14 «Управление документацией СМК»).

4.2.5 Управленческие документы в виде инструкций могут содержать техническое описание выполнения деятельности.

4.2.6 Документация СМК должна иметь единообразные структуру, изложение и оформление, а также унифицированные формы записей. Такой подход способствует единому пониманию документации СМК всеми пользователями и аудиторами при проведении внутренних и внешних аудитов, повышает комфортность пользования ею.

4.2.7 При изложении документов СМК следует соблюдать следующие требования:

- четкость и логическую последовательность;
- краткость и точность формулировок, исключающих возможность неоднозначного толкования;
- использование стандартизированной терминологии;
- использование терминологии, принятой в ЮФУ, только при ее отсутствии в нормативных документах внешнего происхождения;
- при изложении требований используют слова «должен», «следует», «необходимо», «требуется», «разрешается только», «не допускается», «не должен», «не подлежит» и т.п.;
- при изложении рекомендаций в тексте документа применяют слова: «рекомендуется», «не рекомендуется», «целесообразно» и т.п.;

- при изложении положений, допускающих отступления от требований (инструкций, правил), применяют слова: «могут быть», «как правило», «допускается», «при необходимости», «разрешается» и т.п.;
- не допускается применять: обороты разговорной речи, техницизмы и профессионализмы, произвольные словообразования, сокращения слов, кроме установленных правилами русской орфографии или данного документа, для одного и того же понятия различные термины, близкие по смыслу (синонимы);
- не допускается кратко или полностью повторять содержание других документов, распространяемых на тот же объект деятельности;
- требования иных нормативных документов необходимо приводить ссылочно.

4.3 Наименование и обозначение документа СМК

4.3.1 Идентификация документов СМК обеспечивается их кодированием и наименованием.

4.3.2 Правила кодирования документации СМК приведены в И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей СМК».

4.3.3. В наименование включается название соответствующего процесса СМК либо области деятельности. Возможно формирование названия документа из заголовка и подзаголовка. При этом заголовок однозначно определяет объект деятельности, которому предназначен документ, а аспект деятельности (отдельное направление) приводится в подзаголовке.

Например:

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ. Требования к разработке отчета.

4.3.4 В наименовании не допускается использование нерасшифрованных аббревиатур или словосочетаний (за исключением общепринятых стандартизированных обозначений), а также римских цифр, математических знаков и греческих букв.

4.3.5 На основе назначения и содержания документа необходимо определить его категорию в классификаторе нормативных документов СМК: документированная процедура, стандарт организации, методическая инструкция, инструкция, положение, правила и прочее.

4.4 Структура документа СМК

4.4.1 Документ СМК должен включать следующие разделы:

- титульный лист,
- содержание,
- назначение и область применения,
- нормативные ссылки,
- термины, определения и сокращения (при необходимости)¹
- описание процесса (или основные нормативные требования),
- критерии результативности и эффективности процесса,
- ресурсы,
- документирование и архивирование,
- порядок внесения изменений,
- контроль,
- приложения (если имеются и необходимы):
 - информационная карта процесса (ИКП)²
 - блок-схема процесса (БСП)¹
 - матрица ответственности по процессу (МОП) ,
 - формы записей,

¹ термины и определения СМК приведены в И.СМК-4.2.3/07-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

² данные приложения могут быть и в виде отдельных документов СМК

-- иные приложения,

- лист согласования,
- лист регистрации изменений,
- лист актуализации (прилагается к контрольному экземпляру документа),
- лист ознакомления (прилагается к контролируемой копии документа),
- лист регистрации рассылки (прилагается к контрольному экземпляру документа).

4.4.2 В зависимости от назначения документа его разделы могут быть обосновано объединены, дополнены, исключены.

5 ТЕХНИЧЕСКОЕ ОФОРМЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ СМК

5.1 Каждая страница документа системы менеджмента качества должна быть идентифицирована с помощью колонтитулов.

В левом поле верхнего колонтитула приводятся эмблема ЮФУ: в верхнем среднем поле - указываются последовательно «Южный федеральный университет» (размер шрифта – 14) и «Система менеджмента качества» (размер шрифта 11); нижнее среднее поле разбито на две ячейки приемом «Вставка» - «Автоподбор» - «по заполнению», в которых указываются: номер версии, и номер экземпляра документа – все шрифтом 11. В верхнем правом поле размещен код данного документа, в нижнем правом поле – способом «Вставка» - «Автотекст» - «Колонтитул» вносятся номер текущей страницы с указанием общего числа страниц в документе. Размер шрифта текста правых ячеек – 11. Весь текст оформлен полужирным шрифтом на фоне серого цвета 40%-ной интенсивности.

В поле нижнего колонтитула слева указываются знак «Copyright» - © (охраняющий интеллектуальную собственность университета), аббревиатура ЮФУ и год издания документа.

Визуальное представление информации в колонтитулах должно соответствовать колонтитулам настоящей Инструкции.

5.2 Повреждения листов, помарки и исправления в тексте не допускаются.

5.3 Документы разрабатываются компьютерным способом в программе Microsoft Word (OpenOffice), блок-схемы допускается разрабатывать в программе Microsoft Visio. При этом следует придерживаться следующих правил:

- текст документа образуются на основе формата А4 (210x297 мм), при необходимости допускается компоновать в одном документе листы форматом А3, А4 и А5;
- в тексте используется шрифт Times New Roman размером 12 пт., в таблицах, ИКП, БСП, МОП, рисунках, примечаниях допускается использовать шрифт размером 8-10 пт., для заголовков используется шрифт размером 14-16 пт.;
- междустрочный интервал равен 1,0.;
- между заголовком раздела и предыдущим и последующим текстом, а также между пунктами пропускают одну строку текста;
- интервал между заголовком пункта, подпункта и текстом, а также между подпунктами в основном тексте не используется;
- размеры полей при вертикальном расположении текста: левое – 20 мм, верхнее – 20 мм, правое – 10 мм, нижнее – 20 мм, при горизонтальном: верхнее – 15 мм, левое – 40 мм, нижнее – 15 мм, правое – 15 мм;
- абзацный отступ (если используется) должен быть одинаков по всему тексту документа и составлять 1 см;
- нумерованные списки первого уровня располагаются с помощью абзацного отступа в 1.5 см, а второго уровня – в 2.5 см;
- допускается выделение ключевых слов по тексту жирным шрифтом;

- при печати документа на бумажном носителе возможно использование двусторонней печати текста документа со всеми его атрибутами оформления.

5.4 Текст документа (по возможности) следует делить на разделы, пункты и подпункты.

Разделы, пункты и подпункты нумеруются арабскими цифрами. В конце нумерации точка не ставится. Нумерация подпунктов содержит не более 3-4 знаков.

Разделы должны иметь порядковую нумерацию в пределах всего текста.

Например: 1, 2, 3 и т.д.

Номер пункта включает номер раздела и порядковый номер пункта, которые разделены точкой.

Например: 1.1; 1.2; 1.3 и т.д.

Номер подпункта включает номер раздела, пункта и порядковый номер подпункта, разделенные точкой.

Например: 1.1.1; 1.1.2; 1.1.3 и т.д.

Номера разделов и пунктов выделяются жирным шрифтом, а подпунктов – подчеркиванием.

5.5 Заголовки разделов, пунктов, таблиц и рисунков должны соответствовать их содержанию. Заголовки располагаются с начала строки, начинаются с номера, выполняются прописными буквами, без точки в конце и выделяются жирным шрифтом. Если заголовок состоит из двух предложений, они разделяются точкой.

Не допускается делать переносы слов в заголовках (в том числе в заголовках таблиц и рисунков).

5.6 После заголовка пункта в описании процесса деятельности указывается наименование должности ответственного лица с приведением порядкового номера его должностной инструкции. Аналогичная информация может приводиться и для подпунктов в случае, если по каждому из них ответственность возложена на разных должностных лиц.

5.7 При необходимости внести пояснения по тексту, после соответствующего абзаца или раздела формируются примечания или сноски путем использования средств Microsoft Office (Панель управления – «Вставка» - «Ссылка» - «Сноска»). Примечание оформляется шрифтом размером 8-12 пт. и начинается с прописной буквы.

5.8 Для пояснения основного текста могут приводиться примеры. Слово «Например» выделяется подчеркиванием. Текст примера начинается с новой строки без абзацного отступа и оформляется шрифтом размером 10-12 пт.

6 ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТРАНИЦ ДОКУМЕНТА СМК

6.1 Титульный лист

6.1.1 Оформление титульного листа документа СМК должно соответствовать форме СМК-4.2.3/02-ТЛД (приложение А) настоящей Инструкции. Титульный лист должен однозначно определять принадлежность, назначение и содержание документа.

6.1.2 Титульный и все последующие листы имеют оформленные верхний и нижний колонтитулы согласно п.5.1.

6.1.3 Ниже верхнего колонтитула располагается информация о принятии и/или утверждении документа. Идентификация принятия обеспечивается словом «ПРИНЯТО» (прописные буквы, без кавычек), наименованием органа (например, Ученый Совет ЮФУ, Экспертный совет и другие), указанием номера протокола и даты оформления последнего. Утверждение включает слово «УТВЕРЖДАЮ» (прописные буквы, без кавычек), должность, личную подпись, фамилию и инициалы лица, уполномоченного произвести это действие, дату утверждения и печать организации (последнее – при необходимости). Для документов СМК таким лицом является ректор ЮФУ. Шрифт размером 12 пт., жирный.

6.1.4 В центре титульного листа прописными буквами жирным шрифтом размером 16 пт. указываются вид и наименование документа.

6.2 Содержание

6.2.1 Содержание размещаются после листа регистрации изменений и начинаются с новой страницы. Слово «Содержание» записывается посередине строки прописными буквами жирным шрифтом размером 12 пт.

6.2.2 Содержание выполняется путем его формирования в автоматическом режиме с помощью средств Microsoft Office.

6.2.3 В данный элемент включаются графы порядковых номеров, наименований всех разделов (при необходимости - подразделов), приложений и дополнительных листов, содержащихся в документе, с указанием страниц их нахождения по тексту (последнее – в виде отточия). При указании формы записи приводятся ее код и наименование. Приложения и дополнительные листы (ознакомления, рассылки) не нумеруются.

6.2.4 В состав содержания не включаются титульный лист и собственно лист(ы) содержания.

6.2.5 Элемент «Содержание» обычно формируется, если число листов документа превышает 20, либо содержит более 10 разделов.

6.3 Назначение и область применения

В этом разделе указываются:

- основные виды деятельности, описываемые данным документом, начиная со слов: «Настоящий документ³ устанавливает...»;
 - цель или причину разработки документа, начиная со слов: «Настоящий документ разработан с целью»;
 - ответственного за реализацию процесса (при наличии и необходимости);
 - подразделения, в которых применяется данный документ, начиная со слов: «Действие настоящего документа распространяется на...»;
- ссылку на пункты документа, на основании требований которого разработан данный документ: «Документ разработан в соответствии с требованиями раздела/пункта МС ИСО 9001:2008».

6.4 Нормативные ссылки

6.4.1 В структурном элементе «Нормативные ссылки» приводится перечень регламентирующих документов, на основе требований которых составлен текст данного документа СМК ЮФУ, начинается со слов: «Настоящий документ разработан на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:».

6.4.2 При перечислении использованных нормативных документов указывается их обозначения и наименования в порядке возрастания регистрационных номеров обозначений в следующей последовательности:

- стандарты системы менеджмента качества серии 9000;
- законодательные документы;
- национальные стандарты РФ;
- прочие внешние нормативные документы;
- внутренние документы ЮФУ;
- прочие документы.

³ здесь и далее в примерах изложения текстовой части слово «документ» заменяет любой конкретный вид документа системы менеджмента качества университета

Также указывается год издания (либо введения в действие). При этом приводятся только действующее (актуальное) издание.

6.5 Термины, определения и сокращения

6.5.1 В подразделе «Термины и определения» делается ссылка на МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/04-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

6.5.2 Приведенные в документе сокращения располагаются в алфавитном порядке. Вначале приводится сокращение, а затем через дефис – его полное значение.

6.6 Описание процесса⁴

Раздел «Описание процесса» оформляется в виде текста, таблиц, схем и уточняет:

- что должно быть сделано, кем, когда и посредством каких взаимодействий;
- какие ресурсы (персонал, материалы, оборудование и требования к ним) используются - при необходимости;
- кто несет ответственность за исполнение отдельных этапов процесса;
- кто контролирует выполнение работ по процессу;
- как выполняются действия (методология), если это является необходимым и не отражено в других документах, в последнем случае приводится ссылка на эти документы;
- как регистрируются данные о качестве, подтверждающие выполнение действий в рамках документа, регламентирующего процесс.

Подробность описания должна быть минимальной, но достаточной для эффективного выполнения, управления и улучшения процесса.

6.7 Критерии результативности процесса

Данный раздел предусматривает установление (при необходимости) критериев результативности деятельности. Форма представления критериев – табличная, с указанием порядковых номеров, наименования критерия, единиц измерений, количественных или качественных значений, наименования метода измерения и примечаний.

6.8 Ресурсы

В данном разделе приводятся необходимые ресурсы для осуществления деятельности в соответствии с требованиями разрабатываемого документа.

6.9 Документирование и архивирование

В этом разделе указываются место хранения подлинника документа, а также срок хранения в архиве, приводятся ссылки на соответствующие требования ДП.СМК-4.2.3/01-14 «Управление документацией СМК» и ДП.СМК-4.2.4/01-14 «Управление записями СМК».

В случае если при выполнении требований разработанного документа имеются записи, то их перечень с указанием наименования, кода формы записи, местонахождения записи и места и срока архивного хранения формируется в таблицу следующего вида:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения

⁴ в зависимости от назначения документа этот раздел может иметь другое наименование

При заполнении данной таблицы записи могут быть классифицированы на:

- «**Входящие документы**⁵» – документы, поступающие в данное подразделение и необходимые для выполнения данного процесса;
- «**Внутренние документы**» – документы, разрабатываемые в данном подразделении и необходимые для работы внутри этого подразделения при выполнении действий описываемого процесса;
- «**Выходящие документы**» – документы, которые выдаются другим подразделениям во время выполнения действий процедуры или после их окончания.

Если при выполнении описываемых процесса или действий не требуется заполнение записей, то по тексту данного раздела необходимо сделать отметку: «Разработка и заполнение дополнительных форм документов не требуется».

6.10 Порядок внесения изменений

В данном разделе, как правило, приводится ссылка на соответствующие требования ДП.СМК-4.2.3/01-14 «Управление документацией СМК». При необходимости введения особого порядка внесения изменений в конкретный документ СМК в данном разделе должно быть приведено подробное описание такого порядка с учетом положений ДП.СМК-4.2.3/01-14 «Управление документацией СМК».

6.11 Контроль

В этом разделе указывается должностное лицо в системе менеджмента качества Университета, на которое возлагается контроль исполнения требований разрабатываемого документа.

6.12 Приложения

6.12.1 Материал, дополняющий основную часть разрабатываемого документа, оформляются в виде приложений. По тексту необходимо приводить ссылки на приложения. Приложения располагаются после основной текстовой части в порядке ссылок на них. Приложения могут содержать таблицы, текст, графический материал, формы документов, блок-схемы процессов и прочее.

6.12.2 По статусу приложения могут быть обязательными, рекомендуемыми и информационными.

6.12.3 Если приложений несколько, то они нумеруются в алфавитном порядке русскими заглавными буквами, которые приводятся после слова «Приложение».

6.12.4 Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием по центру с выделением жирным шрифтом слова «Приложение», буквенного обозначения и заголовка. Ниже в скобках для обязательного приложения указываются слово «обязательное», для приведенного в качестве образца - «рекомендуемое», для информационного – «справочное».

Например:

**Приложение А. Формы записей
(обязательное)**

6.12.5 Если в приложение включены формы документов, используемые при выполнении процедуры или инструкции, то их необходимо привести в порядке упоминания по тексту с указанием кода формы. При этом в тексте на данные формы–приложения необходимо сделать ссылки. В случае, когда формы документов занимают мало места, то допускается размещать их на одной странице.

6.12.6 Приложения имеют общую с остальным текстом сквозную нумерацию страниц.

6.12.7 Если в разрабатываемом документе приложений нет, то в данном разделе производится запись: «Приложений нет».

⁵ Имеется в виду «запись»

6.13 Лист согласования

6.13.1 На листе согласования указываются данные о разработчике документа (его должность, личная подпись, инициалы и фамилия), а также дата представления проекта документа.

6.13.2 Ниже приводятся аналогичные сведения о лицах, с которыми проведено согласование разработанного документа. В число лиц, с которыми проводится согласование, как правило, включаются руководители подразделений, участвующих в выполнении процесса в соответствии с данным документом СМК, руководители подразделений, деятельность которых взаимосвязана с описываемым процессом, прочие заинтересованные лица. При этом согласование с представителем руководства по качеству ЮФУ является обязательным. Каждый участник согласования должен ознакомиться с документом на стадии проекта, а в окончательном варианте поставить свою подпись и дату.

6.13.3 В нижней части листа согласования размещаются сведения о дате начала действия документа и соответствующем распорядительном документе (номер и дата приказа).

6.13.4 Лист согласования документа должен соответствовать форме СМК-4.2.3/02-ЛСД (приложение Б).

6.14 Лист регистрации изменений

Лист регистрации изменений включается в разрабатываемый документ, если последний имеет более 5 страниц, и оформляется на отдельном листе согласно форме СМК-4.2.3/02-ЛРИ (приложение В).

6.15 Лист актуализации

В лист актуализации вносятся сведения о периодической проверке документа на основании требований ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК» (п. 5.5). В графах данного листа указываются дата проведения актуализации (периодической проверки), причина актуализации (например, «плановая» или «решение Совета по качеству, экспертного совета»), решение по результатам проверки (например, «без изменения» или «внести изменения»), подпись и расшифровка подписи лица, проводившего актуализацию.

Как правило, актуализацию проводит разработчик документа, если не определено другое. Данный лист оформляется по форме СМ-4.2.3/02-ЛА (приложение Г).

6.16 Лист ознакомления

В листе ознакомления (форма СМК-4.2.3/02-ЛО, приложение Д) проставляются данные о сотрудниках (должность, фамилия, инициалы), ознакомившихся с данным документом, дата ознакомления и подпись сотрудников. Данный лист прилагается к контролируемой копии документа.

7 ТРЕБОВАНИЯ К ОТДЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТАМ СМК

7.1 Руководство по качеству

Руководство по качеству должно содержать описание системы менеджмента качества Южного федерального университета в соответствии с разделами МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012, которые подробно отражены в документации СМК ЮФУ. При разработке Руководства по качеству целесообразно пользоваться рекомендациями ИСО/ТО 10013:2001 (п. 4.4).

Листы Руководства по качеству оформляются в соответствии с требованиями соответствующих разделов настоящей инструкции.

Руководству по качеству присваивается код в соответствии с И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей СМК».

Все разделы руководства по качеству должны быть перечислены в «Содержании», причем порядковые номера разделов заменяются соответствующими разделами и /или пунктами МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012. Текст Руководства по качеству предваряет «Введение», в котором излагаются общие сведения о Южном федеральном университете.

Описание СМК Университета должно давать полное представление о системе процессов менеджмента качества в ЮФУ со ссылками на документацию системы, обеспечивающей ее функционирование и улучшение. После каждого пункта или подпункта Руководства по качеству приводится соответствующий список такой документации.

7.2 Структурные схемы управления

Структурная схема управления подразделения (организационная структура) должна содержать:

- гриф утверждения;
- полное и сокращенное наименование структуры с указанием закрепленного номенклатурного номера (последнее – при наличии);
- иерархическую схему управления с указанием имеющихся структурных подразделений (управлений, отделов, секторов, кафедр, лабораторий и т п);
- расшифровку используемых сокращений и аббревиатур (при необходимости);
- гриф согласования с заинтересованными лицами.

Оформляется структурная схема посредством использования автофигур документа World или Microsoft Visio. Используемая величина шрифта должна быть адекватной для четкого изображения наименований. Форма изображения структурной схемы (СМК-4.2.3/02-ССП) приведена в приложении Е настоящей инструкции.

7.3 Информационная карта процесса

Информационная карта процесса (ИКП) разрабатывается на основе И.СМК-4.1/01-2009 «Процессная модель СМК ЮФУ» в соответствии с формой СМК-4.1/02-ИКП. Карта процесса может быть как в виде отдельного документа, так и включаться в виде приложения в документы СМК, регламентирующие выполнение процессов.

7.4 Блок-схема процесса

Блок-схема процесса (БСП) представляет собой графическое изображение последовательности этапов и операций процесса. Блок-схемы, как правило, приводятся в приложении к разрабатываемому документу и составляются на основе форм, приведенных в И.СМК-4.1/01-2009 «Процессная модель СМК ЮФУ (формой СМК-4.1/01-БСП).

7.5 Матрица ответственности по процессу

7.5.1 Матрица ответственности (МОП) представляет собой таблицу, в строках первой графы которой перечисляются, например, виды деятельности (функции), пункты стандарта МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012, наименования документов и прочее. В заголовках других граф приводятся наименования структурных подразделений или должностей сотрудников Университета. В прочих ячейках указывается степень участия в данном процессе подразделений/должностных лиц путем следующих условных обозначений:

- **Р(В)** – руководит деятельностью и принимает окончательное решение по управлению процессом, несет ответственность за конечные результаты, владелец процесса;
- **О** – отвечает за исполнение, обобщает результаты, готовит и обосновывает проекты решений, несет ответственность за своевременность и качество подготовки решений;

- **У** – принимает участие в подготовке решений в рамках своей компетенции, несет ответственность за обоснование своих предложений, исполняет принятое решение, несет ответственность за своевременность и качество исполнения в рамках своей компетенции.

- **И** – предоставляет либо получает информацию по данному процессу.

7.5.2 Матрица ответственности разрабатывается в соответствии с формой СМК-4.2.3/02-МОП (приложение Ж), подписывается разработчиком, утверждается вышестоящим должностным лицом.

7.6 Формы записей

Формы записей, подтверждающих факт выполнения работ, их качество и статус (отношение к тому или иному процессу в настоящее время), а также улучшения, при необходимости разрабатываются совместно с документом СМК. Их содержание и форма определяются задачами, стоящими при выполнении того или иного процесса или функции. Оформление подчиняется всем требованиям, определенным в настоящей Инструкции. Записи, включенные в СМК, имеют идентификацию путем кодирования. Принцип кодирования записи выполняется в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».

7.7 Прочие виды документов СМК

7.7.1 Требования к построению и содержанию **положений о подразделениях и должностных инструкций** приведены в ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения».

7.7.2 Требования к формированию и управлению **номенклатурой дел** изложены в ДП.СМК-4.2.3/08-2015 «Управление номенклатурой дел».

7.7.3 **Положения о коллегиальных органах** или группах лиц (например, «Положение об Ученом совете») могут включать следующие разделы: общие положения, задачи, функции, состав и регламент работы, права, ответственность и приложения (при необходимости).

В разделе «Общие положения» указывают назначение и/или область влияния коллегиального органа. Приводятся сведения о статусе решений такого органа: обязательное или рекомендательное. Также включается и иная информация обобщающего характера.

В разделе «Задачи» формулируют основные задачи, стоящие перед коллегиальным органом или группой лиц.

В разделе «Функции» излагают основные направления, по которым вырабатываются решения (рекомендации) для выполнения задач, стоящих перед коллегиальным органом или группой лиц.

В разделе «Состав и регламент работы» указывают должностной или профессиональный состав коллегиального органа и регламент его работы (периодичность, время и место проведения совещаний, порядок оформления документов).

В разделе «Права» приводятся перечень прав, необходимых для реализации функций коллегиального органа по отношению к структурным подразделениям и должностным лицам университета.

Раздел «Ответственность» определяет групповую ответственность членов коллегиального органа за принятые ими решения.

Управленческие документы в виде **положений, имеющих прямое отношение к управлению системой менеджмента качества**, например, «О Совете по качеству», «О ключевых должностях в области качества», «О внутренних аудитах», и т.п., формируются по правилам настоящей Инструкции, но оформляются отдельным титульным листом, форма СМК-4.2.3/02-П (приложение З).

7.7.4 Формируемые **Планы** в отношении какой-либо деятельности, как правило, имеют табличный вид. В число графов такой таблицы включаются: граф порядковых номеров, граф

проблем и задач, подлежащих выполнению, граф сроков, граф указания исполнителей, граф требуемых ресурсов и граф примечания. Данный перечень граф может быть изменен в соответствии с назначением конкретного плана. В наименовании плана обязательно должен быть указан период, в течение которого предусмотрено его выполнение. Планы подписываются разработчиком и согласовываются со всеми заинтересованными лицами. На первом листе Плана в правом верхнем углу помещается гриф утверждения уполномоченным должностным лицом.

7.7.5 Выписки из нормативных документов (НД) производятся структурным подразделением – держателем копий при необходимости применения отдельных положений документов.

Все выписки должны иметь:

- отметку о принадлежности к структурному подразделению (шифр СП в соответствии с ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел»);
- обозначение или полное наименование документа;
- подпись уполномоченного по СМК, удостоверяющего верность выписки;
- дату выписки.

7.7.6 На титульном листе **Журнала** регистрации симметрично указываются: наименование структурного подразделения, полное наименование журнала, его код по номенклатуре дел (при наличии), дата начала внесения записей, незаполненные дата окончания ведения журнала и срок хранения, инициалы и фамилия должностного лица, ответственного за его ведение. При необходимости на титульном листе приводятся образцы подписей и их расшифровка.

Страницы в журналах нумеруются, а при необходимости – прошиваются и пломбируются

8 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями И.СМК-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая Инструкция в электронном виде, при необходимости, на серверах Университета;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Инструкцией;
- информационные ресурсы (при необходимости).

9 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

9.1 Подлинник актуализированной настоящей Инструкции хранится в номенклатуре дел отдела организации и сопровождения научной деятельности (ООиСНД), а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

9.2 Регистрация, рассылка и хранение Инструкции осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

9.3 Записью, имеющей отношение к данной Инструкции, является согласование с ответственным лицом, осуществляющим нормоконтроль документации СМК при разработке и внесении изменений.

10 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую Инструкцию проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2015 «Управление документацией».

11 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей Инструкции возлагается на руководителя ООиСНД.



ПРИЛОЖЕНИЕ. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ
(обязательное)

Приложение А. Форма титульного листа документа СМК.
(СМК-4.2.3/02-ТЛД)



УТВЕРЖДАЮ

Ректор ЮФУ

Приказ №__ от «__» _____ 20__ г.

(полное наименование вида документа)

(полное название документа)

Приложение Е. Форма матрицы ответственности
(СМК-4.2.3/02-МОП)

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель

И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.

Матрица ответственности за организацию обучения сотрудников ЮФУ
(примерная)

Функции	Руководитель дирекции дополнительных образовательных программ	Руководитель управления по работе с персоналом и прав. обесп. деятельности	Руководитель департамента	Руководители СП	Инспектор по кадрам	Сотрудники
Организация обучения и развития сотрудников	R(B)					
Определение потребности в обучении сотрудников	И	И	О	У		
Определение целей обучения				У		У
Сопоставление целей обучения с целями учебных курсов			У			
Комплектация курсов обучения	О					
Составление предложений по обучению для подразделений, рассылка руководителям СП	О	И	И	И		И
Определение необходимости и актуальности обучения сотрудников				О		
Определение сотрудников, подлежащих обучению				У		
Оформление заявки на проведение обучения				У		
Принятие решения о целесообразности обучения						
Организация обучения сотрудников и т.д.					О	

Условные обозначения: R(B) - руководитель (владелец) процесса, О –ответственный за выполнение работ по процессу, И – основной исполнитель по процессу, У – участник (соискатель) выполнения конкретной работы по процессу.

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

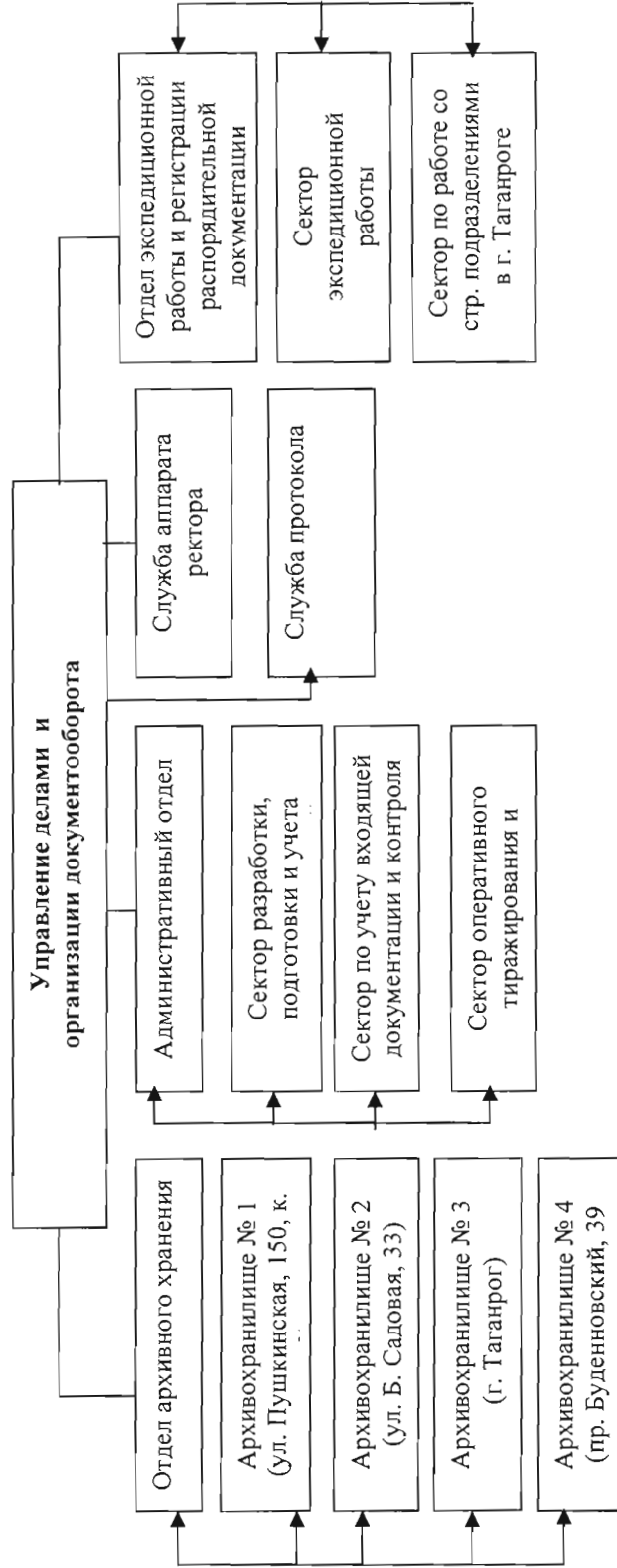
«__» _____ 20__ г.

Приложение Ж. Форма структуры управления подразделением
(СМК-4.2.3/02-ССП)

УТВЕРЖДАЮ:
Ректор ЮФУ
«__» ____ 20__ г.

Код подразделения: XX-XX

Наименование подразделения: Управление делами и организации документооборота ЮФУ



**Приложение 3. Форма титульного листа Положения о регламентных подразделениях
(должностях) в области качества
(СМК-4.2.3/02-П)**

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ЮФУ

_____ 20__ г.
« ___ » _____

ПОЛОЖЕНИЕ

**О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ РУКОВОДСТВА ПО КАЧЕСТВУ
ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА**

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД



П.Н. Филиппенко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.



Приложение № 9 к приказу

от 27.10.2015 г. № 461-ОД

ИНСТРУКЦИЯ

«КОДИРОВАНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ И ЗАПИСЕЙ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА»

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая инструкция И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей системы менеджмента качества Южного Федерального университета» (далее – Инструкция) устанавливает единые требования к построению и присвоению кодов документов СМК Южного федерального университета (далее – Университет, ЮФУ).

1.2 Настоящая Инструкция разработана с целью обеспечения единообразия документов для эффективной работы сотрудников ЮФУ в системе менеджмента качества, а также выполнения обязательных требований МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессной деятельностью.

1.3 Действие настоящей Инструкции распространяется на всех сотрудников Университета, принимающих участие в разработке документов и форм записей СМК ЮФУ.

1.4 Инструкция И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей системы менеджмента качества Южного Федерального университета» разработана в соответствии с требованиями подпункта 4.2.1.d МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Инструкция разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества».
- МС ИСО 15489-1:2001 «Информация и документация. Управление документацией. Общие требования»
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».
- ДП.СМК-4.2.4-01-2014 «Управление записями СМК».
- К.СМК-4.2.3/06-2014 «Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества».
- К.СМК-4.2.4/02-2014 «Классификатор записей и данных о качестве».
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей Инструкции применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

- МС – международный стандарт;
- НД – нормативный документ;
- СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;
ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 4.1** Система идентификации документов и записей, управляющих СМК ЮФУ, предназначена для обеспечения быстрого и однозначного определения их статуса при систематизированном хранении, поиске и ведении.
- 4.2** Идентификация документов СМК осуществляется при помощи кодов, размещенных на титульном листе документа, а также в поле верхнего колонтитула на каждом листе.
- 4.3** Записи, принадлежащие к соответствующему документу СМК, идентифицируются путем присвоения кода, размещаемого в правом верхнем углу формы записи.
- 4.4** Присвоение документу или записи кода проводится в период разработки.
- 4.5** Идентифицированные документы и записи СМК включаются в соответствующие перечни – классификаторы (К.СМК-4.2.3/06 и К.СМК-4.2.4/02).

5 КОДИРОВАНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

- 5.1** В общем случае код документа СМК имеет следующий вид:

AAA-BBB-V.V.V(G.G)/DD-EEEE,

где

AAA – вид документа;

BBB – принадлежность документа;

V.V.V – пункт (две цифры) или подпункт (три цифры) стандарта МС ИСО 9001:2008, требования которого определены в данном документе;

G.G – номер процесса в соответствии с рекомендациями системы качества образовательного учреждения (при наличии);

DD - порядковый номер в серии документов, поддерживающих требования соответствующего пункта (подпункта) стандарта МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012;

EEEE – год издания документа.

- 5.2** Перечень всех используемых сокращений для кодировки документов СМК приведен в обязательном приложении А.

- 5.3** Вид документа (**AAA**) представляет собой аббревиатуру, указывающую на назначение документа.

Например,

- ДП (документированная процедура) – документ управления процессом или видом деятельности;
- МИ – инструкция, содержащая описание способа исполнения действий и др.

- 5.4** Принадлежность документа (**BBB**) включает указание либо на определенную группу процессов системы менеджмента качества.

Например,

- СМК – управление системой менеджмента качества;
- БП – бизнес-процесс (основной процесс) системы менеджмента качества;
- МР – менеджмент ресурсов;

5.5 Пункт (подпункт) стандарта МС ИСО 9001:2008 (**В.В.В**), требования которого определены в данном документе, приводится в соответствии с МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012. Цифры имеют точечный разделитель.

Например,

- 5.6 – анализ со стороны руководства
- 4.2.3 - управление документацией

5.6 Далее в круглых скобках приводится номер процесса в соответствии с рекомендациями СКОУ (Г.Г) при его наличии. В случае, если результаты данного процесс входят в число аккредитационных показателей, это обстоятельство отмечается знаком «*».

5.7 Если требования пункта (подпункта) стандарта МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 поддерживаются серией документов, то указывается порядковый номер этого документа в серии (ДД).

Для положений о подразделениях необходимо применять многоуровневый код, включающий индексы структурного (ых) подразделения(й) и порядковые номера документа в группе аналогичных. В качестве разделителей используются круглые скобки и «слеш»:

Например,

ПП..... 5.5.1/10(1.2/4) -

- 5.5.1 – пункт МС ИСО 9001:2008 «Ответственность и полномочия»

- 10(1.2/4) – индекс структурного подразделения по номенклатуре.

Для должностных инструкций после пункта стандарта МС ИСО 9001:2008 приводится ее порядковый номер в Реестре должностных инструкций ЮФУ.

Например,

ДИ..... 5.5.1/25 -

- 5.5.1 – пункт МС ИСО 9001:2008 «Ответственность и полномочия»

- 25 – номер должностной инструкции по реестру (например, заведующего кафедрой)

5.8 Примеры кодировки документов СМК:

- **РК.ЮФУ-4.2.2-2015** - Руководство по качеству
- **ДП.СМК-4.2.3/01-2014** - Управление документацией СМК
- **К.СМК-4.2.3/06-2014** - Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества

6 КОДИРОВАНИЕ ЗАПИСЕЙ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

6.1 Все формы записей, разрабатываемые в рамках СМК ЮФУ, должны иметь код и название, кратко и однозначно описывающее содержание записи.

6.2 Код формы записи присваивается ответственным за ведение документации СП или разработчиком документа, в который включается форма.

6.3 В общем случае код записи СМК имеет следующий вид:

AAA–Б.Б.Б(В.В)/ГГ-ДДД,

где

AAA – принадлежность записи и/или документа;

Б.Б.Б – пункт (две цифры) или подпункт (три цифры) стандарта МС ИСО 9001:2008, требования которого определены в данном документе;

В.В – номер процесса в соответствии с рекомендациями СКОУ (при наличии);

ГГ - порядковый номер в серии документов, поддерживающих требования соответствующего пункта (подпункта) стандарта МС ИСО 9001:2008;

ДДД – сокращенное обозначение документа, указывающее на его содержание.

6.4 Перечень используемых основных сокращений для кодировки записей СМК приведен в обязательном приложении Б.

6.5 Принадлежность документа (**ААА**) включает указание либо на определенную группу процессов системы менеджмента качества.

Например,

- СМК – управление системой менеджмента качества
- БП – бизнес-процесс (основной процесс) системы менеджмента качества;
- МР – менеджмент ресурсов

6.6 Пункт (подпункт) стандарта МС ИСО 9001:2008 (**Б.Б.Б**), требования которого определены в данном документе, приводится в соответствии с МС ИСО 9001:2008. Цифры имеют точечный разделитель.

Например,

- 5.6 – анализ со стороны руководства
- 4.2.3 - управление документацией

6.7 Далее в круглых скобках приводится номер процесса в соответствии с рекомендациями СКОУ (**В.В**) при его наличии. В случае, если результаты данного процесс входят в число аккредитационных показателей, это обстоятельство отмечается знаком «*».

6.8 Если требования пункта (подпункта) стандарта МС ИСО 9001:2008 поддерживаются серией документов, то указывается порядковый номер этого документа в серии (**ГГ**).

6.9 Краткое буквенное обозначения записи (**ДДД**), указывающее на ее содержание, присваивается в соответствии с групповым назначением документа с приложением Б, либо формируется новое с учетом отсутствия созвучия с уже существующими. Такие обозначения не должны иметь более четырех букв. Буквы соответствующие отдельному слову из названия записи изображаются прописными. Если же приводятся две буквы из слова, включенного в название записи, то вторая буква изображается строчной.

6.10 Примеры обозначения форм записей:

- СМК-8.5(4.3)-ПлКД - План корректирующих(предупреждающих) действий
- СМК-8.2.2-ОтВА - Отчет о внутреннем аудите
- СМК-4.2.3/09-ВОНД - Внутренняя опись номенклатурного дела

7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

7.1 Подлинник актуализированной настоящей Инструкции хранится в номенклатуре дел Управления делами, а после замены поступает на хранение в архивный отдел.

7.2 Регистрация, рассылка и хранение Инструкции осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

8 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую Инструкцию проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

9 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей Инструкции возлагается на начальника отдела организации и сопровождения научной деятельности.

Примечание: Вводится И.СМК-4.2.3/05-2015 взамен И.СМК-4.2.3/05-2008.

ПРИЛОЖЕНИЕ
(обязательное)

Приложение А

Сокращения, используемые при формировании кода документации СМК

№ п/п	Сокращение	Значение сокращения
1.	А	Альбом
2.	БП	Бизнес-процесс
3.	БСП	Блок-схема процесса
4.	ДИ	Должностная инструкция
5.	ДП	Документированная процедура
6.	СТО	Стандарт организации
7.	И	Инструкция
8.	ИКП	Информационная карта процесса
9.	К	Классификатор
10.	МИ	Методическая инструкция
11.	МР	Менеджмент ресурсов
12.	П	Положение
13.	ПП	Положение о подразделении
14.	РК	Руководство по качеству
15.	СМК	Система менеджмента качества

Приложение Б

Сокращения, используемые при формировании кода записей СМК

№ п/п	Сокращение	Значение сокращения
1.	А	Акт
2.	В	Ведомость
3.	Ж	Журнал
4.	З	Заявка
5.	Из	Извещение
6.	Л	Лист
7.	От	Отчет
8.	Пл	План
9.	Пр	Протокол
10.	Сп	Справка

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



П.Н. Филиппенко

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 12 » 10 2015 г.

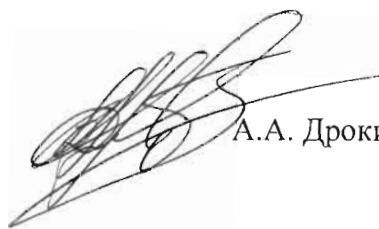


И.К. Шевченко

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

« 12 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



В.В. Янушко



Приложение № 10 к приказу

от 27.10.2015 № 461-ОД

ИНСТРУКЦИЯ

«МОНИТОРИНГ, ИЗМЕРЕНИЯ И АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПРОЦЕССОВ И УСЛУГ»

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА	5
6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	6
7 РЕСУРСЫ.....	6
8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	6
9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	6
10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	6
ПРИЛОЖЕНИЕ А Блок-Схема процесса	7
ПРИЛОЖЕНИЕ Б Оценка эффективности процессов	8
ПРИЛОЖЕНИЕ В Базовые оценки эффективности процессов	9
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	14
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	15
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ.....	16
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	17

Примечание:

1. Вводится И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2015 вместо И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2009

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая инструкция И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2015 «Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг» (далее – инструкция) определяет порядок мониторинга процессов системы менеджмента качества и разработана в соответствии с требованиями п.8.2.3, п.8.2.4 ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.2 Целью процесса является повышение результативности и эффективности процессов системы менеджмента качества.

1.3 Действие настоящей инструкции распространяется на представителя руководства по качеству и руководителей структурных подразделений, включенных в область сертификации СМК Университета на соответствие требований ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.4 Ответственным за процесс «Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг» является представитель руководства по качеству.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Инструкция разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования;
- РК.СМК-4.2.2-2014 Руководство по качеству;
- И.СМК-4.3.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ»;
- А.СМК-4.1.5-2015 «Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», входящей в область сертификации в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2015»;
- ДП. СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК»;
- ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями системы менеджмента качества»;
- ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия»;
- ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»;
- ДП.СМК-4.2.3/04 -2015 «Управление номенклатурой дел»;
- ДП.МР-6.2(3.1)/01-2014 «Управление персоналом»;
- ДП.СМК 6.2.2.4-2014 «Порядок проведения аттестации руководителей, специалистов и технических исполнителей»;
- ДП.СМК 7.3/02-2014 «Проектирование и разработка научной продукции»;
- ДП.МР-7.4(3.6*)/01 -2015 «Управление закупками»;
- И.СМК 7.4.1-2014 «Закупки. Оценка и выбор поставщиков»
- И.СМК-5.6(1.5)-2014 «Анализ системы менеджмента качества со стороны руководства ЮФУ»;
- И.МР-6.3(3.7*)-2015 «Управление инфраструктурой и производственной средой»;
- И. СМК- 8.4.6-2014 Инструкция «Оценка затрат на качество»;
- И СМК 8.5.2.1-2014 «Анализ причин дефектов и отказов».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей Инструкции применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.3.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

- ДП – документированная процедура;
- И – инструкция;
- МС – международный стандарт;
- РК – руководство по качеству;
- ПРК – представитель руководства по качеству;
- СМК – система менеджмента качества;
- СП – структурное подразделение;
- ВП – Военное представительство;
- ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
- ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Представитель руководства по качеству выполняет плановую оценку эффективности процессов - мониторинг процессов СМК ЮФУ 1 раз в год при проведении анализа со стороны руководства. Лица, ответственные за предоставление данных, оценивают процессы, используя данные за текущий год при проведении анализа СМК структурного подразделения.

4.2 Не позднее, чем за 5 дней до проведения экспертного (научно-технического) совета по вопросу анализа СМК со стороны руководства ООиСНД получает количественные оценки результативности и эффективности от владельцев процессов. Мониторинг должен демонстрировать способность процессов достигать запланированных результатов. Если запланированный результат не достигается, то должны предприниматься необходимые коррекции и корректирующие действия.

4.3 Ответственным за подготовку материалов мониторинга является ООиСНД. Результаты мониторинга входят в анализ со стороны руководства.

4.4 Записи по мониторингу процессов должны поддерживаться в рабочем состоянии, ответственным является ООиСНД.

4.5. Необходимость внеплановой оценки может возникнуть в тех случаях, когда процессы не приводят к запланированным результатам, либо подразделение - пользователь результатов процесса или ВП информирует о несоответствии, либо происходят непредвиденные сбои, ошибки, во всех других случаях, когда владелец процесса считает это необходимым. Распоряжение на проведение внеплановой оценки процесса может дать ПРК.

4.6 Университет исследует возможности процессов при организации всех новых научных исследований и разработок, включая изменения технологий, изменения оснастки, ремонт оборудования, или последовательности операций и т.п. Результаты исследований документируются в соответствии с ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями системы менеджмента качества». Ответственным является руководитель проекта (темы).

4.7. Университет разрабатывает планы качества в отношении процессов, которые являются нестабильными или не достигают своих возможностей. Результаты этой деятельности документируются в соответствии с ДП.СМК-4.2.4/01-2014. Ответственным является представитель руководства по качеству.

4.8. Мониторинг и контроль качества готовой военной продукции осуществляется ответственным по техническому контролю СП ЮФУ по ГОСТ РВ 15.307. В случае обнаружения несоответствий, анализ причин осуществлять по И СМК 8.5.2.1-2014 «Анализ причин дефектов и отказов».

5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

5.1 Мониторинг хода процесса. Руководитель проекта (темы) – владелец процесса контролирует порядок действий, правильность ведения записей, деятельность исполнителей в соответствии с процедурами, разработанными им для своего подразделения, анализирует правильность прохождения процесса. В случае возникновения несоответствий в ходе процесса его владелец оценивает характер несоответствия, его возможное влияние на другие процессы и на степень удовлетворения клиента. Ответственный: руководитель проекта (темы) – владелец процесса.

5.2 Проведение плановой оценки результативности и эффективности процессов. Руководители СП ЮФУ – ответственные за предоставление данных, проводят оценку процессов своего подразделения, вносят данные в таблицу «Оценка результативности и эффективности процессов» (Приложение А) и передают таблицу в ООиСНД. Уполномоченный по качеству ООиСНД переносит данные подразделений в сводную таблицу «Базовые оценки результативности и эффективности процессов» (Приложение В). Полученные от подразделений данные Уполномоченный по качеству ООиСНД обобщает и анализирует для представления информации экспертному (научно-техническому) совету. Ответственный: уполномоченный по качеству ООиСНД.

5.3 Планирование мер по результатам оценки. Уполномоченный по качеству ООиСНД представляет сводную информацию по оценкам эффективности процессов экспертному (научно-техническому) совету. При проведении экспертного (научно-технического) совета учитывается следующее:

- при низкой оценке эффективности процесса в план мероприятий (Приложение Г к процедуре ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества») следует в обязательном порядке включить корректирующие и/или предупреждающие действия по данному процессу, с отражением в Протоколе экспертного (научно-технического) совета;
- при средней оценке данный процесс следует рассмотреть на ближайшем экспертном (научно-техническом) совете для решения вопроса о целесообразности внесения изменений в процесс либо в документацию, связанную с процессом;
- при высокой оценке необходимость принятия мер отсутствует, процесс остаётся без изменений, если не поступает предложений по его дальнейшему улучшению. Ответственный: ПРК.

5.4 Контроль выполнения мер по результатам оценки. Уполномоченный по качеству ООиСНД контролирует выполнение мероприятий, соблюдение сроков. На экспертных (научно-технических) советах по качеству руководством рассматриваются вопросы выполнения корректирующих и предупреждающих мероприятий по результатам оценки, а также те случаи несоответствий, где оперативные меры были приняты самими владельцами процессов. Ответственный: уполномоченный по качеству ООиСНД.

5.5 Анализ целесообразности проведения внеплановой количественной оценки процесса.

При наличии несоответствий в ходе процесса его владелец незамедлительно принимает меры к устранению этих несоответствий, а также анализирует характер, возможные последствия несоответствий, их влияние на другие процессы. В тех случаях, когда оперативные меры по устранению несоответствий полностью исключили проблему, несоответствия не повторяются, владелец процесса может не проводить внеплановую оценку. Ответственный: владелец процесса.

5.6 Расчёт показателей результативности и эффективности представления данных. Владелец процесса представляет уполномоченному по качеству ООиСНД таблицу (Приложение Б), заполненную по процессу, где имеются нарушения. Ответственный: владелец процесса.

5.7 Процедура «Корректирующие и предупреждающие действия». Выполняется процедура ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Показатель	Ед. измерения	Значение
Исполнение требований данной инструкции	%	100
Соответствие сроков подготовки данных по мониторингу процессов	день	5

7 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2015 «Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая Инструкция в электронном виде, при необходимости, на серверах Университета;
- персонал для выполнения требований данной Инструкции;
- персональный компьютер, принтер, множительная техника и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Инструкцией;
- финансовые средства для сбора и обработки необходимой информации;
- информационные ресурсы (при необходимости).

8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

8.1 Подлинник актуализированной настоящей Инструкции хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

8.2 Регистрация, рассылка и хранение Инструкции осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

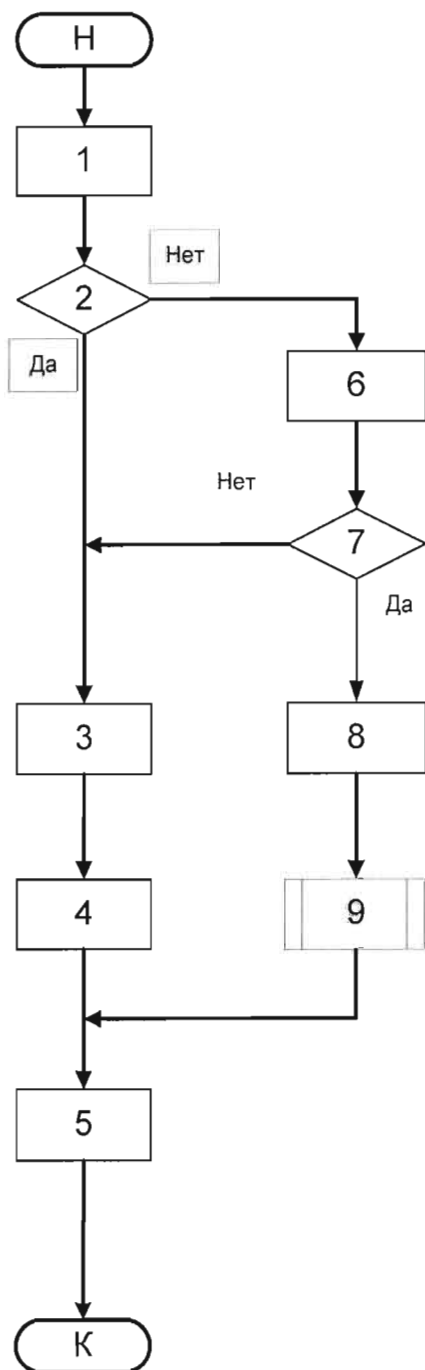
Внесение изменений в настоящую Инструкцию проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей Инструкции возлагается на ПРК.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Блок-схема процесса



1. Мониторинг хода процесса.
Ответственный: владелец процесса.
2. Несоответствия отсутствуют?
3. Проведение плановой оценки эффективности процессов
Ответственный: менеджер СМК
4. Планирование мер по результатам оценки
Ответственный: ПРК
5. Контроль выполнения мер по результатам оценки
Ответственный: менеджер СМК
6. Анализ целесообразности проведения внеплановой количественной оценки процесса.
Ответственный: владелец процесса
7. Требуется оценка?
8. Расчёт показателей эффективности, представление данных менеджеру СМК
Ответственный: владелец процесса
9. Процедура «Улучшения.Корректирующие и предупреждающие мероприятия»

Оценка эффективности процессов

название подразделения _____

№	Название	Код процедуры (инструкции, записи)	Источник информации	Показатели для оценки	Значение показателя	Оценка эффективности			
						Ед. изм.	высокая	средняя	низкая
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ответственный за предоставление информации

_____ Должность _____ Подпись _____
 Дата _____ Фамилия, И.О. _____

Изменения	Рег №				
	Дата				
	Подпись				

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Базовые оценки эффективности процессов

№	Название процесса	Код процедуры (инструкции, записи)	Ответственный за предоставление информации	Источник информации	Показатели для оценки	Ед. изм.	Оценка эффективности		
							высокая	средняя	низкая
1.	Разработка НИР, ОКР и организация работ по договору	ДП.СМК 7.3/02-2014	Руководитель проекта (темы)	Акт приемки выполненных работ (или этапа)	Дата окончания работ (факт.) Дата окончания работ по плану	дни	1-2	3-5	Более 5
2.	Регистрация входящих документов.	ДП.СМК-4.2.3/01-2014	Ответственный по делопроизводству СП	Журнал регистрации входящей корреспонденции	Количество замечаний руководителя об отсутствии регистрации	шт	0	1-2	Более 2
3.	Внутренний документооборот.	ДП.СМК-4.2.3/01-2014, ДП.СМК-4.2.3/04-2015	Ответственный по делопроизводству СП	Журналы учета внутренних входящих документов	Количество замечаний руководителя об отсутствии регистрации	шт	0	1-2	Более 2
4.	Регистрация исходящих документов.	ДП.СМК-4.2.3/01-2014	Ответственный по делопроизводству СП	Журнал регистрации исходящих документов	Своевременность отправки исходящей документации	дни	Отсутствие задержки	Задержка 1-2	Задержка более 2
5.	Учёт ТМЦ СП ЮФУ.	ДП.МР-7.4(3.6*)/01-2015	Материально-ответственный СП ЮФУ	Накладная, счета фактур, приходный ордер.	Своевременность оприходование и списание ТМЦ	дни	Перенос срока отсутствует	Перенос срока на 1-2 дня	Перенос срока более, чем 2 дня

Название процесса	Код процедуры (инструкции, записи)	Ответственный за предоставление информации	Источник информации	Показатели для оценки	Ед. изм.	Оценка эффективности		
						высокая	средняя	низкая
6. Прием на работу	ДП.МР-6.2(3.1)/01-2014	Начальник управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	Штатное расписание, приказы по персоналу	Фактическая численность персонала к штатной	%	Более 95 %	От 85 до 95 %	Менее 85 %
7. Увольнение сотрудников	ДП.МР-6.2(3.1)/01-2014	Начальник управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	Штатное расписание, приказы по персоналу	Количество зафиксированных нарушений при увольнении	Шт.	0	1	2 и более
8. Обучение и аттестация персонала	ДП.СМК 6.2.2.4 - 2014	Начальник управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	График обучения персонала. Журнал регистрации проверок знаний персонала Протокол заседаний аттестационных комиссий	Количество фактически обученных сотрудников к запланированным показателям	%	Более 90 %	От 80 до 90 %	Менее 80 %
9. Подбор кадров	ДП.МР-6.2(3.1)/01-2014	Ректор, Проректор по научной и проектно-инновационной деятельности	Приказ о назначении на должность	Количество повторных назначений на 1 и ту же вакансию в течение 3 мес.	К-во	0-1	2	3 и более

	Название процесса	Код процедуры (инструкции, записи)	Ответственный за предоставление информации	Источник информации	Показатели для оценки	Ед. изм	Оценка эффективности		
							высокая	средняя	низкая
10	Выбор и оценка поставщиков	И.СМК 7.4.1-2014	Начальник отдела организации и планирования закупок	Перечень выбранных поставщиков	Количество поставщиков, исключенных из таблицы в течение 3 мес.	К-во	0	От 1 до 3	Более 3
11	Управление инфраструктурой и производственной средой.	И.МР-6.3(3.7*)-2015	Проректор по развитию инфраструктуры	План ППР	Количество проведенных ремонтов к запланированным	%	Более 90 %	80-90%	Менее 80%
12	Управление документацией системы менеджмента качества	ДП.СМК-4.2.3/01-2014	Уполномоченный по качеству ООиСНД	Документация СМК, процедура	Своевременность устранения выявленных несоответствий после утверждения изменения	дни	До 5	от 5 до 10	Свыше 10 дней
13	Управление записями	ДП.СМК-4.2.4/01-2014, К.СМК-4.2.4/02-2014	Уполномоченный по качеству ООиСНД	Документация СМК, процедура	Выполнение корректирующих мероприятий по выявленным несоответствиям	сроки	В установленный срок	Исполнение просрочено на 5 дней	Исполнение просрочено более 5 дней
14	Внутренний аудит	ДП.СМК-8.2.2/02-2014	ПРК	График проведения аудитов	Количество переносов аудита к данным утвержденному графику без уважительной причины	%	0	От 1 до 5 %	более 5 %

Название процесса	Код процедуры (инструкции, записи)	Ответственный за предоставление информации	Источник информации	Показатели для оценки	Ед. изм	Оценка эффективности		
						высокая	средняя	низкая
15. Мониторинг и измерение процессов и продукции	И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2015	ПРК	Процессы	Число показателей эффективности процессов полученных к общему количеству показателей эффективности	%	100 %	95 - 99 %	Менее 95 %
16. Проверка и выдача средств измерений	И.МР-7.6-2014	Руководитель центра метрологии и эффективного использования оборудования, Ответственный по метрологии СИ	Журнал регистрации СИ	Количество выявленных случаев использования не поверенных СИ	К-во	0	0	1 и более
17. Корректирующие и предупреждающие мероприятия	ДП.СМК-8.5(4.3)-2014	Уполномоченный по качеству ООиСНД, ПРК	Протоколы экспертного совета, журнал регистрации корректирующих и предупреждающих мероприятий	Количество выполненных корректирующих мероприятий к числу запланированных	%	100 %	95-99 %	Менее 95 %
18. Анализ СМК со стороны руководства	И.СМК-5.6(1.5)-2014	Проректор по научной и проектно-инновационной деятельности, ПРК	Данные для анализа	Полнота собранных данных для анализа к запланированным данным	%	100 %	95-99 %	Менее 95 %

	Название процесса	Код процедуры (инструкции, записи)	Ответственный за предоставление информации	Источник информации	Показатели для оценки	Ед. изм	Оценка эффективности		
							высокая	средняя	низкая
19	Управление несоответствующей продукцией	ДП.СМК-8.3(4.2)-2014	ПРК	Акты о браке, разрешение на отступление	Выявленные отклонения в управлении несоответствующей продукцией	К-во	0	1-3	более 3
20.	Планирование работ по договору	ДП.СМК 7.3/02-2014	Руководитель темы, начальник ООиСНД	Договор	Количество корректировок плана	ед.	1-2	3-4	Более 4
21	Поиск клиентов	РК.СМК-4.2.2-2015	Проректор по научной и проектно-инновационной деятельности	Подписание договора	Кол-во новых клиентов Кол-во клиентов, заключивших договор	%	100%	70-99%	Менее 70%
22	Обратная связь с заказчиком	РК.СМК-4.2.2-2015	Проректор по научной и проектно-инновационной деятельности	Информация от заказчиков	Кол-во положительных отзывов Общее кол-во отзывов	%	100%	90-99%	Менее 90%
23	Контроль качества научно-исследовательских работ и услуг	ДП.СМК 7.3/02-2014, И. СМК- 8.4.6-2014	Проректор по научной и проектно-инновационной деятельности	Подписание актов выполненных работ	Кол-во актов, подписанных в плановые сроки Общее кол-во подписанных актов	%	100%	90-99%	Менее 90%
					Кол-во случаев незапланированных работ по требованию клиента	Шт.	0	1-3	Более 3

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД



П.Н. Филиппенко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.



ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2015 «Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг»

№ изменения	Номера листов/страниц				Всего листов в документе	Номер заявки на изменение	Дата внесения изменения	Подпись лица, ответственного за внесение изменений
	измененных	замененных	новых	аннулированных				

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА

И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2015 «Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг»

Дата актуализации	Причина проверки	Решение по результатам проверки	Подпись лица, выполнившего проверку	Ф.И.О. лица выполнившего проверку



ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

И.СМК-8.2.3-8.2.4(4.1) -2015 «Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг»

Структурное подразделение _____

Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись



Приложение № 11 к приказу

от 27.10.2015 № 461-01

КЛАССИФИКАТОР

«ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА»

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящий классификатор К.СМК-4.2.3/06-2015 «Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества» содержит перечень нормативных документов, содержащих требования к системе менеджмента качества Южного федерального университета и является необходимыми для ее результативного функционирования.

1.2 Классификатор К.СМК-4.2.3/06-2015 «Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества» разработан в соответствии с требованиями подпункта 4.2.1 д МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящий Классификатор разработан на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества».
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».
- ДП.СМК-4.2.4-01-2014 «Управление записями СМК».
- И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей СМК».
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ»

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящем Классификаторе применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

- ДП – документированная процедура;
- БП- бизнес-процесс;
- БСП – блок-схема процесса;
- И – инструкция;
- ИКП – информационная карта процесса;
- МР – менеджмент ресурсов;
- МС – международный стандарт;
- П – положение;
- ПС – паспорт;
- РК – руководство по качеству;
- СМК – система менеджмента качества;
- СП – структурное подразделение;
- ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
- ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет

4 РЕЕСТР ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

1. НАДСИСТЕМНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

№ пп	Код документа	Наименование документа	Контроль исполнения требований
1.	Отсутствует	Политика в области качества.*	Ректор ЮФУ
2.	Отсутствует	Цели в области качества*	Ректор ЮФУ
3.	РК.СМК-4.2.2	Руководство по качеству*	ПРК

2. ДОКУМЕНТИРОВАННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ (ДП)

№ пп	Код документа	Наименование документа	Контроль исполнения требований
1.	ДП.СМК-5.5.1/02	Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения*	
2.	ДП.СМК-4.2.3/01	Управление документацией СМК	
3.	ДП.СМК-4.2.3/07	Управление внешней нормативной документацией СМК*	
4.	ДП.СМК-4.2.3/09	Управление номенклатурой дел *	
5.	ДП.СМК-4.2.4/01	Управление записями СМК*	
6.	ДП.СМК 4.3/01	Обеспечение защиты информации*	
7.	ДП.СМК 5.3	Определение стратегии, политики и целей в области качества*	
8.	ДП.БП-7.2(1.6)	Информирование общества	
9.	ДП.СМК 7.2/01	Анализ, разработка, согласование и утверждение договоров*	
10.	ДП.БП-7.3(2.2*)/01	Проектирование и разработка образовательных программ ВПО	
11.	ДП.СМК 7.3/02	Проектирование и разработка научной продукции*	
12.	ДП.СМК 7.3.7/01	Управление изменениями проекта и разработки*	
13.	ДП.БП-7.5(2.9)	Подготовка кадров высшей квалификации	
14.	ДП.БП-7.5(2.10)-	Научные исследования и разработки	
15.	ДП.БП-7.5(2.12)/01	Управление международными связями	
16.	ДП.МР-6.2.(3.1)/01	Управление персоналом*	
17.	ДП.СМК-6.2.2.4	Порядок проведения аттестации руководителей*, специалистов и технический исполнителей	
18.	ДП-МР-6.3(3.3)/01	Редакционно-издательская деятельность	
19.	ДП.МР-6.3(3.4*)/01	Управление информационными ресурсами библиотеки	
20.	ДП.МР-7.4(3.6*)/01	Управление закупками*	
21.	ДП.СМК-8.2.2/01	Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества*	
22.	ДП.СМК-8.2.2/02	Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества*	
23.	ДП.СМК-8.3(4.2)	Управление несоответствиями*	
24.	ДП.СМК-8.5(4.3)	Улучшение. Корректирующие и предупреждающие	

		действия*	
25.	ДП 1	Управление документацией**	
26.	ДП 2	Управление записями по качеству **	
27.	ДП 3	Внутренний аудит **	
28.	ДП 4	Управление несоответствующей продукцией**	
29.	ДП 5	Корректирующие действия **	
30.	ДП 6	Предупреждающие действия **	
31.	ДП 7	Закупки**	
32.	ДП 8	Контракт**	

* - Документы структурных подразделений ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

** - Документы, применяемые дополнительно для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА), входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

3 ИНСТРУКЦИИ (И)

№ пп	Код документа	Наименование документа	Контроль исполнения требований
1.	И.СМК-4.1/01	Процессная модель СМК	
2.	И.СМК-5.3 (1.1)	Определение стратегии, политики и целей в области качества.	
3.	И.СМК-5.4.2(1.2)	Планирование и развитие системы качества университета	
4.	И.СМК-5.5.2/02	Управление СМК в ЮФУ *	
5.	И.СМК-5.2(1.4)	Подготовка к лицензированию, аттестации и аккредитации	
6.	И.СМК-5.6(1.5)	Анализ системы менеджмента качества со стороны руководства*	
7.	И.СМК-4.2.3/02	Требования к оформлению документации СМК*	
8.	И.СМК-4.2.3/03	Информационные карты процессов. Требования	
9.	И.СМК-4.2.3/04	Графическое изображение процессов. Требования	
10.	И.СМК-4.2.3/05	Кодирование документации и записей СМК*	
11.	И.СМК-4.2.3/08	Словарь терминов СМК ЮФУ*	
12.	И.БП-7.2(2.1*)	Маркетинговые исследования рынка труда и образовательных услуг	
13.	И.БП-7.3(2.7)	Проектирование программ ДО	
14.	И.БП-7.5(2.3)	Управление довузовской подготовкой	
15.	И.БП-7.5(2.4*)	Организация нового набора студентов	
16.	И.БП-7.5(2.5*)	Реализация основных образовательных программ	
17.	И.БП-7.5(2.6*)	Воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми	
18.	И.БП-7.5(2.8)	Реализация программ дополнительного профессионального образования	
19.	И.МР-6.2.2(3.1)03	Повышение квалификации сотрудников ЮФУ	
20.	И.МР-6.3(3.10)	Социальная поддержка студентов и сотрудников ЮФУ	
21.	И.МР-6.3(3.7*)	Управление инфраструктурой и производственной средой*	
22.	И.МР-6.3(3.2*)	Управление образовательной средой	

23.	И.МР-6.3(3.9)	Обеспечение безопасности жизнедеятельности*	
24.	И.МР-6.3(3.4)/02	Комплектование книжного фонда библиотеки	
25.	И.МР-6.3(3.4)/03	Комплектование журнального фонда	
26.	И.МР-6.3(3.4)/04	Библиотечно-библиографическое обслуживание (абонемент)	
27.	И.МР-6.3(3.4)/05	Библиотечно-библиографическое обслуживание (читальный зал)	
28.	И.МР-6.3(3.5)	Управление информационной средой	
29.	И.СМК 7.4.1	Закупки. Оценка и выбор поставщиков*	
30.	И.СМК 7.4.3	Верификация закупленной продукции*	
31.	И.МР-7.6	Управление устройствами для мониторинга и измерений*	
32.	И.СМК 8.1.1	Применение статистических методов при управлении качеством*	
33.	И.СМК-8.2.1(2.1)	Удовлетворенность потребителей	
34.	И.СМК-8.2.3	Мониторинг, измерения и анализ качества процессов и услуг*	
35.	И.СМК 8.3.1	Управление разрешениями на отклонения*	
36.	И.СМК- 8.4.6	Оценка затрат на качество*	
37.	И.СМК 8.5.2.1	Анализ причин дефектов и отказов*	

4 ИНФОРМАЦИОННЫЕ КАРТЫ ПРОЦЕССОВ (ИКП)

№ пп	Код документа	Наименование документа	Контроль исполнения требований
1.	ИКП-6.1(1.7)	Финансово-экономическое обеспечение университета	
2.	ИКП-7.2(2.1*)	Маркетинговые исследования рынка труда и образовательных услуг	
3.	ИКП-7.2(1.6)	Информирование общества	
4.	ИКП-7.3(2.2*)	Проектирование и разработка образовательных программ ВПО	
5.	ИКП-7.3(2.7)	Проектирование и разработка программ ДПО	
6.	ИКП-7.5(2.3)	Довузовая подготовка	
7.	ИКП-7.5(2.4*)	Прием студентов	
8.	ИКП-7.5(2.5*)	Реализация основных образовательных программ	
9.	ИКП-7.5(2.6*)	Воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми	
10.	ИКП-7.5(2.8)	Реализация программ дополнительного профессионального образования	
11.	ИКП-7.5(2.9)	Подготовка кадров высшей квалификации	
12.	ИКП-7.5(2.10*)	Научные исследования и разработки	
13.	ИКП-7.5(2.12)	Управление международными связями	
14.	ИКП-6.2(3.1*)	Управление персоналом	
15.	ИКП-6.3(3.10)	Социальная поддержка студентов и сотрудников ЮФУ	
16.	ИКП-6.3(3.7*)	Управление инфраструктурой и производственной средой	
17.	ИКП-6.3(3.2*)	Управление образовательной средой	
18.	ИКП-6.3(3.9)	Обеспечение безопасности жизнедеятельности	
19.	ИКП-6.3(3.3)	Редакционно-издательская деятельность	
20.	ИКП-6.3(3.4*)	Библиотечное и информационное обслуживание	

21.	ИКП-6.3(3.5)	Управление информационной средой	
22.	ИКП-7.4(3.6*)	Управление закупками	
23.	ИКП-6.2(3.1*)	Управление персоналом	

5 БЛОК-СХЕМЫ ПРОЦЕССОВ (БСП)

№ пп	Код документа	Наименование документа	Контроль исполнения требований
1.	БСП.СМК-8.2.2	Блок-схема процесса «Внутренние аудиты СМК»*	
2.	БСП.СМК-4.1/02-2014	Модель «Управление и развитие СМК ФГАОУ ВПО ЮФУ» (Блок-схемы процессов СМК по МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012)	

6 ПОЛОЖЕНИЯ (П)

№ пп	Код документа	Наименование документа	Контроль исполнения требований
1.	П.СМК-5.5.1/01	Положение об организационной структуре ЮФУ	
2.	П.СМК-5.5.1/XXX	Положение о структурном подразделении ЮФУ	
3.	П.СМК-5.5.2/01	Положение о Совете по качеству Южного федерального университета	
4.	П.СМК-5.5.2/04	Положение о Представителе руководства по качеству*	
5.	П.СМК-5.5.2/05	Положение об уполномоченном по качеству структурного подразделения ЮФУ*	

7 КЛАССИФИКАТОРЫ (К) И АЛЬБОМЫ (А)

№ пп	Код документа	Наименование документа	Контроль исполнения требований
КЛАССИФИКАТОРЫ			
1.	К.СМК-4.1/02	Классификатор процессов СМК*	
2.	К.СМК-4.2.3/06	Классификатор ОУД СМК*	
3.	К.СМК-4.2.4/02	Классификатор записи системы менеджмента качества*	
АЛЬБОМЫ			
1.	А.СМК-5.5.1/03	Альбом организационных схем управления и СМК в подразделениях ЮФУ	
2.	А.СМК-4.1.5	«Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАОУ ВПО «ЮФУ», входящей в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012»*	
3.	А.СМК-4.2.4/03-XX	Альбомы форм записей СМК (в подразделениях ЮФУ)	

8 СТАНДАРТЫ ОРГАНИЗАЦИИ (СТО)

№ пп	Код документа	Наименование документа	Контроль исполнения требований
1.	СТО ТКГУ.001 СМК	Порядок присвоения обозначений изделий и конструкторских документов. Учет и хранение конструкторских документов**	
2.	СТО ТКГУ.002 СМК	Порядок выполнения, учета, хранения и обращения документов, выполненных в электронной форме на магнитных и электронных носителях**	
3.	СТО ТКГУ.003 СМК	Порядок построения, оформления и содержание стандартов организации**	
4.	СТО ТКГУ.004 СМК	Правила внесения изменений в документы при выполнении ОКР**	

* - Документы структурных подразделений ЮФУ, входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

** - Документы, применяемые дополнительно для подразделений ЮФУ – инженерно-технологической академии (ИТА), входящих в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

9 РЕСУРСЫ

Для использования классификатора К.СМК-4.2.3/06-2015 «Организационно-управленческая документация СМК» в области распространения системы менеджмента качества университета руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящий Классификатор в электронном виде на серверах Университета;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для поддержания актуальности данного Классификатора;
- информационные ресурсы (при необходимости).

10 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

10.1 Подлинник актуализированного настоящего Классификатора хранится в номенклатуре дел ООиСНД..

10.2 Регистрация, рассылка и хранение Классификатора осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

10.3 Записей данный Классификатор не имеет.

11 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящий Классификатор проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

12 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Требований данный документ не имеет.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД



П.Н. Филиппенко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

К.СМК-4.2.3/06-2015 «Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества»

№ изменения	Номера листов/страниц				Всего листов в документе	Номер заявки на изменение	Дата внесения изменения	Подпись лица, ответственного за внесение изменений
	измененных	замененных	новых	аннулированных				

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА

К.СМК-4.2.3/06-2015 «Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества»

Дата актуализации	Причина проверки	Решение по результатам проверки	Подпись лица, выполнившего проверку	Ф.И.О. лица выполнившего проверку



ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

К.СМК-4.2.3/06-2015 «Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества»

Структурное подразделение _____

Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись



Приложение № 12 к приказу

от 17.10.2015 № 461-01

ПОЛОЖЕНИЕ

О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ РУКОВОДСТВА ПО КАЧЕСТВУ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Целью разработки данного положения П.СМК-5.5.2/04-2015 является выполнение требований п.5.5.2 ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012 «Представитель руководства по качеству» и координация управления системой менеджмента качества Южного федерального университета на стратегическом и оперативном уровнях.

1.2. Представитель руководства по качеству (далее – ПРК) Южного федерального университета является лицом, ответственным за создание, функционирование, развитие и улучшение системы менеджмента качества в университете (далее – ЮФУ) в целом.

1.3. Представитель руководства по качеству назначается из состава руководства университета, без освобождения от основных должностных обязанностей, приказом по представлению Совета по качеству или экспертного (научно-технического) совета ЮФУ.

Освобождение от исполнения функций ПРК производится аналогичным образом.

1.4. ПРК имеет все полномочия по реализации системы менеджмента качества.

1.5. ПРК имеет полную поддержку со стороны руководства ЮФУ.

1.6. ПРК представляет позицию ректора университета при выполнении требований стандартов ИСО серии 9000, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.9. Представитель руководства по качеству в своей работе руководствуется:

- законами Российской Федерации в области высшего и послевузовского профессионального образования;

- Уставом Южного федерального университета;

- нормативной, распорядительной и иной документацией университета (в том числе решениями Совета по качеству, экспертного (научно-технического) совета, планами мероприятий по вопросам качества);

- документацией СМК (Руководством по качеству ЮФУ);

- Политикой в области качества ЮФУ;

- настоящим Положением.

1.10. Представитель руководства по качеству обязан:

- знать основные международные, отечественные и региональные правовые и нормативные документы, регламентирующие деятельность ЮФУ в области качества;

- иметь отчетливое представление о структуре документации СМК университета и знать содержание документов, необходимых для выполнения своих обязанностей в системе менеджмента качества;

- знать структуру управления университета, его кадровый состав;

- знать стратегические приоритеты развития ЮФУ;

- знать основные принципы менеджмента качества;

- знать современные технологии решения проблем в области качества, быть готовым их использовать с учетом специфики структурных подразделений ЮФУ, применять при разработке, обеспечении функционирования, подготовке к сертификации, сертификации и постоянном улучшении СМК ЮФУ;

- знать порядок проведения проверок, основные показатели в области качества и методологию управления процессами университета;

- знать порядок сертификации систем менеджмента качества;

- владеть информацией о разработке и опыте внедрения новых и инновационных технологий в областях деятельности ЮФУ;

- удовлетворять квалификационным требованиям: иметь высшее профессиональное образование, опыт руководящей работы и дополнительную подготовку в области качества.

1.11. Свою деятельность представитель руководства по качеству строит на принципах

компетентности и независимости в вопросах контроля и обеспечения качества.

Компетентность в области качества обеспечивается периодическим повышением уровня квалификации по утвержденным графикам, организацией регулярных плановых проверок состояния системы менеджмента качества ЮФУ, постоянным контролем результатов деятельности.

1.12. На период отсутствия сотрудника, исполняющего функции представителя руководства по качеству, его обязанности возлагаются на одного из членов Совета по качеству (экспертного совета) и, по представлению последнего, утверждаются приказом по ЮФУ.

2. ЗАДАЧИ

2.1. Обеспечение разработки, внедрения, поддержания в рабочем состоянии и улучшения процессов, требуемых системой менеджмента качества.

2.2. Представление отчетов высшему руководству о функционировании системы менеджмента качества и направлениях ее улучшения.

2.3. Создание условий для разъяснения сотрудникам университета содержания требований к качеству, сформулированных в стандартах ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012, предъявляемых потребителями оказываемых университетом услуг и выпускаемой продукции.

2.4. Поддержание связи с внешними сторонами, том числе и заказчиками (ВП), по вопросам, касающимся системы менеджмента качества.

3. ФУНКЦИИ

3.1. Участие в работе Совета по качеству (экспертного совета).

3.2. Организация стратегического (оперативного) планирования работ в области качества.

3.3. Формирование политики и целей ЮФУ в области качества, контроль их реализации.

3.4. Разъяснение и обеспечение поддержки политики в области качества.

3.5. Согласование руководящих документов СМК.

3.6. Осуществление общего контроля деятельности СМК.

3.7. Планирование обучения сотрудников ЮФУ в области СМК и утверждение обучающих программ.

3.8. Контроль проведения внутренних проверок СМК и, при необходимости, решение проблемных вопросов, связанных с деятельностью по регулированию и проверке работоспособности СМК.

3.9. Сбор, анализ сведений и количественных данных о функционировании СМК.

3.10. Консультативная помощь высшему руководству.

3.11. Организация работ по управлению затратами на качество (планирование, учет, анализ и оценка, корректирующие действия).

3.12. Обеспечение согласованных действий всех структурных подразделений и различных уровней управления в области качества.

3.13. Взаимодействие с заказчиком ВП (военным представительством) по вопросам СМК.

4. ПРАВА

4.1. Получение любой информации, относящейся к системе менеджмента качества от всех структурных подразделений и любого уровня управления.

4.2. Инициирование проверок состояния и функционирования системы менеджмента качества ЮФУ на всех уровнях управления и во всех структурных подразделениях, входящих в область сертификации СМК.

4.3. Участие в планировании работ в области качества на всех уровнях управления и во всех структурных подразделениях, входящих в область сертификации СМК.

4.4. Согласование всех планируемых мероприятий в области качества соответствующих уровней управления.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Представитель руководства по качеству несет ответственность за:

5.1. Надлежащее исполнение задач, возложенных настоящим положением.

5.2. Достоверность предоставляемой информации в отчетах руководству ЮФУ.

5.3. Правильность применения нормативных документов Российской Федерации и документации СМК.

6. ВЗАИМОСВЯЗИ

Представитель руководства по качеству ЮФУ в своей деятельности взаимодействует с:

- Ректором Южного федерального университета – по вопросам состояния СМК в университете;
- Ученым советом ЮФУ;
- проректором по организации научной и проектно-инновационной деятельности;
- экспертным (научно-техническим) советом;
- отделом организации и сопровождения научной деятельности;
- уполномоченными по качеству структурных подразделений на стратегическом уровне управления;
- руководителями групп внутренних аудиторов ЮФУ;
- с любыми заинтересованными лицами по вопросам системы менеджмента качества.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



П.Н. Филиппенко

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 12 » 10 2015 г.




И.К. Шевченко

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

« 12 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



В.В. Янушко



Приложение № 13 к приказу

от 17.10.2015 № 461-ОД

ПОЛОЖЕНИЕ

ОБ УПОЛНОМОЧЕННОМ ПО КАЧЕСТВУ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ЮФУ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Положение об уполномоченном по качеству структурного подразделения ЮФУ П.СМК-5.5.2/05-2015 (далее – Положение) устанавливает порядок назначения, основные задачи, функции, права и обязанности, требования к знаниям и квалификации уполномоченных по качеству в Южном федеральном университете.

1.2. Целью учреждения института уполномоченных по качеству в Южном федеральном университете является организация систематической деятельности по обеспечению повышения качества научно-исследовательской и иной деятельности, определенной Уставом ЮФУ.

1.3. Уполномоченные по качеству (далее – УК) являются частью организационной структуры системы менеджмента качества (СМК) университета.

1.4. Независимо от других возложенных на них должностных обязанностей, уполномоченные по качеству структурных подразделений имеют определенные полномочия и несут ответственность перед представителем руководства по качеству за внедрение и развитие системы менеджмента качества на соответствующем уровне управления, закрепленном за ними.

1.5. Кандидатура уполномоченного по качеству предлагается руководителем структурного подразделения университета. Возложение обязанностей уполномоченного по качеству структурного подразделения и освобождение от них осуществляется приказом по ЮФУ, по согласованию с представителем руководства по качеству.

1.6. Общую координацию, планирование и контроль деятельности уполномоченных по качеству осуществляет представитель руководства по качеству университета, который несет полную ответственность за результативность функционирования и улучшение СМК в подразделениях университета, входящих в область сертификации СМК.

1.7. Функция оперативного руководства деятельностью уполномоченных по качеству возлагается на руководителя отдела организации и сопровождения научной деятельности (ООиСНД).

1.8. На период отсутствия обязанности уполномоченного по качеству возлагаются на иного компетентного сотрудника в соответствии с порядком, принятым в ЮФУ.

1.9. В своей деятельности уполномоченные по качеству руководствуются:

- уставом Южного федерального университета;
- политикой в области качества ЮФУ;
- организационной, нормативной, распорядительной и иной документацией университета (в том числе решениями Совета по качеству, экспертного (научно-технического) совета, планами мероприятий по вопросам качества);
- документацией СМК;
- настоящим положением.

1.10 Уполномоченные по качеству обязаны:

- знать основные международные, отечественные и региональные правовые и нормативные документы, регламентирующие деятельность ЮФУ в области качества, в том числе: ГОСТ ISO 9001-2012, ГОСТ РВ 0015-002-2012;
- иметь отчетливое представление о структуре документации СМК университета и знать содержание документов, необходимых для выполнения своих обязанностей в системе менеджмента качества;
- знать и поддерживать политику ЮФУ в области качества, стратегические приоритеты развития университета;
- иметь представление о структуре управления университета;
- иметь представление о стратегических приоритетах развития ЮФУ;
- знать основные принципы менеджмента качества;

- знать современные подходы к решению проблем в области качества, быть готовым их адаптировать и применять при разработке, внедрении, обеспечении функционирования, подготовке к сертификации, сертификации и постоянном улучшении СМК ЮФУ;
- знать порядок проведения проверок, показатели результативности процессов, протекающих в академии, институте или структурном подразделении;
- иметь представление о правилах сертификации системы менеджмента качества;
- владеть информацией о разработке и опыте внедрения новых и инновационных технологий в областях деятельности ЮФУ;
- удовлетворять квалификационным требованиям: иметь высшее профессиональное образование, опыт руководящей работы, пройти курс повышения квалификации в области качества.

1.11. Свою деятельность уполномоченный по качеству строит на принципах компетентности и независимости в вопросах контроля и обеспечения качества.

Компетентность в области качества обеспечивается периодическим повышением уровня квалификации по утвержденным графикам и постоянным контролем компетентности, опыта и осведомленности.

Уполномоченный по качеству в своей деятельности при решении вопросов обеспечения качества обладает определенной независимостью от руководителя структурного подразделения. Эта независимость обеспечивается подчинением уполномоченного по качеству представителю руководства по качеству ЮФУ.

1.12. Положение обязательно для исполнения сотрудниками структурных подразделений ЮФУ, включенных в область распространения СМК.

2. ЗАДАЧИ

Уполномоченные по качеству структурных подразделений призваны решать следующие задачи:

2.1. Обеспечение разработки, внедрения, поддержания в рабочем состоянии и улучшения процессов, требуемых системой менеджмента качества, на уровне академии, института и/или структурного подразделения.

2.2. Представление отчетов представителю руководства по качеству о функционировании на уровне академии, института и/или структурного подразделения, системы менеджмента качества и направлениях ее улучшения.

2.3. Содействие распространению понимания требований потребителей в структурном подразделении и университете в целом.

3. ФУНКЦИИ

Основными функциями уполномоченного по качеству структурного подразделения являются:

3.1. Планирование и организация работы с сотрудниками подразделения по разработке, внедрению, обеспечению функционирования, подготовке к сертификации, сертификации и улучшению результативности системы менеджмента качества.

3.2. Доведение до сведения каждого сотрудника подразделения миссии, политики и целей в области качества ЮФУ, а также результатов их выполнения.

3.3. Организация выполнения решений Ученого совета, ректората ЮФУ, Совета по качеству, экспертного (научно-технического) совета, касающихся вопросов СМК в университете.

3.4. Определение обязанностей, полномочий и ответственности в области качества для каждого сотрудника подразделения.

3.5. Организация учета, хранения, своевременного утверждения документации СМК и данных, подтверждающих функционирование СМК в подразделении.

3.6. Обеспечение своевременного внедрения документации СМК в подразделении и контроль обеспечения ею сотрудников.

3.7. Ознакомление сотрудников подразделения с документами СМК и обучение работе с ними.

3.8. Организация самооценки функционирования СМК в подразделении с установленной периодичностью.

3.9. Подготовка предложений по обучению, повышению квалификации, переподготовке сотрудников, как в профессиональной области, так и в области качества.

3.10. Сбор, систематизация, анализ предложений, благодарностей, претензий, жалоб, рекламаций и другой информации о качестве предоставляемых услуг и работе структурного подразделения, поступающих от внутренних и внешних потребителей и иных заинтересованных сторон, установление причины обнаруженного и потенциального несоответствий или другой нежелательной ситуации в процессе предоставления услуг.

3.11. Организация подготовки своего подразделения к проверкам в соответствии с планом аудитов СМК, а также участие в проведении внутренних проверок других подразделений и подготовке отчета по результатам проверок.

3.12. Доведение до сведения сотрудников подразделения результатов внешних и внутренних проверок.

3.13. Подготовка предложений по разработке и осуществлению корректирующих и предупреждающих действий, направленных на совершенствование работы подразделения и повышение эффективности и результативности СМК, сбор, систематизация и анализ информации об их выполнении, в том числе полученной в ходе проверок.

3.14. Предоставление Представителю руководства по качеству материалов для анализа и оценки результативности и эффективности функционирования СМК в подразделении, а также иных документов по требованию ПДК или Комиссии по качеству департамента.

3.15. Консультирование сотрудников подразделения по вопросам в области качества и функционирования СМК.

3.16. Обеспечение выполнения решений Совета по качеству, экспертного (научно-технического) совета, а также иных коллегиальных и административных органов университета в части вопросов СМК в подразделениях.

3.17. Внедрение в практику работы статистических методов управления качеством.

3.18. Участие в подготовке информационных материалов, способствующих формированию имиджа подразделения, соответствующего стратегическим планам и политике в области качества ЮФУ.

3.19. Регулярное повышение своей квалификации в области качества.

4. ПРАВА

Уполномоченный по качеству подразделения наделяется полномочиями проводить все виды работ, относящихся к вопросам его компетенции и связанных с выполнением его обязанностей, предусмотренных настоящим Положением.

4.1. Уполномоченный по качеству имеет право:

- участвовать в обсуждении вопросов, касающихся исполнения им своих обязанностей по обеспечению качества научно-исследовательских работ;
- запрашивать и получать от ООиСНД необходимую информацию и документы, относящиеся к его компетенции и необходимые для выполнения стоящих перед ним функций и задач.

4.2. По представлению руководителя ООиСНД привлекать к проведению мероприятий СМК любых сотрудников по согласованию с руководителем подразделения.

4.3. Выходить с предложениями о поощрении сотрудников подразделения за организацию и проведение мероприятий в области качества.

4.4. Проводить все виды работ, относящихся к вопросам его компетенции и связанных с выполнением его обязанностей, предусмотренных настоящим положением.

4.5. Знакомиться с проектами документов и решений руководства ЮФУ в области качества, действующих в рамках СМК университета.

4.6. Выносить на рассмотрение руководителя подразделения предложения по совершенствованию работы подразделения, по проведению проверок, корректирующих и предупреждающих действий.

4.7. Готовить предложения для руководителя подразделения по ресурсному обеспечению работ, относящихся к вопросам его компетенции и связанных с выполнением возложенных обязанностей в области качества.

4.8. Взаимодействовать с подразделениями ЮФУ по вопросам, связанным с выполнением обязанностей в области качества.

4.9. Запрашивать и получать у персонала подразделения и работников других подразделений (при условии согласования с руководителями этих подразделений) необходимые материалы и документы, относящиеся к вопросам его компетенции и связанные с выполнением обязанностей в области качества.

4.10. Возвращать на доработку персоналу подразделения материалы и документы, относящиеся к вопросам его компетенции и связанные с выполнением обязанностей в области качества.

4.11. Участвовать в мониторинговых исследованиях качества реализации основных и вспомогательных процессов в рамках исследований, проводимых ООиСНД.

4.12. Участвовать в проведении социологических опросов сотрудников подразделения по выявлению степени удовлетворенности качеством основных и вспомогательных процессов СМК ЮФУ.

4.13. Принимать участие в семинарах, конференциях и иных мероприятиях, направленных на повышение квалификации и уровня профессиональных знаний в области качества по согласованию с руководителем подразделения.

4.14. Участвовать в заседаниях Совета по качеству экспертного (научно-технического) совета.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Уполномоченный по качеству подразделения несет ответственность за:

5.1. Ненадлежащее исполнение возложенных на него функций и задач, предусмотренных настоящим положением, - в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации и локальными нормативными актами университета (уставом, положениями, правилами, инструкциями).

5.2. Предоставление правильной и достоверной информации о результатах разработки, внедрения, функционирования и совершенствования СМК в подразделении.

5.3. Несоблюдение правил делового общения, норм служебного этикета.

6. ВЗАИМОСВЯЗИ

Уполномоченный по качеству структурного подразделения в своей деятельности взаимодействует с:

- руководителем структурного подразделения – по вопросам состояния СМК в подразделении;
- отделом организации и сопровождения научной деятельности;
- представителем руководства по качеству;
- уполномоченными по качеству других структурных подразделений;
- с любыми заинтересованными лицами по вопросам системы менеджмента качества.

7. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

7.1. Подлинник настоящего положения, представленный в последней редакции, хранится в номенклатуре дел ООиСНД, Управления делами и организации документооборота, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

7.2. Регистрация, рассылка и хранение положения осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2015 «Управление документацией СМК».

7.3. Записью, имеющей отношение к данному положению, является согласование с ответственным лицом, осуществляющим нормоконтроль документации СМК при разработке и внесении изменений.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД




П.Н. Филиппенко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.



Приложение № 14 к приказу

от 27.10.2015 № 461-ОД

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

«ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРАТЕГИИ, ПОЛИТИКИ И ЦЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА»

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЮФУ.....	4
5 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	11
6 РЕСУРСЫ.....	11
7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	12
8 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	12
9 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	12
ПРИЛОЖЕНИЕ А Краткая методология проведения стратегического анализа.....	13
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	16
(СМК-5.3-ЗЦК) Форма заявления о целях в области качества.....	16
(СМК-5.3-ОВЦ) Отчет о достижении целей в области качества.....	16
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	17
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	18
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ.....	19
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	20

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-5.3-2015 взамен ДП.СМК-5.3-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура ДП.СМК-5.3-2015 «Определение стратегии, политики и целей в области качества» (далее – Процедура) устанавливает единые порядок и требования к процессу стратегического управления ЮФУ, включая разработку Политики, целей и планов мероприятий в области качества Южного федерального университета (далее – Университет, ЮФУ).

1.2 Настоящая Процедура разработана с целью обеспечения:

- своевременной и качественной разработки перспективной программы развития университета,
- функционирования жизненного цикла СМК в управляемых условиях,
- выполнения обязательных требований ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессной деятельностью.

1.3 Действие настоящей Процедуры распространяется на высшее руководство и руководителей структурных подразделений, включенных в область сертификации СМК Университета.

1.4 Ответственным за процесс стратегического управления Южного федерального университета является ректор университета.

1.5 Настоящая Процедура ДП.СМК-5.3-2015 «Определение стратегии, политики и целей в области качества» разработана в соответствии с требованиями разделов 5.3 и 5.4 ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.6 Процедура выполняется в непрерывном процессе функционирования системы менеджмента качества Университета.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Инструкция разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования».
- МС ИСО/ ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента»
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- РК.ЮФУ-4.3.2-2015 «Руководство по качеству».
- И.СМК-4.3.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ»

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей Инструкции применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.3.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

- ДП – документированная процедура;
- И – инструкция;
- МС – международный стандарт;
- РК – руководство по качеству;
- СМК – система менеджмента качества;
- СП – структурное подразделение;

ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЮФУ

4.1 Общие положения

4.1.1 Стратегическое управление Южным федеральным университетом - это системное управление всей организацией, которое ориентирует всю ее многообразную деятельность на удовлетворение запросов потребителей, опираясь на потенциал сотрудников вуза - как на основу своего развития. Такая ориентация позволяет добиваться конкурентных преимуществ, осуществлять гибкое регулирование и своевременные изменения в университете, отвечающие «вызовам» внешней среды, и достигать своих стратегических целей в долгосрочной перспективе. Среди всех сторон, заинтересованных в деятельности ЮФУ, высшее руководство университета определило потребителей в качестве той стороны, от удовлетворенности и мнения которой будет зависеть успех в достижении его стратегических целей.

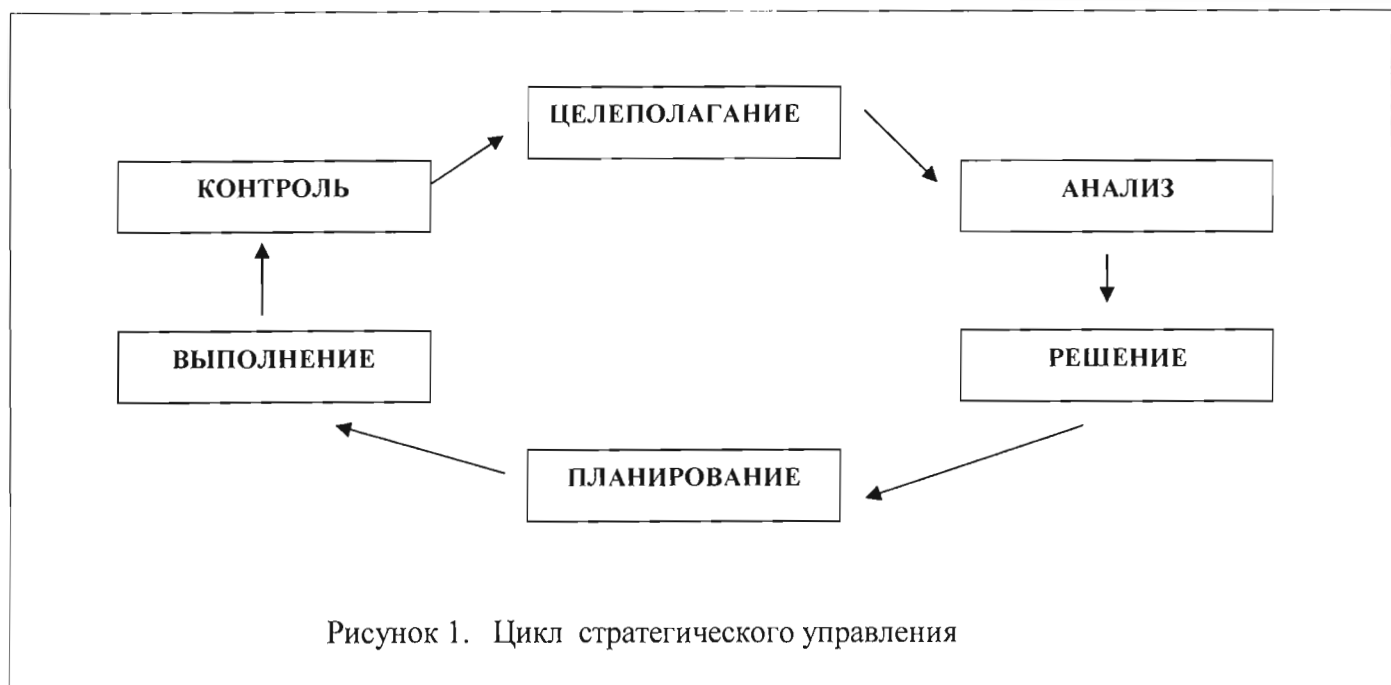
4.1.2 Стратегическое управление представляет собой стиль управления, ориентируемый на будущее, повышение конкурентоспособности. При его реализации организуются процессы обмена информацией, коммуникации, принятия решений и планирование, в котором ректор, ректорат и руководители оперативного уровня совместно устанавливают конкретные цели своей деятельности, опирающиеся на результаты стратегического анализа. Последний проводится на основе оценки внешних и внутренних источников информации.

Управленческие действия направлены на стратегическую ориентацию всех сотрудников университета, синхронизацию планов подразделений, достижение конкретных целей.

4.1.3 Стратегическое управление предполагает взаимодействие трёх основных процессов:

- Процесс стратегического планирования, состоящий из:
 - определения стратегии организации путём установления её миссии, установления целей, анализа стратегической позиции;
 - исследования внутренних и внешних факторов и действий, способных обеспечить достижение, удержание, развитие и капитализацию конкурентных преимуществ, выбор и принятие решения;
 - разработки стратегического плана университета, планов по направлениям деятельности (например, выпускающих кафедр, НИР, НИРС), направленных на обеспечение его осуществления, а также планов по функциям путём ранжирования и установления приоритетов;
 - разработки бюджета университета или окончательной финансовой модели его развития, обеспечивающей достижение поставленных целей.
- Процесс стратегической настройки (т.е. организации) внутренней системы университета в соответствии с выбранной стратегией (реализация стратегии) - приведение всех ресурсов и внутри университетских связей, целей, задач, областей ответственности сотрудников в полное соответствие с выбранной стратегией.
- Стратегический мониторинг, контроль и оценка исполнения, регулирование с помощью корректирующих и предупреждающих действий.

Взаимодействие процессов стратегического управления реализуется циклично в соответствии с принципом PDCA и практически представлено на рисунок 1.



4.1.4 Преимущества, обеспечиваемые применением стратегического управления в вузе, представлены в таблице 1:

Таблица 1

Конкретизация целей	установление границ различных действий, определение действий, направленных на обеспечение востребованности и конкурентоспособности всех видов деятельности вуза
Создание культуры вуза, участие и вовлеченность	вовлечение персонала в процесс формулирования целей и подчинение результатов деятельности этим целям
Осознание вузом своей целостности, ясность перспектив	осознание персоналом причастности общему делу посредством работы над осуществлением стратегии;
Развитие творческого потенциала	как решение одной из приоритетных задач НИР
Чёткая структуризация организации вуза	как средство повышения его управляемости, улучшение качества процессов управления;
Функциональная согласованность	как средство обеспечения осуществления стратегии
Чёткость и гласность инвестиционных критериев	относительно решений руководства о дальнейшем росте диверсификации направления деятельности, инновациях, а также относительно отказа от определённых видов деятельности
Принятие руководством информационно обоснованных решений	структуризация информационных потоков, улучшение информированности руководства

4.1.5 Основными принципами стратегического управления ЮФУ являются:

- направленность всей деятельности университета на ключевой аспект стратегии: «что мы хотим сделать, и каким образом будем этого добиваться»;
- ориентация руководителей всех уровней управления ЮФУ на необходимость оперативного реагирования на обозначаемые перемены, новые возможности и опасные тенденции;
- наличие четких критериев оценки руководителями возможных альтернатив вложения средств в отдельные проекты и развитие персонала (т.е. стратегически обоснованные приоритеты распределения ресурсов);

- возможность добиться системного (взаимоувязанного) принятия решений на всех уровнях управления вузом;
- создание среды, благоприятствующей «проактивному» стилю принятия решений и противодействующей пассивному реагированию на уже свершившиеся изменения.

4.1.6 Основной стратегического планирования являются Политика и цели ЮФУ в области качества.

4.1.7 Процесс стратегического управления Южным федеральным университетом является комплексной деятельностью, в результате которой, с учетом Политики в области качества, разрабатываются стратегические программы и проекты развития Южного Федерального университета на кратко- и долгосрочную перспективы. Планируемые результаты реализации таких программ и проектов в случае их измеримого характера должны соответствовать Целям в области качества для процессов СМК.

4.1.8 Южный федеральный университет определил свою **миссию** следующим образом: производство глобально значимых знаний и технологий, подготовка современных кадров, способных позитивно влиять на внутри российские и мировые процессы.

4.1.9 Видение Южного Федерального университета состоит в том, что, сохраняя лидерство в Южном Федеральном округе среди высших учебных заведений, он постоянно увеличивает ценность своих образовательных и научно-исследовательских услуг, а также капитализацию университета в целом. При этом в среднесрочной перспективе (5-6 лет) он должен укрепить свои позиции и стать одним из 10 ведущих вузов России, а в долгосрочной (12-15 лет) - войти в число наиболее престижных вузов мира.

4.1.10 Глобальная стратегическая цель Южного федерального университета - формирование современного и конкурентоспособного на мировых рынках труда и знаний научно-образовательного центра, органично интегрированного в социально-экономическое развитие региона, обеспечивающего устойчивое воспроизводство современных специалистов, способного отработать механизмы модернизации отечественного высшего образования на основе его интеграции с наукой и практикой.

4.2 РАЗРАБОТКА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

4.2.1 Политика в области качества является одним из важнейших документальных свидетельств приверженности ректора и Южного федерального университета в целом идее качества.

4.2.2 Формально Политика в области качества может быть зафиксирована (самостоятельно или в составе Руководства по качеству) как один из документов, регулирующих деятельность ЮФУ.

4.2.3 Политика в области качества разрабатывается высшим руководством ЮФУ с учетом Миссии Университета и его стратегических целей и задач функционирования, рассматривается на Совете по качеству (экспертном совете). Председателем такого заседания Совета по качеству назначается ректор университета.

4.2.4 Формирование политики должно опираться на идентифицированные ожидания и требования потребителей.

4.2.5 Политика в области качества формируется в соответствии со следующими требованиями:

- соответствовать миссии и стратегическим целям ЮФУ;
- содержать обязательства соответствовать требованиям и постоянно повышать результативность системы менеджмента качества;
- быть понятна сотрудникам;
- создавать основу для разработки и анализа целей в области качества.

4.2.6 Политика в области качества утверждается приказом руководства ЮФУ, управляется в соответствии с ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией» и должна быть доступна для ознакомления.

4.2.7 Доведение Политики в области качества до сотрудников подразделений ЮФУ, входящих в область распространения СМК и обеспечение ее понимания осуществляется следующими способами:

- вывешивание документально оформленной Политики в области качества на видных местах, в том числе на интернет-сайтах ЮФУ;
- ознакомление под роспись в свободном виде (например, дополнительном листе, хранящемся совместно с политикой) или ознакомление на совещании/заседании с оформлением протокола;
- ознакомление при приеме на работу;
- разъяснение руководителем структурного подразделения на совещаниях и в ходе работы.

4.2.8 Анализ пригодности политики в области качества проводится в ходе анализа СМК со стороны руководства на основе анализа достижения целей качества. Пересматривается политика в области качества на Совете по качеству (экспертном совете). Информация об этом документируется в протоколе Совета по качеству (экспертного совета).

4.3 Стратегическое планирование

4.3.1 Процесс стратегического планирования основывается на положениях Политики в области качества ЮФУ и состоит из трех общих этапов:

- анализ исходной ситуации,
- разработка стратегических программ и проектов,
- разработка «Перспективной программы развития ЮФУ на период гг.».

4.3.2 На заседании Ученого совета ЮФУ ректор университета выступает с докладом об итогах деятельности университета в отчетном периоде, ситуации, сложившейся в вузе на данном этапе развития и обосновывает необходимость разработки перспективной программы развития университета на ближайшие 5 лет. Члены Ученого совета обсуждают представленную им информацию и принимают решение о начале работ по глубокому анализу деятельности университета по всем направлениям его функционирования и подготовке такой программы. От имени ректора формируется Комиссия по подготовке программы из состава членов Ученого совета. В состав Комиссии в обязательном порядке включается Представитель руководства по качеству (ПРК) (последний – на правах совещательного голоса, если он не входит в состав Ученого совета). Решение Ученого совета доводится до сведения ученых советов структурных подразделений и всех членов комиссии.

4.3.3 ПРК, основываясь на решении Ученого совета, составляет проект приказа о проведении анализа внешней и внутренней среды функционирования университета на данном этапе его развития; приводится перечень направлений анализа и руководителей рабочих групп по этим направлениям; указываются сроки выполнения анализа, предлагается куратор анализа от руководства университета. После рассмотрения и корректировки предложенного проекта приказа, ректор его подписывает. Приказ доводится до сведения руководителей структурных подразделений всех уровней управления.

4.3.4 Руководители рабочих групп представляют согласованные с непосредственными руководителями списки участников таких групп. Распоряжением по университету утверждаются списки рабочих групп и доводятся до сведения всех исполнителей и их руководителей.

4.3.5 Участники рабочих групп проводят стратегический анализ ситуации за последние 3-5 лет по всем направлениям деятельности ЮФУ. Кроме этого проводится анализ изменения показателей функционирования университета, заложенных в «Перспективной программе развития ЮФУ» за предыдущий период, а также *анализ внешней (swot-анализ) и внутренней среды (самооценка) университета*. Краткое описание этих методов приведено в приложении А. Анализ внешней среды осуществляется по всем сферам деятельности университета. Анализ выполняется как для всего университета в целом, так и для каждого вида осуществляемой им деятельности.

Производится изучение основных трендов в экономике отраслей, для которых осуществляется

подготовка специалистов и выполняются научные разработки с целью своевременной разработки образовательных программ, обеспечивающих подготовку выпускников.

При этом в рамках мониторинга социальных и политических факторов, воздействующих на развитие университета, формируется стратегия связей с общественностью и региональными органами власти с целью, во-первых, максимального использования открывающихся возможностей, а, во-вторых, - смягчения их отрицательного воздействия. Результативность стратегии оценивается наличием улучшений, возникающих при взаимодействии с общественностью и властью. Результаты анализа в виде отчетов представляются в Комиссию ученого совета по подготовке программы.

4.3.6 По поручению ректора на расширенном заседании Ученого совета ЮФУ, на которое приглашаются все руководители СП университета докладываются итоги проведенного анализа. По результатам открытой дискуссии Комиссия ученого совета формирует окончательный вывод о полноте и качестве выполненного анализа. Вывод Комиссии может быть одним из следующих:

- одобрить в целом проведенный анализ и представить данные для корректировки миссии, политики и целей университета;
- по направлениям (перечислить) проведенный анализ одобрить и представить данные для корректировки миссии, политики и целей университета; по направлениям (перечислить) оценить проведенный анализ как неудовлетворительный и выполнить его повторно;
- оценить неудовлетворительно проведенный анализ в целом и выполнить его повторно.

4.3.7 По результатам завершенного анализа внутренней и внешней среды при необходимости осуществляется корректировка миссии и политики в области качества университета, ранее утвержденные Ученым советом ЮФУ. Предложения по корректировке миссии и политики в области качества выносит Комиссия Ученого совета ЮФУ, которые рассматриваются на заседании Совета по качеству и утверждаются на очередном заседании Ученого совета университета. Скорректированные миссия и политика в области качества доводятся до сведения всех СП университета в установленном порядке.

4.3.8 На основании выполненного анализа и скорректированной миссии Комиссия ученого совета разрабатывает направления стратегического развития ЮФУ, которые обсуждаются на заседании ректората. После корректировки (в случае необходимости) они представляются ректору для издания соответствующего приказа.

4.3.9 На основе выполненного анализа и оценки представленных материалов возможно принятие одного из следующих решений:

- одобрить в целом подготовленные программы и проекты и приступить к разработке Перспективной программы развития Южного Федерального университета на период до г.;
- оценить качество подготовленных материалов как неудовлетворительное в целом (либо по отдельным программам и проектам) и провести повторную разработку программ и планов.

4.3.10 Одобренный Ученым советом проект программы вывешивается на сайте ЮФУ на широкое обсуждение в подразделениях.

4.3.11 Рабочая группа одобряет поступившие предложения, корректирует в случае необходимости, докладывает результаты своей работы ректору и Ученому совету ЮФУ.

4.3.12 По итогам обсуждения на Ученом совете ЮФУ принимается одно из двух решений:

- одобрить «Перспективную программу развития Южного Федерального университета на период до г.» в целом и приступить к ее реализации;
- отклонить предложенный вариант программы в целом (или же отдельные ее разделы), провести доработку программы (или ее отдельных разделов).

В случае положительного решения Ученого совета ЮФУ ректор утверждает одобренную программу развития университета.

4.3.13 Ответственными за реализацию работ по программе являются руководители соответствующих структурных подразделений, а по направлениям деятельности ЮФУ –

собственники процессов. В соответствии с графиком они представляют информацию о ходе реализации работ по программе.

4.3.14 «Программа развития федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Южный федеральный университет» на 2011-2021 годы» утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 июня 2011 г. № 968-р. Изменения в Программу внесены в 2015 году.

4.4 Цели в области качества

4.4.1 Цели СМК определяются на основе стратегических целей ЮФУ. Стратегические цели университета и установленные цели процессов не должны вступать в противоречие друг с другом.

4.4.2 При **определении цели** процесса необходимо, чтобы эта цель была **измерима** и **достижима**.

Достижимость цели определяется *оценкой реальности и возможностей* выполнения этой цели в заданные промежутки времени.

Цель *измеряется* через характеристики и показатели процесса.

Показатели процессов – количественные и/или качественные параметры, характеризующие процесс и его результат. Установление измеримых характеристик и показателей процессов необходимо для обеспечения количественной оценки достижения целей.

4.4.3 Цели в области качества разрабатываются для следующих уровней:

- на уровне ЮФУ в целом;
- на уровне структурных подразделений, включенных в область распространения СМК.

4.4.4 Исходными данными для разработки Целей в области качества являются:

- Политика и стратегические цели ЮФУ;
- возможности улучшения и решения существующих проблем;
- требования и степень удовлетворенности потребителей;
- изменения обязательных государственных требований и требований рынка;
- результаты внутреннего и внешнего аудитов, корректирующих и предупреждающих действий;
- результаты выполнения планов за предыдущий период;
- предложения сотрудников Университета;
- решения, принятых на различных совещаниях и/или в ходе анализа данных со стороны руководства;
- результативность взаимосвязанных процессов, направленных на достижение данных целей;
- другие источники, исходя из специфики деятельности ЮФУ.

4.4.5 При разработке целей в области качества руководитель структурного подразделения должен обеспечить:

- согласованность целей подразделений в области качества с Политикой в области качества и целями ЮФУ;
- измеримость установленных целей;
- соответствие принципу постоянного улучшения;
- доведение до каждого сотрудника его места и роли в достижение целей СП;
- сохранение целостности и работоспособности СМК;
- достижимость, но напряженность целей.

4.4.6 Согласование положений Политики в области качества и разрабатываемых целей (с учетом предъявляемых к ним требований) целесообразно проводить на основе заполнения следующей таблицы 2 :

Таблица 2

№ пп	Направления Политики в области качества	Цели в области качества	Показатели целей	Сроки выполнения	Мероприятия по реализации	Ресурсы	Ответственный

4.4.7 Цели в области качества должны документироваться и могут быть оформлены в виде:

- заявления о Целях в области качества (СМК-5.3-ЗЦК, приложение А)
- в составе планов и/или программ деятельности подразделений или развития ЮФУ.

При этом, Цели, оформленные по форме заявления, как правило, используют для их доведения до сотрудников университета, Они вывешиваются на видных местах или размещаются на сайтах ЮФУ. Цели в составе плана могут использоваться руководителем для анализа их достижения.

4.4.8 Измерение целей в области качества может осуществляться следующими основными способами:

- установление конкретного измеримого показателя и его измерение;
- установление тенденций и их отслеживание (повысить, сократить и т.д.);
- формулирование целей таким образом, чтобы можно было дать ответ «выполнено» или «нет».

4.4.9 Цели в области качества должны быть согласованы со всеми заинтересованными лицами и/или сторонами.

4.4.10 Документально оформленные цели в области качества должны управляться в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией» и быть доступны для ознакомления.

4.4.11 Ознакомление с целями в области качества в СП производится аналогично ознакомлению с Политикой в области качества.

4.4.12 Цели в области качества, оформленные в виде документа, хранятся у руководителя СП за предыдущие три года.

4.5 Планирование СМК

4.5.1 Достижение целей в области качества должно планироваться и оформляться в виде ежегодных планов мероприятий по реализации целей в области качества и программ деятельности.

4.5.2 В ходе планирования качества определяются мероприятия, которые необходимо осуществить для достижения целей, ответственность, а также необходимые ресурсы.

4.5.3 При планировании должны анализироваться изменения, которые могут повлиять на целостность (работоспособность) СМК, как внешние (изменения законодательства, требований потребителя), так и внутренние (изменение организационной структуры, технологии, методов оказания услуг и пр.).

4.5.4 При планировании осуществления изменений должны быть учтены следующие основные элементы:

- суть и последовательность проведения изменения;
- разработка и проведение изменений в документации;
- своевременное доведение информации об изменениях и новых требованиях до всех заинтересованных сторон, в том числе и в ходе обучения;

- определение необходимых измерений и критериев результативности, а также их отслеживание для создания управляемых условий при внедрении изменений.

4.5.5 Достижение целей в области качества должно регулярно измеряться руководителями СП. Способом измерения достигнутых целей является сравнительный анализ данных по принципу «план – факт». При этом критерием оценки является процент достижения поставленных целей. Полученное процентное значение экстраполируется в значения трехбалльной шкалы, где

- 100% - «отлично»,
- 75-99% - «удовлетворительно»,
- до 75% - неудовлетворительно.

Последние два результата требуют более пристального внимания со стороны руководителя СП и разработки предупреждающих и корректирующих действий, соответственно.

4.5.6 Результаты анализа достижения целей в области качества должны рассматриваться на совещании по качеству в структурном подразделении и доводиться до его сотрудников. Анализ достижения целей в рамках ЮФУ в целом проводится на заседаниях Совета по качеству (экспертного совета) университета. Информация о результатах такого анализа также должна доводиться до структурных подразделений и всех заинтересованных сторон.

4.5.7 Если поставленные цели в области качества не достигаются, должны своевременно приниматься решения о пересмотре целей или уточнении мероприятий по их достижению, а при необходимости осуществляться корректирующие действия. Заинтересованные стороны должны быть информированы об этом незамедлительно.

4.5.8 Результаты измерения и анализа достижения целей отражаются в планах и программах деятельности структурных подразделений в виде соответствующих отметок и пояснений, а также фиксируются:

- при заполнении отчета (СМК-5.3-ОВЦ, приложение Б) подразделениями.

Такие отчеты о достижении целей в области качества представляются в ООиСНД для включения в материалы по анализу СМК со стороны руководства в соответствии с распоряжением о предоставлении такой информации.

4.5.9 После достижения установленных целей в области качества, руководитель СП должен обеспечить установление новых целей.

5 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Показатель	Ед. измерения	Значение
Исполнение требований данной инструкции	%	100
Достижение поставленных целей в области качества	%	95

6 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП.СМК-5.3-2015 «Определение стратегии, политики и целей в области качества» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая документированная процедура в электронном виде, при необходимости, на серверах Университета;
- персонал для выполнения требований данной Процедуры;
- персональный компьютер, принтер, множительная техника и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Процедурой;
- финансовые средства для сбора и обработки необходимой информации;
- информационные ресурсы (при необходимости).

7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

7.1 Подлинник актуализированной настоящей Процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

7.2 Регистрация, рассылка и хранение Инструкции осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

7.3 Записями, имеющими отношение к данной Инструкции, являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения
1.	Программа развития университета на период до ... г.»	Установленная форма	Ректор ЮФУ	3 года
2.	Политика в области качества ЮФУ	Установленная форма	ООиСНД, СП	3 года
3.	Лист ознакомления с Политикой и целями в области качества	Форма протокола или свободная форма	СП	3 года
4.	Заявление о целях в области качества	МК-5.3-ОСМК	ООиСНД, СП	3 года
5.	Планы мероприятий по реализации целей и программы деятельности с целями в области качества	Установленная форма	СП	3 года
6.	Отчет о выполнении целей в области качества	МК-5.3-ОВЦ	ООиСНД	3 года

8 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую Инструкцию проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

9 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей Инструкции возлагается на руководителя ООиСНД.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Краткая методология проведения стратегического анализа

1. Портфельный анализ. С учётом целей конкретного вида деятельности портфельный анализ используется для определения целевых групп и оказываемых им видов услуг, например, научно-исследовательскую и инновационную деятельность.

Для этого последовательно:

- формируется матрица синергизма видов научных исследований и разработок, определяются научно-исследовательские направления-доноры и научно-исследовательские направления-акцепторы с целью выявления направлений улучшения синергитического эффекта;
- составляется трёхмерная **матрица** Мак-Кинси всех видов деятельности: для параметров конкурентоспособности, привлекательности рынка и географической диверсификации. Для заполнения полей матрицы заведующие кафедр, руководители НИИ, Академий позиционируют свою научно-исследовательскую деятельность в матрице, отвечая на следующие вопросы:

Какие виды деятельности мы будем осуществлять?

Какую позицию хотелось бы занять в каждом виде деятельности?

Какую позицию в этом виде деятельности занимают наши конкуренты?

Можно ли здесь превзойти конкурентов?

Насколько мы сильнее (слабее) конкурентов?

- на основе информации, представленной во всех матрицах, определяются те виды деятельности, которые могут войти в «портфель» университета, а также устраняются невозможные комбинации видов деятельности;
- для каждого вида деятельности составляется бизнес-план и определяется политика его осуществления, рассматривая каждый вид деятельности как результат взаимодействия двух факторов - функции и технологии, а каждый рынок - как результат воздействия потребителя и региона;
- каждый вид деятельности (оказание научно-исследовательских услуг, инновационная деятельность и прочее) представляется в виде «цепочки ценностей», связанной с классификацией звеньев цепочки на отдельные технологические действия, и составляются согласованные между собой бизнес-планы улучшений каждого технологического действия в НИР;

Выходным документом портфельного анализа служат бизнес-планы НИР кафедр НИИ, Академий по темам исследований в разрезе планируемых корректирующих и **предупреждающих** действий, и обеспечивающих эти действия материальных и **финансовых** ресурсов.

Каждый из этих планов и составляет стратегию университета по развитию научно-исследовательской и инновационной деятельности.

2. Конкурентный анализ. Известны два типа конкурентов: *конкуренты по однородным продуктам и конкуренты по функциям*. В разрезе научно-исследовательской деятельности первые представлены вузами, разрабатывающие типовые НИР и ОКР, а вторые - удовлетворяющими потребность в научно-исследовательских разработках на основе или новой технологии, или другого подхода. Таковыми являются:

- вузы, занимающиеся инновационными исследованиями;
- научные исследования в области нанотехнологий;
- вузы, занимающиеся технологическими инновациями;

Источниками информации для осуществления конкурентного анализа служат:

- сообщения СМИ;
- патенты;
- ежегодные отчёты;
- информация, полученная в ходе личных контактов и наблюдений за действиями конкурентов;
- всемирная сеть Internet.

При анализе информации собираются сведения:

- об открытии новых научных направлений в различных вузах,
- о внедрении новых технологий в научно-исследовательской деятельности,
- о маркетинговой политике вуза-конкурента.

Для **выявления собственного конкурентного профиля** проводится **эталонное тестирование**:

- из числа вузов-конкурентов, осуществляющих научные исследования и разработки, выбирается наиболее сильный;
- выявляются показатели, пригодные для сопоставления;
- сопоставляются показатели университета с показателями конкурента.

Для **определения точки «изгнания с рынка»** осуществляется анализ:

- наличия (снижения, отсутствия) потенциальных потребностей региональной экономики в научных исследованиях и разработках;
- результатов прогнозирования развития экономики и целевых её отраслей на ближайшую перспективу;
- демографического состояния общества;
- информационных возможностей и тенденций их развития.

Метод «изгнания с рынка» предполагает следование в фарватере информатизации, диверсификацию научных исследований, как в отношении выполнения научных грантов, НИР и ОКР, так и в отношении освоения новых целевых рынков.

В **результате** проведения конкурентного анализа:

- определяется **перечень главных конкурентов** по научным разработкам родственного профиля;
- выделяется ведущий конкурент - **вуз-эталон**, для последующего мониторинга и сопоставления показателей;
- устанавливаются результаты анализа структуры предложения и трендов; грядущие изменения и их интенсивность;
- составляется **перечень возможных конкурентов по функциям**;
- формируется **список технологий**, которые могли бы заменить или усилить существующую научно-исследовательскую деятельность вуза;
- устанавливаются **результаты анализа перспектив** данного типа **технологической субституции**;
- устанавливаются **результаты анализа** целей, стратегий, сильных и слабых сторон, маркетинговых, научных и других технологий, структуры финансирования и других аспектов деятельности эталонного конкурента.

3. Анализ внешней среды университета (SWOT-анализ). Цель такого анализа - выявить, какие факторы окружающей среды оказывают наибольшее влияние на существование университета и его дальнейший рост. В соответствии с классификацией факторов анализ внешней среды распадается на **анализ** двух кругов:

- анализ непосредственного круга, предполагающий анализ рынка, ресурсов, законодательства и постановлений, нацеленный на уточнение позиции вуза на рынке научно-исследовательских услуг;
- анализ внешнего круга, включающий анализ: общей ситуации и тенденций в структуре рынка потребителя; общей ситуации и тенденций в структуре принятия решений потребителем; стадий жизненного цикла всех научных исследований и разработок; технологических достижений; новых направлений в поведении потребителя; изменений в ресурсах; изменений в законодательстве и постановлениях. Анализ внешнего круга должен обеспечить выявление макроэкономических трендов, социальных и политических трендов в экономике страны.

Анализ факторов внешней среды позволяет своевременно выявить **угрозы** развитию вуза и **возможности**, открывающиеся перед ним.

Факторы внешней среды подразделяются на:

- факторы непосредственного воздействия;
- факторы косвенного воздействия.

К факторам **непосредственного воздействия** относятся:

- потребители – научных исследований и разработок (государство, организации, МО РФ);
- поставщики ресурсов;
- конкуренты по профилю научных исследований и разработок;
- субституты – вузы-конкуренты и консалтинговые фирмы, способные победить в конкурсе на научную разработку, выиграть грант, запатентовать разработку под собственным именем и т.д.;
- организации, взаимодействующие с вузом в области научно-исследовательских работ.

Влияние факторов внешней среды на качество деятельности университета можно отразить с помощью диаграммы причина-результат.

К факторам **косвенного воздействия** относятся:

- экономические факторы (экономический потенциал развития общества, региона; преобладание промышленного, банковского или торгового капитала, определяющее спрос на рынке труда; уровень оплаты труда в отраслях экономики; уровень оплаты труда научных работников университета; уровень бюджетного финансирования);
- правовые факторы (со стороны государства, в основном, регламентирование финансирования и возможности коммерциализации научных исследований и разработок);
- демографический фактор;
- скорость научно-технического прогресса и уровень развития информационного обмена;
- политические факторы (со стороны государства в области регламентации деятельности вузов);
- влияние средств массовой информации;
- международные факторы (отток ученых, научный и промышленный шпионаж, международное сотрудничество в рамках научных школ);
- экологические факторы (возрастание потребности в новых научных разработках).

4. Самооценка. Методология проведения самооценки университета приведена в «Методических рекомендациях для вузов и ссузов по организации и проведению самооценки эффективности функционирования систем управления в области менеджмента качества на основе модели совершенствования деятельности» (Разработчик – Санкт-Петербургский электротехнический университет «ЛЭТИ», 2006).

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

СМК-5.3-ЗЦК

Форма заявления о целях в области качества

УТВЕРЖДАЮ

«__» _____ 20__ г.

Цели в области качества _____
на _____ год

- цель № 1
- цель № 2
- и так далее

СМК-5.3-ОВЦ

УТВЕРЖДАЮ

Представитель руководства по качеству _____
«__» _____ 20__ г.

Отчет о достижении целей в области качества
_____ на 20__ год
(наименование структурного подразделения)

№ пп	Цели в области качества	Мероприятия	Показатель достижения		Срок достижения		Информация о выполнении или причинах невыполнения
			план	факт	план	факт	

Руководитель СП _____

(подпись)

(Ф.И.О)

«__» _____ 20__ г.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД



П.Н. Филиппенко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.



Приложение № 15 к приказу

от 27.10.2015 г. № 461-ОД

ИНСТРУКЦИЯ
«УПРАВЛЕНИЕ
СИСТЕМОЙ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ЮФУ»

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЮФУ.....	4
5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА	4
6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	6
7 РЕСУРСЫ.....	6
8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	6
8 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	6
10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	6
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	7
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	8
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ.....	9
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	10

Примечание:

1. Вводится И.СМК-5.5.2/02 -2015 взамен И.СМК-5.5.2/02 -2009

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая инструкция И.СМК-5.5.2/02 -2015 «Управление системой менеджмента качества в ЮФУ» (далее – инструкция) устанавливает единый порядок к процессу управления СМК ЮФУ.

1.2 Действие настоящей инструкции распространяется на высшее руководство и руководителей структурных подразделений, включенных в область сертификации СМК Университета на соответствие требований ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.3 Ответственными за процесс «Управление СМК ЮФУ» является ректор и проректор по организации научной и проектно-инновационной деятельности университета.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Инструкция разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- ГОСТ I ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- РК.ЮФУ-4.3.2-2015 «Руководство по качеству»;
- И.СМК-4.3.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ»;
- А.СМК-4.1.5-2014 «Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», входящей в область сертификации в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2015»;
- БСП.СМК-4.1/02-2014 «Модель «Управление и развитие СМК ФГАОУ ВПО Южный федеральный университет» (Блок-схемы процессов СМК по МС ИСО9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012);
- ДП.СМК-5.3-2015 «Определение стратегии, политики и целей в области качества»;
- ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения»;
- ДП. СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК»;
- П.СМК-5.5.2/04-2015 «Положением о представителе руководства по качеству Южного федерального университета»;
- П.СМК-5.5.2/05-2015 «Положение об уполномоченном по качеству структурного подразделения ЮФУ».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей Инструкции применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.3.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

- ДП – документированная процедура;
- И – инструкция;
- МС – международный стандарт;
- РК – руководство по качеству;
- СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;
ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. В область сертификации СМК ЮФУ на соответствие требований ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012 входят структурные подразделения ЮФУ, приведенные в А.СМК-4.1.5-2014 «Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», входящей в область сертификации в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2015».

4.2 Управление СМК ЮФУ представляет собой стиль управления, ориентируемый на будущее, повышение конкурентоспособности. При его реализации определено взаимодействие процессов, описанное в модели БСП.СМК-4.1/02-2014 «Модель «Управления и развития СМК ФГАОУ ВО Южный федеральный университет» (Блок-схемы процессов СМК по МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012). Подробное описание всех элементов СМК, исключения из области сертификации, ссылки на отдельные процедуры, инструкции, классификаторы, положения приведены в руководстве по качеству РК.ЮФУ-4.3.2-2015 «Руководство по качеству».

5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

5.1 Определение стратегии, порядок разработки и актуализации Политики в области качества, порядок разработки Целей в области качества и планов мероприятий структурных подразделений ЮФУ по реализации Целей приведены в документированной процедуре ДП.СМК-5.3-2015 «Определение стратегии, политики и целей в области качества».

5.2 Для решения в том числе проблемных вопросов менеджмента качества, рассмотрения Политики в области качества, обеспечения понимания персоналом обязанностей в отношении качества, продвижения процессного подхода при менеджменте качества, выявления возможностей для совершенствования и решения других вопросов в ЮФУ приказом от 15.06.2015 г. №243-ОД создан экспертный (научно-технический) совет по научно-техническому направлению «Прикладные проблемы и базовые технологии».

5.3 Для координации управления системой менеджмента качества Южного федерального университета на стратегическом и оперативном уровнях приказом по университету назначен представитель руководства в области качества, действующий в соответствии с «Положением о представителе руководства по качеству Южного федерального университета».

5.4. Для организации систематической деятельности по обеспечению повышения качества научно-исследовательской и инновационной деятельности в подразделениях ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, приказом по университету назначены уполномоченные по качеству. Деятельность уполномоченных по качеству регламентирована П.СМК-5.5.2/05-2015 «Положением об уполномоченном по качеству структурного подразделения ЮФУ».

5.5 Управление организации и сопровождения научной и инновационной деятельности Южного федерального университета отвечает за организацию планирования, обеспечение методической поддержки, проведение внутренних аудитов СМК и ее отдельных элементов в подразделениях ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, осуществление контроля своевременности проведения и эффективности корректирующих действий по результатам внешнего аудита, подготовки отчета об устранении несоответствий, выявленных на внешних аудитах. Управление организации и сопровождения научной и инновационной деятельности

работает в соответствии с Положением об Управлении организации и сопровождения научной и инновационной деятельности Южного федерального университета.

5.6 Отдел организации и сопровождения научной деятельности (ООиСНД) является структурным подразделением Управления организации и сопровождения научной и инновационной деятельности Южного федерального университета. Отдел определяет порядок планирования, организации и проведения фундаментальных, поисковых, прикладных научно-исследовательских, опытно-конструкторских работ, структурных подразделений ЮФУ. Работа отдела проводится по планам, заданиям и государственным контрактам, утверждаемым проректором по организации научной и проектно-инновационной деятельности. ООиСНД в том числе проводит работы по разработке, внедрению системы менеджмента качества Университета на основе стандарта ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012, а также организацию работ по совершенствованию и обеспечению эффективного функционирования СМК, своевременного планирования, координации, методической поддержки и контроля выполнения работ по обеспечению качества НИОКР, осуществляемых подразделениями Университета, входящими в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012 в соответствии с «Положением об отделе организации и сопровождения научной деятельности Управления организации и сопровождения научной и инновационной деятельности», утвержденном приказом от 4.07.2014 № 309-ОД.

5.7 Специалисты ООиСН осуществляют:

- подготовку проектов приказов и распоряжений университета по вопросам функционирования СМК;
- разработку, внедрение, актуализацию и поддержание в рабочем состоянии документов СМК в соответствии с ГОСТ РВ 0015-002-2012 и ДП. СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК»;
- контроль за размещением актуальной версии документов СМК на электронных ресурсах ЮФУ;
- организацию планирования, обеспечение методической поддержки, проведение внутренних аудитов СМК и ее отдельных элементов в подразделениях ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012,
- организацию обучения специалистов ЮФУ в области качества и ведение реестра обученных специалистов в качестве внутренних аудиторов;
- осуществление контроля своевременности проведения и эффективности корректирующих действий по результатам внутреннего и внешнего аудита;
- разработку отчетов по анализу СМК со стороны руководства;
- взаимодействие с органом по сертификации СМК на соответствие требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012. Организацию проведения внешнего сертификационного, инспекционного, ресертификационного аудита университета.

5.8 Подлинники разработанных и утвержденных документов СМК в соответствии с ГОСТ РВ 0015-002-2012 хранятся в номенклатуре дел ООиСНД.

5.9. Руководители структурных подразделений, входящих в область сертификации СМК на соответствие требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012 отвечают за:

- разработку, оформление, согласование, подготовку к утверждению и изменению организационно-правовых документов структурного подразделения в соответствии с документированной процедурой ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения»;
- выполнение требований документации СМК ЮФУ сотрудниками своего подразделения;
- ознакомление сотрудников подразделения с Политикой в области качества и документами СМК по направлениям деятельности и зоне ответственности под роспись в листе ознакомления каждого документа.

6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Показатель	Ед. измерения	Значение
Исполнение требований данной инструкции	%	100
Достижение поставленных целей в области качества	%	95

7 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями И.СМК-5.5.2/02-2015 «Управление системой менеджмента качества в ЮФУ» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая Инструкция в электронном виде, при необходимости, на серверах Университета;
- персонал для выполнения требований данной Инструкции;
- персональный компьютер, принтер, множительная техника и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Инструкцией;
- финансовые средства для сбора и обработки необходимой информации;
- информационные ресурсы (при необходимости).

8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

8.1 Подлинник актуализированной настоящей Инструкции хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

8.2 Регистрация, рассылка и хранение Инструкции осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую Инструкцию проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей Инструкции возлагается на руководителя ООиСНД.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД



П.Н. Филиппенко

«12» 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

«12» 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

«12» 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

«12» 10 2015 г.

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА

И.СМК-5.5.2/02-2015 «Управление системой менеджмента качества в ЮФУ»

Дата актуализации	Причина проверки	Решение по результатам проверки	Подпись лица, выполнвшего проверку	Ф.И.О. лица выполнвшего проверку

ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

И.СМК-5.5.2/02-2015 «Управление системой менеджмента качества в ЮФУ»

Структурное подразделение _____

Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись



Приложение №16 к приказу

от 27.10.2015 № 461-ОД

ИНСТРУКЦИЯ
«УПРАВЛЕНИЕ ИНФРАСТРУКТУРОЙ И
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДОЙ»

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
5. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА	6
6 РЕСУРСЫ	10
7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	10
8 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	10
9 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА	10
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ	11
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ	12
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	14

Примечание:

1. Вводится И.МР-6.3(3.7)-2015 взамен И.БП-6.3(3.7)-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая инструкция И.МР-6.3(3.7*)-2015 «Управление инфраструктурой и производственной средой» (далее – Инструкция) устанавливает порядок управления инфраструктурой и производственной средой Южного Федерального университета.

1.4 Ответственность за реализацию процесса «Управление инфраструктурой и производственной средой» несет проректор по развитию инфраструктуры ЮФУ.

1.2 Действие настоящей инструкции распространяется на структурные подразделения, осуществляющие процессы управления инфраструктурой и производственной средой.

1.3 Инструкция И.МР-6.3(3.7)-2015 «Управление инфраструктурой и производственной средой» разработана в соответствии с требованиями п.6.3, 6.4 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Инструкция разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».
- И. СМК-4.2.3/03-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».
- Устав ЮФУ.
- Основы законодательства Российской Федерации об охране труда.
- Гражданский кодекс РФ.
- Постановления Правительства Российской Федерации и Минтруда.
- Трудовой кодекс РФ.
- Приказ МЧС РФ от 18.06.2003 N 313 "Об утверждении Правил пожарной безопасности в Российской Федерации (ППБ 01-03)" (вместе с "ППБ 01-03...") (Зарегистрировано в Минюсте РФ 27.06.2003 N 4838).
- Постановление Правительства РФ от 25 апреля 2012 г. N 390 "О противопожарном режиме" (с изменениями и дополнениями Постановление Правительства РФ от 6 марта 2015 г. N 201).
- Государственная система стандартов безопасности труда (ССБТ).
- Инструкции, приказы Минобрнауки России.
- Приказ Минобрнауки России от 19.12.2013 N 1367 (ред. от 15.01.2015) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры" (Зарегистрировано в Минюсте России 24.02.2014 N 31402)
- Приказ Минобрнауки России от 26 февраля 2014 г. №146 «О разработке программы модернизации имущественных комплексов высших учебных заведений, подведомственных Министерству образования и науки Российской Федерации».
- Программа модернизации имущественного комплекса Южного федерального университета и принята Министерством образования и науки РФ (9 октября 2014 г.).
- Положение об управлении автотранспортом ФГОУ ВПО ЮФУ от 24.03.2008.
- Положение о студенческом городке ФГОУ ВПО ЮФУ от 03.12.2007.

- Правила внутреннего распорядка в общежитиях Студенческого городка Южного Федерального Университета от 03.09.2007.
- Положение «О порядке распределения жилых помещений (мест) в студенческих общежитиях», утвержденном приказом от 28.01.2014 № ПЗ3-ОД,
- Приказ № 1358 от 16.04.2008 «Об утверждении норм расхода ГСМ для автомобильного транспорта ЮФУ».
- Приказ № 3459 от 24.08.2009 «О назначении комиссии по списанию ГСМ».
- Приказ от 20.12.2013 г. №485 – ОД «О закреплении помещений за подразделениями и службами Южного федерального университета».
- Программа информатизации ЮФУ на 2013-2015 гг., утверждённая приказом ЮФУ от 26.04.2013 №182-ОД..
- Приказ Минтранса РФ №152 от 18.09.2008 «Об утверждении обязательных реквизитов и порядка заполнения путевых листов».
- Письмо Минздрава РФ и Минтранса РФ от 23.08.2003 № 2510/9468-03-32 «О предрейсовых медицинских осмотрах водителей транспортных средств».
- ГОСТ 30494-96 Здания жилые и общественные. Параметры микроклимата в помещениях.
- СНиП-2-08-02-89 (с изменением N 5, утвержденным постановлением Госстроя России от 23 июня 2003 г. N 98.) Общественные здания и сооружения.
- СНиП-2-09-02-85 (1991 с изм 3 1994) Производственные здания.
- СНиП-2-09-04-87 (изм. 3 от 2002) Административные и бытовые здания.
- СНиП-2-11-01-85 (1991) Складские здания.
- СНиП 22-05-95 (ред. от 22.05.2003) Естественное и искусственное освещение.
- СанПиН 1567-76 (с изм. 01.10.2008) Санитарные правила устройства и содержания мест занятий по физической культуре и спорту.
- СанПиН 4719-88 Санитарные правила устройства, оборудования и содержания общежитий для рабочих, студентов, учащихся средних специальных учебных заведений и профессионально-технических училищ.
- СанПиН 2.3.6.1079-01 (ред. от 31.03.2011) Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособностью в них пищевых продуктов и продовольственного сырья.
- СанПиН 2.2.4.1294-03 "Гигиенические требования к аэроионному составу воздуха производственных общественных помещений", утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ 18 апреля 2003 г.
- СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 (ред. от 15.03.2010) Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий.
- СНиП 2-04-01-85 (2000) Внутренний водопровод и канализация зданий.
- СНиП 2-04-05-91 (2003) Отопление, вентиляция и кондиционирование.
- СНиП 2-04-07-86 (изм. № 2, утвержденное постановлением Госстроя России от 12 октября 2001 г. № 116 и введенное в действие с 01.01.2002 г.) Тепловые сети.
- СНиП 2-04-08-87 (2000) Газоснабжение.
- СП 73.13330.2012 Свод правил. Внутренние санитарно-технические системы.
- СанПиН 4723-88 Санитарные правила устройства и эксплуатации систем централизованного горячего водоснабжения.
- СНиП 3-05-06-85 Электротехнические устройства.

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей Инструкции применены термины и определения по ГОСТ ISO 9000-2011 и И.СМК -4.2.3/07-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

ДП – документированная процедура;

И – инструкция;

ТМЦ – товарно-материальные ценности;

ПРК – представитель руководства по качеству;

ППР – планово-предупредительный ремонт;

СП – структурное подразделение;

ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;

ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Главная цель управления инфраструктурой - административно-хозяйственная деятельность по обслуживанию зданий ЮФУ, обеспечению условий жизнедеятельности персонала (научно-педагогические работники, сотрудники) и студентов. В процессе управления инфраструктурой принимают участие: первый проректор, проректор по развитию инфраструктуры, проректор по организации материально-технического обеспечения, а также СП ЮФУ: управление развития и социальной инфраструктуры, управление информационно-коммуникационной инфраструктуры, управление по хозяйственному обеспечению кампуса в г. Таганроге, управление комплексного обслуживания обучающихся, отдел по эксплуатации автотранспорта, управление хозяйственно-технической эксплуатации.

4.2. Инфраструктура должна быть в постоянном состоянии готовности к использованию процессов ЮФУ. Оборудование и приборы, имеющие неисправности, подлежат замене или сдаче в ремонт. Все несоответствия регистрируются в «протоколе выявленных несоответствий». Все оборудование, приборы, программное обеспечение идентифицированы и сопровождаются документами. Для поддержания инфраструктуры в рабочем состоянии на основании заявок от СП ЮФУ формируется график планово-предупредительного ремонта (ППР) на год, который утверждается ректором. В графике ППР учитывают ремонт систем коммуникаций, ремонт производственных площадей при включении в научный и образовательный процесс новых процессов, оборудования. По графику ППР проводят подготовительные работы, включающие расчет затрат, рабочей силы, времени, материалов. Составляют смету и разрядку на выполнение работ, на основании которых реализуют ремонтные работы. При привлечении рабочей силы от сторонней организации ЮФУ в лице проректора по развитию инфраструктуры заключает договор на проведение ремонтных работ. Акт выполненных работ согласуется с руководителем подразделения, в котором проводились работы.

В процессе эксплуатации может выходить из строя оборудование, коммуникации, производственные площади вследствие аварийных ситуаций, стихийных бедствий, поломок. Для устранения неполадок такого рода руководитель подразделения подает заявку на проведение работ (заполняет журнал заявок). Далее проректор по направлению (первый проректор, проректор по развитию инфраструктуры, проректор по организации материально-технического обеспечения) определяет объем работ и исполнителя, при необходимости производит закупку материалов (в соответствии с ДП.МР-7.4.(3.6*)/01-2015 «Управление закупками») и заключает договор с

исполнителем. После чего направляет исполнителя на объект, где последний производит устранение неполадок. По окончании работ исполнитель ставит отметку в журнале заявок. Контроль исполнения работ лежит на проректоре по направлению: (первый проректор, проректор по развитию инфраструктуры, проректор по организации материально-технического обеспечения)/

4.3 Производственная среда в ЮФУ определяется комбинацией производственных и человеческих факторов, воздействующих на здоровье и качество деятельности студентов и сотрудников ЮФУ. Руководителем общего процесса за производственной средой является проректор по развитию инфраструктуры. Процесс обеспечения безопасности жизнедеятельности описан в процедуре ДП.МР-6.3(3.9)-2015 «Обеспечение безопасности жизнедеятельности».

4.4 Оперативными руководителями подпроцессов являются начальники управлений по направлениям. В октябре 2014 года было принято решение о создании локаций объектов инфраструктуры ЮФУ.

4.5. В ЮФУ с 2014 года определены группы локаций объектов инфраструктуры ЮФУ и введены должности управляющего локацией (группы локаций). Локация по г. Ростову-на-Дону: «ЮФУ-ЦЕНТР», «ЮФУ-САДОВАЯ, 33», «ЮФУ-ЗОРГЕ, 21», «ЮФУ-ЗОРГЕ, 28», «БОТАНИЧЕСКИЙ САД», «ЮФУ-СТАЧКИ», «ЮФУ-ДНЕПРОВСКИЙ», «ЮФУ-ВОСТОК», «ЮФУ-ЛЕВЫЙ БЕРЕГ».

4.6 В целях обеспечения безопасного функционирования университета идет перевод 69 объектов на обслуживание внешней организации: площадка Ростова-на-Дону – 45 объектов, площадка Таганрога – 24 объекта.

5. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

5.1 Подготовительные работы. Ежегодно составляется график планово-предупредительного ремонта и доводится до сведения подразделения, которое пользуется тем или иным помещением, включенным в график. Перед началом ремонтных работ составляется проектно-сметная документация. Перед началом ремонтных работ помещение освобождается в течение 1-2 дня от оборудования и мебели силами соответствующих структурных подразделений ЮФУ.

5.2 Выполнение мероприятий по капитальному и текущему ремонту:

- поступление служебной записки от СП ЮФУ, управления по хозяйственному обеспечению кампуса в г. Таганроге, управления строительства и развития социальной инфраструктуры, управления хозяйственно-технической эксплуатации, утвержденной проректором по развитию инфраструктуры;
- определение источника финансирования и способа выполнения работ (подряд, хоз. способ);
- при выполнении работ хозяйственным способом определение и приобретение ТМЦ на основе сметного расчета;
- формирование плана по видам работ, разбивка по статьям согласно бюджетного классификатора;
- ректор ЮФУ и проектор по развитию инфраструктуры утверждают план работ;
- передача технического задания для определения подрядной организации в отдел организации и планирования закупок;
- после определения подрядной организации и заключения государственного контракта проектор по развитию инфраструктуры назначает технический надзор;
- технический надзор осуществляет действия по контролю выполнения подрядной организации работ Южному Федеральному университету согласно СНиП, ТЗ, проектной и сметной документации, составление и подписание актов на скрытые работы, актов ф. КС-2, актов Ф.КС-3, графиков производства работ;
- управление строительства и развития социальной инфраструктуры осуществляет надзор за правильностью применения подрядными организациями территориальных единых расценок.

5.3. Определение исполнителя и объема работ. Проректор по развитию инфраструктуры в соответствии с графиком планово-предупредительного ремонта составляет договор с исполнителями, определяет объем работ с составлением двухсторонних актов с подрядчиками.

5.4. Приобретение ТМЦ, необходимых для работы подразделений ЮФУ:

- поступление служебной записки от Инициатора (структурного подразделения ЮФУ), утвержденной ректором, проректором, с указанием источника финансирования;
- формирование ТМЦ по группам товаров, разбивка по статьям согласно бюджетного классификатора;
- изучение оперативной маркетинговой информации и рекламных материалов о предложениях поставщиков с целью определения возможности приобретения ТМЦ, сопоставляя цену и качество (не менее 3-х) фирм;
- переговоры с поставщиком;
- порядок управления закупками регламентирован документированной процедурой ДП.МР-7.4.(3.6*)/01-2015 «Управление закупками» и «Положением о закупке товаров, работ, услуг для нужд федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Южный федеральный университет»», утвержденным приказом ЮФУ от 24.12.2014 №657-ОД.

5.5. Сдача, приемка отремонтированного объекта в эксплуатацию. Установлен следующий порядок приемки-сдачи отремонтированных объектов, помещений ЮФУ. На основании приказа ректора ЮФУ назначается комиссия по приемке объектов. Комиссия в присутствии подрядчика проверяет: качество ремонта, соответствие ремонта проектно-сметной документации, наличие актов на скрытые работы, сертификаты на использованные для ремонта материалы и их соответствие санитарным нормам для данного объекта, помещения; объемы выполненных работ; соответствие отремонтированного объекта, помещения санитарно-гигиеническим требованиям, правил техники безопасности. Результаты работы комиссии оформляются актом, который утверждается проректором по развитию инфраструктуры. При необходимости составляется акт недоделок и график со сроками их устранения в течение 3-х дней подрядчиком, рабочими, техническим персоналом в соответствии с графиком планово-предупредительного ремонта.

5.6. Выполнение мероприятий по эксплуатации объектов ЮФУ:

- 16 апреля 2014 г. заключен договор с ООО «Первая эксплуатационная компания» - передано на аутсорсинг комплексное обслуживание общежитий нового кампуса университета. В комплексное эксплуатационно-техническое обслуживание приняты одно семнадцатизэтажное и три пятнадцатизэтажных общежития (Зорге, д. 21, литер А, Г, Е, Ж), а также другие объекты инфраструктуры ЮФУ;
- деятельность компании ООО «Первая эксплуатационная компания» включает работы по текущему ремонту и клинингу.

5.7. Устранение неполадок для обеспечения нормальной работы электроприборов, вытяжных шкафов, рабочих мест осуществляются следующие действия:

- ответственный за аудиторию, помещение до начала работы сообщает коменданту или управляющему локацией о замеченных недостатках в электричестве или вентиляции. Управляющий локацией фиксирует это в журнале и ставит в известность ООО «Первая эксплуатационная компания», которая устраняет несоответствие.

5.8. Работа по обеспечению автотранспортом подразделений ЮФУ осуществляется отделом по эксплуатации автотранспорта на основании утвержденных нормативных документов и включает в себя:

- составление планов эксплуатации и ремонта автомобильной техники на основании приказов и распоряжений ЮФУ, указаний и руководящих документов вышестоящих министерств и ведомств, нормативных документов на эксплуатацию, ремонт и техническое обслуживание автомобилей;

- утверждение планов эксплуатации, ремонтов и технических обслуживаний на текущий период (год, месяц);
- составление графиков технических обслуживаний и ремонтов на основании приказов министерства транспорта и руководящей документации по ТО и ТР;
- составление графиков эксплуатации и лимитов на топливо на период (квартал, месяц) на основании приказов ЮФУ, приказов Минтранса РФ (Нормы расходов ГСМ);
- выполнение графиков и планов ремонта и эксплуатации техники по обеспечению работы структурных подразделений ЮФУ;
- контроль за нормами расхода ГСМ и учета пробега автомобилей;
- составление отчетов по эксплуатации и расходу ГСМ;
- проведение планово-предупредительных мероприятий с техникой;
- заключение договоров на ТО и ремонт с СТО и автотранспортными организациями;
- подача заявок в отдел организации и планирования закупок на приобретение необходимых запасных частей и материалов для технического обслуживания и ремонта;
- техническое обслуживание автомобиля.

5.9. Обеспечение жизнедеятельности аспирантов и молодых ученых.

На базе Управления социальной и молодежной политики сформирован единый сервис заселения студентов, аспирантов и молодых ученых в общежития.

В целях информирования аспирантов и молодых ученых разработана новая версия сайта кампуса ЮФУ (<https://studgorodok.sfedu.ru>).

В связи с завершением строительства общежития № 9А и в целях поддержки молодых ученых разработана и запущена программа предоставления на условиях социального найма жилых помещений молодым ученым университета (по результатам конкурсного отбора).

В составе Управления комплексного обслуживания обучающихся функционирует 17 студенческих общежитий.

Работы по обеспечению обучающихся, аспирантов и молодых ученых осуществляются руководством Управления комплексного обслуживания обучающихся, студенческого городка (СГ) на основании утвержденных внутренних нормативных документов: «Положение о студенческом городке ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», «Правила внутреннего распорядка в общежитиях студенческого городка Южного федерального университета», «Положение «О порядке распределения жилых помещений (мест) в студенческих общежитиях», утвержденном приказом от 28.01.2014 № П33-ОД, и включают в себя:

- составление ППР помещений, оборудования на год, месяц, неделю;
- техническое обслуживание оборудования и механизмов;
- создание необходимых бытовых условий для проживания обучающихся;
- содержание и благоустройство зданий общежитий и территории студенческого городка в соответствии с санитарными и техническими нормами;
- проведение аварийно-восстановительных работ;
- составление отчетов.

5.10. Развитие ИТ-инфраструктуры университета с 2014 году выполнялось в соответствии со следующими основополагающими документами: Программа развития ЮФУ до 2021 г., Программа информатизации ЮФУ на 2013-2015 гг., утверждённая приказом ЮФУ от 26.04.2013 №182-ОД.

Все действия в области информационных технологий согласовываются с ИТ-дирекцией ЮФУ – экспертным органом Университета в области информатизации, созданной приказом от 01.02.2013 № 38-ОД, в состав которой входят 37 представителей подразделений.

Концепция информатизации на ближайший период была рассмотрена на заседании ректората 9 декабря 2013 г. и содержала следующие основные направления:

- формирование интегрированной системы автоматизации основных бизнес-процессов;

- формирование централизованной системы учета и контроля средств вычислительной техники (СВТ) и лицензий ПО, централизованная техническая поддержка подразделений;
- официальный портал sfedu.ru - увеличение позиций в основных рейтингах, единая авторизация, распределённый контент, интеграция с системой автоматизации;
- современная кабельная инфраструктура и WiFi во всех корпусах;
- повсеместное внедрение корпоративной IP-телефонии - уход от традиционной электросвязи;
- отказоустойчивый распределённый центр обработки данных и магистральные каналы связи;
- современная система видеоконференцсвязи в каждом корпусе ЮФУ.

Управление ИТ-инфраструктурой включает:

- серверную инфраструктуру: внедрено в ЮФУ инновационное распределенное решение IBM PureFlex;
- сетевую инфраструктуру: высокоскоростной канал (10Гбит/с) между ЦОД главного корпуса и западным ЦОД;
- оптический канал связи до зданий на Днепровском, 116.
- телефонию: оптимизировано ~200 номеров/аб.линий электросвязи; инвентаризированы все договора на услуги электросвязи (122 договора с 15 организациями);
- возможность прямого звонка извне на IP-телефон через добавочный номер.
- видеоконференцсвязь: 2 ВКС-зала в главном корпусе, зал заседаний диссертационных советов в главном корпусе, зал в г. Таганроге;
- введена в эксплуатацию платформа вебинаров на базе Microsoft Lync;
- структурированные кабельные сети: создано 427 портов в 5 корпусах.

5.11 Развитие единого информационного пространства и учетных систем

Развитие единого информационного пространства:

Личный кабинет студента на официальном сайте, концепция нового дизайна сайта;

- созданы аккаунты @sfedu.ru для всех студентов – активированы 5405 адресов;
- система единой авторизации (OpenID) распространена на учетные системы и сайт.

Развитие учетных систем:

- внедрение 1С: Университет: Движение контингента студентов, Планирование учебного процесса, Автоматизация аспирантуры, Трудоустройство;
- переход на эксплуатацию 1С-БИТ Зарплата и кадры 8.3:
 - создан сервис удаленного доступа с использованием сертифицированных аппаратных ключей защиты;
 - успешное подключение и эксплуатация Единой информационной системы государственной аттестации (ЕГИСМ);
 - разработанный и внедренный Управлением информационно-коммуникационной инфраструктуры в соответствии с приказом от 06.06.2014 №242-ОД сервис доступа с использованием аппаратных ключей защиты позволил обеспечить полноценную эксплуатацию систем автоматизации бухгалтерского и зарплатно-кадрового учета всеми подразделениями университета;
 - обновлена система электронного документооборота «DocsVision» до версии 5.3, что позволило увеличить производительность системы;
 - отделом единого информационного пространства Управления информационно-коммуникационной инфраструктуры в 2014 году выполнено приведение официального сайта ЮФУ в соответствие с требованиями приказа Рособнадзора N785 от 29.05.2014 к контенту и структуре сайта вуза.

Владельцем процесса «Управление ИТ-инфраструктурой» является Первый проректор ЮФУ, начальник управления информационно-коммуникационной инфраструктурой.

6 РЕСУРСЫ

6.1 Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями И.МР-6.3(3.7*)-2015 «Управление инфраструктурой и производственной средой» необходимы следующие ресурсы:

- квалифицированный персонал - сотрудники структурных подразделений ЮФУ, занимающиеся управлением, поддержанием и развитием инфраструктуры ЮФУ;
- финансовые и материальные ресурсы;
- настоящая Инструкция в электронном виде, при необходимости, на серверах ЮФУ;
- информационные ресурсы (при необходимости);

7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

7.1 Подлинник актуализированной настоящей инструкции хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

7.2 Регистрация, рассылка и хранение документированной процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

7.3 Записями, имеющими отношение к данной инструкции, являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения
1	Протоколы выявленных несоответствий	СМК-6.3 (3.7*)	Управление строительства и развития социальной инфраструктуры	3 года
2	Акт выполненных работ	СМК-6.3 (3.7*)	Управление строительства и развития социальной инфраструктуры	3 года
3	План предупредительного ремонта (ППП)	СМК-6.3 (3.7*)	Управление строительства и развития социальной инфраструктуры	3 года
4	Эксплуатационный журнал дежурного	СМК-6.3 (3.7*)	Управление строительства и развития социальной инфраструктуры	3 года

8 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую инструкцию проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

9 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей инструкции возлагается на проректоров по направлениям: первого проректора, проректора по развитию инфраструктуры, проректора по организации материально-технического обеспечения.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД



П.Н. Филиппенко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

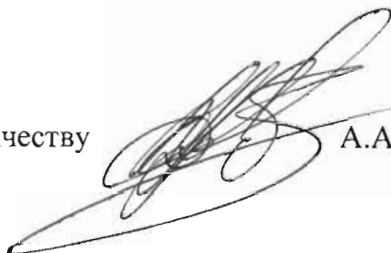


И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

И.МР-6.3(3.7*)-2015 «Управление инфраструктурой и производственной средой»

№ измене ния	Номера листов/страниц				Всего листов в документе	Номер заявки на изменение	Дата внесения изменения	Подпись лица, ответственного за внесение изменений
	изменен ных	заменен ных	новых	аннулиро ванных				

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА

И.МР-6.3(3.7*)-2015 «Управление инфраструктурой и производственной средой»

Дата актуализации	Причина проверки	Решение по результатам проверки	Подпись лица, выполнившего проверку	Ф.И.О. лица выполнившего проверку



Приложение № 17 к приказу

от 27.10.2015 № 461-01

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ



СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	10
4 ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	10
5 РЕСУРСЫ	15
6 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	15
7 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	16
8 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА	16
ПРИЛОЖЕНИЕ. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ.....	17
Приложение А. Блок-схема процедуры управления обеспечением безопасности ЮФУ	17
(СМК-6.3(3.9)-БСП)	17
(СМК-6.3(3.9)-ИДГО)	19
Приложение В. Обучение учащихся и студентов	28
1. На каких курсах и по каким направлениям (специальностям) проводится обучение студентов по гражданской обороне	28
2. Оценка проводимых учебных занятий со студентами по гражданской обороне.....	28
3. Количество студентов, включивших в дипломные работы вопросы гражданской обороны.	28
4. Состояние учебно-материальной базы.....	28
5. Сведения о преподавателях	28
6. Выводы и предложения.	28
Приложение Г. Форма отчета о выполнении противопожарных и антитеррористических мероприятий	29
(СМК-6.3(3.9)-ОтПА).....	29

Приложение Д. Форма отчета по форме ПБОУ (пожарная безопасность образовательного учреждения)	30
(СМК-6.3(3.9)-ОтПБ)	30
Приложение Е. Форма Соглашения по охране труда.....	32
(СМК-6.3(3.9)-СОТ)	32
Приложение Ж. Форма Журнала учета выдачи инструкций по охране труда для работников подразделений (служб) предприятия.....	33
(СМК-6.3(3.9)-ЖИОТ)	33
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	35
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА	36
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	37

Примечание:

1. Вводится ДП.МР-6.3(3.9)-2015 взамен ДП.МР-6.3(3.9)-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

- 1.1 Настоящая Документированная процедура определяет ответственность и порядок выполнения работ связанных с обеспечением безопасности в ЮФУ.
- 1.2 Документированная процедура ДП.МР-6.3(3.9)-2015 «Обеспечение безопасности жизнедеятельности» соответствует требованиям МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012.
- 1.3 Ответственным за реализацию процесса МР 6.3(3.9) «Обеспечение безопасности жизнедеятельности» является проректор по организации материально-технического обеспечения.
- 1.4 Действия настоящей Документированной процедуры распространяются на управление обеспечения безопасного функционирования, управление по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета, управление мобилизационной подготовки; структурные подразделения, должностных лиц, сотрудников и студентов ЮФУ.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Документированная процедура разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования;
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК»;
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ»;
- Закон РФ № 2487-1 от 11.03.1992 г. (ред. от 31.12.2014) «О частной детективной и охранной деятельности»;
- Постановление Правительства РФ № 587 от 14.08.1992 г. (в ред. Постановления Правительства РФ от 30.07.2009 N 629) «Вопросы частной детективной (сыскной) и частной охранной деятельности»;
- Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака";
- Федеральный закон РФ «О гражданской обороне» от 12 февраля 1998 г. № 28-ФЗ (с изменениями на 29 июня 2015 года);
- Федеральный закон РФ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ (ред. от 02.05.2015 с изменениями, вступившими в силу с 13.05.2015) »;
- Федеральный закон от 28 декабря 2010 г. N 390-ФЗ "О безопасности»;
- Федеральный закон РФ «О пожарной безопасности» от 21 декабря 1994 г. № 69-ФЗ (ред. от 13.07.2015 с изменениями, вступившими в силу с 24.07.2015);
- Федеральный закон РФ «О радиационной безопасности населения» от 9 января 1996 г. № 3-ФЗ (с изменениями на 19 июля 2011 года);
- Федеральный закон РФ «Об обороне» от 31 мая 1996 г. № 61 –ФЗ (с изменениями на 12 февраля 2015 года)
- Федеральный закон РФ «О чрезвычайном положении» от 30 мая 2001 г. № 3-ФЗ
 - «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30 декабря 2001 г. № 3 95-ФЗ (принят ГД ФС РФ 20.12.2001), (действующая редакция от 29.06.2015)

- Федеральный закон РФ «О военном положении» от 30 января 2002 г. № 1-ФКЗ «О противодействии терроризму» от 6 марта 2006 г. № 35-ФЗ;
- Указ Президента РФ от 27.05.96 N 784 (ред. от 08.05.2005) «Вопросы гражданской обороны Российской Федерации»;
- Приказ Министерства Российской Федерации «О создании Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России)» от 10 января 1994 г. № 66;
- Указ Президента РФ «О совершенствовании единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» от 28 августа 2003 г. №991 (с изменениями и дополнениями от: 11 июля 2004 г., 29 июня 2013 г.);
- «Положение о Министерстве Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий» от 11 июля 2004 г. № 868 (с изменениями и дополнениями от 12 марта 2015 г);
- Постановление Правительства РФ «Об утверждении Положения о государственном надзоре в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, осуществляемом Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий» от 1 декабря 2005 г. № 712;
- Постановление Правительства РФ «О регистрации объектов в государственном реестре опасных производственных объектов» от 24 ноября 1998 г. № 1371 (ред. от 15.08.2014);
- Постановление Правительства РФ «О создании локальных систем оповещения в районах размещения потенциально опасных объектов» от 1 марта 1993 г. № 178;
- Постановление Правительства РФ «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» от 30 декабря 2003 г. № 794 (ред. от 14 апреля 2015 г.) ;
- Постановление Правительства РФ «О порядке создания и использования резервов материальных ресурсов для ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 10 ноября 1996 г. № 1340;
- Положение об организации обеспечения населения средствами индивидуальной защиты, утвержденное приказом МЧС России от 1 октября 2014 г. N 543;
- Постановление Правительства РФ «О порядке сбора и обмена в РФ информацией в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 24 марта 1997 г. № 334;
- Постановление Правительства РФ «О подготовке населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 4 сентября 2003 г. № 547;
- «Об утверждении положения об организации обучения населения в области гражданской обороны» от 2 ноября 2000 г. № 841 (с изменениями и дополнениями от:15 августа 2006 г., 22 октября 2008 г., 9 апреля 2015 г.);
- Постановление Правительства РФ «О накоплении, хранении и использовании в целях гражданской обороны запасов материально-технических, продовольственных, медицинских и иных средств» от 27 апреля 2000 г. № 379 (с изменениями и дополнениями от: 1 февраля 2005 г., 15 июня 2009 г., 23 декабря 2011 г);
- Постановление Правительства РФ «О порядке создания убежищ и иных объектов гражданской обороны» от 29 ноября 1999 г. № 1309 (с изменениями и дополнениями от: 18 июля 2015 г.);
- Постановление Правительства РФ «О возмещении расходов на подготовку и проведение мероприятий по гражданской обороне» от 16 марта 2000 г. № 227;

- Постановление Правительства РФ «О федеральных службах гражданской обороны» от 18 ноября 1999 г. № 1266 (в ред. Постановления Правительства РФ от 08.08.2003 N 475);
- Постановление Правительства РФ «О создании (назначении) в организациях структурных подразделений (работников), специально уполномоченных на решение задач в области гражданской обороны» от 10 июля 1999 г. № 782 (с изменениями и дополнениями от: 2 декабря 2004 г., 1 февраля 2005 г., 30 мая 2013 г.);
- Постановление Правительства РФ от 26 ноября 2007 г. N 804 «Об утверждении Положения о гражданской обороне в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства РФ «О порядке отнесения территорий к группам по гражданской обороне» от 3 октября 1998 г. № 1149 (с изменениями и дополнениями от 1 февраля 2005 г.);
- Постановление Правительства РФ «О порядке выделения средств из резервного фонда Правительства Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и последствий стихийных бедствий» от 26 октября 2000 г. № 810 (ред. от 20.11.2002);
- Постановление Правительства РФ «О порядке отнесения организаций к категориям по гражданской обороне» от 19 сентября 1998 г. № 1115;
- Распоряжение Правительства РФ «Об использовании современных технических средств массовой информации в целях совершенствования подготовки населения в области гражданской обороны, защиты от чрезвычайных ситуаций, пожарной безопасности и охраны общественного порядка, а также своевременного оповещения, и оперативного информирования граждан о чрезвычайных ситуациях и угрозе террористических актов» от 14 сентября 2004 г. №1327-р;
- Приказ МЧС РФ от 1 октября 2014 г. N 543 "Об утверждении Положения об организации обеспечения населения средствами индивидуальной защиты";
- Приказ МЧС РФ «Об утверждении Порядка создания нештатных аварийно-спасательных формирований» от 23 декабря 2005 г. № 999 (с изменениями и дополнениями от: 22 августа 2011 г., 30 июня 2014 г.);
- Приказ МЧС РФ «Об утверждении порядка содержания и использования защитных сооружений гражданской обороны в мирное время» от 21 июля 2005 г. №575;
- Приказ МЧС РФ «Об утверждении Перечня единых регламентирующих документов по организации планирования и управления деятельностью в системе МЧС России» от 21 июля 2005 г. № 576;
- Приказ МЧС РФ, МВД РФ и ФСБ РФ от 31 мая 2005 г. N 428/432/321 «О порядке размещения современных технических средств массовой информации в местах массового, пребывания людей в целях подготовки населения в области гражданской обороны, защиты чрезвычайных ситуаций, обеспечения пожарной безопасности и охраны общественного порядка, а также своевременного оповещения и оперативного информирования граждан о чрезвычайных ситуациях и угрозе террористических акций»;
- Приказ МЧС РФ «Об утверждении типового паспорта безопасности территорий субъектов Российской Федерации и муниципальных образований» от 25 октября 2004 г. № 484 (с изменениями и дополнениями от 11 сентября 2013 г.);
- Приказ МЧС РФ «Об утверждении типового паспорта безопасности опасного объекта» от 4 ноября 2004 г. № 506;
- Приказ МЧС РФ «Об утверждении перечня уполномоченных работников проходящих переподготовку или повышение квалификации в учебных заведениях Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, учреждениях повышения квалификации федеральных органов

исполнительной власти и организаций, учебно-методических центрах по ГО и ЧС субъектов РФ и на курсах гражданской обороны муниципальных образований» от 19 января 2004 г. № 19;

- Приказ МЧС РФ «Об утверждении и введении в действие правил эксплуатации защитных сооружений гражданской обороны» от 15 декабря 2002 г. № 583 (с изменениями и дополнениями от 9 августа 2010 г.);

- Приказ МЧС РФ «Об утверждении требований по предупреждению чрезвычайных ситуаций на потенциально опасных объектах и объектах жизнеобеспечения» от 28 февраля 2003 г. № 105

- Приказ МЧС РФ «Об утверждении и введении в действие правил пользования и содержания средств индивидуальной защиты, приборов радиационной, химической разведки и контроля» от 27 мая 2003 г. № 285 (изменениями и дополнениями от: 10 марта 2006 г., 19 апреля 2010 г.).

- Приказ МЧС РФ «О введении в действие Инструкции о сроках и формах представления информации в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 7 июля 1997 г. № 382 (в ред. Приказа МЧС РФ от 08.07.2004 N 329).

- Приказ МЧС РФ «Об утверждении правил пожарной безопасности в Российской Федерации ППБ 0103» от 18 июня 2003 г. № 313.

- Приказ МЧС РФ «Об утверждении норм пожарной безопасности "Перечень зданий, сооружений, помещений и оборудования, подлежащих защите автоматическими установками пожаротушения и автоматической пожарной сигнализацией" (НПБ 110-03)» от 18 июня 2003 г. № 315

- Приказ МЧС РФ «Об утверждении инструкции по организации и осуществлению государственного пожарного надзора в Российской Федерации» от 17 марта 2003 г. № 132 (в ред. Приказа МЧС РФ от 26.04.2005 N 353).

- Приказ Минобрнауки РФ «О мерах по обеспечению пожарной безопасности» от 5 марта 2005 г. №62

- Приказ Минобрнауки РФ «Положение о функциональной подсистеме предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в сфере деятельности Министерства образования и науки Российской Федерации и находящихся в его ведении федеральных служб и федеральных агентств» от 26 сентября 2005 г. №245.

- Приказ Рособразования «Об организационной структуре гражданской обороны Федерального агентства по образованию в 2005 году» от 25 июля 2005 г. № 723.

- Приказ Рособразования «Об организации обучения по гражданской обороне и действиям в чрезвычайных ситуациях в 2006 году сотрудников центрального аппарата Федерального агентства по образованию» от 24 марта 2006 г. № 187.

- «О региональных центрах безопасности образовательных учреждений» от 11 ноября 2005 г. № 1377.

- Приказ Минобрнауки РФ «Об утверждении Инструкции по соблюдению правил пожарной безопасности в помещениях зданий Федерального агентства по образованию» от 14 сентября 2004 г. № 102.

- Приказ Рособразования «Об утверждении форм отраслевой отчетности по пожарной безопасности образовательных учреждений» от 22 ноября 2005 г. № 1455.

- Закон РФ от 06.03.1998 г. «О воинской обязанности и воинской службе» (действующая редакция от 29.06.2015).

- Закон РФ от 26.02.1997 г. «О мобилизационной подготовке и мобилизации в РФ» (с изменениями, внесенными Федеральным законом от 05.04.2013 N 55-ФЗ.).

- Закон РФ от 24.04.1996 г. «Об обороне».
- Постановление Правительства РФ № 1541 от 25.12.1998 г. «Положение о воинском учете» (с изменениями и дополнениями от: 14 августа 2002 г., 12 февраля, 8 августа 2003 г., 6 февраля 2004 г., 30 декабря 2005 г.)
 - «Перечень по бронированию» № 163 от 17.11.2000 г. (в ред. Приказов Министра обороны РФ от 02.12.1997 N 442, от 16.02.2009 N 57).
 - Инструкция № в-925с от 22.12.1999 г. «По бронированию на период мобилизации и на военное время граждан РФ в запасе Вооруженных Сил РФ»
 - Трудовой кодекс Российской Федерации (Федеральный закон от 30.12.01 г. № 197-ФЗ), (ред. от 13.07.2015).
 - Федеральный закон от 17.07.99г. № 181-ФЗ «Об основах охраны труда в Российской Федерации» (ред. от 09.05.2005, с изм. от 26.12.2005).
 - Государственный стандарт ГОСТ Р 12.0.006 - 2002 «Общие требования к системе управления охраной труда в организации».
 - Рекомендации по организации работы службы охраны труда в организации. (Постановление Минтруда РФ от 08.02.2000 г. № 14) (ред. от 12.02.2014).
 - Типовое положение о службе охраны труда образовательного учреждения высшего, среднего и начального профессионального образования системы Минобразования России. (Утверждено приказом Минобразования РФ от 11.03.98 г. № 662) (в ред. на июль 2011 года)
 - Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях». (Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.11.02 г. № 44).
- Санитарные правила и нормы СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий». (Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 08.04.03 г. №34).
- Письмо Минобразования РФ от 22.06.2000 г. № 22-06-723 «Об осуществлении контрольных функций органов управления образованием»
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 27 марта 2006 г. N 69 «Об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха педагогических и других работников образовательных учреждений».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (с изменениями и дополнениями на 5 декабря 2014 года).
- «Нормы предельно допустимых нагрузок для лиц моложе 18 лет при подъеме и перемещении тяжестей вручную». (Утверждены постановлением Минтруда РФ от 07.04.99г. № 7).
- Нормы предельно допустимых нагрузок для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную. (Утверждены постановлением Правительства РФ от 06.02.93г. № 105).
- Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03. (Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 13.06.03 г. № 118).

- Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.2.2.1332-03 «Гигиенические требования к организации работы на копировально-множительной технике». (Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 30.05.03 г. №107).
- ФЗ РФ от 22 июля 2008 года N 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности» (с изменениями на 13 июля 2015 года).
- Правила пожарной безопасности в Российской Федерации ППБ 01-03. (Утверждены приказом МЧС РФ от 18.06.03 г. № 313).
- Нормы пожарной безопасности НПБНО-03 «Перечень зданий, сооружений, помещений и оборудования, подлежащих защите автоматическими установками пожаротушения и автоматической пожарной сигнализацией». (Утверждены приказом МЧС РФ от 18. Об. 03 г. № 315).
- Нормы пожарной безопасности НПБ 104-03 «Системы оповещения и управления эвакуацией людей при пожарах в зданиях и сооружениях». (Утверждены приказом МЧС РФ от 20.06.03 г. № 323).
- Типовые отраслевые нормы бесплатной выдачи спецодежды, спецобуви и других средств индивидуальной защиты работникам учебных заведений. (Утверждены постановлением Минтруда РФ от 29.12.97 г. № 68).Ред. от 17.12.2001 г.
- Типовые нормы бесплатной выдачи спецодежды, спецобуви и других средств индивидуальной защиты работникам сквозных профессий и должностей всех отраслей экономики. (Утверждены постановлением Минтруда РФ от 30.12.97 г. № 69).
- Правила обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты. (Утверждены постановлением Минтруда РФ от 18.12.98г. №51) (с изменениями от 27 января 2010 г.).
- Постановление Минтруда РФ от 03.02.2004 N 7 "О внесении изменений и дополнений в Правила обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.02.2004 N 5583).
- Приказ Минздравсоцразвития от 17 декабря 2010 года N 1122н Об утверждении типовых норм бесплатной выдачи работникам смывающих и (или) обезвреживающих средств и стандарта безопасности труда "Обеспечение работников смывающими и (или) обезвреживающими средствами".
- Инструкция по организации и проведению туристских походов, экспедиций и экскурсий (путешествий) с учащимися, воспитанниками и студентами по РФ. (Утверждена приказом Минобразования РФ от 13.07.92 г. № 293).
- ГОСТ 12.0.004-90 «Организация обучения безопасности труда. Общие положения».
- Постановление Минтруда РФ и Минобразования РФ от 13.01.03 г. № 1/29 «Об утверждении Порядка обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций».
- Правила устройства электроустановок (ПУЭ). Министерство энергетики Российской Федерации, приказ от 8 июля 2002 г. N 204.
- Правила эксплуатации электроустановок потребителей. (Утверждены начальником Главгосэнергонадзора России 31.03.92 г.) (с изменениями от 25.07.2000 № 32-01-08/77-ЭТ).
- Межотраслевые правила по охране труда (правила безопасности) при эксплуатации электроустановок. ПОТ Р М - 016-2001. РД 153-34.0-03.150-00 (Утверждены постановлением Минтруда РФ от 05.01.01 г. № 3 и приказом Министерства энергетики РФ от 27.12.2000 г. № 163).
- Постановление Правительства РФ от 20 июля 2013 г. N 610 "О федеральном государственном энергетическом надзоре".

- Инструкция по применению и испытанию средств защиты, используемых в электроустановках. (Утверждена приказом Министерства энергетики России от 30.06.03 г. №261).
- Положение об организации обучения и проверки знаний правил по электробезопасности работников образовательных учреждений системы Минобразования России. (Утверждено приказом Минобразования РФ от 06.10.98 г. № 2535).
- ФЗ РФ N 426-ФЗ "О специальной оценке условий труда" от 28 декабря 2013 г.
- Руководство Р 2.2.755-99 «Гигиенические критерии оценки и классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса». (Утверждено Главным государственным санитарным врачом РФ 23.04.99 г.)
- Положение о порядке установления доплат за неблагоприятные условия труда в учреждениях и организациях системы Гособразования СССР. (Утверждено приказом Гособразования СССР от 20.08.90 г. № 5 79).
- Положение о проведении планово-предупредительного ремонта зданий и сооружений МДС 13-14.2000. (Утверждено постановлением Госстроя СССР от 29.12.73 г. № 279).
- Методические рекомендации по разработке государственных нормативных требований охраны труда (Утверждены постановлением Минтруда РФ от 17.12.02г. №80).
- Положение об административно-общественном контроле по охране труда в учреждениях образования. (Утверждено постановлением Президиума ВЦСПС от 01.07.97г. №7).
- Постановление Минтруда РФ от 24.10.02 г. № 73 «Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и Положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях» (в ред. от 20.02.2014).
- ФЗ РФ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" и Постановление Правительства РФ от 15 мая 2006 г. № 286 "Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (в ред. Постановлений Правительства РФ от 27.10.2008 N 787, от 24.03.2011 N 204).
- Положение о расследовании и учете профессиональных заболеваний. (Утверждено постановлением Правительства РФ от 15.12.2000 г. № 967) (ред. от 24.12.2014).
- Приказ Минздрава РФ от 28.05.01 г. № 176 «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в РФ» (с изменениями на 15 августа 2011 года).
- Федеральный закон от 16.07.99г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (редакция от 01.12.2014).
- Федеральный закон от 24.07.98 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (с изм. ФЗ от 28.06.2014 №188-ФЗ, от 21.07.2014 №216-ФЗ, от 01.12.2014 №406-ФЗ).
- Приказ Фонда социального страхования РФ от 13.01.2000г. №6 «О переходе на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей Документированной процедуре применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

- АХР - административно-хозяйственная работа;
- ГО - гражданская оборона;
- ОПС — охранно-пожарная сигнализация;
- Отдел ОТ и ТБ – отдел охраны труда и техники безопасности;
- ОС — охранная сигнализация;
- НПР – научно-педагогические работники;
- СМК – система менеджмента качества;
- СП – структурное подразделение;
- ЧС - чрезвычайная ситуация;
- УРПиПОДУ – управление по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета;
- УОБФ - Управление обеспечение безопасного функционирования;
- УМП - Управление мобилизационной подготовки;
- ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
- ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4 ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Общие положения

4.1.1 В систему обеспечения безопасности ЮФУ включены следующие направления работ:

- охрана общественного порядка в корпусах и общежитиях ЮФУ;
- охрана имущества ЮФУ;
- обеспечение пожарной безопасности объектов ЮФУ, включая мобилизационную работу в военное время;
- обеспечение безопасности студентов и сотрудников ЮФУ при производстве работ и чрезвычайных ситуациях;
- обеспечение гражданской обороны объекта экономики;
- военно-учетная работа, бронирование и мобилизационная работа, включая мобилизационную работу в военное время;
- контроль за соблюдением законодательства и иных нормативных правовых актов по охране труда и пожарной безопасности;
- оперативный контроль за состоянием охраны труда и соблюдением требований пожарной безопасности учебы в ЮФУ;
- организация профилактической работы по снижению травматизма в ЮФУ;
- участие в работе комиссий по контролю за состоянием охраны труда в ЮФУ;
- участие в планировании мероприятий по охране труда, составление отчетности по установленным формам, ведение документации;
- организация пропаганды по охране труда и пожарной безопасности;
- организация проведения инструктажей, обучения, проверки знаний по охране труда работников ЮФУ;

- обслуживание и монтаж охранной и пожарной сигнализации.

4.2 Описание процесса

4.2.1 Алгоритм процедуры управления обеспечением безопасности ЮФУ приведено в приложении 1 к данному документу.

4.2.2 Планирование работ по обеспечению безопасности

Планирование работ по обеспечению безопасности включает:

- планы на год;
- планы на месяц;
- оперативные планы.

Все планы по вышеперечисленным направлениям работ (п. 4.1.1) составляют ответственные за направления работ УОБФ, УМП. Направление:

- «Охрана общественного порядка в корпусах и общежитиях ЮФУ» - УОБФ;
- «Охрана имущества ЮФУ» - УОБФ;
- «Обеспечение пожарной безопасности объектов ЮФУ» - УОБФ;
- «Обеспечение безопасности студентов и сотрудников ЮФУ при производстве работ и чрезвычайных ситуациях» - начальник штаба гражданской обороны и оповещения;
- «Гражданская оборона» - начальник штаба гражданской обороны и оповещения ;
- «Мобилизационная работа в военное время» - управление мобилизационной подготовки (УМП);
- «Военно-учетная и мобилизационная работа» - УМП;
- «Обслуживание и монтаж охранной и пожарной сигнализации» - отдел технических средств охраны УОБФ.

4.2.3 Согласование и утверждение планов работ

План работ по обеспечению безопасности жизнедеятельности является общим для всех направлений и в его составлении принимают участие ответственные по каждому направлению работ. План утверждается ректором, а потом согласовывается:

- управлением ГО и ЧС г. Ростова-на-Дону;
- военным комиссариатом (областным);
- управлением ОВД.

Планы на месяц утверждаются проректором по организации материально-технического обеспечения.

4.2.4 Выполнение работ по обеспечению безопасности

Работы по обеспечению безопасности жизнедеятельности в ЮФУ осуществляются в соответствии с утвержденными планами (планы на год, планы на месяц, оперативные планы), положением о УОБФ, УМП, должностными инструкциями сотрудников УОБФ, УМП и следующими положениями и инструкциями:

- «Положение о комиссии по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной безопасности»;
- «Инструкция по пропускному и внутриобъектовому режиму в ЮФУ»;
- «Инструкция по мерам пожарной безопасности и действиям при пожаре»;
- «Инструкция о порядке осмотра зданий».

4.2.5 Контроль за выполнением работ по обеспечению безопасности

Контроль за выполнением работ по обеспечению безопасности осуществляют: УОБФ в соответствии с планами работ и графиками проверки. Указанными должностными лицами в рабочем порядке непрерывно осуществляются следующие виды контроля:

- Ежесуточный контроль:

а) Ответственные за направления работ проверяют состояние объектов и работу исполнителей в соответствии с ДИ, производят запись в «журналах рапортов», «постовых ведомостях», «журналах заявок».

б) Начальники смен проверяют исполнение функциональных обязанностей оперативными дежурными и сторожами УОБФ не реже четырех раз в день и двух раз в ночное время, производят записи в постовые ведомости.

– Еженедельный контроль: начальник УОБФ на основании планов работ и ДИ проверяют безопасность объектов и организацию службы на всех отдельно расположенных объектах, результаты проверки записываются в «Журнал рапортов».

– Ежемесячный контроль: начальник УОБФ проверяет выполнение запланированных мероприятий на месяц.

– Ежегодный контроль: начальники УОБФ и УМП участвуют в проверках (с участием представителей территориальных органов): комплексная проверка военно-учетной работы; комплексная проверка пожарной безопасности; тренировки на объектах по действиям при ЧС.

4.2.6 Отчетность

– Полугодовая отчетность составляется и штабом гражданской обороны и оповещения по формам:

1. Итоговый доклад о состоянии ГО в ЮФУ за отчетный период (см. Приложение Б, В). Составляется ежегодно в срок до 15 октября;

2. Готовность образовательного учреждения к новому учебному году составляется до 24 августа, ежегодно;

3. Отчет о выполнении противопожарных и антитеррористических мероприятия (см. Приложение Г) срок подачи 5 июля и 10 января текущего года;

4. Форма сообщений о происшествии и ЧС;

5. Отчет об учениях и тренировках по ГО и ЧС предоставляется в территориальный орган ФАС РФ через три дня после проведения;

6. Отчет по форме ПБОУ (пожарная безопасность образовательного учреждения) годовой отчет (см. Приложение Д) в срок до 10.01 передается в Рособразование;

7. Отчет об обеспечении безопасности образовательного учреждения составляется ежеквартально до 30 числа последнего месяца квартала. Предоставляется в Департамент образования.

– Военно-учетная и мобилизационная работа. Начальник штаба гражданской обороны и оповещения по формам:

1. форма № 6 «Обеспеченность трудовыми ресурсами» заполняется к 20 декабря текущего года;

2. форма № 18 «Карточка учета организации» заполняется к 01 октября текущего года. Все перечисленные выше отчеты (п. 4.2.6) утверждаются ректором. Утвержденные отчеты исполнители высылают в контролирующие государственные органы.

– Отчетность внутри подразделения:

1. Ежедневная — начальники смен службы безопасности и оперативные дежурные по результатам проверок составляют рапорт за сутки (по объекту). Результаты проверки заносятся в «Постовую ведомость» (за смену по всем объектам).

2. Ежемесячная — ответственные по направлениям работ составляют аналитическую справку об оперативном состоянии на объектах по соответствующим направлениям работ. Аналитические справки представляются ответственными по направлениям работ лично начальнику УОБФ.

4.2.7 Организация работ по охране труда

Права работников и обучающихся ЮФУ на здоровые и безопасные условия труда обеспечиваются:

- внедрением современных средств безопасности труда, предупреждающих производственный травматизм и возникновение профессиональных заболеваний работников;
- соответствием условий и охраны труда в ЮФУ законодательству в области охраны труда, государственным нормативным требованиям охраны труда;
- работой по охране труда, организованной в соответствии с ежегодным и перспективным (на 3 года) планами организационно-технических мероприятий по улучшению условий и охраны труда;
- заключением ежегодного Соглашения по охране труда с определением в нем организационных и технических мероприятий по охране труда, сроков их выполнения, ответственных должностных лиц и источников финансирования.

Для проведения мероприятий по охране труда, в том числе на обучение работников безопасным приемам работы, аттестацию рабочих мест ежегодно выделяются средства из всех источников финансирования, которые ежегодно уточняются в Соглашении по охране труда.

Соглашение по охране труда на календарный год как форма планирования и проведения мероприятий по охране труда заключается не позднее 15 февраля.

В структурных подразделениях, наделенных полномочиями юридического лица по доверенности ректора, заключаются соглашения по охране труда подразделений. Представителями сторон такого соглашения являются руководитель и председатель профбюро структурного подразделения. Подготовка соглашений, их заключение, исполнение и отчетность проводится в порядке, предусмотренном для Соглашений по охране труда в ЮФУ.

Аттестация рабочих мест в ЮФУ проводится согласно графику, включаемому в перспективный план организационно-технических мероприятий по улучшению условий труда, в соответствии с ФЗ РФ N 426-ФЗ от 28 декабря 2013 г "О специальной оценке условий труда", по ее результатам осуществляется работа по охране труда в порядке и сроки, установленные с учетом мнения Профсоюзной организации, с последующей сертифициацией работ по охране труда. В состав аттестационной комиссии включаются представители профсоюзной организации и комиссии по охране труда.

В ЮФУ осуществляется информирование работников о нормативных требованиях к условиям труда на рабочем месте, а также о фактическом состоянии этих условий, о существующем риске повреждения здоровья, о полагающихся компенсациях и средствах индивидуальной защиты.

Указанная информация предоставляется работниками сектора по охране труда УРПиПОДУ, руководителями подразделений, представителями комиссии по охране труда.

Производственный контроль за уровнем воздействия вредных и опасных производственных факторов на здоровье работников, а также факторов производственной среды в ЮФУ проводится в соответствии с ежегодно утверждаемой по согласованию с Профсоюзной организацией Программой производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Требования к оснащенности учебных аудиторий, учебных и производственных кабинетов установлены в нормативной документации, приведенной в разделе 2 настоящей Документированной процедуры.

В ЮФУ проводится периодическое обучение и инструктаж по охране труда, сохранению жизни и здоровья работников и обучающихся, безопасным методам и приемам выполнения работ в течение трудовой деятельности, а также всех поступающих на работу, переведенных на другую работу работников ЮФУ в соответствии с Порядком обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций, утвержденным Постановлением Минтруда РФ и Минобробразования РФ от 13.01.03 г. № 1/29.

При проведении разовых работ, не связанных с должностными обязанностями, предусмотренными трудовым договором или эффективным контрактом (погрузка, выгрузка, уборка территории, уборка помещений, мытье окон, разовые работы вне предприятия и др.) с

работниками проводится целевой инструктаж в соответствии с действующими в ЮФУ инструкциями по охране труда для данного вида работ.

Для НПР, учебно-вспомогательного персонала инструктирование и проверка знаний по охране труда проводится до начала учебного года.

Структурные подразделения ЮФУ в соответствии с характером, видами работ и профессиями обеспечиваются нормативными и справочными материалами по охране труда, правилами, инструкциями, журналами инструктажей (вводного и на рабочем месте) и другими материалами. Выдача инструкций по охране труда подразделениям фиксируется в Журнале учета выдачи инструкций по охране труда для работников подразделений (служб) предприятия (Приложение № Ж).

ЮФУ обеспечивает:

- прохождение бесплатных (для работника) обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) работников по их просьбам в соответствии с медицинским заключением;

- проведение мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний.

В ЮФУ обеспечивается обязательное социальное страхование всех работающих по трудовому договору или эффективному контракту от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с Федеральным законом от 24.07.98 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Расследование несчастных случаев на производстве проводится в соответствии с действующим законодательством в части их учета, принимаются меры к их предупреждению в дальнейшем.

Все кафедры, отделы, службы, вахты общежитий ЮФУ обеспечиваются средствами первой медицинской помощи и пополняются по мере необходимости.

Работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях или связанных с загрязнением и при выполнении разовых работ выдаются спецодежда, спецобувь и другие средства индивидуальной защиты, смывающие и обезвреживающие средства.

Работники ЮФУ, работающие во вредных условиях труда, в соответствии со статьей 222 ТК РФ снабжаются молоком и другими равноценными пищевыми продуктами.

4.2.8 Мониторинг и измерение процесса

Начальник УОБФ ЮФУ постоянно отслеживает контролируемые параметры процесса. Начальник УОБФ ЮФУ раз в полгода проводит оценку результативности и эффективности процесса в соответствии с И.СМК-8.2.3(4.1)-2015 «Методы мониторинга, измерения и анализа процессов» по следующим критериям в соответствии с направлениями работ:

1. Охрана общественного порядка в корпусах и общежитиях ЮФУ:
 - Своевременность пресечения: преступлений, административных правонарушений, нарушений правил внутреннего распорядка.
 - Количество привлечений нарядов милиции.
2. Охрана имущества ЮФУ:
 - Недопущение хищений и повреждений имущества.
 - Своевременность действий по срабатыванию охранной и пожарной сигнализации их количество.
 - Количество случаев предупреждений пожаров, хищений.
3. Обеспечение пожарной безопасности ЮФУ:
 - Оборудованность помещений средствами предупреждения пожара.

- Обеспеченность объектов средствами пожаротушения.
 - Своевременность выполнения предписаний ГПН.
- Начальник УМП ЮФУ раз в полгода проводит оценку результативности и эффективности процесса
4. Обеспечение безопасности при ГО и ЧС:
 - Своевременность проведения занятий, тренировок по делам ЧС.
 - Своевременность предоставления отчетов и сообщений.
 - Наличие формирований и команд ГО и ЧС и их способность действовать по назначению.
 5. Военно-учетная и мобилизационная работа:
 - Соответствие учетных документов приказам по личному составу о приеме, увольнении и зачислении сотрудников, студентов.
 6. Своевременность рассылки справок формы № 26 и списков в военные комиссариаты.
 7. Правильность заполнения учетных документов.
 8. Своевременность и достоверность отчетов направляемых в ФАО.

5 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП.МР-6.3(3.9)-2015 «Обеспечение безопасности жизнедеятельности» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- квалифицированный персонал;
- финансовые и материальные ресурсы;
- настоящая документированная процедура в электронном виде, при необходимости, на серверах ЮФУ;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей документированной процедурой;
- информационные ресурсы (при необходимости).

6 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

6.1 Подлинник актуализированной настоящей Документированной процедурой хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

6.2 Регистрация, рассылка и хранение Документированной процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

6.3 Записями, имеющими отношение к данной Документированной процедурой, являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения
1	Журнал рапортов	СМК-6.3(3.9)-ЖР	охраняемый объект	постоянно
2	Постовая ведомость	СМК-6.3(3.9)-ПВ	охраняемый объект	постоянно
3	Журнал заявок	СМК-6.3(3.9)-ЖЗ	охраняемый объект	постоянно
4	Итоговый доклад о состоянии ГО в ЮФУ за отчетный период	СМК-6.3(3.9)-ИДГО	штаб ГО и оповещения	3 года

5	Отчет о выполнении противопожарных и антитеррористических мероприятия	СМК-6.3(3.9)-ОтПА	УОБФ	1 год
6	Отчет по форме ПБОУ (пожарная безопасность образовательного учреждения)	СМК-6.3(3.9)-ОтПБ	УОБФ	1 год
7	Соглашение по охране труда	СМК-6.3(3.9)-СОТ	УОБФ	1 год
8	Журнал учета выдачи инструкций по охране труда для работников подразделений (служб) предприятия	СМК-6.3(3.9)-ЖИОТ	УОБФ	постоянно

7 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

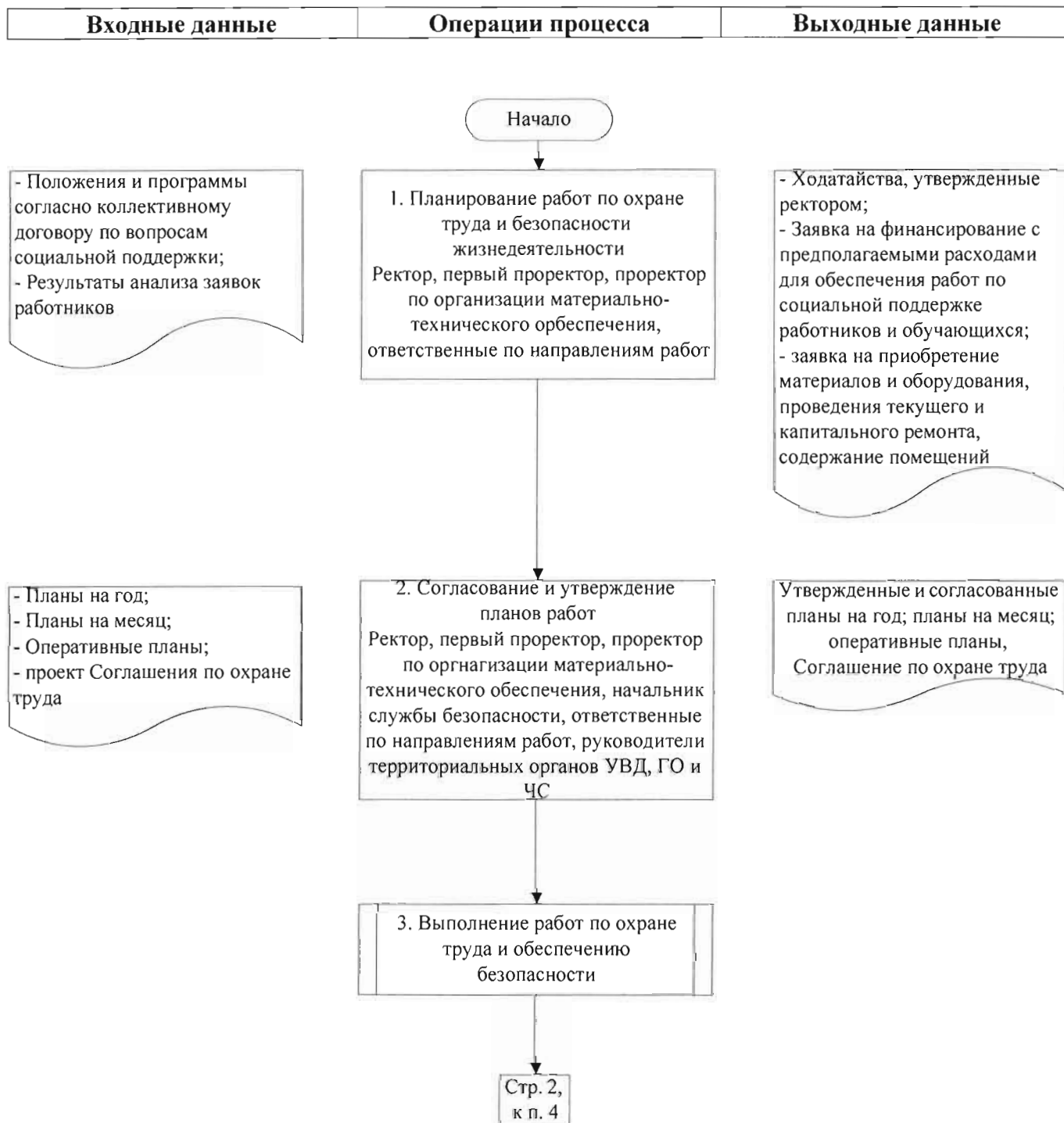
Внесение изменений в настоящую Документированную процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

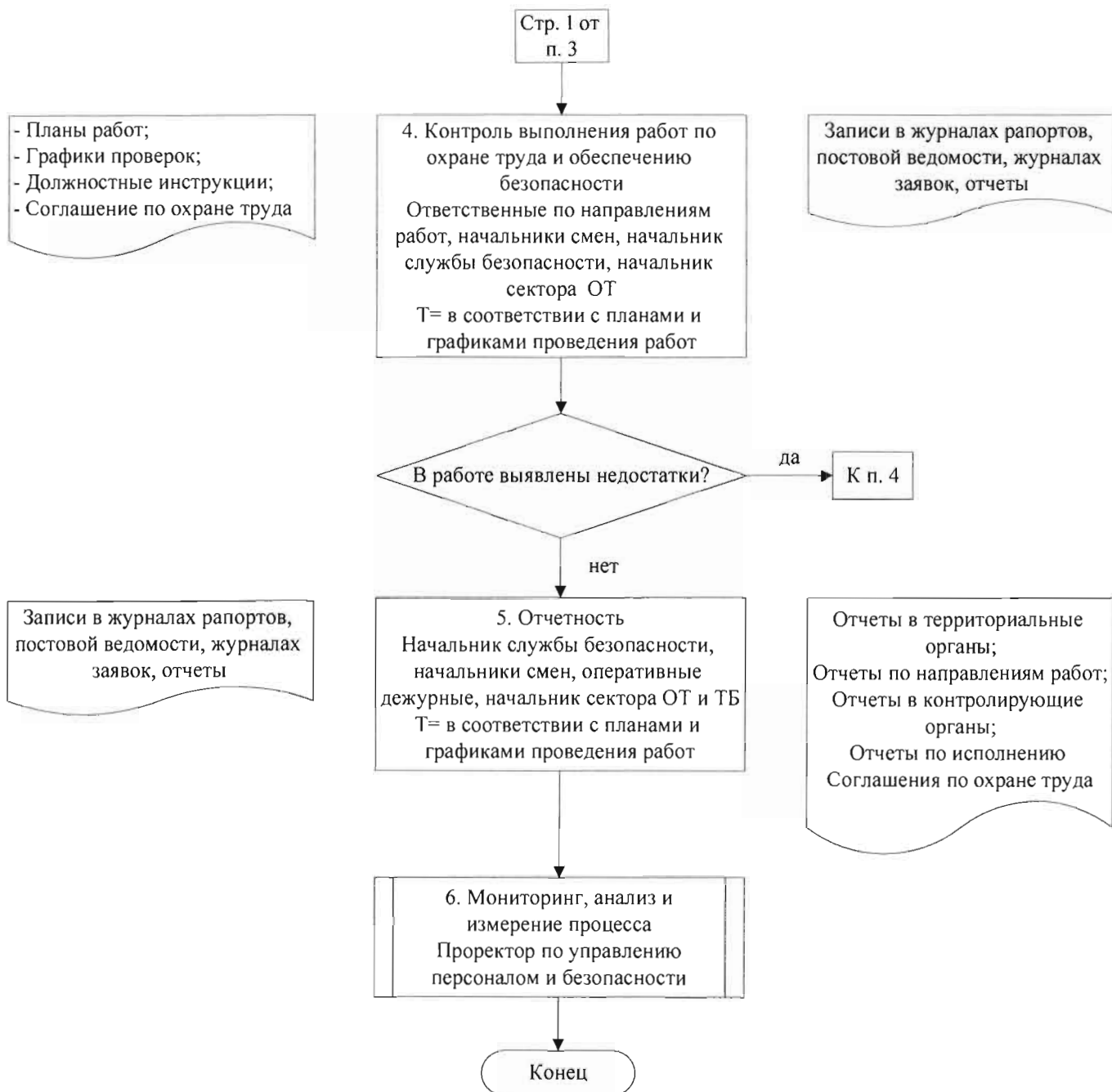
8 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей Документированной процедурой возлагается проректора по организации материально-технического функционирования ЮФУ.

ПРИЛОЖЕНИЕ. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ
(обязательное)

Приложение А. Блок-схема процедуры управления обеспечением безопасности ЮФУ
(СМК-6.3(3.9)-БСП)







Приложение Б. Форма итогового доклада о состоянии ГО в ЮФУ за отчетный период

(СМК-6.3(3.9)-ИДГО)

ДОКЛАД

о состоянии гражданской обороны в Южном федеральном университете за _____ год

Краткая характеристика объекта

1. Состояние системы управления
2. Состояние защиты сотрудников и обучающихся
3. Подготовка объектов к работе в условиях военного времени
4. Силы и средства ГО
5. Обучение студентов и учащихся по гражданской обороне
6. Состояние учебно-материальной базы

Выводы и предложения по обучению студентов

Ректор ЮФУ

Ф.И.О.

Приложение № 1
к итоговому докладу о
состоянии ГО в ЮФУ

Сведения о наличии защитных сооружений на _____ г.

Наименование объекта (категория ГО объекта и города)	Численность личного состава, подлежащего укрытию, чел.		Количество и вместимость убежищ, шт/чел.		Количество и вместимость ПРУ, отвечающих требованиям ИТМ ГО, шт/чел.	Укрывается в метро, чел.	Вместимость подвалов и др. заглубленных помещений, которые могут быть использованы для укрытия, чел.
	В мирное время	В военное время	Всего всех классов	В т.ч. отвеча- ющих требова- ниям ИТМ ГО			
1	2	3	4	5	6	7	8
Южный федеральный университет							



Приложение № 2
к итоговому докладу о
состоянии ГО в ЮФУ

СВЕДЕНИЯ
о наличии средств противорадиационной и противохимической
защиты для гражданской обороны ЮФУ на ____ г.

Наименование	Положено по таблице	Наличие на ____ г.			Списано или переведено в учебн.	Заявляется на ____ г.
		всего	В том числе			
			В __ группе накопл.	В запасе объекта		

Начальник штаба ГО и оповещения

Ф.И.О.



Приложение № 3
к итоговому докладу о
состоянии ГО в ЮФУ

Наличие медицинского имущества для гражданской обороны ЮФУ на _____ г.

Наименование имущества	Положено по табелю	Наличие на _____ г.			Подлежит списанию	Заявляется на _____ г.
		всего	В том числе			
			В __ группе накопл.	В запасе объекта		

Начальник штаба ГО и оповещения

Ф.И.О.



Приложение № 4
к итоговому докладу о
состоянии ГО в ЮФУ

СВЕДЕНИЯ
о наличии средств связи и оповещения ЮФУ на _____ г.

Наименование средств оповещения	По состоянию на _____ г.				Заявляется на _____ г.
	Всего		В том числе НВФ		
	требуется	имеется	требуется	имеется	
1. Средства радиосвязи:					
2. Средства проводной связи:					
3. Средства оповещения:					

Начальник штаба ГО и оповещения

Ф.И.О.



Приложение № 5
к итоговому докладу о
состоянии ГО в ЮФУ

НАЛИЧИЕ
невоенизированных формирований в ЮФУ на _____ г.

Наименование формирований	Количество формирований	Их численность
Спасательные:		
Санитарные:		
Аварийно-технические:		
Противопожарные:		
Охраны общественного порядка:		
Разведывательные:		
Связь:		
Обеззараживание:		
ППР и ПХР:		
Обслуживание общих укрытий:		

Начальник штаба ГО и оповещения

Ф.И.О.

Приложение № 6
к итоговому докладу о
состоянии ГО в ЮФУ

Данные по эвакуации в ЮФУ на _____ г.

Полежит эвакуации				Пункт эвакуации (почтовый адрес, № телефона). Основание для закрепления пункта эвакуации, № и дата решения администрации, кем выдан ордер, расстояние до пункта назначения	База для размещения пункта эвакуации, служебная площадь, площадь для расселения	Отправление с постоянного пункта дислокации														
Всего	Постоянного состава	Студентов	Членов их семей			До места назначения						До промежуточного пункта								
				ж/д транспорт			автотранспорт			Пешим порядком			Наименование промежуточного пункта			Пешим порядком (кол. чел.)			ж/д или автотранспортом	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15						



Приложение № 7
к итоговому докладу о
состоянии ГО в ЮФУ

Сведения о штатных работниках гражданской обороны ЮФУ на _____ г.

Занимаемая должность	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Образование	С какого времени работает в учебном заведении	Должностной оклад	Телефон рабочий, домашний

Ректор ЮФУ

Ф.И.О.



Приложение № 8
к итоговому докладу о
состоянии ГО в ЮФУ

Сведения о профессорско-преподавательском составе кафедры БЖД ЮФУ на _____ г.

№	Воинское звание, фамилия, имя, отчество	Должность	Год рождения	Образование, научно- педагогическ ий стаж	Прохож дение сборов в АГЗ МЧС России (месяц, год)	Когда плани- руется на сборы в АГЗ МЧС России	Теле- фон рабо- чий

Ректор ЮФУ

Ф.И.О.

Приложение В. Обучение учащихся и студентов

1. На каких курсах и по каким направлениям (специальностям) проводится обучение студентов по гражданской обороне
2. Оценка проводимых учебных занятий со студентами по гражданской обороне
3. Количество студентов, включивших в дипломные работы вопросы гражданской обороны.
4. Состояние учебно-материальной базы
5. Сведения о преподавателях
6. Выводы и предложения.



Приложение Г. Форма отчета о выполнении противопожарных и
антитеррористических мероприятия
(СМК-6.3(3.9)-ОтПА)

Приложение к письму
Рособразования от 22.01.2007
№ 17-1/10

Отчет
о выполнении противопожарных и антитеррористических мероприятий
в ___ полугодии 20__ года

_____ (наименование образовательного учреждения)

_____ (местонахождение образовательного учреждения)

Получено средств по ст. 225 и 310 _____ (тыс. руб.)

№ п/п	Наименование оборудования	№ строки	Всего израсходовано на проектные работы, приобретение, установку и монтаж оборудования (тыс.руб.)	В т.ч. внебюджетных средств (тыс.руб.)
Противопожарные мероприятия				
1	Автоматическая пожарная сигнализация	01		
2	Система оповещения людей о пожаре	02		
3	Обработка огнезащитным составом деревянных конструкций	03		
4	Индивидуальные спасательные устройства для работников и обучающихся	04		
5	Индивидуальные средства фильтрующего действия для органов дыхания для обслуживающего персонала	05		
6	Другое	06		
7	Всего (по стр. 01-06)	07		
Антитеррористические мероприятия				
1	Система видеонаблюдения	08		
2	Система тревожной сигнализации	09		
3	Система контроля доступа на территорию объектов образования	10		
4	Система охраны объектов образования	11		
5	Другое	12		
6	Всего (по стр. 08-12)	13		
	ИТОГО (сумма строк 07 и 13)	14		

Руководитель образовательного учреждения

Главный бухгалтер

М.П.

© ЮФУ, 2015

_____ Ф.И.О.

_____ Ф.И.О.



Приложение Д. Форма отчета по форме ПБОУ (пожарная безопасность образовательного учреждения)
(СМК-6.3(3.9)-ОтПБ)

Сведения
о состоянии пожарной безопасности в образовательных учреждениях за 20_ г.

Представляют:	Сроки представления
местные (муниципальные) органы управления образованием: - органам управления образованием (профобразованием) субъектов Российской Федерации; органы управления образованием (профобразованием) субъектов Российской Федерации: - Федеральному агентству по образованию	до 10 января после отчетного года до 20 января после отчетного года

Раздел 1. Общие сведения
1. Наименование субъекта Российской Федерации
2. Наименование органа управления образованием
3. Почтовый адрес

№ п/п	Наименование показателя	За отчетный период
1	2	3
	Раздел 2. Объект пожара	
	Раздел 3. Последствия пожара	
	Раздел 4. Развитие и тушение пожара	
	Раздел 5. Профилактические мероприятия	

Руководитель организации

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

Должностное лицо,
ответственное за составление формы

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

_____ « _____ » _____ 20_ год
(номер контактного телефона) (дата составления отчета)



**Сведения
о состоянии пожарной безопасности в образовательных учреждениях за 20__ г.**

Представляют:	Сроки представления
образовательные учреждения профессионального образования и организации, подведомственные Федеральному агентству по образованию; -Федеральному агентству по образованию; образовательные учреждения: -соответствующему местному (муниципальному) или региональному органу управления образованием (профобразованием) по подчиненности	до 20 января после отчетного года до 10 января после отчетного года

Раздел 1. Общие сведения

1. Наименование субъекта Российской Федерации
2. Наименование образовательного учреждения
3. Почтовый адрес

№ п/п	Наименование показателя	За отчетный период
1	2	3
	Раздел 2. Объект пожара	
	Раздел 3. Последствия пожара	
	Раздел 4. Развитие и тушение пожара	
	Раздел 5. Профилактические мероприятия	

Руководитель организации

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

Должностное лицо,
ответственное за составление формы

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

_____ « _____ » _____ 20__ год
(номер контактного телефона) (дата составления отчета)

Приложение Е. Форма Соглашения по охране труда
(СМК-6.3(3.9)-СОТ)

Согласовано

Председатель первичной
профсоюзной организации ЮФУ

Утверждаю

Ректор ЮФУ

СОГЛАШЕНИЕ
по охране труда на 20__ год

№ п/п	Содержание мероприятий (работ)	Единица учета	Количество	Стоимость работ в тыс. руб.	Срок выполнения мероприятий	Ответственные за выполнение мероприятий
1	2	3	4	5	6	7
1	Организационные мероприятия					
2	Технические мероприятия					
3	Лечебно-профилактические и санитарно-бытовые мероприятия					
4	Мероприятия по обеспечению средствами индивидуальной защиты					
5	Радиационная безопасность					
6	Мероприятия пожарной безопасности					

Начальник отдела ОТ и ТБ

(Ф.И.О.)

(подпись)

Проректор по ОМТО

(Ф.И.О.)

(подпись)



Приложение Ж. Форма Журнала учета выдачи инструкций по охране труда для работников подразделений (служб) предприятия (СМК-6.3(3.9)-ЖИОТ)

№ п/п	Дата выдачи инструкции	Обозначение (номер) инструкции	Наименование инструкции	Подразделение (служба), которому выдана инструкция	Количество выданных экземпляров	Должность, Ф.И.О. получателя	Подпись получателя
1	2	3	4	5	6	7	8

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Главный специалист сектора охраны труда
Управления по работе с персоналом и правовому
обеспечению деятельности университета



К.В. Аванесян

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.



/Филиппово/



Приложение №18 к приказу

от 27.10.2015 № 161-ОД

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«УПРАВЛЕНИЕ ЗАКУПКАМИ»*

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ.....	2
1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
5 УПРАВЛЕНИЕ ЗАКУПКАМИ.....	5
6. КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	7
7 РЕСУРСЫ.....	7
8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	8
9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	8
10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	8
Приложение А Схема процесса «Управление закупками».....	9
Приложение Б Форма справки о качестве продукции, признанной несоответствующей при проведении входного контроля (контроля в процессе производства).....	10
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	11
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	12
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	14

Примечание:

1. Вводится ДП.МР-7.4(6.3*)/01-2015 взамен ДП.МР-7.4(6.3*)/01-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура ДП.МР-7.4.(3.6*)/01-2015 «Управление закупками» (далее – Процедура) устанавливает единые требования к управлению и проведению закупок Южного Федерального университета.

1.2 Настоящая процедура разработана в соответствии с требованиями п.7.4 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 по организации процесса закупок.

1.3 Действие настоящей процедуры распространяется на структурные подразделения, входящие в область распространения системы менеджмента качества ЮФУ на соответствие требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012. Для структурных подразделений инженерно-технологической академии ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, дополнительно необходимо руководствоваться документированной процедурой ДП7-2015 «Закупки».

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Процедура разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- Федеральный закон от 18.07.2011 №223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц»;
- Федеральный закон от 3.11.2006 №174-ФЗ «Об автономных учреждениях»;
- Федеральный закон от 27.06.2006 №135-ФЗ «О защите конкуренции»;
- Федеральный закон от 5 апреля 2013 г №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»;
- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования;
- ГОСТ РВ 0015-308-2011 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Входной контроль изделий. Основные положения.
- ГОСТ РВ 15.703–2005 Система разработки и постановки продукции на производство. Военная техника. Порядок предъявления и удовлетворения рекламаций. Общие положения.
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству»;
- Инструкция И.СМК 7.4.1-2014 «Закупки. Оценка и выбор поставщиков»;
- Инструкция И.СМК-7.4.3-2014 «Верификация закупленной продукции».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей процедуре применены термины и определения по МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015.002-2012, а также следующие термины с соответствующими определениями:

- Государственный контракт** - договор на поставку товаров (работ, услуг) для государственных нужд, заключаемый в письменной форме между государственным заказчиком и победителем конкурса (аукциона) в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- Закупки** - приобретение государственным заказчиком товаров, работ и услуг за

Потребитель	- организация или лицо, получающие продукцию.
Поставщик	- организация или лицо, предоставляющие продукцию.
Реагирование поставщика	- готовность поставщика учитывать специфику работы и пожелания потребителя.
Инициатор закупки	- руководитель структурного подразделения ЮФУ, на которого возложена обязанность по определению потребности в товарах, работах, услугах подчиненного ему подразделения.
Владелец процесса	- должностное лицо, ответственное за результат процесса.

3.2 Сокращения

ДП – документированная процедура;

И – инструкция;

ПКИ - покупные комплектующие изделия;

ТМЦ - товарно-материальные ценности;

ООиПЗ – отдел организации и планирования закупок;

СП – структурное подразделение;

ВП – военное представительство;

ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;

ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Цель процесса «Управление закупками» – определение возможностей поставщика обеспечить Университет, НИИ, Академию (далее- СП) материальными ресурсами требуемого качества в конкретные сроки, по приемлемой цене. Схема процесса «Управление закупками» приведена в приложении А.

4.2. В ЮФУ закупочная деятельность, требования к закупке, порядок подготовки и проведения закупки и условия их применения, порядок заключения и исполнения договоров, а также иные, связанные с закупкой действия регламентированы «Положением о закупке товаров, работ, услуг для нужд федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Южный федеральный университет»», утвержденным приказом ЮФУ от 24.12.2014 №657-ОД (далее «Положение о закупке»).

4.3. Указанное в п.4.2 настоящей Процедуры «Положение о закупке» не регулирует отношения, связанные, в том числе, с:

- осуществлением ЮФУ размещением заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг в соответствии с Федеральным законом от 5 апреля 2013 г №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»;
- закупкой в области военно-технического сотрудничества.

4.3. Управление закупками включает в себя следующие процессы:

- мониторинг рынка поставщиков;
- выбор поставщика;
- планирование закупок;
- осуществление закупок;
- верификация закупленной продукции;
- рекламационная работа.
- хранение ТМЦ, ПКИ;

5 УПРАВЛЕНИЕ ЗАКУПКАМИ

5.1 Мониторинг рынка, выбор и оценка поставщика

5.1.1. Для получения объективных оценок поставщиков ЮФУ производит мониторинг рынка поставщиков, систематизирует всю информацию о поставщиках, имеющуюся в подразделениях организации.

5.1.2 Отдел организации и планирования закупок (ООиПЗ) и ответственные по закупкам каждого СП ЮФУ осуществляют регистрацию, накопление и обработку поступающей информации из подразделений организации по каждому поставщику.

5.1.3 Порядок оценки и выбора поставщиков осуществляется в соответствии с инструкцией И.СМК 7.4.1-2014 «Закупки. Оценка и выбор поставщиков».

5.2. Планирование закупок

5.2.1 При планировании закупок инициатор закупки:

- формирует и передает в ООиПЗ сведения, необходимые для составления Плана закупок ЮФУ на следующий календарный срок в соответствии с требованиями «Положения о закупках»;
- формирует и передает в ООиПЗ сведения, необходимые для внесения изменений в План закупки, в соответствии с требованиями «Положения о закупках»;
- разрабатывает техническое задание на проведение закупки в соответствии с требованиями «Положения о закупках» по утвержденной форме, передает техническое задание и проект договора, согласованный штатным юристом ЮФУ в ООиПЗ;
- передает в ООиПЗ техническое задание, необходимое для проведения плановой закупки, не позднее чем за 20 дней до предполагаемой даты размещения извещения о проведении закупки.

5.2.2 При планировании закупок в области военно-технического сотрудничества или закупок, связанных с выполнением государственного оборонного заказа, инициатор закупок передает в ООиПЗ перечень одобренных поставщиков, согласованный ВП.

5.3. Осуществление закупок

5.3.1 ЮФУ вправе осуществлять закупку следующими способами:

- **путем проведения торгов** (открытый конкурс, открытый конкурс с предварительным отбором, открытый аукцион, открытый аукцион с предварительным отбором);
- открытый конкурс - в том числе открытый конкурс с предварительным отбором – торги, победителем которых признается лицо, которое предложило лучшие условия исполнения договора и заявке на участие в конкурсе которого присвоен первый номер;
- открытый аукцион, открытый аукцион с предварительным отбором - торги, победителем которых признается лицо, предложившее наиболее низкую цену договора;
- запрос цен - способ закупки, победителем которой признается участник, предложивший наименьшую цену договора;
- запрос предложений - способ закупки, победителем которой признается участник, предложивший лучшие условия исполнения договора;
- **без проведения торгов** (запрос цен, запрос предложений, проведение конкурентных переговоров, закупка у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика));

5.3.2 Основания для проведения закупки у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) приведены в п.3.7 «Положения о закупке», в том числе ЮФУ осуществляет такую закупку, когда:

- Университет, являющийся исполнителем по государственному или муниципальному контракту либо гражданско-правовому договору на выполнение научно-исследовательских, опытно-конструкторских, технологических работ, образовательных услуг, привлекает в ходе исполнения государственного или муниципального контракта либо гражданско-правового договора иных

лиц, в том числе указанных в качестве соисполнителей в таком государственном или муниципальном контракте, гражданско-правовом договоре, для поставок товаров, выполнения работ, оказания услуг, необходимых для выполнения указанных в таких контракте либо договоре работ, оказания услуг;

- в случае наличия потребности в закупке товаров, работ, услуг, общая стоимость которых (стоимость договора) не превышает 400 (четыреста) тысяч рублей.

5.3.3 Инициатор закупки осуществляет организацию и контроль за исполнением договора в рамках возложенных на него обязанностей.

5.4 Верификация закупленной продукции

5.4.1. Верификация или входной контроль продукции предназначена для выполнения процедур контроля показателей качества с целью предотвращения запуска в производство закупаемых сырья, материалов и ПКИ, не соответствующих требованиям конструкторской документации, нормативной документации и договоров на поставку.

5.4.2 Порядок организации и проведения работ по верификации закупленной продукции Южного Федерального университета изложен в инструкции И.СМК-7.4.3-2014 «Верификация закупленной продукции».

5.4.3 Порядок проведения входного контроля закупаемой продукции для выполнения государственного оборонного заказа, а также требования к организации ее хранения, учета, выдачи в производство, изоляции и возврата забракованной продукции должны соответствовать ГОСТ РВ 0015.308-2011.

5.4.4. В приходных накладных и сопроводительной документации заинтересованными лицами и представителями заказчика (ВП) делается отметка о том, что продукция прошла входной контроль.

5.4.5 Забракованные при входном контроле ТМЦ, ПКИ маркируются «Брак» и направляются в изолятор брака.

5.5 Рекламационная работа.

5.5.1 Рекламирванию подлежат все товарно-материальные ценности, материалы и покупные изделия:

- выявленные в результате входного контроля, как не соответствующие требованиям норм технических условий или стандартов;
- снизившие показатели качества в процессе хранения;
- выявленные в процессе использования по скрытым дефектам;
- отказавшие в работе в течение установленного для них гарантийного срока службы.

5.5.2 Забракованное ТМЦ и ПКИ возвращаются поставщику с оформлением рекламационного акта по ГОСТ РВ 15.703.

5.6 Хранение товарно-материальных ценностей

5.6.1 Ответственный по закупкам структурного подразделения ЮФУ или кладовщик материальных запасов размещает принятые ТМЦ и ПКИ на складе и обеспечивает соблюдение необходимых условий хранения ПКИ.

5.5.2 При получении ТМЦ и ПКИ на склад кладовщик оприходует поступление материальных запасов, счета-фактуры и накладные регистрирует в журнале и передает в бухгалтерию под роспись.

5.5.3 Хранение ТМЦ и ПКИ на складе должно производиться в условиях отвечающих требованиям НТД на продукцию и обеспечивающих их сохранность от порчи, влаги, механических повреждений, коррозии, загрязнения и т.д. Материалы и изделия, идентифицированные как принятые, должны храниться на площадях с ограниченным правом

доступа, или должны быть предусмотрены другие меры, позволяющие предотвратить несанкционированное изъятие материалов и изделий или их повреждения, потерю информации, ухудшение качества.

6. КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

6.1 Уровень поставщиков материалов и ПКИ (отношение количества поставщиков, по продукции которых нет претензий за 3-х летний период, к общему количеству поставщиков).

6.2 Уровень сертифицированных поставщиков материалов и ПКИ (отношение количества поставщиков, имеющих сертификат на систему менеджмента качества к общему количеству поставщиков).

6.3 Основными критериями достижения запланированных результатов, определяющих положительную динамику процесса «Верификация закупленной продукции», являются:

- количество остановок приемки готовой продукции заинтересованными лицами по причине низкого качества входного контроля исходных сырья, материалов или ПКИ;
- количество остановок приемки готовой продукции ВП МО по причине низкого качества входного контроля исходных сырья, материалов или ПКИ;
- количество остановок приемки готовой продукции по причине низкого качества входного контроля исходных сырья, материалов или ПКИ (отношение количества остановок приёмки готовой продукции к количеству выпущенной продукции);
- отношение количества готовой продукции, выпущенной без замечаний к входному контролю по ПКИ, сырью, материалам к общему количеству готовой продукции.

Показатели процесса:

Название показателя	Ответственный за сбор данных	Периодичность сбора данных	Метод сбора данных
Отклонение от плана закупок	ООиПЗ	постоянно	Сопоставление фактических данных с планом закупок
Отклонение от плана производства по причине срыва поставок	Инициатор, руководитель структурного подразделения ЮФУ	постоянно	Сопоставление фактических данных с планом производства и сроком выполнения контракта.
Количество претензий по причине некачественных комплектующих, материалов	заинтересованные лица в СП ЮФУ	постоянно	Отчет по результатам анализа причин рекламаций потребителей (причина – некачественные комплектующие)

7 РЕСУРСЫ

7.1 Для реализации данного процесса необходимы следующие ресурсы:

- квалифицированный персонал;
- финансовое обеспечение;
- обеспечение связи (телефакс, Internet, телефон);
- транспортное обеспечение;

8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

8.1 Подлинник актуализированной настоящей Процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

8.2 Регистрация, рассылка и хранение документированной процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

8.3 Записями, имеющими отношение к данной процедуре являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения
1	Справка о качестве продукции, признанной несоответствующей при проведении входного контроля (контроля в процессе производства).	Приложение Б СМК-7.4.1-СКП	ООиПЗ	5 лет

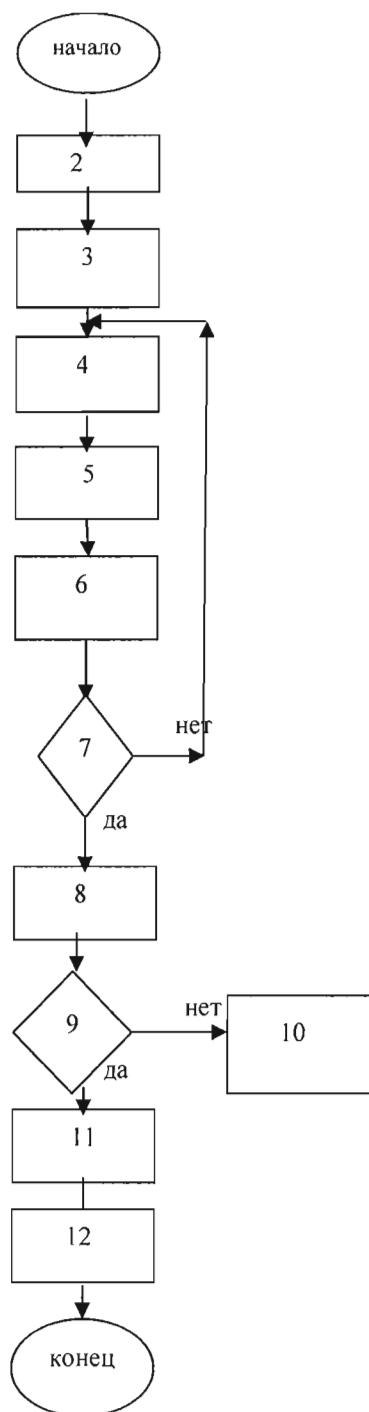
9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей документированной процедуры возлагается начальника отдела организации и планирования закупок.

Приложение А
(справочное)
Схема процесса «Управление закупками»



№ п/п	Описание этапов процесса	Ответственный	Процедура
1	2	3	4
1	Принятие решения о начале процесса закупок	Инициатор-начальник ЮФУ, специалисты по закупкам	Нормы расхода ТО на изготовление изделия и ведомости покупных, ТЗ
2	Выявление дефицита ТМЦ	Специалисты по закупкам СП	Формирование списков покупных изделий
3	Составление заявок на ТМЦ	Специалисты по закупкам, начальник ООиПЗ, ВП МО, Инициатор-начальник ЮФУ	Согласно поступающих ведомостей норм расхода ТО и ведомостей необходимых материалов для выполнения работ по НИР и ОКР
4	Выбор потенциального поставщика	Специалисты по закупкам СП ЮФУ, начальник ООиПЗ	Работа с реестром поставщиков, Internet
5	Отправка заявки поставщику	Специалисты по закупкам	Заявка на приобретение, материалов и ПКИ
6	Получение счета на предоплату, заключение договора на поставку	ООиПЗ, главный бухгалтер, руководитель организации	Договор с поставщиками
7	Акцептование счета	ООиПЗ, главный бухгалтер, руководитель организации	Договор на поставку
8	Получение ТМЦ	СП ЮФУ	Договор на поставку
9	Верификация закупленной продукции	ОТК СП ЮФУ	Выявление несоответствия ПКИ, брака
10	Предъявление рекламационного Акта	ОТК СП ЮФУ	Возврат, обмен ПКИ ГОСТ РВ 15.703
11	Оприходование ТМЦ на складах СП ЮФУ	СП ЮФУ, склады	Заккрытие дефицита, планирование производства
12	Выдача ТМЦ со складов СП в производственные подразделения	СП, кладовщики	Обеспечение производства, отметка в карточке складского учета

СМК-7.4.1-СКП

Приложение Б
(рекомендуемое)

Форма справки о качестве продукции, признанной несоответствующей при проведении
входного контроля (контроля в процессе производства)

Справка

о качестве продукции, признанной несоответствующей при проведении
входного контроля (контроля в процессе производства) _____
квартал, год

№ п/п	Наименование продукции	Поставщик	Количество забракованной продукции / на входном контроле / в процессе производства, шт./кг	Примечание
1	2	3	4	5

Руководитель СП

(подпись)

(Ф.И.О.)

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД



П.Н. Филиппенко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

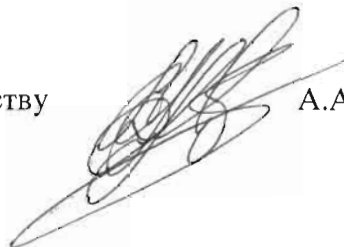


И.К. Шевченко

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А. Дрокин

« 12 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД



В.В. Янушко

« 12 » 10 2015 г.

* - относится к структурным подразделениям ЮФУ, входящим в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА

ДП.МР-7.4 (3.6)/01-2015 «Управление закупками»

Дата актуализации	Причина проверки	Решение по результатам проверки	Подпись лица, выполнившего проверку	Ф.И.О. лица выполнившего проверку



Приложение № 19 к приказу

от 27.10.2015 № 167-01

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

«ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ (ПРОВЕРОК)

СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА»

СОДЕРЖАНИЕ

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	4
4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
5. ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА (проверок).....	8
6. ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТОВ (проверок).....	11
7. ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ АУДИТА (проверки).....	11
8. МОНИТОРИНГ ПЛАНА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА (проверки).....	12
9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА	13
10. РЕСУРСЫ	13
11. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	13
12. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	14
13. КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА	14
ПРИЛОЖЕНИЯ А-Д. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ.....	15
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	20
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ	21
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	22

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-8.2.2/01-2015 взамен ДП.СМК-8.2.2/01-2009.

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура ДП.СМК-8.2.2/01-2015 « Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества» устанавливает единые требования к порядку организации, обработки и оформления результатов внутренних аудитов (проверок) функционирования системы менеджмента качества ЮФУ.

1.2 Настоящая Процедура разработана с целью обеспечения единообразия проведения внутреннего аудита и оформления соответствующих документов, сопровождающих внутренний аудит, а также выполнения обязательных требований ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессной деятельностью.

1.3 Действие настоящей процедуры распространяется на руководителей и членов групп внутренних аудиторов (контролеров).

1.4 Оперативный контроль процесса осуществляется представителем руководства по качеству.

1.5 Ответственность за организацию проведения систематических внутренних аудитов СМК возлагается на руководителей группы внутренних аудитов.

1.6 Ответственность за добросовестное проведение внутренних аудитов СМК ЮФУ возлагается на аудиторов.

1.7 Процедура ДП.СМК-8.2.2/01-2015 « Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества» разработана в соответствии с требованиями подпункта 8.2.2 ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015-002-2012

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Процедура разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования;
- ГОСТ Р ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»;
- МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества»;
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству»;
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией» ;
- ДП.СМК-4.2.4-01-2014 «Управление записями СМК» ;
- ДП.СМК-8.2.2./02- 2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»;
- П.СМК-8.2.2/02-2009 «Положение о группе внутренних аудиторов СМК ЮФУ»;
- ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями» ;
- ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия»;
- И.СМК-5.6(1.5)-2014 «Анализ СМК со стороны руководства»;
- К.СМК-4.2.4/02-2014 «Классификатор записей и данных о качестве»;
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей процедуре применены термины и определения в соответствии с ГОСТ ISO 9000-2011 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

ВА - внутренний аудит (проверка);
ДП – документированная процедура;
БСП – блок-схема процесса;
И – инструкция;
КД – корректирующее действие;
МС – международный стандарт;
НД – нормативный документ;
ПД – предупреждающее действие;
РК – руководство по качеству;
ПРК – представитель руководства по качеству;
ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение;
ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Руководство Южного Федерального университета обеспечивает независимое проведение внешнего и внутреннего аудита (контроля) системы менеджмента качества.

Внутренние аудиты (проверки) являются высшей формой контроля руководством ЮФУ системы менеджмента качества Университета.

4.2 Целью внутренних аудитов (проверок) является определение степени выполнения требований системы менеджмента качества для оценки ее результативности.

4.3 Результаты внутренних проверок служат основой входных данных для анализа функционирования СМК со стороны высшего руководства ЮФУ и позволяют декларировать ее соответствие требованиям • ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 подразделений ЮФУ, входящим в область сертификации. Кроме этого, итоги аудитов (проверок) используются для определения достижения поставленных целей и определения возможностей для улучшения.

4.4 Задачами внутренних аудитов (проверок) являются:

- оценка соответствия системы менеджмента качества установленным требованиям;
- получение руководством ЮФУ достоверной информации о функционировании СМК в подразделениях ЮФУ, входящих в область сертификации;
- оценка полноты и точности (четкости, однозначности) требований в действующей документации, установление адекватности внутренних нормативных документов действиям персонала;
- выявления и устранения конфликтов интересов на границе процессов и подразделений;
- выработки мероприятий, направленных на устранение причин несоответствий, улучшение и повышение результативности и эффективности системы менеджмента качества;
- оценки результативности корректирующих действий по устранению несоответствий, выявленных при проведении предыдущих проверок;
- определение соответствия бизнес-процессов университета (научно-исследовательская

деятельность, опытно-конструкторские работы) внешним документам, регламентирующим их выполнение.

4.5 Проведение внутренних аудитов (проверок) основывается на принципах ГОСТ Р ИСО 19011-2012:

- целостность;
- беспристрастность;
- профессиональная осмотрительность;
- конфиденциальность;
- независимость;
- подход, основанный на свидетельстве.

4.6 При выполнении внутренних аудитов СМК следует придерживаться требований к конфиденциальности, которые установлены в приказе № 1-ДСП от 05.05.2009 г. (только для служебного пользования).

4.7 Объектами внутренних аудитов (проверок) являются:

- процессы и услуги (продукция) в части выполнения требований внешних и внутренних нормативных документов при их реализации в подразделениях,
- фиксирование наличия результативности процессов и деятельность по постоянному улучшению;
- документы стандартизации системы менеджмента качества;
- степень ориентации на потребителя при взаимодействии с заинтересованными сторонами.

4.8 Внутренние проверки системы менеджмента качества в ЮФУ подразделяются на: плановые и внеплановые. **Плановые** проверки проводятся в соответствии с порядком, приведенным в разделе 5 настоящей процедуры. Заказчиком планового аудита является Ректор Южного Федерального университета.

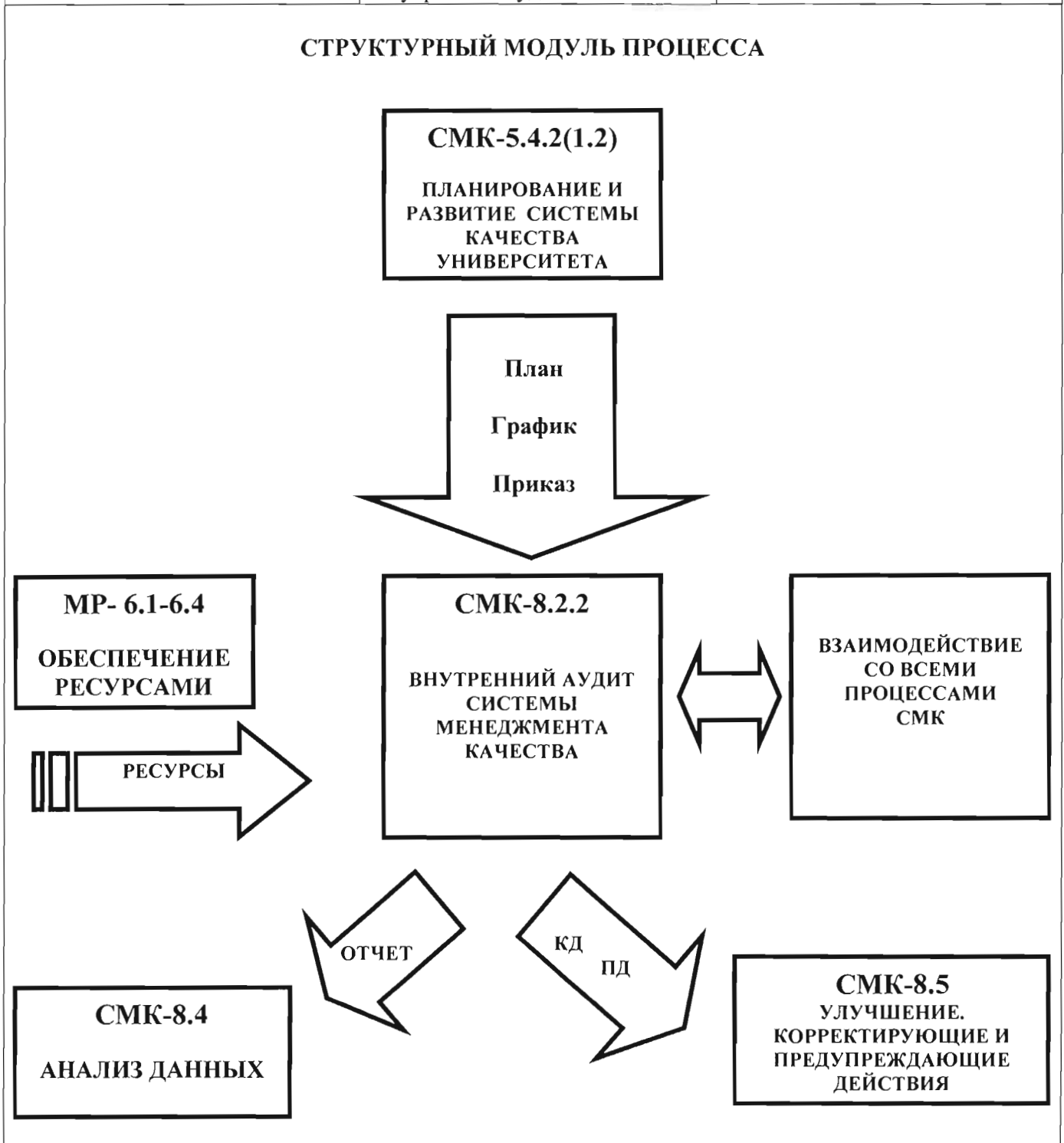
Необходимость проведения **внеплановых внутренних проверок** определяется руководством ЮФУ, либо ПРК, либо владельцем процесса, либо руководителем структурного подразделения (например, возникновение нештатной ситуации, изменение в процессах, увеличение количества несоответствий, претензий и др.). Если инициаторами внеплановой проверки являются владелец процесса или руководитель структурного подразделения, то они подают служебную записку с обоснованием необходимости такой проверки и примерных сроков ее проведения на имя ПРК. ПРК рассматривает ее, и при положительном решении доводит до сведения соответствующего руководителя подразделения. Решение о проведении внепланового внутреннего аудита (контроля) оформляется приказом по ЮФУ. После издания приказа о проведении внепланового аудита (контроля) на его подготовку отводится не более 3 календарных недель.

4.9 Процесс внутреннего аудита (проверки) состоит из этапов, полностью соответствующих модели PDCA и включает в себя:

- планирование (составление плана и графиков ВА, формирование групп ВА);
- проведение внутренних проверок;
- действий после аудита (проверка документации по ВА структурного подразделения, мониторинг и измерение выполнения плана и графиков ВА);
- проверка выполнения процесса ВА СМК университета в целом органом по сертификации.

4.10 Структурный модуль и спецификация процесса

Обозначение модуля	Обозначение процесса	Пункт ГОСТ ISO 9001-2011
СМК-8.2.2	Внутренний аудит СМК	8.2.2



Спецификация процесса

1 Наименование процесса	Внутренний аудит (проверка) (СМК-8.2.2)
2 Цель процесса	Определение степени выполнения требований системы менеджмента качества для оценки ее результативности
3 Ответственный по процессу Исполнители	Руководитель группы внутренних аудиторов (контролеров). Внутренние аудиторы (контролеры)
4 Предшествующий процесс	Планирование и развитие системы качества университета (СМК-5.4.2(1.2))
5 Поставщик	Руководство и сотрудники ЮФУ
6 Последующий процесс	Анализ данных (СМК-8.4) Улучшение (СМК-8.5)
7 Потребитель	Руководство и сотрудники ЮФУ. Заинтересованные стороны (органы власти, надзорные органы, органы по сертификации)
8 Требования и рекомендации (НД)	ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015.002-2012, ГОСТ Р ИСО 19011-2012. П.СМК-8.2.2/02-2009. Настоящая документированная процедура.
9 Состав процесса	Процесс состоит из 11 операций
10 Ресурсное обеспечение	осуществляется в порядке, предусмотренном в ЮФУ, и не регламентируется настоящей документированной процедурой.
11 Входные данные	План и график внутреннего аудита (контроля), приказ о проведении внепланового аудита (контроля)
12 Выходные данные	Отчеты по результатам внутреннего аудита (контроля).
13 Записи и данные	График внутреннего аудита (контроля) (СМК-8.2.2/01-ГВА), План внутреннего аудита (контроля) (СМК-8.2.2/02-ПВА), Протокол внутреннего аудита (контроля) (СМК-8.2.2/02-ПТА), Акт о несоответствии (СМК-8.2.2/02-АНС), Акт о наблюдении (СМК-8.2.2/02-АНБ), Отчет о внутреннем аудите (контроле) (СМК-8.2.2/02-ОВА), а также прочие записи в соответствии с разделом 11 настоящей процедуры
14 Взаимодействующие процессы	Все процессы системы менеджмента качества
15 Результат процесса	Отчеты по результатам внутреннего аудита (контроля).
16 Критерии оценки	Выполнение плана/приказа по аудиту (проверке) по объемам и срокам. Объективность и достоверность информации по аудиту (проверке). Компетентность аудиторов (контролеров). Отсутствие апелляций. Наличие повторяющихся несоответствий в последующих аудитах (проверках). Наличие несоответствий со стороны сертификационного органа.
17 Методы измерений и мониторинга	Проверки со стороны руководства. Внешние и внутренние проверки. Сопоставление результатов внутренних и внешних проверок. Аттестация аудиторов (контролеров). Мониторинг и анализ со стороны руководителя аудиторской группы. Контроль со стороны ПРК.

5. ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

5.1 Разработка графика внутренних аудитов (проверок). Для планирования проведения внутренних проверок функционирования СМК университета ответственный по качеству отдела организации и сопровождения научной деятельности (ООиСНД) формируют ежегодный график внутреннего аудита СМК подразделений ЮФУ, входящих в область сертификации (СМК-8.2.2/02-ГВА, Приложение Б). График внутренних аудитов (проверок) составляется один раз в год.

Планирование внутренних проверок должно быть реальным и выполнимым. Особое внимание при планировании уделяется наличию претензий, полученных от потребителей, результатам предыдущих проверок, важности и сложности деятельности по качеству, запланированной к выполнению в следующем периоде.

График аудитов (проверок) на год рассматривается на заседании экспертного (научно-технического) совета и утверждается приказом по ЮФУ.

График составляется с таким расчетом, чтобы **все** элементы СМК и **все** подразделения ЮФУ, на которые распространяется СМК, были проверены **в течение календарного года**. При необходимости графику присваивается идентификационный номер.

Увеличение частоты проведения аудитов (проверок) в каждом структурном подразделении определяется по решению экспертной комиссии, при этом учитываются состояние и важность процессов и областей, подлежащих аудиту (проверке), результаты предыдущих аудитов (проверок) и т.п.

На основании информации о целях и объеме плана аудитов предыдущих проверок руководители подразделений (процессов, видов деятельности), подлежащих проверке, могут в течение 5 календарных дней предоставить свои предложения по графику аудитов (проверок) ответственному по качеству отдела организации и сопровождения научной деятельности. Предложения, поданные после указанного срока, не рассматриваются и ответственный по качеству ООиСНД по согласованию с ПРК вправе на свое усмотрение определить сроки и продолжительность проведения аудитов (проверок) подразделений (процессов, видов деятельности), руководители которых не представили свои предложения.

5.2 Документальное оформление графика внутренних аудитов (СМК-8.2.2/02-ГВА) производится в соответствии с Приложением Б на заседании экспертного (научно-технического) совета и утверждается протоколом. Формирование графика производится в конце текущего года на следующий год. График визируется подписью председателя экспертного совета и утверждается приказом по ЮФУ.

Корректировка графика аудитов (проверок) может проводиться в следующих случаях:

- потребности заинтересованных сторон;
- изменений в организационной структуре ЮФУ;
- изменений в области распространения действия СМК
- разработки и внедрения новой регламентирующей документации СМК (с целью проверки соответствия состояния бизнес-процесса требованиям настоящей ДП и других нормативных документов СМК);
- заявки руководителей подразделений;
- внедрения новых процессов;
- решения руководства;
- поступления претензий.

Сроки проведения проверок могут быть изменены путем внесения дополнений/изменений в приказ, согласно которому проводится аудит. Основанием для внесения изменений могут служить письма, служебные записки от руководителей подразделений. Графики аудитов (проверок) (СМК-

8.2.2/01-ГВА) хранятся в документации СМК отдела организации и сопровождения научной деятельности.

5.3 Разработка плана аудита и установление целей плана аудита (проверки). Для проведения внутреннего аудита каждого подразделения ЮФУ, включенного в утвержденный график аудитов на год, разрабатывается план аудита (СМК-8.2.2/02-ПАП, Приложение А).

Цели плана аудитов (проверок) устанавливает ответственный по качеству ООиСНД по согласованию с ПРК. Цели определяются исходя из требований СМК, общей стратегии ЮФУ и политики в области качества ЮФУ, законодательных требований, требований поставщиков, требований потребителей.

Примечание. Примеры целей для плана внутренних аудитов (проверок):

1) «установление соответствия СМК требованиям ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015.002-2012».

2) «содействие улучшению СМК»;

5.4 Определение объема и критериев плана аудитов (проверок). Объем плана устанавливается ответственным по качеству ООиСНД, исходя из следующих соображений:

1) Каждый процесс СМК должен быть проверен на соответствие требованиям внутренних документов СМК не менее одного раза в год.

2) Каждое подразделение ЮФУ, входящее в область сертификации, должно быть исчерпывающе проверено на соответствие всех аспектов его деятельности для всех реализованных в нем процессов и элементов СМК не реже одного раза в год.

3) При регулярном выявлении несоответствий в одном процессе (подразделении) возможно проведение внеплановых аудитов этого процесса (подразделения).

4) Необходимо учитывать предложения аудиторов по срокам, объему и периодичности аудитов.

5) Необходимо учитывать сложность и важность процессов, подлежащих аудиту.

6) При наличии существенных изменений конфигурации СМК количество аудитов (проверок) должно быть увеличено.

Примечание. Например, объем плана аудита (проверки) может быть определен таким образом: "Проверить все установленные процессы СМК 2 раза за год (кроме процесса управления нормативной документацией). Проверить процесс управления нормативной документацией не менее 4-х раз за год в связи с большим количеством несоответствий за предыдущий год. Предусмотреть резерв времени в размере 2 недели на каждые 3 месяца для обеспечения возможности оперативного дополнения плана аудита".

Критериями аудита являются: требования ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ РВ 0015.002-2012, требования внутренних документов СМК ЮФУ, требования внутренних и внешних нормативных документов, требования потребителей. Выбранные критерии аудита должны обеспечивать возможность достижения целей аудита.

5.5 Ресурсное обеспечение проведения аудитов (проверок) необходимыми ресурсами (средств измерительной техники, эталонов, документации, финансовых средств, дополнительно привлекаемых лиц /аудиторов и экспертов/, иного) осуществляется в порядке, предусмотренном в ЮФУ, и не регламентируется настоящей документированной процедурой.

5.6 Информирование о плане внутреннего аудита (проверки) СМК.

Информирование руководителей подведомственных им подразделений (процессов, видов деятельности) о целях и объеме плана аудита (проверки) может происходить посредством:

1. распоряжений и информационных писем представителя руководства по качеству,
2. решений экспертного (научно-технического) совета.

Внутренний аудит (проверка) СМК выполняется группой аудиторов (контролеров), возглавляемой руководителем группы. Графа графика внутреннего аудита (проверки) «Группа

аудиторов (контролеров)» заполняется в соответствии с п.5.7 данной процедуры **Формирование групп внутренних аудиторов (контролеров)**. Участники группы информируются о датах проведения аудитов (проверок) в закрепленных за ними подразделениях. В случае необходимости, также информируется и руководитель подразделения, в котором работает аудитор (контролер). Аудиторы (контролеры) (или их руководители) также могут представить свои предложения по участию в проверках ответственному по качеству. Ответственный по качеству отдела организации и сопровождения научной деятельности вносит сформированные списки группы аудиторов (контролеров) в соответствующие ячейки графика аудитов с учетом представленных предложений.

5.7 Формирование групп внутренних аудиторов (контролеров). Формирование группы внутренних аудиторов (контролеров) и выбор ее руководителя производится ответственным по качеству отдела организации и сопровождения научной деятельности из числа аудиторов структурных подразделений, на основании Реестра внутренних аудиторов СМК ЮФУ (П.СМК-8.2.2/03-2009 «Положение о группе внутренних аудиторов СМК ЮФУ», СМК-8.2.2/02-РВА). Группы аудиторов (контролеров) формируются параллельно с составлением графика аудитов (проверок).

Оценка аудиторов (контролеров) для включения в группу выполняется согласно разделу 8 П.СМК-8.2.2/03-2009 «Положение о группе внутренних аудиторов СМК ЮФУ».

Как правило, группа аудиторов (контролеров) формируется из двух и более участников, независимых от проверяемого подразделения с учетом специфики работы проверяемых подразделений и компетенции аудиторов (контролеров). Также должны приниматься во внимание:

- цели, область и критерии аудита (проверки), сроки проведения аудита (проверки);
- равномерное распределение нагрузки аудиторов;
- принципы независимости и компетентности аудиторов (контролеров);
- возможность аудиторов (контролеров) эффективно взаимодействовать с проверяемым подразделением;
- необходимость участия технического эксперта;
- наличие аудиторов - стажеров.

На одного из участников группы на период проведения конкретного аудита (проверки) возлагаются полномочия руководителя группы. Функции руководителя группы аудиторов (контролеров) не являются постоянными. Группа аудиторов (контролеров) в зависимости от объема, цели и сложности аудита (проверки) может состоять из одного аудитора (контролера), который одновременно является ее руководителем. В состав группы аудиторов (контролеров) могут быть включены аудиторы-стажеры (сотрудники, прошедшие специализированную подготовку, но не имеющие практики проверок) и технические эксперты. Состав группы может быть изменен по инициативе руководителя группы или при наличии обоснованных пожеланий заинтересованных сторон. Роли и ответственность участников группы внутренних аудиторов приведены в П.СМК-8.2.2/03-2009 «Положение о группе внутренних аудиторов СМК ЮФУ». При этом аудиторы-стажеры и технические эксперты при рассмотрении свидетельств и формировании выводов (наблюдений) аудита (проверки) имеют только право совещательного голоса.

Рекомендуется, при возможности, каждую следующую проверку процесса (подразделения) проводить другим составом аудиторов (контролеров).

Участники аудиторской группы информируются о дате аудита (проверки) путем ознакомления с проектом графика ВА до издания и размещения приказа о проведении ВА в системе электронного документооборота. При невозможности участия в аудите (проверке) внутренний аудитор (контролер) должен довести эту информацию в письменном виде до

ответственного по качеству с указанием причин его неучастия. При получении информации о невозможности участия аудитора (контролера) в проверке, ответственный по качеству корректирует состав группы аудиторов (контролеров) с учетом их загруженности согласно графику аудитов (проверок) и имеющимся пожеланиям со стороны аудиторов. Аудиторы (контролеры) уведомляются обо всех изменениях графика аудита (проверки).

Согласованный состав группы внутренних аудиторов (контролеров) вносится в график аудита (проверок).

6. ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТОВ

Внутренние аудиты (проверки) системы менеджмента качества структурных подразделений ЮФУ проводятся в соответствии с документированной процедурой ДП.СМК-8.2.2./02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества».

7. ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ АУДИТА (ПРОВЕРКИ)

7.1 Проверка отчетных документов по проведенному аудиту (проверке)

Руководитель группы аудиторов (контролеров) передает сформированный в течение не более 5 календарных дней пакет отчетных документов по проведенному внутреннему аудиту (проверке) ответственному по качеству ООиСНД. В случае замечаний по отчетным документам последние возвращаются на доработку руководителю группы аудиторов (контролеров). Срок доработки – не более 2 календарных дней.

Затем проверенные отчетные документы помещаются в соответствующее дело документации СМК отдела организации и сопровождения научной деятельности. После этого аудит подразделения считается завершенным.

7.2 Актуализация компетентности внутренних аудиторов (контролеров)

После завершения аудита (проверки) ответственный по качеству ООиСНД выполняет действия по актуализации данных о компетентности аудиторов (контролеров), установленные в п. 6.3 П.СМК-8.2.2/02-2009 «Положение о группе внутренних аудиторов СМК ЮФУ».

7.3 Деятельность структурных подразделений ЮФУ по устранению несоответствий

Последующие корректирующие/предупреждающие действия выполняются структурными подразделениями ЮФУ в соответствии с планами (см. п. 7.2 ДП.СМК-8.2.2/02-2014 «Проведение внутренних проверок системы менеджмента качества»).

Организация выполнения назначенных корректирующих/предупреждающих действий проводится в соответствии с ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия».

7.4 Проверка проведения коррекции, корректирующих и предупреждающих действий.

Такая проверка может быть запланирована на следующий плановый (внеплановый) аудит (проверку) по согласованному решению руководителей подразделений ЮФУ с ПРК.

7.5 Проведение дополнительного аудита (проверки)

Для проверки выполнения таких действий может быть запланирован дополнительный аудит (проверка). Для этого руководитель группы аудиторов (контролеров) обращается к ПРК с соответствующим предложением. Последний принимает решение о внесении изменений в план внутреннего аудита (СМК-8.2.2/01-ПВА).

8. МОНИТОРИНГ ПЛАНА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА (ПРОВЕРКИ)

Ответственный по качеству отдела организации и сопровождения научной деятельности должен изучать отчеты об аудитах (СМК-8.2.2/02-ОВА), акты о несоответствиях (СМК-8.2.2/02-АНС), акты о наблюдениях (СМК-8.2.2/02-АНБ) для определения необходимости внесения изменений в план аудитов (проверок).

Примечание 1. Например, при наличии серьезных несоответствий в подразделении "А", обнаруженных при аудите (проверке), возможно инициирование изменения графика аудитов (проверок) (СМК-8.2.2/01-ГВА) с целью введения в него дополнительной проверки подразделения "А". Наоборот, если запланировано 2 аудита (проверки) в год для подразделения "Б", и первый аудит (проверка) не нашел никаких замечаний, то возможно исключение из графика аудитов (проверок) (СМК-8.2.2/01-ГВА) второго аудита (проверки) подразделения "Б".

Примечание 2. По результатам этого анализа ответственный по качеству ООиСНД может, также, инициировать изменение документации и/или сложившейся практики работы.

Результаты такого оперативного изучения данных аудитов (проверки) могут регистрироваться в виде отметок о завершении аудитов (проверок), примечаний и комментариев в графике аудитов (проверок).

Для определения возможности (или необходимости) улучшения графика и плана выполняются следующие действия:

1. Проверка фактической степени выполнения графика аудитов.
2. Проверка соответствия фактических сроков проведения аудитов (проверок) срокам, установленным в графике (СМК-8.2.2/01-ГВА).
3. Проверка наличия внутренних претензий к работе аудиторов (контролеров) и анализ их причин.
4. Проверка достижения целей аудитов (проверок).

При невыполнении или несвоевременном выполнении графика аудитов и плана аудита ответственный по качеству ООиСНД анализирует причины невыполнения и принимает одно из решений:

- оставить план аудитов (проверки) без изменения;
- внести изменения в график аудитов (проверок);
- изменить состав аудиторских (проверяющих) групп;
- обеспечить проведение аудитов недостающими ресурсами.

В конце отчетного года ответственным по качеству ООиСНД проводится комплексный анализ результатов проведенных аудитов (проверок). В рамках этого анализа должны быть выполнены следующие действия:

1) Рассмотрение результатов и определение тенденций в реализации плана аудитов (проверок).

Примечание. Например, возможно выявление постепенного уменьшения или увеличения замечаний аудитов (проверок) в течение года по всем подразделениям или возможно обнаружение того, что в каком-то подразделении установлено значительное число несоответствий. Эти данные можно эффективно использовать для улучшения плана аудитов (проверок) на следующий год.

2) Выборочный анализ отчетных документов по аудитам (проверкам).

Примечание. Такой анализ может выявить необходимость изменения форм отчетных документов по аудиту (или выявить необходимость дополнительного инструктажа аудиторов).

3) Анализ повторяемости результатов аудитов в схожих условиях (при возможности).

Примечание. Например, при рассмотрении результатов аудитов одного и того же процесса, проводимых разными группами аудиторов в сходных условиях выявление значительных различий

результатов аудитов по полноте и достоверности. Очевидно, такая ситуация требует дополнительного обучения аудиторов с тем, чтобы обеспечить повторяемость результатов.

4) Анализ степени достижения целей плана аудитов.

При рассмотрении отчетов руководителей аудиторских групп необходимо выборочно установить степень достижения целей плана аудита, т.е. установлено ли соответствие функционирования процессов СМК установленным требованиям самой системы.

5) **Необходимость улучшения.** Результаты комплексного анализа плана аудита могут инициировать проведение корректирующих/предупреждающих действий (ДП.СМК-8.3(4.2)-2014 «Управление несоответствиями» и ДП.СМК-8.5(4.3)-2014 «Улучшение. Корректирующие и предупреждающие действия»).

9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Ответственный по качеству ООиСНД готовит отчет о проведении аудитов в соответствии с приложением Г и предоставляет его в установленный ПРК срок.

Оригиналы отчетов СМК-8.2.2./01-ОАПА сохраняются в номенклатурном деле СМК отдела организации и сопровождения научной деятельности.

Отчет СМК-8.2.2/01-ОАПА используется ПРК как часть отчета об анализе СМК со стороны руководства (СМК-5.6(1.5)-ОАР), подготовка которого регламентируется И.СМК-5.6(1.5)-2014 «Анализ СМК со стороны руководства».

10. РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП.СМК-8.2.2/01-2015 «Организация внутренних аудитов системы менеджмента качества» руководством ЮФУ должны быть выделены необходимые ресурсы (средства измерительной техники, эталоны, документация, средства для мотивации внутренних аудиторов, дополнительно привлекаемые лица/аудиторы и эксперты/, иное), обеспечение которыми осуществляется в порядке, предусмотренном в ЮФУ, и не регламентируется настоящей документированной процедурой.

11. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

11.1 Подлинник актуализированной настоящей процедуры хранится в номенклатурном деле СМК отдела организации и сопровождения научной деятельности, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве.

11.2 Регистрация, рассылка и хранение процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

11.3 Записи ведутся в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».

Записями, имеющими отношение к данной Процедуре, являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок архивного хранения
1	Приказы ректора, имеющие отношение к внутренним аудитам (копии) в том числе: - о составе группы внутренних аудиторов (контролеров) СМК на отчетный год;	Установленная форма	ООиСНД, (копии)	Срок хранения дела

	- о графике проведения внутреннего аудита (проверок); - прочие приказы			
2	План внутреннего аудита	СМК-8.2.2/01-ПВА	ООиСНД,	Срок хранения дела
3	График проведения внутреннего аудита	СМК-8.2.2/01-ГВА	ООиСНД,	Срок хранения дела
4	Отчет по результатам внутреннего аудита	СМК-8.2.2/01-ОАПА	ООиСНД,	Срок хранения дела
5	Аналитические материалы по внутренним аудитам (проверкам)	Свободная форма	ООиСНД,	Срок хранения дела
6	Служебные записки	Свободная форма	ООиСНД,	Срок хранения дела
7	Реестр внутренних аудиторов (контролеров)	СМК-8.2.2/04-РВА	ООиСНД,	Срок хранения дела
8	Сведения о проведенном обучении внутренних аудиторов за отчетный год (копия)	свободная форма	ООиСНД,	Срок хранения дела

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией».

13. КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Процесс проведения внутреннего аудита СМК ЮФУ и контроль выполнения требований настоящей процедуры осуществляется в ходе внешних проверок третьей стороной органом по сертификации системы менеджмента качества.

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(обязательное)

СМК-8.2.2/02-ПАП

План
внутреннего аудита СМК
структурных подразделений ЮФУ _____

(наименование комиссии по качеству ЮФУ)

1. Дата проведения проверки: _____
2. Вид проверки: - плановый - внеплановый
3. Критерии аудита _____
4. Цели аудита: _____
5. Объем аудита _____
(процесс / элемент)
6. Аудиторы в составе:
_____ (фамилия, инициалы)
_____ (фамилия, инициалы)
7. Представитель подразделения, ответственный за организацию проверки со стороны подразделения и представление необходимых материалов проверяющим _____ (фамилия, инициалы).
8. Дата представления плана корректирующих действий _____
9. Отчетные документы о результатах проверки направляются:
 - ООиСНД (отчет, листы о несоответствиях);
 - представителю руководства по качеству ЮФУ;
 - руководителю подразделения (отчет, листы о несоответствиях).
10. Расписание аудита*

Время	Мероприятие	Процесс (элемент) СМК	Место проведения/ аудитор/ представитель	Пункт МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012

*- расписание может быть разным для различных типов структурных подразделений (учебных, научных, административно-управленческих служб)

Уполномоченный по качеству

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

« ____ » _____ 20__ г.

Приложение Б (обязательное)

СМК-8.2.2/01-ГВА

Приложение № _____ от «__» _____ 20__ г.
к приказу № _____ от «__» _____ 20__ г.
Протокол экспертной комиссии № _____ от _____

№ XXX.YY/Z

График внутренних аудитов СМК ЮФУ на _____ год

№ п/п	Наименование подразделения	дата аудита	Месяц												Группа аудиторов (контролеров)	Примечание					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
		дата																			
		дата																			
		дата																			
		дата																			

Ответственный по качеству _____ /подпись/ /Ф.И.О./ /дата/

Приложение В

Инструкция по заполнению и мониторингу Графика внутренних аудитов (проверок) СМК ЮФУ

1 Заполнение графика.

1.1 В левом верхнем углу указывается идентификационный номер Графика внутренних аудитов, который имеет вид: **XXX-YY/Z**, где
XXX - номер графика аудитов (проверок) в текущем году,

YY - последние 2 цифры года,

Z – номер плана ВА (при наличии)

Например, 010.09.2

1.2 Если График составляется на крупную структурную единицу (Академия, институт, группу подразделений, подчиненных проректору по направлению и т.п.), то после заголовка вносится наименование этой структурной единицы.

1.3 В графе "Наименование подразделения" перечисляются конкретные структурные подразделения (например, НИИ физики, Институт радиотехнических систем управления, и т.п.).

1.4 В ячейке на пересечении номера месяца и даты аудита (проверки) указывается точная дата проведения аудита, например, 2, или 17-18.

1.5 В графе «Аудиторская группа» приводится перечень фамилий сформированной группы аудиторов для проверки данного подразделения, первой вносится фамилия руководителя группы.

1.6 В графе «Примечание» указывается отчетный документ о выполнении аудита или причина переноса аудита.

2 Внесение изменений в график аудитов.

2.1 Изменения в график вносятся путем внесения изменения в приказ. Порядок согласования изменений графика аналогичен порядку согласования самого графика, указанному в п.5.2 настоящей процедуры.

Приложение Г
(обязательное)

СМК-8.2.2/01-ОАПА

Отчет по результатам внутреннего аудита
ЮФУ
(ответственный по качеству _____)

1. Результаты внутренних аудитов (проверок)

Внутренний аудит СМК за отчетный период проводился в соответствии с приказом от _____ 20__ г. № _____ по утвержденному графику проверок. Всего проведено _____ внутренних аудитов (по плану _____).

[При наличии внеплановых перечислить структурные подразделения и причины].

1.1 По результатам внутренних аудитов СМК выявлено _____ несоответствий (*заполнить п.п. 5, столбцы 1-5*).

Большинство выявленных несоответствий относятся к процессам: _____ (перечислить с указанием следующих пунктов стандарта).

Наибольшее число несоответствий (указать число) выявлено в подразделениях..... (перечислить).

Подразделения, в которых не установлено или выявлено не более 2х несоответствий: (перечислить).

По выявленным несоответствиям в структурных подразделениях разработаны планы корректирующих действий (*заполнить п.п. 5, столбцы 6-8*).

1.2 Внутренние аудиторы составили (указать количество) наблюдений.

По этим наблюдениям разработаны и проведены предупреждающие действия (*заполнить соответствующую часть п.п. 5*).

2. Статус корректирующих и предупреждающих действий

В соответствии с «Планом корректирующих и предупреждающих действий» было проведено корректирующих и предупреждающих действий; из них результативны и нерезультативны. Находятся в стадии исполнения корректирующих и предупреждающих действий.

3. Квалификация аудиторов (контролеров)

Квалификация аудитора (контролера)	Количество аудиторов (контролеров), чел		
	на конец текущего отчетного периода	на начало текущего отчетного периода	изменение (+; -)
Руководителей группы			
Аудиторов			

4. Рекомендации по совершенствованию СМК:

- По организации внутренних аудитов _____.
- По методическому обеспечению подготовки структурных подразделений к внутренним аудитам СМК _____.
- По совершенствованию документов СМК _____.
- Другое _____.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



П.Н. Филиппенко

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 12 » 10 2015 г.



И.К. Шевченко

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

« 12 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



В.В. Янушко

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

ДП.СМК-8.2.8/01-2015 «Организация внутренних аудитов (проверок) СМК»

№ изменения	Номера листов/страниц				Всего листов в документе	Номер заявки на изменение	Дата внесения изменения	Подпись лица, ответственного за внесение изменений
	измененных	замененных	новых	аннулированных				



Приложение №20 к приказу

от 27.10.2015 № 464-01

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«УПРАВЛЕНИЕ ВНЕШНЕЙ НОРМАТИВНОЙ
ДОКУМЕНТАЦИЕЙ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА»

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	4
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
5 УПРАВЛЕНИЕ ВНЕШНЕЙ НОРМАТИВНОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ.....	5
6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	6
7 РЕСУРСЫ.....	7
8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	7
9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	8
10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	8
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	9
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	10
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	11
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА.....	12

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-4.2.3/07-2014 взамен ДП.СМК-4.2.3/07-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура ДП.СМК-4.2.3/07-2014 «Управление внешней нормативной документацией системы менеджмента качества» (далее - Процедура) устанавливает единые требования к управлению внешней нормативной документацией Южного федерального университета.

1.2 Настоящая Процедура разработана с целью обеспечения сотрудников ЮФУ актуальной внешней документированной информацией, необходимой для результативного исполнения установленных требований и своих обязанностей в системе менеджмента качества, а также выполнения обязательных требований МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 по управлению процессами деятельности.

1.3 Ответственным за процесс управления документацией системы менеджмента качества подразделений ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, является отдел организации и сопровождения научной деятельности (ООиСНД).

1.4 Действие настоящей Процедуры распространяется на все подразделения Университета, включенные в область распространения СМК по требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012, а также к деятельности штатных сотрудников ЮФУ в отношении внешних документов СМК.

1.5 Документированная процедура ДП.СМК-4.2.3/07- «Управление внешней нормативной документацией» разработана в соответствии с требованиями подпунктов 4.2.3 МС ИСО 9001:2008., пп.4.2.1.2, 4.2.3.1, 4.2.3.2 ГОСТ РВ 0015-002-2012

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей Процедуре сделаны ссылки на следующие нормативные документы:

МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».

МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».

ГОСТ РВ 0015-002-2012 «Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования».

ГОСТ РВ 0001-005-2006 «Система стандартизации оборонной продукции. Порядок внедрения стандартов на оборонную продукцию».

МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества».

МС ИСО 15489-1:2001 «Информация и документация. Управление записями. Общие требования».

РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».

ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией системы менеджмента качества».

И.СМК-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК».

ДП.СМК-4.2.3/04-2015 «Управление номенклатурой дел».

ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения».

И.СМК-4.2.3/08-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей процедуре применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/08-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

3.2 Сокращения

ДИ – должностная инструкция;

ДП – документированная процедура;

И – инструкция;

КД – корректирующее действие;

МИ – методическая инструкция;

МС – международный стандарт;

НИР- научно-исследовательская работа;

НД – нормативный документ;

ООиСНД - отдел организации и сопровождения научной деятельности;

ОВД – ответственный за ведение документации;

П – положение;

ПД – предупреждающее действие;

ПРК – представитель руководства по качеству;

ПСП – положение о структурном подразделении;

РК – руководство по качеству;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;

СК – Совет по качеству;

ЮФУ – Южный федеральный университет;

УК – уполномоченный по качеству.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Целями процесса управления внешними документами системы менеджмента качества, применяемыми в деятельности ЮФУ являются:

- своевременное обеспечение сотрудников ЮФУ внешними документами, используемыми при выполнении работ;

- эффективная деятельность по их идентификации, актуализации, хранению,

замене или изъятию устаревших внешних документов.

4.2 По месту происхождения документация делится на внутреннюю и внешнюю.

Внутренняя документация – документы, разработанные ЮФУ.

Внешняя документация – документы, разработанные сторонними организациями и полученные в виде входящей корреспонденции.

4.3 Внешние нормативные документы, применяемые в ходе реализации процессов СМК Южного федерального университета, делятся на три группы:

1 группа – общероссийские нормативно-правовые документы (Законы РФ, Указы Президента и т.п.);

2 группа – документы Министерства образования и науки РФ (приказы, инструкции, положения, ФГОСы и т.п.);

3 группа – международные стандарты и государственные стандарты РФ.

4.4 Данная документированная процедура определяет:

- содержание и последовательность этапов управления внешней нормативной документацией;

- взаимодействие и распределение ответственности персонала в рамках процесса;

- требования к обеспечению доступа и хранению внешних нормативных документов;

- требования к контролю исполнения и проверке результатов деятельности.

4.5 Внешние нормативные документы поступают в виде:

- официальных печатных изданий на бумажных носителях;

- в электронном виде, в том числе в составе Информационно-правовых систем «Консультант Плюс» и «Гарант».

5 УПРАВЛЕНИЕ ВНЕШНЕЙ НОРМАТИВНОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

5.1 Получение внешних документов осуществляется через Информационно-правовые системы «Консультант Плюс» и «Гарант», официальные сайты федеральных органов исполнительной власти, а также от международных и национальных органов по надзору, стандартизации и сертификации – ИСО, Госстандарт РФ и т.д.

5.1.1 Идентификация документа осуществляется через название документа/организации-разработчика.

5.1.2 Копии хранятся в подразделениях в специально выделенных папках/местах хранения. Доступ к документу обеспечивается в рамках Информационно-правовых систем «Консультант Плюс», «Гарант». Любой пользователь, применяющий копию внешнего документа, обязан убедиться, что используемая им копия актуальна.

5.1.3 ООиСНД постоянно следит за всеми изменениями во внешних документах, используемых в работе организации. Для этого используются различные источники информации:

- официальные бюллетени и извещения;
- каталоги;
- специализированные издания;
- абонентское обслуживание Информационно-правовых и справочных систем;
- Интернет;
- другие СМИ.

5.2 Для обслуживания и актуализации информационно-правовой и справочной систем ЮФУ заключает договоры с уполномоченными организациями. Вышеуказанные организации осуществляют периодическое (согласно договору) обновление информационно Правовой и справочной систем. Распечатки документов из информационно-правовой и справочной систем должны иметь идентификацию по наименованию, официальному изданию, программе, дате последней актуализации информационно Правовой или справочной системы, исполнителю и дате распечатки.

5.3 Документация СМК должна включать учтенные экземпляры действующих документов стандартизации распространяющихся на выполняемые организацией виды деятельности и выпускаемую военную продукцию, необходимых для планирования, осуществления процессов и управления ими.

5.4 Документация СМК должна включать согласованный с военным представительством перечень документов по стандартизации оборонной продукции, применяемых в организации в соответствии с ГОСТ РВ 0001-005 для подразделений ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012.

6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Показатель	Единица измерения	Значение
Наличие и своевременность предоставления персоналу актуализированных версий внешнего нормативного документа	%	100
Количество несоответствий внешнего нормативного документа фактическому процессу, действию, выявленных при аудите, проверке или пересмотре	количество	20
Количество претензий со стороны персонала организации в отношении отсутствия внешнего документа или его неактуальности	количество	10

Процесс управления внешними документами системы менеджмента качества признается результативным, если за отчетный период случаев использования устаревших документов не было, претензий не поступило, а также не было выявлено несоответствий в отношении данного процесса в ходе внутренних или внешних проверок.

В случае если по результатам такой оценки делается вывод о неудовлетворительном протекании процесса, об этом необходимо информировать ООиСНД, которым предпринимаются корректирующие или предупреждающие действия, в том числе – пересмотр данной документированной процедуры.

7 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/07-2014 «Управление внешней нормативной документацией системы менеджмента качества» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая Процедура в электронном виде, при необходимости, на сервере Южного федерального университета;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей Процедурой;
- информационные ресурсы (при необходимости).

8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

8.1 Подлинник актуализированной настоящей Процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД.

8.2 Регистрация, рассылка и хранение Процедуры осуществляются в порядке, установленном в разделе 5 настоящего документа.

8.3 Записи ведутся в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».

8.4 Записью, имеющей отношение к данной Документированной процедуре, является согласование с ответственным лицом, осуществляющим нормоконтроль документации СМК при разработке и внесении изменений.

9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую Документированную процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей Процедуры возлагается на ООиСНД.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



Г.Ю.Верецкая

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 12 » 10 2015 г.

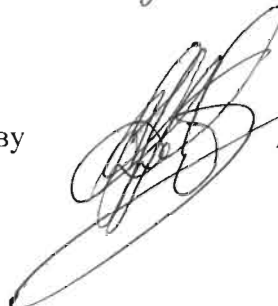


И.К. Шевченко



СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

« 12 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

 / Руководитель РН /
 / Руководитель ВВ /



ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Версия 0

А.СМК-5.5.1/03-2015

стр. 1 из 6

Приложение № 21 к приказу

№ 61 от 27.10.2015 г.

Альбом организации схем управления СМК в подразделениях ЮФУ

А.СМК-5.5.1/03-2015

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

- 1.1 Настоящий альбом А.СМК-5.5.1/03-2015 «Альбом организации схемы управления СМК в подразделениях ЮФУ» (далее - альбом) описывает функциональную схему руководства и управления качеством военной продукции в подразделениях Южного федерального университета (далее – Университет, ЮФУ), входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012 Южного федерального университета (далее – Университет, ЮФУ).
- 1.2 Функциональная схема руководства и управления качеством военной продукции в подразделениях ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012, разработана и задокументирована в соответствии с требованиями п. 4.1.5 ГОСТ РВ 0015-002-2012.
- 1.3 Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ЮФУ, включающие структурные подразделения, входящие в область сертификации, приведены в альбоме А.СМК-4.1.5-2015, разработанном в соответствии с требованиями п. 4.1.5 ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящий альбом разработан на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- И.СМК-5.5.2/02 -2015 «Управление системой менеджмента качества в ЮФУ»;
- А.СМК-4.1.5-2015 «Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», входящей в область сертификации в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2012».
- П.СМК-5.5.2/04-2015 «Представитель руководства по качеству».

3 СОКРАЩЕНИЯ

ПРК – представитель руководства по качеству;

ООИСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;

ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет;

ВП - военное представительство.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 За систему менеджмента качества в ЮФУ отвечает ректор. Руководителем процесса управления качеством научной и инновационной деятельности ЮФУ является проректор по организации научной и проектно-инновационной деятельности университета.

4.2 Высшим руководством назначен представитель руководства ЮФУ по качеству (ПРК), который независимо от других обязанностей несет ответственность и имеет полномочия, распространяющиеся на:

- обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии процессов, требуемых системой менеджмента качества;
- представление отчетов высшему руководству о функционировании системы менеджмента качества и направлениях ее улучшения;
- содействие распространению понимания требований потребителей во всей организации и другие вопросы в соответствии положением П.СМК-5.5.2/04-2015 «Представитель руководства по качеству».

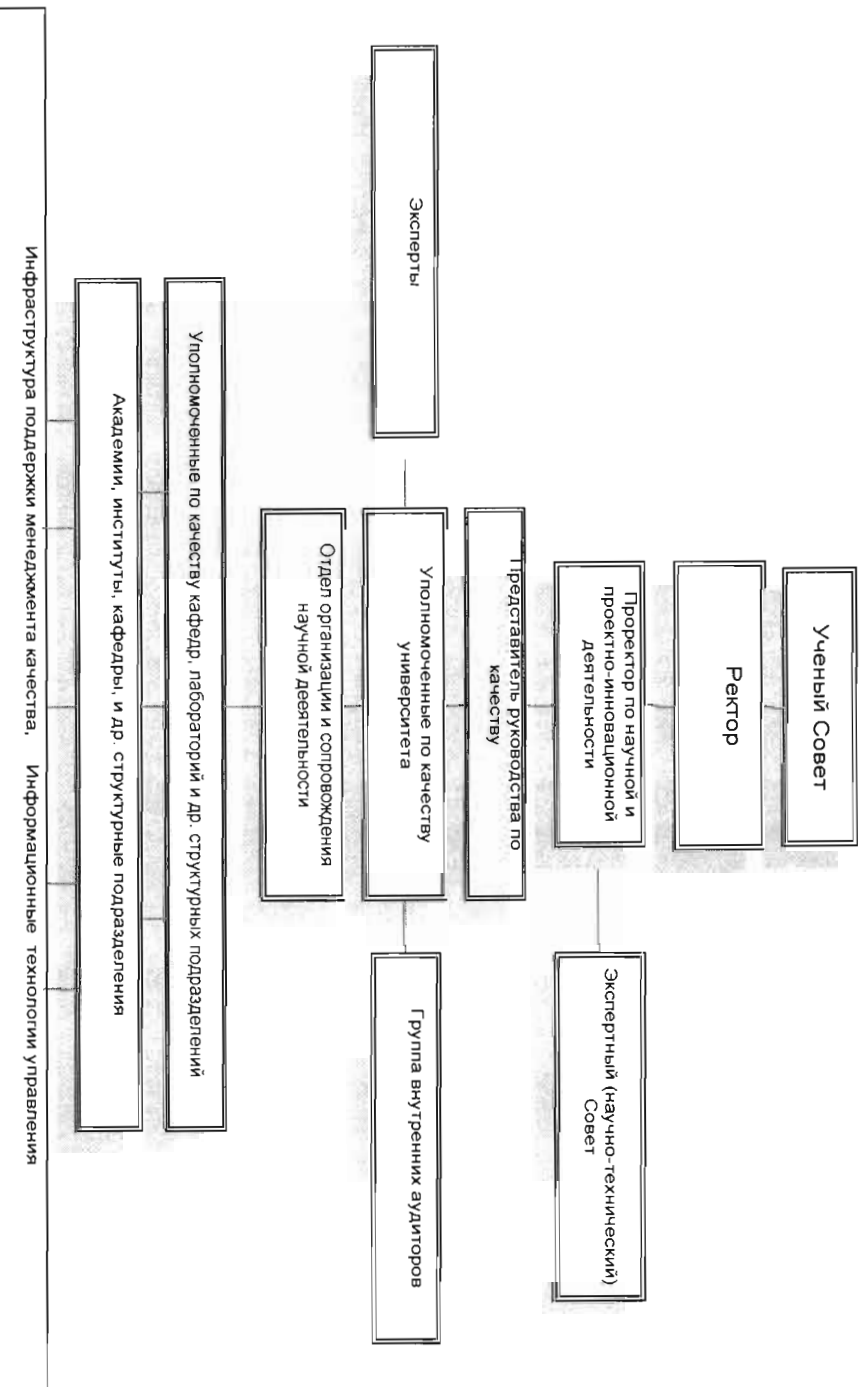
4.3 В ЮФУ определено подразделение - отдел организации и сопровождения научной деятельности (ООИСНД), ответственное за управление качеством, осуществляющее организацию работ по совершенствованию СМК на всех этапах жизненного цикла военной продукции, контролю и анализу степени соответствия СМК установленным требованиям и ожиданиям заказчика.

4.4 Процесс управления СМК ЮФУ изложен в инструкции И.СМК-5.5.2/02 -2015 «Управление системой менеджмента качества в ЮФУ».

4.5 Функциональная схема руководства и управления качеством военной продукцией в подразделениях ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012 приведена на рисунке 1.

Рисунок 1

Функциональная схема руководства и управления качеством военной продукции в подразделениях ЮФУ, входящих в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012



УТВЕРЖДАЮ
Ректор ФГАОВ ВО «ЮФУ»
М.А. Боровская

«___» _____ 2015

Военное
представительство

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООИСНД

« 21 » 10 2015 г.



П.Н. Филиппенко

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 21 » 10 2015 г.



И.К. Шевченко

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

« 21 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООИСНД

« 21 » 10 2015 г.



В.В. Янушко



ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Версия 0

А.СМК-4.1.5-2015

стр. 1 из 10

Приложение № 22 к приказу

№ ~~110~~ ¹⁰ от 27.10.2015г.

«Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», входящей в область сертификации в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2012»

А.СМК-4.1.5-2015

СОКРАЩЕНИЯ:

ВП - военное представительство, ФЗ - Федеральный закон, ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет,
ЕКПС – Единый классификатор предметов снабжения ВС РФ.

1 Общие сведения

Руководитель процесса: проректор по организации научной и проектно-инновационной деятельности университета.

Ответственный за СМК ЮФУ: Начальник управления организации и сопровождения научной и инновационной деятельности – представитель руководства по качеству

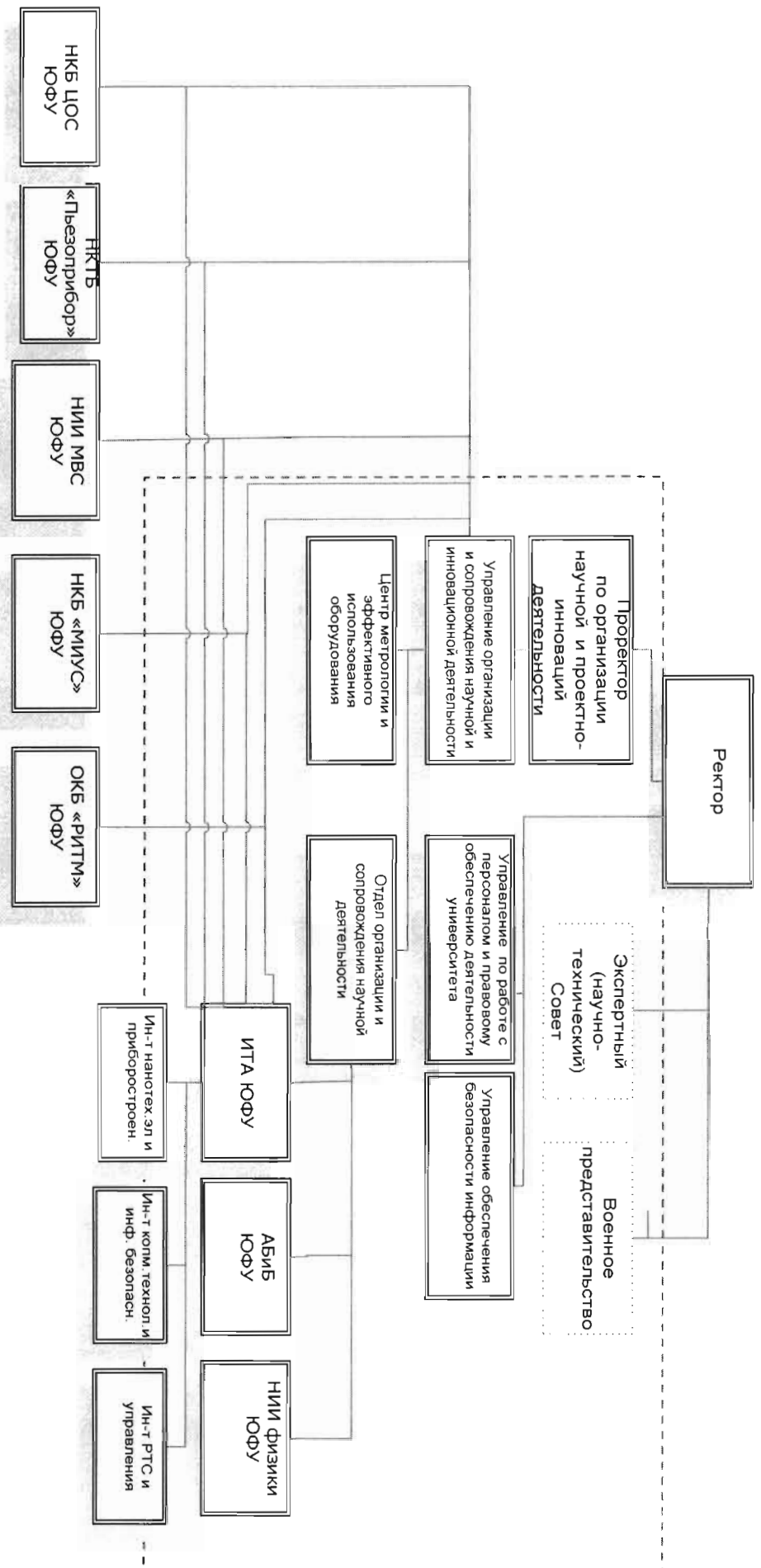
• **Назначение организационных структур:** Схемы организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ЮФУ, входящей в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012 описывают структурные подразделения ЮФУ, занимающиеся научной и инновационной деятельностью в соответствии с лицензированными видами деятельности.

2 Лицензии ЮФУ на осуществление видов работ		
№ лицензии, дата выдачи	Вид деятельности	Коды ЕКПС
Лицензия № М002861 ВВТ-ОП от 23 апреля 2015 г.	На осуществление работ, производства испытания, установки, монтажа, технического обслуживания, ремонта, утилизации и реализации вооружения и военной техники.	Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности, в соответствии с частью 2 статьи 12 «ФЗ от 4 мая 2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: - разработка вооружения и военной техники (ЕКПС 1237, ЕКПС 1287, ЕКПС 5820, ЕКПС 5840, ЕКПС 5845, ЕКПС 6627, ЕКПС 7015); - производство и реализация вооружения и военной техники (ЕКПС 1237, ЕКПС 1287, ЕКПС 5840, ЕКПС 5845, ЕКПС 6627, ЕКПС 7015);

2 Лицензии ЮФУ на осуществление видов работ

№ лицензии, дата выдачи	Вид деятельности	Коды ЕКПС
Лицензия № 851К от 21 января 2008	На осуществление космической деятельности	Виды деятельности согласно приложению
<p>Лицензия № 13188-АТ от 09 декабря 2014.</p> <p>Место нахождения общества: 344006 РФ, г. Ростов-на-Дону, ул. Б. Садовая, 105/42. Место осуществления лицензируемого вида:</p> <p>Россия, 347928, Ростовская область, г. Таганрог, пер. Некрасовский, 44;</p> <p>347928, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Чехова, д.2;</p> <p>347922, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Шевченко, д.2;</p> <p>347922, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Петровская, д.81;</p>	<p>На осуществление работ, производство, испытания и ремонта авиационной техники</p>	<p>Виды работ (услуг), выполняемых в составе лицензируемого вида деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработка авиационной техники; - проведение научно-исследовательских работ в области авиационной техники, в том числе с применением методов натурного и математического моделирования; - проведение опытно-конструкторских работ по созданию, модернизации, модификации авиационной техники; - разработка технических предложений по созданию авиационной техники; - разработка макетного образца авиационной техники; - разработка конструкторской документации авиационной техники; - изготовление и проведение испытаний опытного образца авиационной техники; - разработка программно-математического обеспечения функционирования авиационной техники; - обработка и анализ результатов испытаний. <p>Авиационная техника: разработка датчиков, датчиковой аппаратуры и их контрольно-проверочного оборудования, систем контроля летного эксперимента (код ЕКПС 4920, 6680, 6685); электронных модулей (ЕКПС: 5963); систем обработки данных обшего и специального назначения, их программного обеспечения (ЕКПС: 7010, 7015, 7021, 7030, 7031, 7055).</p>

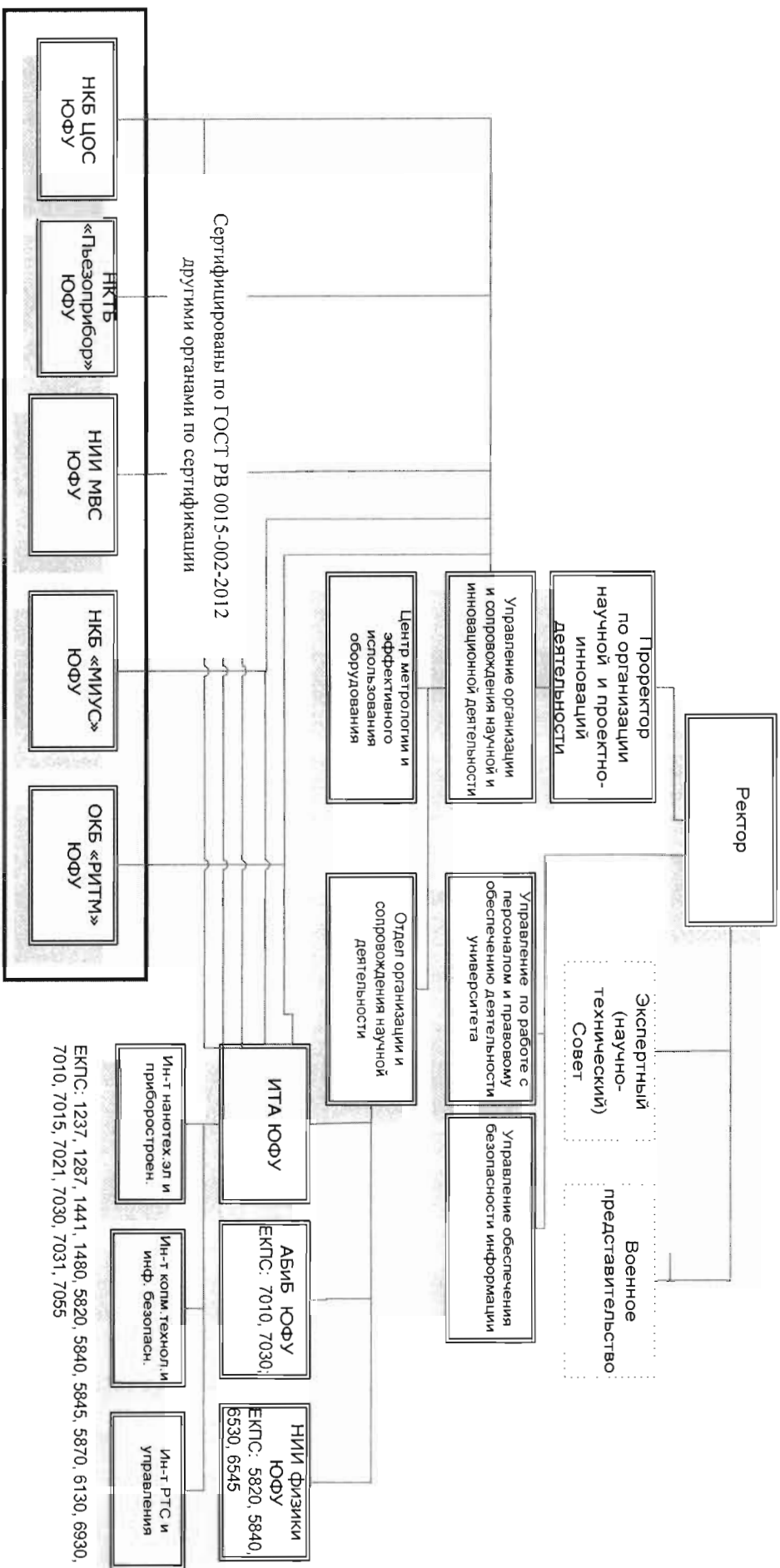
Схема организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАУ ВО «ЮФУ», входящей в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012



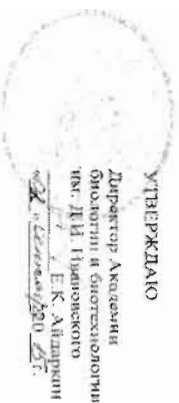
УТВЕРЖДАЮ
Ректор ФГАУ ВО «ЮФУ»
М.А.Боровская
«___» _____ 2015

Схема организационной структуры управления качеством научной и инновационной деятельности ФГАОУ ВО «ЮФУ», входящей в область сертификации по ГОСТ РВ 0015-002-2012

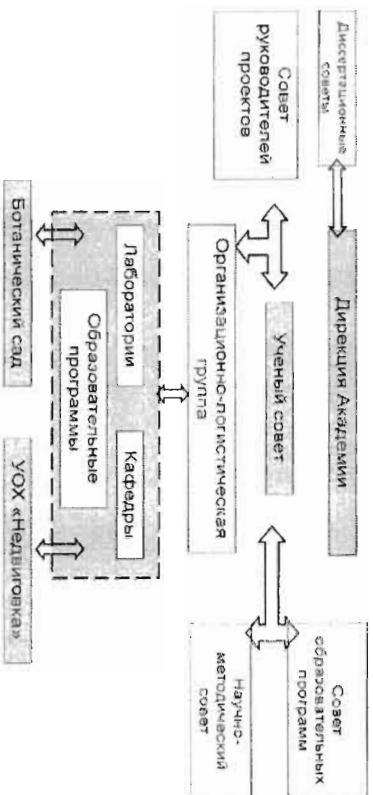
УТВЕРЖДАЮ
Ректор ФГАОУ ВО «ЮФУ»
_____ М.А. Боровская
«___» _____ 2015



Организационная структура Академии биологии и биотехнологий им. Д.И. Ивановского ЮФУ



Организационная структура Академии биологии и биотехнологий
им. Д.И. Ивановского



Кафедры:

- зоология;
- ботаника;
- экологии и рационального природопользования;
- биохимии и микробиологии;
- генетики;
- физиологии человека и животных;
- почвоведения и оценки земельных ресурсов;
- основы медицинских наук;
- методики преподавания биологии и химии.

Лаборатории:

- клеточных и тканевых технологий растений
- физиологии и экологии растений
- идентификации объектов биологического происхождения
- молекулярной генетики
- нейротехнологий восприятия и распознавания
- экологии и молекулярной биологии микроорганизмов

- «Мониторинг биосферы»
- «Биомедицина»
- «Биология развития и организации генома»
- «Генетика человека»
- «Экспериментальной мутagenеза»
- «Молекулярной генетики»
- «Функционального генома отрухолей»
- «Экспериментальная нейробиология»
- «Экологического мониторинга почв»

Образовательные программы:

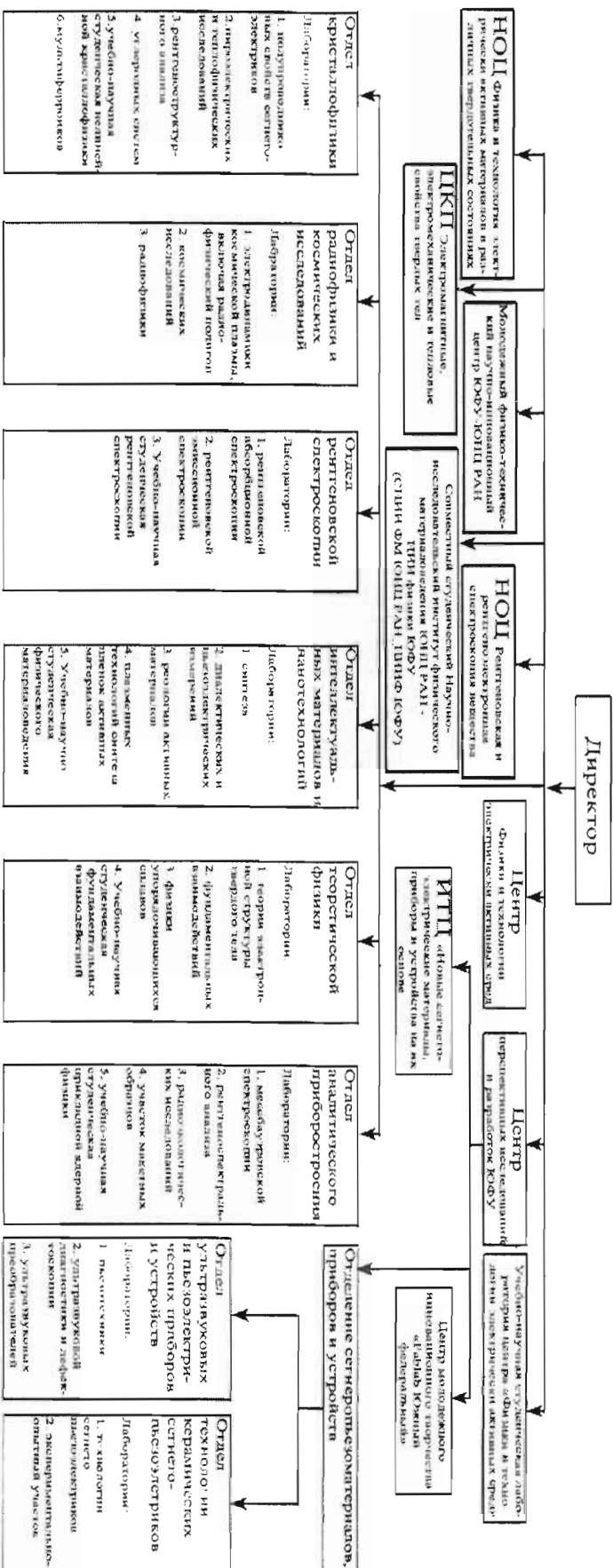
- 06.03.01 «Биология», Бакалавриат
- 06.03.02 «Почвоведение», Бакалавриат
- 44.03.01 «Педагогическое образование. Биология» (бакалавриат)
- 06.04.01 магистерская программа «Экология»
- 06.04.01 магистерская программа «Биотехнология и биомедицина»
- 06.04.01 магистерская программа «Физиологическая и генетическая диагностика»
- 06.04.02 магистерская программа «Генетика»
- 44.03.05 магистерская программа «Инновационная деятельность педагога в биологическом и химическом образовании»

Организационная структура Научно-исследовательского института физики ЮФУ

УТВЕРЖДАЮ
Директор НИИ физики ЮФУ

В.Д. Сухоруков
«22» 05 2015 г.

Схема организационной структуры НИИ физики ЮФУ



Подразделение **Инженерно-технологической Академии (ИТА) ЮФУ**,
входящие в область сертификации СМК по ГОСТ РВ 0015-002-2012:


№ пп	Код подразделения	Наименование
1.	705.15.	Институт компьютерных технологий и информационной безопасности
2.	705.16.	Институт нанотехнологий, электроники и приборостроения
3.	705.17.	Институт радиотехнических систем и управления

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООИСНД

« 21 » 10 2015 г.



П.Н. Филиппенко

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 21 » 10 2015 г.



И.К. Шевченко

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

« 21 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООИСНД

« 21 » 10 2015 г.



В.В. Днушко



Приложение № 23 к приказу

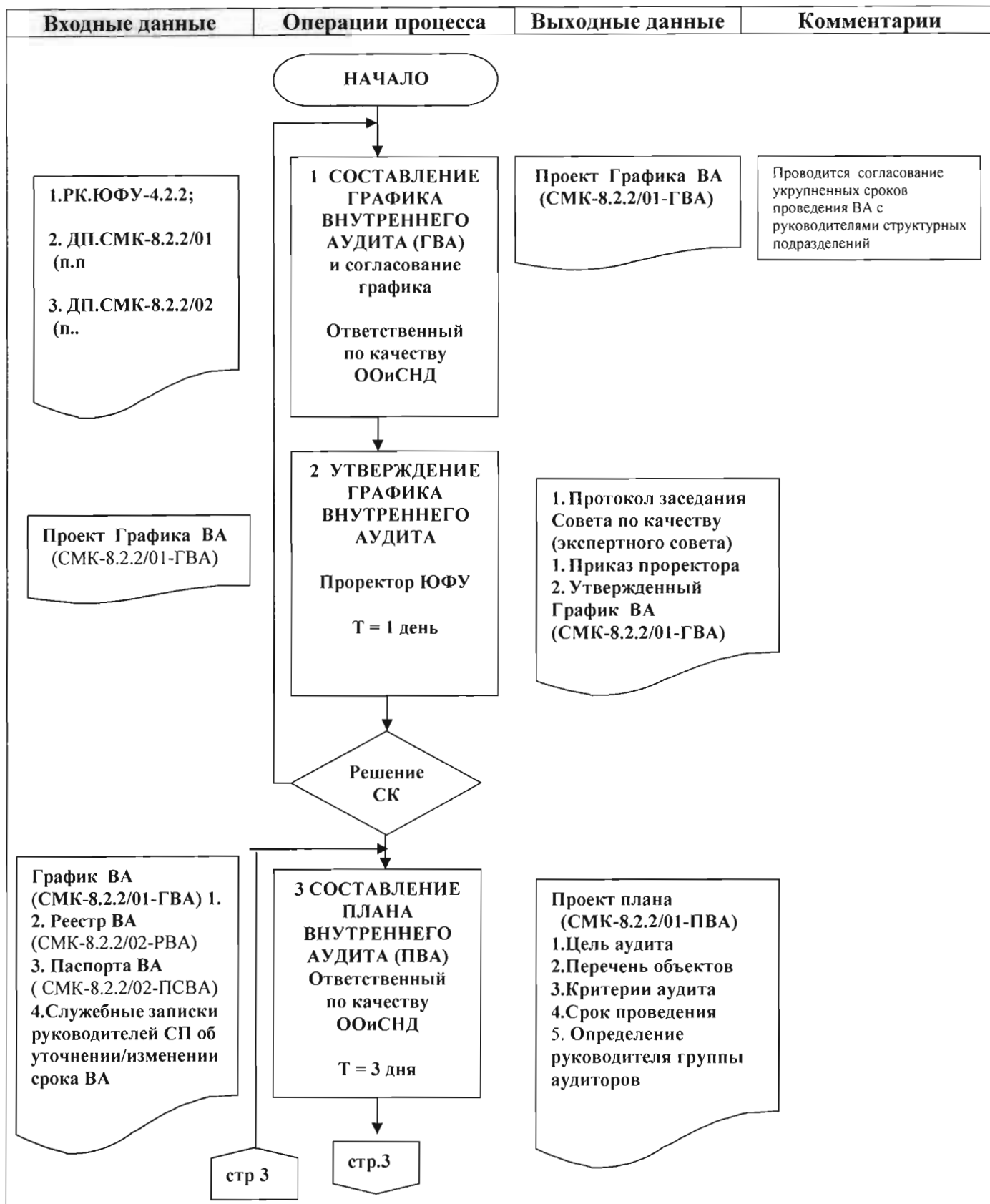
от 27.10.2015 г. № 461-01

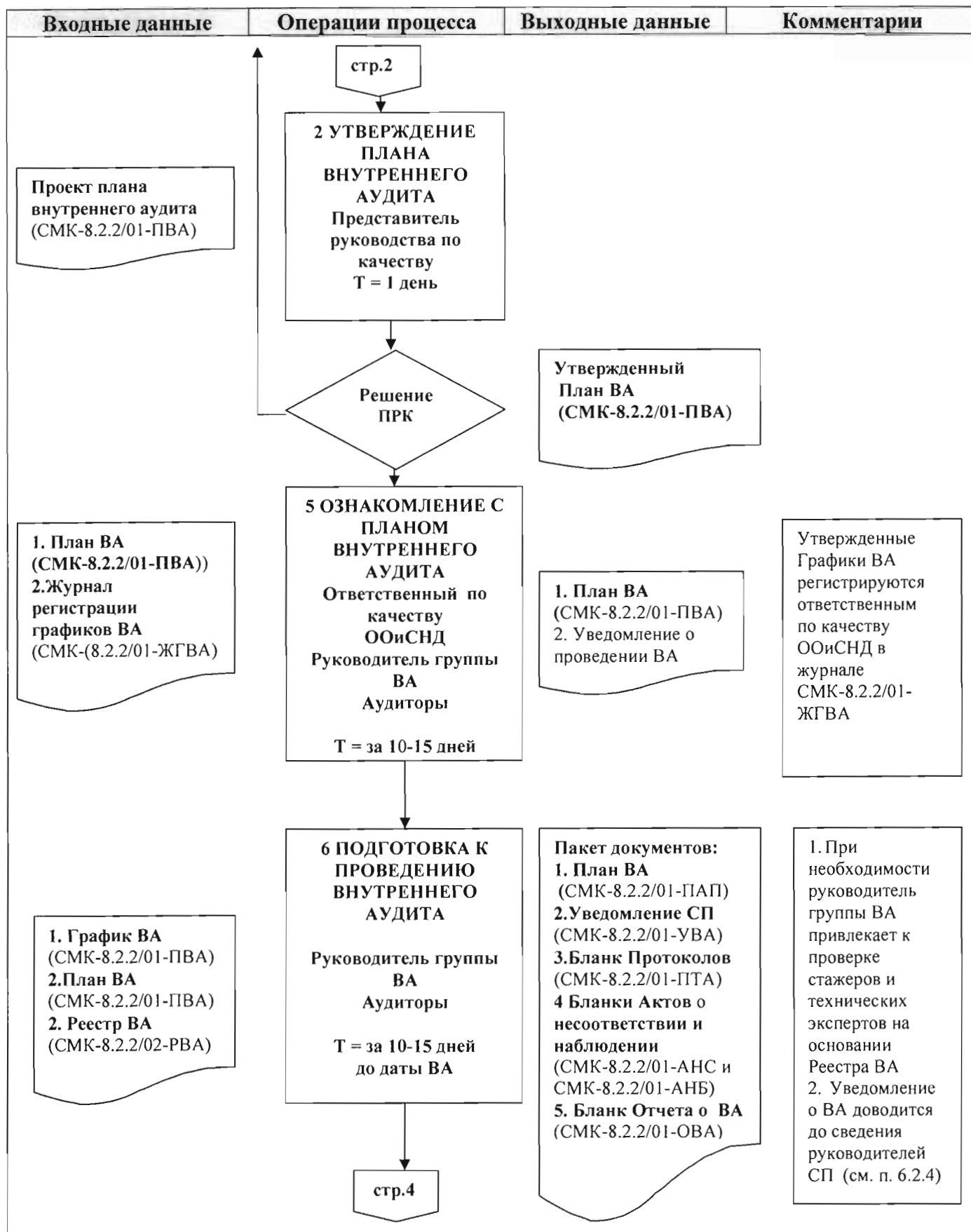
БЛОК – СХЕМА ПРОЦЕССА

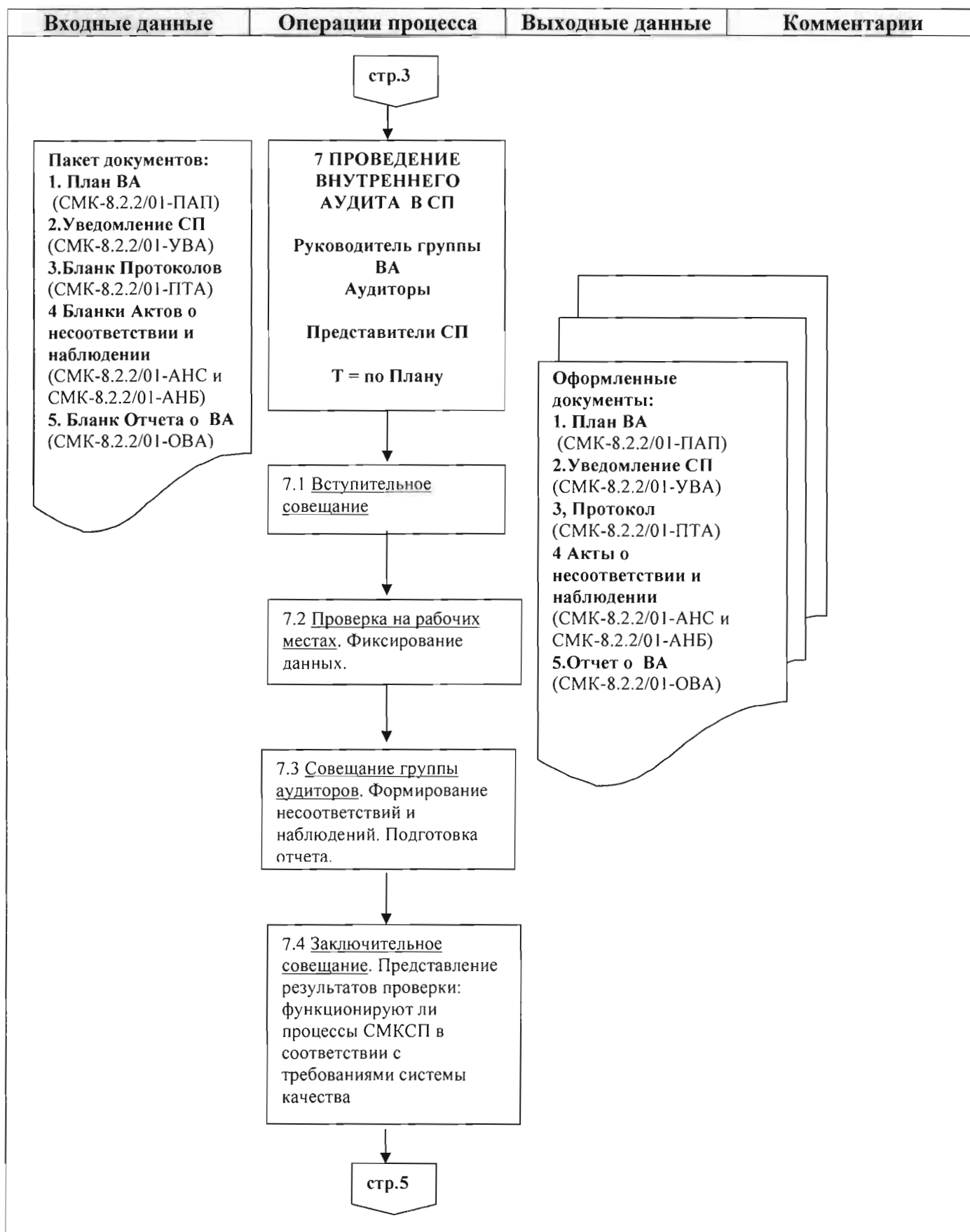
БСП.СМК- 8.2.2

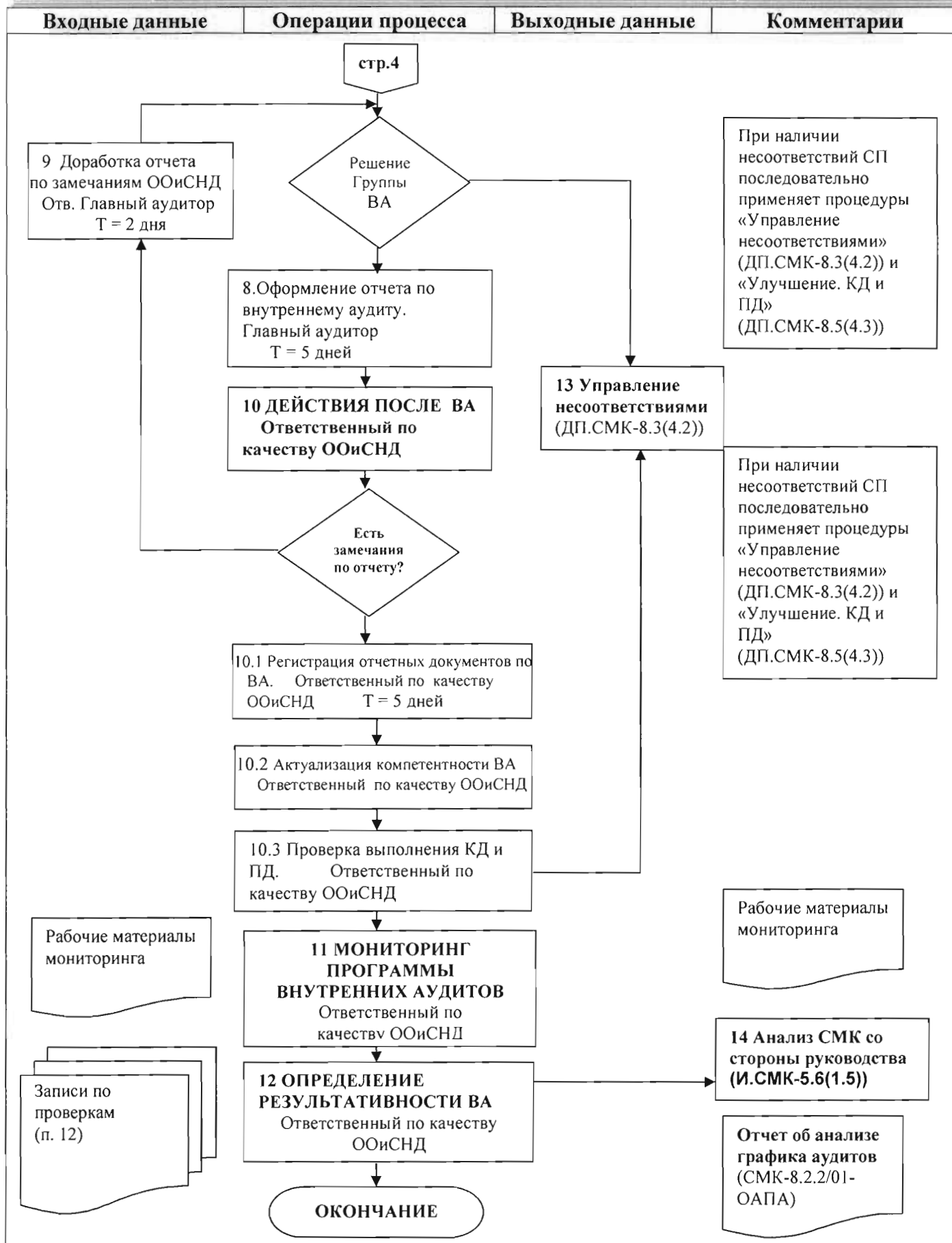
«ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА»

Владелец процесса: Проректор по организации научной и проектно-инновационной деятельности ЮФУ









ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



П.Н. Филиппенко

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 12 » 10 2015 г.



И.К. Шевченко

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

« 12 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



В.В. Янушко



ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

БСП.СМК-8.2.8-2015 «Внутренние аудиты СМК»

Структурное подразделение _____

Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись



Приложение №24 к приказу

от 27.10.2015 г. № 467-ОД

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«УПРАВЛЕНИЕ
ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫМИ ДОКУМЕНТАМИ
СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ»

СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	4
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	5
4 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА.....	6
4.1 ПОРЯДОК РАЗРАБОТКИ ПОЛОЖЕНИЯ О СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ.....	6
4.1.1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	6
4.1.2 СТРУКТУРА ДОКУМЕНТА.....	6
4.1.3 ТРЕБОВАНИЯ К РАЗРАБОТКЕ ПСП	7
4.2 ПОРЯДОК РАЗРАБОТКИ ДОЛЖНОСТНОЙ ИНСТРУКЦИИ.....	9
4.2.1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	9
4.2.2 СТРУКТУРА ДОКУМЕНТА.....	9
4.2.3 ТРЕБОВАНИЯ К РАЗРАБОТКЕ ДИ	10
4.3 УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫМИ ДОКУМЕНТАМИ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ.....	13
4.3.1 ПОРЯДОК УПРАВЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЕМ О СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ.....	13
4.3.2 ПОРЯДОК УПРАВЛЕНИЯ ДОЛЖНОСТНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ.....	13
4.3.3 ПОРЯДОК ПЕРЕСМОТРА, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ, ИЗЪЯТИЯ И АРХИВИРОВАНИЯ ПП И ДИ.....	14
5 РЕСУРСЫ.....	14
6 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ	14
7 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОЦЕДУРУ	16
8 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ	16



ПРИЛОЖЕНИЕ. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ.....	17
Приложение А. Шаблон Положения о структурном подразделении	17
Приложение Б. Шаблон Должностной инструкции	22
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	26
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	27
ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ.....	28
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	29

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-5.5.1/02-2015 взамен ДП.СМК-5.5.1/02-2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения» является документом системы менеджмента качества Южного федерального университета и устанавливает единые требования к разработке, построению, оформлению, согласованию, утверждению и изменению организационно-правовых документов структурного подразделения.

В число таких документов входят:

- Положение о подразделении;
- Должностные инструкции сотрудников подразделения;
- Номенклатура дел структурного подразделения.

Примечание. Управление номенклатурой дел структурного подразделения регламентировано ДП.СМК-4.2.3/09-2015 «Управление номенклатурой дел».

Цель разработки данной процедуры – обеспечение выполнения обязательных требований п.5.5.1 МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 в отношении распределения полномочий и ответственности в рамках системы управления ЮФУ, а также единообразия документов для эффективной работы сотрудников университета в системе менеджмента качества.

1.2 Действие данной документированной процедуры распространяется на все структурные подразделения ЮФУ, входящие в область сертификации МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

Ответственным за процесс «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения» является руководитель управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета.

1.3 Настоящая процедура ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения» в разработана в соответствии с требованиями пункта 4.2.1.d. МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

При разработке данной документированной процедуры использованы следующие нормативные документы:

- МС ИСО 9000:2005. Системы менеджмента качества. Основополагающие принципы и словарь.

- МС ИСО 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования.

- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.

- МС ИСО 15489-1:2001 Информация и документация. Управление документами. Общие требования.

- ГОСТ Р 6.30-2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов».

- Квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и других служащих (утв. постановлением Минтруда России от 21 августа 1998 г. № 37)

- МС ИСО/ТР 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества».
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».
- ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».
- К.СМК-4.2.3/06-2015 «Классификатор. Организационно-управленческие документы системы менеджмента качества».
- И.СМК-4.2.3/05-2015 «Кодирование документации и записей СМК».
- И.СМК-4.2.3/08-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».
- ДП.СМК-4.2.3/09-2015 «Управление номенклатурой дел».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей документированной процедуре применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ», а также следующие термины и определения:

Актуализация – подтверждение действительности документа

Документ – информация и соответствующий носитель.

Документированная процедура - документ, содержащий процедуру, устанавливающую способ осуществления деятельности или процесса

Должностная инструкция – правовой акт, издаваемый в целях регламентации организационно-правового положения работника, его обязанностей, прав, ответственности и обеспечивающий условия для его эффективной работы.

Контрольный экземпляр документа – подлинный экземпляр документа, имеющий оригинальные подписи должностных лиц и подлинный оттиск печати, а нумерацию экземпляра в виде единицы и хранящийся в специально отведенном месте.

Нормативная документация: документы, устанавливающие требования.

Организация /3.1./ – группа работников и необходимых средств с распределением ответственности, полномочий и взаимоотношений

Примечание. Термин «организация» в настоящей процедуре означает Южный федеральный университет.

Организационная структура – распределение ответственности, полномочий и взаимоотношений между работниками, представленной в виде схемы.

Положение о структурном подразделении – это правовой акт, устанавливающий статус, функции, права, обязанности и ответственность структурных подразделений.

Процедура – установленный способ осуществления деятельности или процесса.

Сотрудник (работник) - должностное лицо, на которое распространяются положения должностной инструкции.

Руководитель структурного подразделения – лицо, заключившее трудовой договор (контракт) с руководителем организации или назначенное последним для управления деятельностью структурного подразделения (например, начальник).

Статус – положение документа в системе менеджмента качества.

Структурное подразделение организации – официально выделенный орган управления частью организации с самостоятельными функциями, задачами и ответственностью за выполнение возложенных на него задач (может быть обособленным и внутренним, т.е. не обладающим полными признаками организации).

Учетный экземпляр документа – экземпляр документа, идентичный по содержанию и статусу подлинному экземпляру документа, имеющий собственный регистрационный номер листа выдачи и предназначенный для непосредственного использования в практической деятельности.

3.2 Сокращения

ДИ – должностная инструкция;

МС - международный стандарт;

НД - нормативная документация;

УД – управление делами и организации документооборота;

ОРД - организационно-распорядительная документация;

ПРК – представитель руководства по качеству;

ПП – Положение о структурном подразделении;

РК - руководство по качеству;

СМК - система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;

УК – Управление по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета;

ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;

ЮФУ – Южный федеральный университет

4 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

4.1 Порядок разработки положения о подразделении

4.1.1 Общие положения

Положение о структурном подразделении (далее – ПП) - это нормативно-правовой документ, устанавливающий место, цель, задачи, функции, взаимоотношения и связи структурного подразделения ЮФУ, а также квалификационные требования, права и ответственность его руководителя.

Для однотипных структурных подразделений разрабатываются типовые положения. Индивидуальное положение о подразделении разрабатывается на основе типового для структурной единицы организации, имеющей отличительные особенности.

Ответственность за разработку Положения о подразделении, а также за внесение в него изменений, ознакомление сотрудников и хранение копии несет руководитель структурного подразделения.

Ответственность за актуализацию, учет, регистрацию, выдачу учетных экземпляров, хранение контрольного экземпляра Положения о структурном подразделении, информирование руководителя СП о наличии изменений, изъятие и уничтожение ПСП при потере актуализации – несет начальник структурного подразделения. Ответственность за

утверждение и введение в действие Положения о структурном подразделении несет ректор ЮФУ.

4.1.2 Структура документа

Разделами Положения являются:

- титульный лист
- общие положения;
- структура и кадровый состав;
- основные задачи
- функции;
- должностные обязанности руководителя структурного подразделения;
- права руководителя структурного подразделения;
- ответственность руководителя структурного подразделения;
- взаимоотношения и связи;
- оценка результативности деятельности подразделения;
- приложение:
 - Приложение А Матрица ответственности сотрудников подразделения
 - Приложение Б Организационная структура подразделения (графическая схема);
- лист согласования;
- лист ознакомления.

Примечание. Приложение Б "Организационная структура подразделения" обязательно при условии, если подразделение состоит из нескольких структурных элементов, например, кафедр, отделов, лабораторий, секторов и др.

4.1.3 Требования к разработке разделов ПП

- Титульный лист

Оформление титульного листа Положения о структурном подразделении должно соответствовать приведенному в шаблоне (приложение Б).

Наименование Положения должно соответствовать наименованию структурного подразделения, указанному в штатном расписании ЮФУ и области деятельности подразделения.

- Раздел «Основные положения»

В этом разделе указывают:

статус структурного подразделения в соответствии с Уставом ЮФУ, штатным расписанием и организационной структурой университета (управление, отдел, сектор и.т.д.);

подчиненность подразделения;

порядок назначения и освобождения руководителя подразделения от должности, а также порядок замещения в период его отсутствия;

квалификационные требования, предъявляемые к руководителю (в т.ч. знания в области качества);

порядок реорганизации и ликвидации структурного подразделения;

правовые акты и нормативные документы, в т.ч. документы системы менеджмента качества подразделения (Политика руководства в области качества, цели организации в области качества и документированные процедуры СМК), которыми должно руководствоваться структурное подразделение в своей деятельности.

– Раздел «Структура и кадровый состав»

Организационную структуру подразделения выполняют в виде схемы и представляют в приложении А Положения. В данной схеме необходимо отразить все структурные звенья подразделения с указанием отдельных должностей и штатной численности в соответствии со структурой организации и штатным расписанием.

Если подразделение имеет сложную организационную структуру, то в Положении необходимо кратко описать функции и задачи секторов, входящих в это подразделение.

При описании кадрового состава подразделения (штатное расписание) необходимо привести ссылки на соответствующие должностные инструкции сотрудников в части функций, прав, обязанностей и ответственности персонала.

Необходимо также отразить вопросы обучения, повышения квалификации, оценки и аттестации персонала.

– Раздел «Основные задачи»

В разделе указываются основные направления деятельности и перечисляются задачи, возложенные на данное структурное подразделение с целью реализации Политики руководства ЮФУ в области качества.

– Раздел «Функции»

В разделе приводятся конкретные виды деятельности, закрепленные за данным структурным подразделением, и выполняемые в рамках установленных задач по отношению к другим подразделениям ЮФУ, а также внешним потребителям и партнерам (организациям и физическим лицам). Здесь же необходимо перечислить функции (процессы) подразделения в области СМК ЮФУ. Например, за руководителем отдела по организационным вопросам закреплено выполнение требований подразделов 7.2.3. «Связь с потребителями» и 8.2.1. «Удовлетворенность потребителей» МС ИСО 9001:2008.

– Разделы «Должностные обязанности руководителя структурного подразделения», «Права руководителя структурного подразделения» и «Ответственность руководителя структурного подразделения»

В разделе указывают степень ответственности руководителя подразделения за качество и своевременное выполнение возложенных на подразделение функций и оформляются в соответствии с пунктами 4.2.3.4 - 4.2.3.7 настоящей документированной процедуры, соответственно.

– Раздел «Взаимоотношения и связи»

В разделе регламентируются информационные и документационные потоки подразделения; основные документы, создаваемые им; указывается, с какими подразделениями и внешними потребителями и партнерами осуществляется взаимодействие, какую информацию получает и представляет подразделение; устанавливаются периодичность и сроки представления; в каком порядке и кем рассматриваются возникающие разногласия. Данный раздел приводится в виде таблицы (приложение Б). Все сведения, представленные в этой таблице, должны быть согласованы со сведениями подразделений и должностных лиц, взаимодействующих с данным подразделением.

– Раздел «Оценка результативности деятельности подразделения»

В этом разделе указывается, что оценка результативности деятельности подразделения проводится по следующим показателям:

1. Соответствию системы менеджмента качества требованиям МС ИСО 9000:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 (по результатам внутренних и внешних аудитов и анализу со стороны руководства).
2. Поддержанию нормативной документации в актуализированном состоянии.
3. Принятию мер по корректировке несоответствий системы менеджмента качества на уровне ЮФУ.
4. Оценке деятельности подразделения на основе удовлетворенности потребителей.

– Раздел «Лист согласования»

В этом листе указываются сведения о требуемых согласованиях: вышестоящим руководителем, курирующим данное подразделение; с начальником Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета, юристом – в части соблюдения требований трудового законодательства РФ; ПРК в части соответствия требованиям МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012; руководителями других подразделений ЮФУ, с которыми имеется непосредственное взаимодействие (при необходимости).

Указываются наименования должностей, их подписи, расшифровки подписей и даты визирования.

– Раздел «Лист ознакомления»

Этот структурный элемент приводится по формам, указанным в И.СМК-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК», формы СМК-4.2.3/02-ЛСД, СМК-4.2.3/02-ЛРИ, СМК-4.2.3/02-ЛА, СМК-4.2.3/02-ЛЮ, СМК-4.2.3/02-ЛРР.

4.2 Порядок разработки должностной инструкции

4.2.1 Общие положения

Должностная инструкция (ДИ) является документом, призванным содействовать правильному подбору и расстановке кадров, разделению и кооперации труда сотрудников ЮФУ. В качестве инструмента для оценки результатов деятельности должностные инструкции используются при аттестации специалистов, должностных перемещениях, формировании кадрового резерва и выдвижения на руководящие должности.

ДИ могут быть типовыми и конкретными. Типовые должностные инструкции разрабатываются для однотипных структурных подразделений организации. На основе типовых инструкций могут разрабатываться конкретные ДИ. В исключительных случаях может разрабатываться именная должностная инструкция с указанием фамилии и инициалов конкретного сотрудника. Должностные инструкции разрабатываются на все должности, которые предусмотрены штатным расписанием, кроме должности руководителя подразделения, деятельность которого регламентирует положение о подразделении, и носит обезличенный характер.

Должностные инструкции разрабатываются на основе соответствующих стандартов ЮФУ и Квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих.

ДИ должны отражать весь круг должностных обязанностей, полномочий и ответственности работника, иметь четкие и краткие формулировки, быть гибкими и динамичными.

Разработка должностных инструкций на подчиненный персонал возлагается на непосредственного руководителя сотрудника. Должностная инструкция руководителя подразделения разрабатывается самим руководителем подразделения.

4.2.2 Структура документа

Основными разделами должностной инструкции являются:

- титульный лист
- общие положения;
- должностные обязанности;
- перечень документов, записей и данных по качеству работника
- права;
- ответственность;
- взаимоотношения и связи;
- согласования;
- ознакомления.

4.2.3 Требования к разработке разделов должностной инструкции

– Титульный лист

Оформление титульного листа должностной инструкции должно соответствовать требованиям пункта 4.1.1. ДП. Порядок разработки и оформления документации СМК.

Обозначение должностной инструкции включает код и наименование. Код инструкции имеет вид:

XX.XX-YY/ZZ. Например:

1. кодировка должностной инструкции структурного подразделения ЮФУ: 203-02-01/01, где 203-02 – индекс номенклатурного дела административного отдела управления делами и организации документооборота, 203-02-01/01 – индекс номенклатурного дела должностных инструкций, 01 – номер должностных инструкций по порядку.

2. кодировка должностной инструкции сотрудников ЮФУ включает код структурного подразделения в соответствии с утвержденным и актуальным «Классификатором структурных подразделений Южного федерального университета».

Наименование ДИ должно соответствовать должности сотрудника, указанной в штатном расписании ЮФУ и области деятельности структурного подразделения.

Кроме этого, наименование должности должно соответствовать одной из категорий в зависимости от характера преимущественно выполняемых работ:

руководители - организационно-административная деятельность,

специалисты - аналитико-конструктивная деятельность,

другие служащие (технические исполнители) - информационно-техническая деятельность.

К группе «руководители» относятся: ректор ЮФУ... , а также руководители структурных подразделений ЮФУ.

В группу должностей категории «специалисты», входят лица, обладающие специальными знаниями, навыками, опытом работы в определенной отрасли экономики, получившие специальность по высшему (специалисты высшего звена) или среднему

образованию (специалисты среднего звена), подтвержденному присвоением лицу квалификации дипломированный «специалист» или магистр. Специалисты выполняют работы, требующие определенной квалификации, например, эксперты.

Категорию «служащие» образуют лица, выполняющие регламентированные и методически проработанные, периодически повторяющиеся работы, относящиеся к деятельности соответствующего структурного подразделения, под контролем непосредственного руководителя, – технические исполнители. Как правило, требования к их квалификации сводятся к среднему профессиональному образованию или среднему (полному) общему образованию и специальной подготовке по установленной программе без предъявления требований к стажу работы.

Следует иметь в виду, что наименования руководителей и специалистов могут быть снабжены обозначениями производных должностей. Например, заместитель руководителя, старший, помощник и другие.

Должностное наименование «старший...», например, старший эксперт, устанавливается при условии, если сотрудник наряду с выполнением обязанностей, предусмотренных по занимаемой должности, осуществляет руководство подчиненными ему работниками. Также должностное наименование «старший» может устанавливаться сотруднику в виде исключения и при отсутствии непосредственно в его подчинении работников, если на него возлагаются функции руководства самостоятельным участком работы (при нецелесообразности создания отдельного структурного подразделения).

– Раздел "Общие положения"

В данном разделе должностной инструкции устанавливаются:

наименование должности с обозначением структурного подразделения;
непосредственная подчиненность сотрудника (с соблюдением принципа единоначалия);

перечисление работников и/или подразделений, непосредственно подчиненных данному сотруднику (при наличии)

порядок назначения на должность и освобождения от должности;

порядок замещения работника в период его отсутствия;

перечень нормативных, методических и других документов, которыми руководствуется работник, занимающий данную должность;

квалификационные требования, предъявляемые к работнику (уровень образования, стаж работы), в том числе в области менеджмента качества;

указываются:

перечень правовых, нормативных, методических документов, Политика руководства ЮФУ в области качества и документированные процедуры системы менеджмента качества, которыми должен руководствоваться в своей деятельности сотрудник ЮФУ, занимающий данную должность;

требования к специальным знаниям и навыкам.

– Раздел "Должностные обязанности"

В разделе "Должностные обязанности" устанавливается конкретное содержание деятельности работника. Здесь указываются: виды деятельности, выполняемых работником; должностные обязанности работника, вытекающие из задач и функций подразделения с указанием формы участия в управленческом процессе: руководит, готовит, утверждает, рассматривает, исполняет, обеспечивает, согласовывает, представляет и т.п..

При перечислении обязанностей их следует разбить на группы:

обязанности по разработке, подготовке или участию в составлении документов по конкретным вопросам, находящимся в компетенции работника (приказов, инструкций и т.п.);

обязанности по своевременному и качественному сбору, обработке, анализу и использованию информации (сводок, отчетов, правок, устной информации и т.п.);

обязанности по использованию работником организационных, методических, инструкторских, контрольно-инспекторских и других форм работы (выезды на места, созыв совещаний или участие в них, проведение семинаров, консультаций, инструктажей и т.п.);

обязанности по соблюдению сроков выполнения конкретных действий.

Также перечисляются обязанности работника в области качества:

обеспечение выполнения Политики руководства в области качества в рамках своей деятельности;

соблюдение требований СМК, предъявляемых к деятельности подразделения;

конкретные обязанности в области качества, связанные с ответственностью или участием в определенных процессах СМК. Например, управление документацией, внутренним аудитом, мониторингом процессов, инфраструктурой, производственной средой и т.д.

– Раздел «Перечень документов, записей и данных по качеству работника»

В этом разделе указывается перечень документов, необходимых для деятельности сотрудника.

Комплект документов руководителей высшего звена и руководителей структурных подразделений аналогичен номенклатуре дел структурного подразделения.

В комплект документов других работников входят: должностная инструкция сотрудника, правовые и организационно-распорядительные документы, необходимые для его деятельности, нормативные документы, технические документы, планы работ. А также записи и данные по качеству, регистрируемые работником. Данный комплект может быть представлен в виде приложения к должностной инструкции.

– Раздел «Права»

В разделе "Права" устанавливаются полномочия работника, обеспечивающие реализацию возложенных на него обязанностей:

право принимать решения, давать указания по конкретным вопросам, самостоятельно подписывать документы в пределах компетенции;

право обращаться с предложениями к вышестоящему руководителю;

право представлять от имени подразделения или организации в других организациях и пределы представительства;

право участвовать в совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к деятельности работника;

право требовать необходимую для выполнения возложенных функций информацию (статистическую, экономическую, управленческую и др.);

право требовать определенных действий от других работников.

– Раздел "Ответственность"

В разделе "Ответственность" устанавливаются критерии оценки работы и мера персональной ответственности работника. Критериями оценки являются объективные

показатели, характеризующие качество и своевременность выполнения работы. Ответственность работника определяется в соответствии с действующим законодательством и может быть дисциплинарной, административной или уголовной.

Раздел "Ответственность" устанавливает виды дисциплинарной, административной и (при необходимости) уголовной ответственности, которую может нести руководитель подразделения в случае невыполнения подразделением своих обязанностей.

– Раздел "Взаимоотношения и связи"

В разделе "Взаимоотношения и связи" указывается, от кого, в какие сроки и какую информацию получает работник; кому, какую и в какие сроки представляет; с кем согласовывает проекты подготавливаемых документов; с кем совместно подготавливает документы и рассматриваются другие вопросы информационных взаимосвязей работника с подразделениями, лицами, организациями. Данный раздел может быть приведен по форме Приложения Б к данной процедуре.

– Раздел «Лист согласования»

В этом листе указываются сведения о требуемых согласованиях: вышестоящим руководителем, курирующим данное подразделение; с начальником управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета, юристом – в части соблюдения требований трудового законодательства РФ;

представителем руководства по качеству ЮФУ в части соответствия требованиям МС ИСО 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 для подразделений, входящих в область сертификации СМК;

руководителями других подразделений ЮФУ, с которыми имеется непосредственное взаимодействие (при необходимости).

Указываются наименования должностей, их подписи, расшифровки подписей и даты визирования.

4.3 Управление организационно-правовыми документами СП

4.3.1 Порядок управления Положением о структурном подразделении

Введение в действие Положения о структурном подразделении осуществляется приказом ректора ЮФУ (руководителя СП, который имеет право подписи документов. Утвержденные ПСП хранят в управлении по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета, в соответствии с установленным порядком делопроизводства.

Ознакомление сотрудников с ПСП обеспечивает руководитель структурного подразделения. Сотрудники, вновь поступающие на работу в подразделения ЮФУ, знакомятся с Положением под роспись с указанием даты.

4.3.2 Порядок управления Должностной инструкцией

Утвержденную ДИ хранят в управлении по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета в соответствии с установленным порядком делопроизводства.

Обязанность ознакомления сотрудников с Должностной инструкцией возлагается на руководителя управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета, в результате чего сотрудник собственноручно вносит соответствующую

запись в лист ознакомления. Ознакомление с ДИ производится при приеме на работу, при перемещении на другую должность и при временном исполнении обязанностей по должности. Требования должностной инструкции являются обязательными для сотрудника с момента его ознакомления с инструкцией под расписку и до перемещения на другую должность или увольнения.

Для текущей работы с подлинника ДИ снимают заверенные копии, которые выдают сотруднику и руководителю соответствующего структурного подразделения организации под роспись. Допускается наличие должностной инструкции в подразделении в единственном экземпляре в номенклатуре дел. По решению руководителя заверенная копия должностной инструкции может направляться при необходимости в другие подразделения организации. В структурном подразделении копия Должностной инструкции помещается в номенклатурное дело № _____.

Для новых сотрудников ЮФУ руководитель управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета в день издания приказа о приеме данного сотрудника на работу (в первом экземпляре документа) проводит их ознакомление с должностной инструкцией.

4.3.3 Порядок пересмотра, внесения изменений, изъятие и архивирование ПСП и ДИ

Предложения о внесении изменений в организационно-правовые документы структурного подразделения, связанные с улучшением деятельности подразделения, реструктуризации и др., могут вносить высшее по отношению к подразделению руководство, руководитель подразделения с учетом предложений работников как своего, так и других подразделений, другие сотрудники ЮФУ. Внесение изменений в ПСП и/или ДИ также могут быть произведены в случаях необходимости перераспределения, изъятия или добавления функций, изменении организационной структуры, названия подразделения или должности и пр.

Инициация пересмотра ПСП и/или ДИ или внесения в них изменений производится в соответствии с И.СМК.-4.2.3/02-2015 «Требования к оформлению документации СМК».

Изменения в ПСП и/или ДИ вносятся в соответствии с требованиями ДП.СМК 4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

Положение о структурном подразделении и/или Должностная инструкция должны быть заменены и заново утверждены в следующих случаях:

- при изменении названия или структуры структурного подразделения;
- при изменении названия должности, кадровых перестановках;
- при изменении фамилии сотрудника, замещающего данную должность или при увольнении прежнего сотрудника замене его другим, если должностная инструкция была именной;
- при организационных изменениях ЮФУ.

Изъятие и архивирование ПСП и ДИ, отмененных и потерявших свою актуальность производится в соответствии с ДП СМК 4.2.4/01-20014 «Управление записями».

5 РЕСУРСЫ

Для осуществления ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая процедура в электронном виде, при необходимости, на сервере ЮФУ;
- финансовые средства для мотивации сотрудников за инициацию данной процедуры;
- персональный компьютер принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой данной процедурой,
- информационные ресурсы (при необходимости).

6. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

Актуализированный контрольный экземпляр данной документированной процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

К записям, образующимся в ходе работы по настоящей документированной процедуре, относятся (таблица 3):

Таблица 3

№ п/п	Наименование документа	Код док.	Экземпляр		Хранение		Архивирование	
			Ко л-во	От кого получен	место	срок	место	срок
	Входные документы							
1	Заявка на разработку/переиздание документа СМК	СМК-4.2.3/01-ЗРД	1	Заинтересованные подразделения/лица	номенклатура дел ОД	3 года	архив	3года
2	Приказ о разработке организационных документов ЮФУ		1	Ректор ЮФУ	номенклатура дел ОД	1 год	архив	3года
	Внутренние документы			пользователь				
3	«Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения»	ДП.СМК-5.5.1/02-2015	X	По списку рассылки	номенклатура дел ПРК	до замены новой	архив	3года
4	Проект документа		1	Начальник СП	Номенклатура дел ОД	1 год	-	-
5	Лист согласования проекта документа	СМК-4.2.3/02-ЛСПД	1	Начальник Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению	Номенклатура дел	1 год	-	-

				деятельности университета				
	Выходные документы		X	Кому выдан				
6	Согласованное и утвержденное Положение о структурном подразделении		1	Начальник Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	Номенклатура дел Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	3 года	архив	3года
7	Согласованная утвержденная Должностная инструкция		1	Начальник Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	Номенклатура дел Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	1 год	архив	3года
8	Приказ о введении организационно-правовых документов СП в действие		1	Начальник Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	Номенклатура дел Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета	1 год	архив	3года

Хранение процедуры осуществляется в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01 - 2014 «Управления документацией СМК».

Записи ведутся в соответствии с требованиями ДП.СМК- 4.2.4/01-2014 «Управление записями».

7 ПОРЯДОК Внесения изменений в процедуру

Порядок внесения изменений в процедуру «Управление нормативно-правовыми документами структурного подразделения» производится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01 -2014 «Управления документацией СМК».

8 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

Контроль выполнения настоящей процедуры осуществляет проректор по управлению персоналом.

ПРИЛОЖЕНИЕ. ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ

Приложение А Шаблон Положения о структурном подразделении

Приложение

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора

Южного федерального университета

от « ___ » _____ 20__ г. №

Принято на Ученом совете

Южного федерального университета

« ___ » _____ 20__ г.

(если требуется рассмотрение УС)

ПОЛОЖЕНИЕ

(название)

г. Ростов-на-Дону

20__ год



УТВЕРЖДАЮ

Ректор

Южного федерального университета

« ___ » _____ 20__ г.

Принято на Ученом совете

Южного федерального университета

« ___ » _____ 20__ г.

(если требуется рассмотрение УС)

ПОЛОЖЕНИЕ

(название)

г. Ростов-на-Дону
20__ год

1. Общие положения

1.1 _____ (_____): _____
_____ полное _____ наименование _____ подразделения
(сокращенное наименование подразделения)
является структурным подразделением Южного федерального университета (ЮФУ);
организует и осуществляет.....(цели....., задачи.....).
непосредственно подчиняется(должностное лицо ЮФУ).

1.2 В своей работе (_____) руководствуется Законом Российской Федерации «Об образовании», Федеральным законом «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», Федеральным законом «О науке и государственной научно-технической политике», другими федеральными законами, типовым положением об образовательном учреждении высшего профессионального образования (высшем учебном заведении) Российской Федерации, Уставом Южного федерального университета, Политикой в области качества ЮФУ, приказами и распоряжениями ректора, проректоров университета, стандартами МС ISO 9001:2008, ГОСТ РВ 0015-002-2012 и другими нормативными и методическими документами ЮФУ по вопросам, касающимся системы менеджмента качества, и настоящим положением.

1.3 Положение определяет:

- задачи, внутреннюю структуру и сферы ответственности основных звеньев системы управления качеством _____ ЮФУ;
- функциональные обязанности руководителей подразделения и _____ по контролю за качеством научно-образовательной деятельности;
- квалификационные требования к должностям профессорско-преподавательского состава _____ ЮФУ; - ...

2. Задачи _____

_____ полное наименование подразделения ЮФУ

Система управления качеством научно-образовательной деятельности _____ призвана решать следующие задачи:

- создание оптимальных условий для реализации конституционного права граждан Российской Федерации на получение высшего профессионального образования согласно своим склонностям и потребностям;
- обеспечение демократического характера управления научно-образовательной деятельностью; - реализация академических свобод всех участников научно-образовательной деятельности и обеспечение их академической ответственности;
- создание оптимальных условий для свободного поиска истины, её свободного изложения и распространения;
- обеспечение социально-правовых гарантий для свободной творческой деятельности преподавателей;
- ...

3. Состав, структура и организация работы _____

3.1 Состав подразделения и схема административных (по вертикали) и функциональных (по горизонтали) взаимосвязей приведена в приложении 3...

3.2 Руководитель подразделения.....

(организует....., проводит политику....., формирует, планирует....., контролирует....., анализирует, принимает решения....., отчитывается.....)

3.3 Заместители.....

3.4 Порядок формирования штатов подразделения

.....

4 Функции подразделения и распределение ответственности

4.1

4.2

.....

Распределение функций и ответственности (приложение 1)

5 Планирование работ и отчетность

5.1

5.2

.....

6 Права

6.1

6.2

7 Ответственность

7.1

7.2

6 Взаимодействия

6.1 с руководством ЮФУ (конкретные должности)

.....

6.2 с подразделениями

.....

6.3 с правовым управлением

.....

6.4 с инспектором по кадрам и т.д.

.....

6.7 с внешними организациями (РФ, Ростовской области и т.д.)

.....



7 Материальное и информационное обеспечение

.....

8 Обеспечение условий труда и безопасности персонала

.....

9 Делопроизводство и конфиденциальность

В ведутся дела в соответствии с номенклатурой, утвержденной
.....(приложение Б)

Ответственным за делопроизводство назначается (должность...).....

Защита конфиденциальной информации.....

.....

10 Система менеджмента качества работы подразделения

В подразделении реализуются элементы системы менеджмента качества ЮФУ РФ. Внедряются документы СМК (принята Политика ЮФУ в области качества; разрабатываются цели в области качества _____, документы системы менеджмента качества уровня подразделения и т. д.).

Оценивание эффективности и результативности системы менеджмента качества (процессов и услуг) осуществляется руководством подразделения, аудиторами при внешних и внутренних проверках и регистрируется.

Руководитель подразделения ежегодно анализирует эффективность и результативность работы коллектива и разрабатывает перспективный план мероприятий по совершенствованию деятельности.

.....

Приложения

Приложение А Матрица ответственности сотрудников подразделения

Приложение Б Организационная структура

Приложение Б
Шаблон Должностной инструкции

Федеральное государственное
автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

УТВЕРЖДАЮ
Ректор Южного федерального
университета

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

№ _____

Г. _____
(место составления)

_____ (должность)

« ____ » _____ 20__ г.

1 Общие положения

1.1 Должность _____ относится к категории _____
(руководителей, специалистов, технических служащих).

1.2 Назначение на должность _____, перемещение и освобождение от
нее осуществляется приказом ректора ЮФУ в установленном порядке.

1.3 _____ должен иметь высшее
_____ (экономическое, инженерно-экономическое,
техническое или юридическое образование или иное) образование и стаж работы

1.4 _____ руководствуется в работе:

1.4.1 законодательными актами, регулирующими соответствующую сферу
деятельности;

1.4.2 нормативно-методическими документами, другими материалами,
касающимися _____;

1.4.3 Уставом ЮФУ;

1.4.4 приказами ректора ЮФУ;

1.4.5 правилами трудового распорядка;

1.4.6 требованиями системы менеджмента качества ЮФУ;

1.4.7 настоящей должностной инструкцией.

И т.д.

1.5 _____ должен знать:

1.5.1 действующие законодательные и нормативно-методические документы,
регулирующие соответствующую сферу деятельности;

1.5.2 методы сбора, хранения и обработки информации;

1.5.3

1.5.4

1.5.5

1.5.6

1.5.7 документы системы менеджмента качества в пределах своей основной деятельности;

И т. д.

1.6 _____ должен уметь:

1.6.1 проводить

1.6.2 разрабатывать

1.6.3 управлять

1.6.4 организовывать

1.6.5 организовывать и поддерживать

1.6.6 разрабатывать и осуществлять

1.6.7 рассчитывать

И т.д.

1.6.10 самостоятельно принимать решения, организовывать работу исполнителей и делопроизводство;

1.6.11 организовывать свой труд с использованием современных информационных технологий.

1.7 _____ непосредственно подчиняется _____.

1.8 В случае временного отсутствия _____ его обязанности исполняет назначенный в установленном порядке заместитель (_____), который приобретает соответствующие права и несет полную ответственность за надлежащее исполнение возложенных на него обязанностей.

2 Функции

2.1 Разработка и реализация.....

2.2 Ориентация.....

2.3 Организация и управление.....

2.4 Планирование и осуществление.....

2.5 Обеспечение.....

2.6 Реализация.....

2.7 Организация и контроль

3 Должностные обязанности

3.1 Наименование функции

3.1.1 Оценка

3.1.2 Проведение

3.1.3 Мониторинг и диагностика

3.1.4 Анализ и совершенствование

3.1.5 Сбор первичных сведений о

6 Взаимодействие _____ с сотрудниками ЮФУ

6.1 Взаимодействие с руководством

6.1.1 _____ получает:

-
-
-

6.1.2 _____ представляет:

- информацию и отчеты по
- анализ и предложения по
- справки и перечни по
- предложения и рекомендации по
- рекомендации по совершенствованию.....;
- согласованные задания на.....

6.2 Взаимодействие с _____

6.2.1 _____ получает:

-
-

6.2.2 _____ представляет:

- рекомендации и предложения по совершенствованию.....
- информацию о рекламациях
-

Руководитель

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(дата)

СОГЛАСОВАНО:

Инспектор по кадрам

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(дата)

С инструкцией ознакомлен

(должность)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(дата)

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер ООиСНД

П.Н. Филиппенко

«12» 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности



И.К. Шевченко

«12» 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

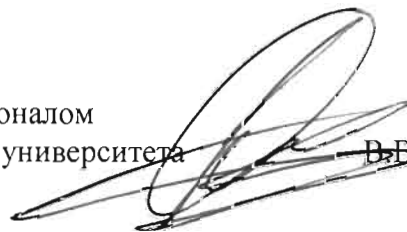


А.А. Дрокин

«12» 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Начальник Управления по работе с персоналом
и правовому обеспечению деятельности университета



В.В. Страхов

«12» 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер ООиСНД

В.В. Янушко

«12» 10 2015 г.



ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами СП»

Структурное подразделение _____

Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись

ЦЕЛИ

В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Южного федерального университета на 2015 год

1. Создание и формирование планов перспективного развития Инновационно-технологического кластера «ЮЖНОЕ СОЗВЕЗДИЕ» - январь 2015 г.
2. Разработка комплекса мер по поддержке прикладных исследований, включая формирование задельных тематик совместно с индустриальными партнерами, развитию связей с региональными заказчиками, активизацию участия в проектах реализации государственной программы «Развитие науки и технологий» на 2013-2020 годы - март 2015.
3. Создание системы трансфера результатов научно-технической деятельности, включая разработку мер, направленных на повышение эффективности учета и коммерциализации объектов интеллектуальной собственности, обеспечение экспертного сопровождения и продвижения научных и инновационных проектов путем активизации участия в технологических платформах, программах инновационного развития компаний с государственным участием, создании и развитии территориально-производственных кластеров и «инновационного пояса» университета - май 2015.
4. Модернизация инфраструктуры:
 - 4.1 внедрение системы Virtual Desktop Infrastructure (VDI) и приобретение апробированного распределённого отказоустойчивого аппаратно-программного комплексе IBM PureFlex - декабрь 2015;
 - 4.2 полная взаимная интеграция систем автоматизации университета - декабрь 2015;
 - 4.3 внедрение системы договорооборота и автоматизации сопровождения научной деятельности - декабрь 2015.
5. Подготовка к аккредитации в области единства измерений центра метрологии и эффективного использования оборудования - июнь 2015.
6. Обучение 25 сотрудников на курсах повышения квалификации с целью эффективного развития и улучшения СМК ГОСТ ISO 9001-2011, ГОСТ 0015-002-2012 - июль 2015.
7. Поверка безэховой камеры (БЭК) - январь 2015.
8. Поверка осциллографа цифрового запоминающего WM8600A - октябрь 2015.
9. Поверка калибратора универсального Fluke 5520A - ноябрь 2015.
10. Подготовка документов для расширения области аккредитации в рамках лицензии ВВТ для НИИ Физики ЮФУ - декабрь 2015.
11. Создание условий для работы с документами для служебного пользования и секретными документами для НИИ Физики ЮФУ - декабрь 2015.

СОСТАВЛЕНО:

Ведущий инженер отдела организации и
сопровождения научной деятельности



П.Н.Филиппенко

« 20 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Проректор организации научной и проектно-
Инновационной деятельности



И.К.Шевченко

« 21 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству



А.А.Дрокин

« 21 » 10 2015 г.

СОГЛАСОВАНО:

Ведущий инженер отдела организации и
сопровождения научной деятельности



В.В.Янушко

« 21 » 10 2015 г.



Приложение № 26 к приказу
от 27.10.2015 № 461-01

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ»

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ.....	2
1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
5 УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ.....	5
6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	11
7 РЕСУРСЫ.....	12
8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ.....	12
9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ.....	13
10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА.....	13
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	14
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	15
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	17

Примечание:

1. Вводится ДП.СМК-6.2(3.1)/01-2014 взамен ДП.СМК-6.2(3.1)/01 -2009.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура ДП.МР-6.2(3.1)/01-2014 «Управление персоналом» (далее – Процедура) устанавливает единые требования к порядку подбора, оформления на работу и замещения сотрудников Южного федерального университета.

1.2 Настоящая процедура разработана с целью обеспечения своевременного и качественного подбора персонала во все структурные подразделения Южного федерального университета, а также является составной частью системы менеджмента качества ЮФУ на основе МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

1.3 Действие настоящей процедуры распространяется на структурные подразделения, входящие в область распространения системы менеджмента качества ЮФУ.

1.4 Ответственность за реализацию процесса управления персоналом несут руководители структурных подразделений.

1.5 В основе положений процедуры ДП.МР-6.2(3.1)/01-2014 «Управление персоналом» находятся требования пункта 6.2 МС ИСО 9001:2008 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Инструкция разработана на основе требований и рекомендаций следующих нормативных документов:

- Федеральный закон РФ "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 № 273-ФЗ;
- Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.06.2006 г., № 90-ФЗ.
- Положение «О порядке замещения должностей научно-педагогических работников», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 04.12.2014 № 2536.
- Регламент заключения эффективного контракта с научно-педагогическими работниками Южного федерального университета, утв. приказом ректора от 29.01.2015 №37-ОД.
- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.
- Устав Южного федерального университета.
- РК.ЮФУ-4.2.2-2015 «Руководство по качеству».
- ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».
- ДП.СМК-4.2.4/01-2014 «Управление записями СМК».
- И.СМК-4.2.3/11-2009 «Словарь терминов СМК ЮФУ».
- ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения»;
- ДП СМК 6.2.2.4-2014 «Порядок проведения аттестации руководителей, специалистов и технических исполнителей».

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящей документированной процедуре применены термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000:2005 и И.СМК-4.2.3/07-09 «Словарь терминов СМК ЮФУ».

Адаптация – взаимное приспособление работника и организации, основанное на постепенной вработываемости сотрудника в новых профессиональных, социальных и организационно-экономических условиях труда.

Вакансия – незамещенная должность, свободное место в организации.

Должностная инструкция – организационно-правовой документ, в котором определяются основные функции, обязанности, права и ответственности работника.

Личное дело – это совокупность документов персонального учета, в которых отражены наиболее полные сведения о работнике и его деятельности.

Перевод на другую работу – изменение трудовой функции или изменение существенных условий трудового договора.

Работник – физическое лицо, вступившее в трудовые отношения с работодателем.

Трудовая книжка – документ установленного образца о трудовой деятельности и трудовом стаже работника.

Эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Трудовой договор – соглашение между работодателем и работником, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить условия труда, предусмотренные Трудовым кодексом РФ, законами и иными нормативными правовыми актами, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, содержащими нормы трудового права, своевременно и в полном размере выплачивать работнику заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию, соблюдать действующие в организации правила внутреннего трудового распорядка.

3.2 Сокращения

ВПО – высшее профессиональное образование;

ФГОС – федеральные государственные образовательные стандарты;

ДП – документированная процедура;

ДИ – должностная инструкция;

МС – международный стандарт;

НД – нормативный документ;

НПР – научно-педагогические работники, включают:

НР – научные работники (ГНС – главный научный сотрудник, ВНС – ведущий научный сотрудник, СНС – старший научный сотрудник, НС – научный сотрудник, МНС – младший научный сотрудник);

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;

ООиСНД – отдел организации и сопровождения научной деятельности;

УРПиПОДУ – Управление по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета;

ЮФУ (Университет) – Южный федеральный университет.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Целью процесса управления персоналом является обеспечение ЮФУ человеческими ресурсами, своевременный и качественный подбор персонала во все структурные подразделения ЮФУ, координация кадровой работы, поддержание компетентности персонала, укрепление взаимосвязи СП в процессе реализации кадровой политики.

4.2. Все действия высшего руководства ЮФУ, руководителей СП и специалистов в области кадровой политики и управления кадрами основываются на положениях «Трудового кодекса Российской Федерации» и настоящей документированной процедуре.

4.3. Основные функции по укомплектованию, поддержанию стабильности и документальному обеспечению кадрового состава возлагаются на руководителей УРПиПОДУ в соответствии с их должностными инструкциями, оформленными по ДП.СМК-5.5.1/02-2009 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения», графиком повышения квалификации.

4.4. В соответствии с перспективным планом развития персонала ЮФУ и организационно-техническими мероприятиями все СП ЮФУ направляют в УРПиПОДУ информацию о потребности в персонале или введении новых должностей, где указывается профессия, специальность, необходимый уровень квалификации.

5 УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ

5.1 Общие сведения о процессе:

1 Наименование и код процесса	Управление персоналом <6.2 (3.1)>
2 Цель процесса	Обеспечение всех видов деятельности ЮФУ квалифицированными кадрами
3 Ответственный по процессу Исполнители	Первый проректор. Руководители структурных подразделений.
4 Предшествующий процесс	Планирование и анализ со стороны руководства, прием на работу преподавателей, научных кадров, учебно-вспомогательный, технический и административный персонал. Проверки органов надзора и контроля.
5 Поставщик	Центры занятости, кадровые агентства, учебные заведения, Ученые советы всех уровней организации (в соответствии с положением о конкурсном отборе), факультеты переподготовки и повышения квалификации, руководители отделов докторантуры и аспирантуры.
6 Последующий процесс	«Реализация основных образовательных программ», «Довузовская подготовка», «Воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми», «Реализация программ дополнительного профессионального образования», «Подготовка кадров высшей квалификации», «Научные исследования и разработки».
7 Потребитель	Руководство и персонал, студенты.
8 Требования и рекомендации (НД)	Документированные процедуры и инструкции СМК ЮФУ. ФГОС ВПО. Договоры и контракты. ГОСТ РВ 0015-002-2012.
9 Состав процесса	Конкурсный отбор персонала, повышение квалификации персонала, мотивация и вовлечение персонала в деятельность по улучшению качества, аттестация персонала.
10 Ресурсы	Сотрудники с требуемой компетентностью. Финансы. Выделенная трудоемкость. Необходимые информационные ресурсы и программное обеспечение. Необходимая инфраструктура и производственная среда.
11 Входные данные	Заявка на потребность в персонале от руководителей структурных подразделений.
12 Выходные данные	Трудовой договор с работником, эффективный контракт, документы о повышении квалификации, приказы по кадрам.

13 Записи и данные	Планы повышения квалификации научно-педагогических работников (университета, кафедры), аттестационные материалы, документы о присвоении ученой степени, сборники материалов конференций, сертификаты, документы о прохождении аттестации и другие.
14 Взаимодействующие процессы	«Реализация основных образовательных программ», «Довузовская подготовка», «Воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми», «Реализация программ дополнительного профессионального образования», «Подготовка кадров высшей квалификации», «Научные исследования и разработки», «Управление инфраструктурой».
15 Результат процесса	Высококвалифицированные кадры, ориентированные на непрерывное совершенствование своей личности, форм и методов преподавания дисциплин и учебного процесса в целом, выполнения научных исследований и разработок
16 Критерии оценки	Степень выполнения плана развития персонала ЮФУ, уровень соблюдения норм аккредитационных показателей, количество сотрудников, повысивших свою квалификацию
17 Методы измерений и мониторинга	Анализ со стороны руководителей СП, внутренние и внешние аудиты, проверка со стороны руководства ЮФУ, результаты проверок надзорных органов

5.2 Порядок отбора персонала

5.2.1. Определение потребности в персонале включает в себя:

- выявление и определение общей потребности кадрах на основании заявок руководителей СП;
- согласование с ректором необходимости и возможности введения новой должности или расширения штата;
- разработка руководителем СП должностной инструкции в соответствии с ДП.СМК-5.5.1/02-2009 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения» либо показателей и критерии оценки эффективности деятельности;
- регистрацию ДИ;
- специалист по кадрам принимает к рассмотрению заявку, согласовывает при необходимости дополнительные требования к должности;
- на основании заявок специалист по кадрам планирует работу по поиску и отбору специалиста на должность;
- специалист по кадрам самостоятельно выбирает методы поиска кандидатов, используя базу данных, компьютерные и информационные сети, рекламу и объявления, информацию от учебных заведений, центров занятости, кадровых агентств;
- управление экономики и планирования готовит приказ о внесении изменений в штатное расписание;

5.2.2. Набор кандидатов на вакантную должность

- на основании заявок специалист по кадрам размещает объявления о вакансии в средствах массовой информации (газеты, телевидение, радио), подает заявку в центр занятости и другие кадровые агентства;
- специалист по кадрам проверяет полученные резюме на наличие требований, указанных в заявке, в том числе проводится соответствующий анализ представленных данных об образовании, опыте работы, достижениях и карьерном росте кандидата, знании иностранного языка, общего уровне развития, прописке, увлечениях;
- при обращении кандидата на вакансию по телефону специалист по кадрам должен узнать:

- имеется ли опыт работы по вакансии, которой он интересуется, в каких компаниях работал на данной должности?
- высылал ли он резюме на Ваш электронный адрес или по факсу?
- какие непосредственно функции выполнял на прежних местах работы, как он пришел туда, какие задачи решал?
- к какой должности он стремится, и от какой суммы рассматривает предложения по зарплате?
- какие предложения от работодателей он уже рассматривал, или в какие компании он не хочет идти и почему?

В случае, если все ответы на вопросы удовлетворяют, то специалист по кадрам приглашает кандидата на отборочное собеседование.

5.2.3. Отборочное собеседование с кандидатами

Отборочное собеседование проводится специалистом по кадрам с участием руководителя структурного подразделения, который подал заявку на подбор кандидата (вакансия или введение новой должности).

Время и дата собеседования назначаются специалистом по кадрам по согласованию с руководителем структурного подразделения и сообщаются кандидату.

На собеседовании претенденты на должность предъявляют:

- диплом об образовании, удостоверения о прохождении дополнительного обучения, лицензии, сертификаты и другие документы, свидетельствующие о его опыте, образовании и квалификации;
- паспорт;
- трудовую книжку (при наличии), либо ее копию;
- резюме;
- военный билет.

В ходе собеседования руководитель структурного подразделения представляет кандидату на должность краткую информацию об организации, о самой работе, о месте должности в структуре, знакомит кандидата с условиями работы. Специалист по кадрам знакомит кандидата с должностной инструкцией, показателями и критериями оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества выполняемых работ.

Специалист по кадрам знакомится с представленными документами. В ходе отборочного собеседования необходимо получить информацию по следующим пунктам:

- может ли кандидат выполнять работу (выясняется жизненный путь, общеобразовательный уровень, практический опыт);
- хочет ли кандидат выполнять работу (мотивы смены работы, поиска работы);
- достижения (уровень образования, знание языков, специализация по образованию, учебного заведения, необходимое дополнительное и профессиональное обучение).

Если в ходе отборочного собеседования получен отрицательный результат, то специалист по кадрам продолжает поиск. Данные кандидата заносятся в базу данных.

Если в ходе отборочного собеседования получен положительный результат, то с кандидатом на должность заключается трудовой договор.

5.3 Порядок оформления сотрудников на работу

При заключении эффективного контракта (трудового договора) лицо, поступающее на работу, представляет специалисту по кадрам следующие документы:

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;
- трудовую книжку, за исключением случаев, когда трудовой договор заключается впервые или работник поступает на работу на условиях совместительства;
- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования;
- документы воинского учета – военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу;

- документ об образовании, квалификации или наличии специальных знаний при поступлении на работу, требующую специальных знаний и специальной подготовки.

Специалист по кадрам оформляет эффективный контракт, согласовывает с руководителем подразделения и передает на подпись ректору или лицу, наделенному соответствующими полномочиями. Один экземпляр эффективного контракта передается работнику, другой хранится в личном деле сотрудника. Получение работником экземпляра эффективного контракта (трудового договора) должно подтверждаться подписью работника на экземпляре эффективного контракта, хранящемся в личном деле сотрудника.

Заключению эффективного контракта на замещение должности научно-педагогического работника, а так же переводу на должность научно – педагогического работника предшествует избрание по конкурсу в соответствии с положением «О порядке замещения должностей научно-педагогических работников», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 04.12.2014 № 2536.

Прием на работу оформляется приказом, изданным на основании заключенного эффективного контракта. Содержание приказа должно соответствовать условиям заключенного эффективного контракта.

Проект приказа о приеме на работу оформляет специалист по кадрам, согласовывает его с главным бухгалтером, начальником управления финансового планирования и бухгалтерского учета, начальником УРПиПОДУ, проректором по подчиненности и передает его на подпись ректору или лицу, наделенному соответствующими полномочиями. Приказ архивируется в папке «Приказы по личному составу». Работник знакомится с приказом под роспись в трехдневный срок со дня фактического начала работы.

При заключении эффективного контракта (трудового договора) соглашением сторон может быть установлен испытательный срок в целях проверки соответствия работника поручаемой ему работе по правилам статей 70 и 71 ТК РФ. Срок испытания не может превышать трех месяцев, а для руководителей филиалов, представительств или иных обособленных структурных подразделений, организаций - шести месяцев, если иное не установлено федеральным законом. При замещении должностей в порядке конкурсного отбора и выборов испытательный срок не устанавливается.

Условие об испытании должно быть указано в приказе о приеме на работу, если это требование не выполнено, считается, что испытание не установлено и работник окончательно принят с первого дня работы.

При неудовлетворительном результате испытания расторжение трудового договора производится без учета мнения соответствующего профсоюзного органа и без выплаты выходного пособия.

При приеме на работу работника сотрудник УРПиПОДУ и руководитель СП обязан ознакомить:

- с поручаемой работой, условиями труда, показателями и критериями оценки эффективности деятельности, должностной инструкцией (правами и обязанностями), разработанной в соответствии с ДП.СМК-5.5.1/02-2015 «Управление организационно-правовыми документами структурного подразделения»;
- правилами внутреннего трудового распорядка;
- направить работника в соответствующие службы для получения инструктажа по технике безопасности, противопожарной охране, в штаб ГО.

На лиц, поступающих на работу впервые, специалист по кадрам заполняет трудовую книжку со дня приема на работу. Трудовые книжки ведутся на всех работников, работающих свыше пяти дней.

В случае отсутствия у лица, поступающего на работу, трудовой книжки в связи с ее утратой, повреждением или по иной причине специалист по кадрам обязан по письменному заявлению

этого лица (с указанием причины отсутствия трудовой книжки) оформить новую трудовую книжку.

Специалист по кадрам заполняет личную карточку работника по форме Т-2, утвержденную Постановлением Госкомстата России от 06.04.2001 № 26.

5.4 Период адаптации новых сотрудников

Процесс адаптации нового сотрудника начинается с первого дня выхода на работу.

К участию в процессе адаптации нового сотрудника привлекаются сотрудники ЮФУ, в случае необходимости бывшие сотрудники, ранее занимавшие данную должность.

В процессе адаптации выделяются следующие элементы:

- психофизиологический – приспособление к новым психическим и физическим нагрузкам, физиологическим условиям труда;
- социально-психологический – приспособление к нормам поведения и взаимоотношений в новом коллективе, к личностным особенностям людей, ознакомление и освоение культуры организации;
- профессиональный – освоение требований к должности, специфики работы;
- организационный – усвоение роли и организационного статуса рабочего места в общей организационной структуре, местом своей должности и подразделения в целом в общей системе целей.

Процесс адаптации организует руководитель подразделения.

Процесс адаптации включает в себя знакомство:

- с сотрудниками, в особенности с теми, с кем придется взаимодействовать непосредственно;
- с правилами поведения, корпоративной культурой, нормами, традициями (формальными и неформальными);
- с должностной инструкцией и кругом первоочередных задач, обязанностей и возможностями;
- с организационно-распорядительной документацией;
- с документами системы менеджмента качества;
- со структурой организации и местом занимаемой должности в организационной структуре;
- с показателями и критериями эффективности деятельности, условиями труда, режимом работы;
- с целями и задачами ЮФУ (стратегическими и оперативными), политикой в области качества.

5.5 Назначение ректора ЮФУ

Ректор ЮФУ в соответствии с законодательством российской федерации (ст. 51 Федерального Закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ) и уставом ЮФУ назначается Правительством Российской Федерации.

5.6 Назначение на должность проректора

Все проректоры ЮФУ принимаются на работу по срочному трудовому договору, совпадающему со сроком полномочий ректора в соответствии с Уставом ЮФУ. Трудовой договор от имени университета заключает с проректором ректор.

5.7 Замещение научно-педагогических должностей в университете

Эффективные контракты с научно-педагогическими работниками ЮФУ заключаются сроком до 5 лет. Основанием для заключения эффективных контрактов (трудовых договоров) предшествует конкурсный отбор избрания в соответствии со ст. 332 Трудового кодекса,

Федерального закона РФ "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 № 273-ФЗ и приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 04.12.2014 № 2536 «О порядке замещения должностей научно-педагогических работников».

Перечень должностей, относящихся к числу научно-педагогических работников в вузах, в соответствии со ст. 46 от 29.12.2012 № 273-ФЗ утверждается Правительством Российской Федерации. Это должности профессорско-преподавательского состава (декан факультета, заведующий кафедрой, профессор, доцент, старший преподаватель, преподаватель и ассистент).

Все должности профессорско-преподавательского состава, кроме должностей деканов факультетов и заведующих кафедрами, замещаются в порядке, установленном Положением, утвержденным приказом Минобрнауки России от 26.11.2002 года № 4114.

Должности деканов факультетов и заведующих кафедрами являются выборными.

Порядок их выборов определяется уставом вуза в соответствии со ст. 332 Трудового кодекса, Положением о декане факультета в ЮФУ, Положением о заведующем кафедрой, принятых на заседании Ученого совета 12.04.2013, утвержденных приказом Южного Федерального университета от 26.04.2013 №175-Од.

Аттестация научно-педагогических работников, в том числе и НР в соответствии со ст. 49 от 29.12.2012 № 273-ФЗ и ДП СМК 6.2.2.4-2014 «Порядок проведения аттестации руководителей, специалистов и технических исполнителей» проводится один раз в пять лет.

5.8 Выборы декана факультета

Декан избирается Ученым советом университета путем тайного голосования на срок не более 5 лет из числа наиболее квалифицированных и авторитетных работников ЮФУ, имеющих ученую степень или звание, и утверждается приказом ректора. Объявление о выборах декана вывешивается ученым секретарем на доске объявлений за месяц до окончания срока пребывания декана в должности, в соответствии с Уставом ЮФУ.

5.9 Выборы заведующего кафедрой

Заведующий кафедрой избирается на Ученом совете ЮФУ тайным голосованием на срок не более пяти лет из числа наиболее квалифицированных и авторитетных специалистов соответствующего профиля, имеющих, как правило, ученую степень или звание, и утверждается в должности приказом ректора.

Объявление о выборах заведующего кафедрой помещается ученым секретарем в печати не менее чем за два месяца до окончания срока пребывания в должности заведующего кафедрой в соответствии с Уставом ЮФУ.

5.10 Порядок замещения должностей профессорско-преподавательского состава

Заключению эффективного контракта предшествует конкурсный отбор претендентов.

Конкурсный отбор объявляется в периодической печати не позднее, чем за два месяца до его проведения ученым секретарем.

Срок подачи заявления для участия в конкурсном отборе - один месяц со дня опубликования объявления.

Отказ в приеме заявления от ППС может иметь место в случае несоответствия претендента квалификационным требованиям по соответствующей должности, установленным действующими нормативными правовыми актами, либо в случае нарушения сроков подачи заявления.

По результатам конкурсного отбора и после заключения с работником эффективного контракта издается приказ ректора ЮФУ о приеме на педагогическую должность на соответствующей кафедре.

5.11 Виды работ профессорско-преподавательского состава

В соответствии со статьями 98, 282, и 333 Трудового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1, ч. 1, ст. 3), с Постановлением правительства Российской Федерации от 4 апреля 2003 года № 197 "Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 15, ст. 1368) и с Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 30 июня

2003 года № 41 "Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры" в высших учебных заведениях России разрешаются следующие виды работы педагогических работников:

- на основании заключения эффективного контракта (трудового договора):
 - основная работа в штате вуза;
 - совместительство по месту основной работы или в других организациях;
- без заключения трудового договора педагогическая работа на условиях почасовой оплаты в объеме не более 300 часов.

Трудовые отношения на основе оплаты дополнительной учебной нагрузки устанавливаются в соответствии с действующим законодательством в виде заключения трудовых договоров на внутреннее совместительство с оплатой труда согласно отработанному времени. В трудовом договоре на внутреннее совместительство указывается объем учебной нагрузки, которую преподаватель обязуется выполнить в течение учебного года с установленной стоимостью одного часа.

Директор филиала назначается на должность приказом ректора после заключения с ним эффективного контракта на неопределенный срок.

5.12 Повышение квалификации сотрудников ЮФУ

Повышение квалификации сотрудников ЮФУ осуществляется в соответствии с инструкцией И.МР-6.2.2(3.1)/03-2009 «Повышение квалификации сотрудников ЮФУ».

6 КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

№ п/п	Наименование критерия	Единица измерения	Метод измерения	Примечание
1	Степень выполнения плана развития персонала ЮФУ	%	подсчет	99
2	Уровень соблюдения норм аккредитационных показателей	%	подсчет	100
3	Количество несоответствий, появившихся в результате недостаточной компетенции персонала	количество	подсчет	≤ 30
4	Достаточность количества персонала, требуемой квалификации	%	подсчет	99
5	Надлежащая компетентность персонала	%	подсчет	100
6	Наличие обоснованных претензий со стороны потребителей (ВП) по поводу качества научных разработок, в отношении деятельности персонала	количество	подсчет	≤ 10

Процесс управления персоналом признается результативным, если за отчетный период претензий по данным показателям не поступило, а также не было выявлено несоответствий в отношении данного процесса в ходе внутренних или внешних проверок.

В случае если по результатам такой оценки делается вывод о неудовлетворительном протекании процесса об этом необходимо информировать представителя руководства по качеству, которым предпринимаются корректирующие или предупреждающие действия, в том числе – пересмотр данной процедуры.

7 РЕСУРСЫ

Для осуществления деятельности в соответствии с требованиями документированной процедуры ДП.МР-6.2(3.1)/01-2014 «Управление персоналом» руководством ЮФУ должны быть выделены следующие ресурсы:

- настоящая документированная процедура в электронном виде, при необходимости, на серверах ЮФУ;
- персональный компьютер, принтер и канцелярские товары для оформления документации, требуемой настоящей документированной процедурой;
- информационные ресурсы (при необходимости).

8 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

8.1 Подлинник актуализированной настоящей документированной процедуры хранится в номенклатуре дел ООиСНД, а после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в архиве в течение 3 лет.

8.2 Регистрация, рассылка и хранение документированной процедуры осуществляются в порядке, установленном в ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

8.3 Записями, имеющими отношение к данной процедуре, являются:

№ п/п	Наименование записи	Код формы записи	Место нахождения	Срок хранения архивного
1	Приказы ректора по личному составу сотрудников	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел СП	75 лет
2	Протоколы заседаний конкурсных комиссий и документы к ним	Установленная форма	УРПиПОДУ	Постоянно
3	Личные дела и штатный формуляр ППС	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел СП	Постоянно
4	Личные дела (карточки) сотрудников	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел СП	75 лет
5	Должностные инструкции сотрудников	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел СП	3 года после замены новыми
6	Эффективные контракты (трудовые договора)	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел СП	3 года
7	Протоколы заседаний аттестационной комиссии	Установленная форма	Номенклатура дел СП	3 года
8	Перспективный план развития персонала ЮФУ	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел Первого проректора	Постоянно
9	План повышения квалификации	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел СП	3 года
10	График аттестации сотрудников	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел СП	3 года
11	Документы на аттестуемых сотрудников	Установленная форма	УРПиПОДУ, номенклатура дел СП	75 лет

9 ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую документированную процедуру проводится в соответствии с требованиями ДП.СМК-4.2.3/01-2014 «Управление документацией СМК».

10 КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТА

Контроль исполнения требований настоящей документированной процедуры возлагается начальника Управления по работе с персоналом и правовому обеспечению деятельности университета.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

СОСТАВЛЕНО:

Инженер ООиСНД

« 12 » 10 2015 г.



Г.Ю.Верецкая

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по организации научной
и проектно-инновационной деятельности

« 12 » 10 2015 г.

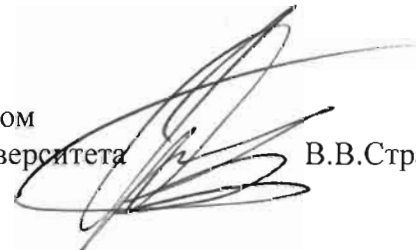


И.К. Шевченко

СОГЛАСОВАНО:

Начальник Управления по работе с персоналом
и правовому обеспечению деятельности университета

« 12 » 10 2015 г.

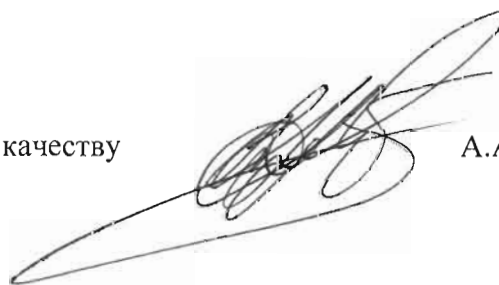


В.В.Страхов

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству

« 12 » 10 2015 г.



А.А. Дрокин

