	Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.7.1-23	
		Управление документацией системы менеджмента качества	Редакция № 1 стр. 1 из 46

УТВЕРЖДАЮ

Ректор С.М. Росенок

«31» августа 2023 г.





Документированная процедура

## УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА


ДП-1.7.1-23

ПРИНЯТО Советом по качеству «30» августа 2023 г., протокол № 46.

СОГЛАСОВАНО:

Должность	Фамилия И. О.	Подпись	Дата
Первый проректор, представитель руководства по качеству	Даниленко И. Н.		30.08.2023
Начальник юридического отдела	Шоров В. В.		30.08.2023

СОСТАВИЛ:

Начальник отдела менеджмента качества образования	Климович Л. А.		28.08.2023
---	----------------	--	------------

## Содержание

1. Назначение и область применения.....	4
2. Нормативные правовые основания.....	4
3. Термины и определения.....	4
4. Общее описание процесса.....	6
5. Структура документации СМК.....	6
6. Управление документами СМК 1-го уровня.....	9
7. Идентификация документов СМК 2–4-го уровня.....	10
8. Управление документами СМК 2–4-го уровня.....	11
9. Планирование и разработка документов СМК 2–4-го уровня.....	11
10. Экспертиза и согласование документов СМК 2–4-го уровня.....	12
11. Внедрение и рассылка документов СМК 2–4-го уровня.....	12
12. Внесение изменений и актуализация документов 2–4-го уровня.....	13
13. Выведение документов СМК 2–4-го уровня из эксплуатации.....	14
14. Хранение документов СМК 2–4-го уровня.....	15
15. Управление документами базового уровня.....	16
16. Ответственность.....	16
17. Управление рисками в процессе управления документацией.....	17
18. Взаимодействие с другими процессами СМК.....	18
Приложение 1. Блок-схема процесса «Управление документами СМК 1-го уровня».....	19
Приложение 2. Блок-схема процесса «Управление документацией 2–4-го уровня».....	20
Приложение 3. Блок-схема процесса «Управление документами базового уровня».....	27
Приложение 4. Форма титульного листа и содержания Стратегии развития, программы развития Университета, Концепции.....	28
Приложение 5. Форма титульного листа Политики.....	31
Приложение 6. Список процессов СМК СурГУ.....	32
Приложение 7. Форма плана документирования и актуализации документов СМК.....	34
Приложение 8. Требования к структуре и содержанию документов СМК.....	35
Приложение 9. Форма листа согласования документа после проведения филологической экспертизы текста.....	38
Приложение 10. Форма титульного листа и содержания документа СМК 2–4-го уровня.....	39
Приложение 11. Форма листа ознакомления.....	40
Приложение 12. Форма листа внесения и согласования изменений.....	42
Приложение 13. Форма листа регистрации изменений.....	43

Приложение 14. Форма листа регистрации документов в деле.....	44
Лист регистрации изменений .....	45
Лист ознакомления .....	46

### Список используемых сокращений

ДП	– документированная процедура
ЕСКД	– единая система конструкторской документации
ЕСПД	– единая система программной документации
МИ	– методические инструкции
НИР	– научно-исследовательская работа
НИРС	– научно-исследовательская работа студентов
ОМКО	– отдел менеджмента качества образования
ОП ВО	– образовательная программа высшего образования
ОРК	– общее руководство по качеству
ПЛ	– положение института
ПРК	– представитель руководства по качеству
ПСП	– положение о структурном подразделении
РИ	– рабочая инструкция
СМК	– система менеджмента качества
СТО	– стандарт организации
ФГОС	– федеральный государственный образовательный стандарт

## 1. Назначение и область применения

1.1. Документированная процедура (далее – ДП) направлена на реализацию раздела Общего руководства по качеству «Документационное обеспечение СМК СурГУ» и регламентирует принципы управления документацией в системе менеджмента качества (далее – СМК), принятые в БУ ВО «Сургутский государственный университет» (далее – СурГУ, Университет).

1.2. ДП обязательна к применению всеми подразделениями и работниками Университета.

1.3. ДП может выполняться с использованием системы электронного документа оборота (далее – СЭД), которая обеспечивает:

- разработку документации и управление документооборотом;
- надёжность и безопасность обработки и хранения документов;
- контроль при работе с документами;
- наблюдаемость и управляемость документации и записей;
- выведение из эксплуатации неактуальной документации.

## 2. Нормативные правовые основания

2.1. ДП разработана на основе следующих нормативных документов:

- Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- ГОСТ Р ISO 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ Р ISO 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ Р 52614.2-2006 «Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;
- ГОСТ 2.105-95 «ЕСКД. Общие требования к текстовым документам»;
- ГОСТ 2.503-90 «ЕСКД. Правила внесения изменений»;
- ГОСТ 19.701-90 (ИСО 5807-85) «ЕСПД. Схемы алгоритмов, программ, данных и систем. Обозначения условные и правила»;
- Устава БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
- ОРК СурГУ «Общее руководство по качеству».

2.2. В ДП имеются ссылки на следующие документы:

- ДП-1.7.2 «Управление записями»;
- ДП-5.13 «Управление документооборотом»;
- СТО-1.3.4 «Представитель руководства и уполномоченные по качеству»;
- СТО-1.7.2 «Управление положениями институтов»;
- СТО-1.7.6 «Управление положениями о подразделениях и должностными инструкциями»;
- СТО-5.13.2 «Распорядительные и информационно-справочные документы. Требования»;
- СТО-5.13.4 «Печати и штампы СурГУ»;
- ПСП-8.04 «Положение о совете по качеству»;
- ПСП-8.13 «Положение об экспертной комиссии архива»;
- ПСП-8.32 «Положение об Ученом совете СурГУ».

## 3. Термины и определения

*Актуализация документа* – приведение документа в соответствие с текущим состоянием деятельности и процессов СМК СурГУ, направленное на достижение целей Университета, включая цели в области качества.

*Аудит* – систематический независимый документированный процесс получения

свидетельств аудита и объективного их оценивания для определения степени выполнения критериев аудита.

*Документ* – материальный носитель с зафиксированной на нем информацией, который имеет реквизиты, позволяющие его идентифицировать, и предназначен для передачи в целях общественного использования и хранения.

*Документированная процедура* – документ, содержащий документальное описание установленного способа (алгоритма) осуществления вида деятельности или процесса СМК.

*Запись* – документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности.

*Стратегия* – план достижения долгосрочной или общей цели.

*Методическая инструкция* – документ, содержащий методику выполнения вида деятельности, процесса СМК или их отдельных операций (этапов), в т. ч. на основе типовых форм документов.

*Нормативно-техническая документация* – документы, устанавливающие требования.

*Оригинал документа по управлению качеством* – экземпляр документа, являющийся исходным материалом для копирования.

*Политика* – 1) общие намерения и направления деятельности организации в заданной области, официально выраженные высшим руководством; 2) документ, в котором зафиксированы общие намерения и направления деятельности СурГУ в заданной области, официально сформулированные ректоратом и утверждённые Учёным советом СурГУ.

*Положение* – документ, устанавливающий общие организационно-методические правила (нормы) для определённого вида деятельности.

*Прослеживаемость* – способность проследить историю, применение или местонахождение объекта.

*Процедура* – установленный способ осуществления деятельности или процесса.

*Руководство по качеству* – документ, определяющий СМК, описывающий её структуру и отдельные элементы.

*Согласование документа* – официальное подтверждение уполномоченными лицами, представляющими заинтересованные стороны (участвующие в описываемом процессе или виде деятельности), согласия с разработанным документом и возможности его утверждения.

*Стандарт организации* – нормативно-технический документ, устанавливающий комплекс норм, правил, требований к выполнению этапов (операций) образовательной, научно-исследовательской и иных видов деятельности, включая требования к промежуточным и конечным результатам.

*Управление документами* – создание механизма идентификации и прослеживаемости действующих и разрабатываемых документов, гарантирующего своевременную актуализацию и замену устаревших документов и исключающего использование несоответствующих документов в местах их применения.

*Форма* – установленный образец документа на бумажном или электронном носителе.

*Экспертиза документа* – анализ документа уполномоченными компетентными лицами на адекватность описываемой деятельности, соответствие ее требованиям внешних нормативных документов, установленным для данного вида деятельности; соответствие требованиям ГОСТ ISO 9001:2015, взаимодействующих процессов и документов СМК СурГУ, включая требования к структуре и оформлению; а также анализ степени применимости документа для достижения целей Университета, включая цели в области качества.



#### 4. Общее описание процесса

4.1. Целью процесса является оптимизация и унификация документов СМК, управление их жизненным циклом.

4.2. Процесс «Управление документацией СМК» включает в себя следующие подпроцессы:

- управление документами 1-го уровня;
- управление документами 2–4-го уровня;
- управление записями;
- управление документами базового уровня.

4.3. Блок-схемы подпроцессов представлены в Приложениях 1–3.

4.4. Владельцем процесса «Управление документацией СМК» является начальник отдела менеджмента качества образования (далее – начальник ОМКО).

4.5. Входные и выходные данные процесса представлены на рисунке 1.



Рис. 1. Входы и выходы процесса «Управление документацией СМК»

4.6. Критерии результативности процесса:

- выполнение плана документирования и актуализации документов СМК в установленные сроки;
- обеспечение необходимыми документами всех структурных подразделений, участвующих в реализации образовательного процесса;
- выполнение требований по поддержанию документов СМК в актуальном состоянии.

#### 5. Структура документации СМК

5.1. СМК СурГУ документирована на шести уровнях в соответствии со схемой, представленной на рисунке 2.

5.2. Документация 1–3-го уровня служит для управления качеством.

5.3. Документы 1-го уровня включают стратегии и программы развития Университета (института, колледжа), концепции, политики по направлениям деятельности, в т. ч. Политику и цели в области качества. Управление документами 1-го уровня отражено в разделе 6 настоящей ДП.

5.4. Документы 2-го уровня включают Общее руководство по качеству (далее – ОРК) и Руководство по системе управления охраной труда (далее – РСУОТ).

ОРК является основным документом СМК, описывающим её структуру. Ответственным за поддержание ОРК в рабочем состоянии является начальник ОМКО.

РСУОТ является основным документом системы охраны труда, описывающим её структуру. Ответственным за поддержание РСУОТ в рабочем состоянии является руководитель службы охраны труда.

Иные руководства могут создаваться по производственной необходимости. Ответственные за поддержание руководств в рабочем состоянии определяются при их разработке.

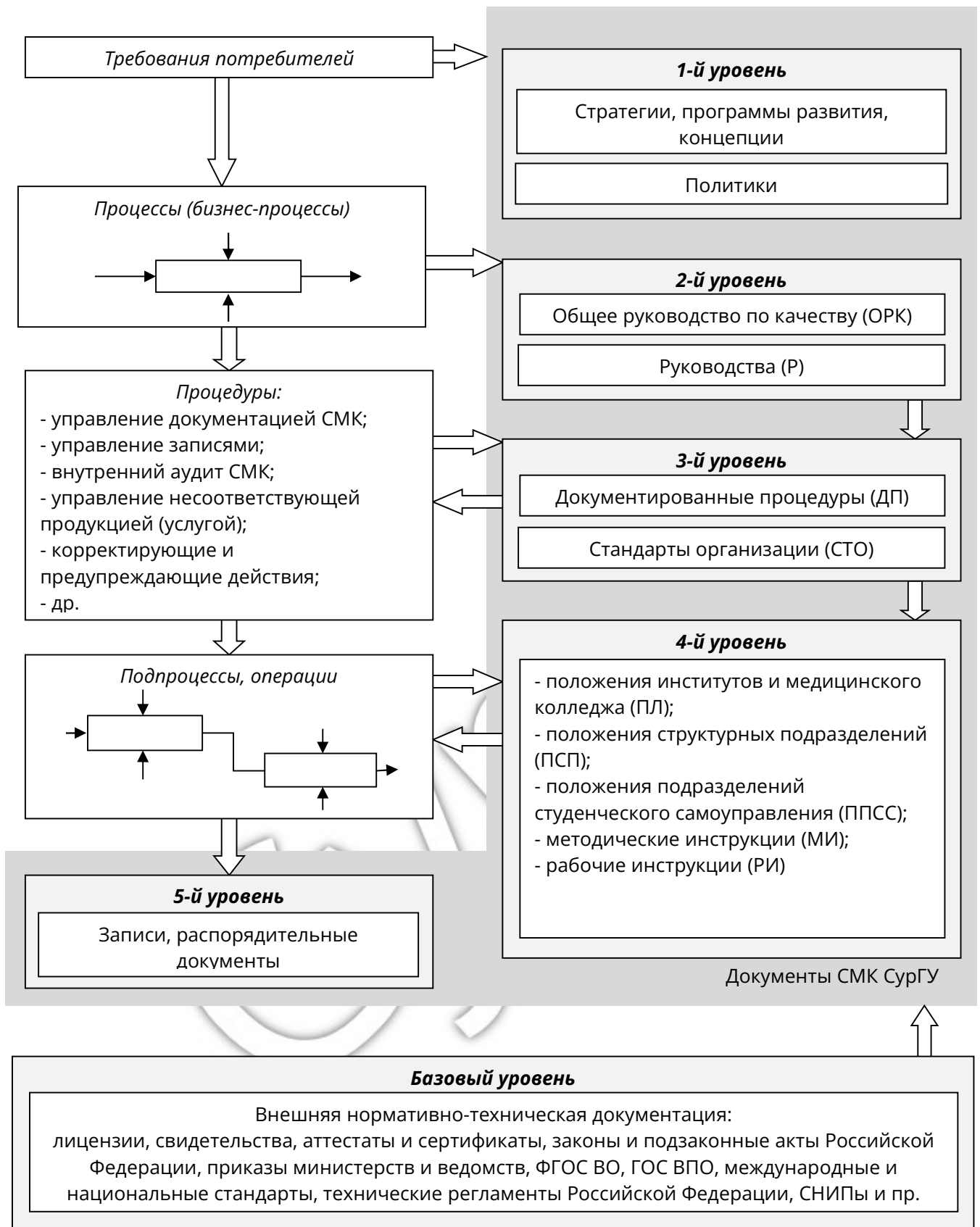


Рис. 2. Структура документированной информации СурГУ

5.5. Документами 3-го уровня являются:

- ДП – фиксируют основные характеристики процессов и регламентируют выполнение международных стандартов ISO серии 9001 в ходе их реализации;
- стандарты организации – фиксируют требования к качеству объектов, субъектов, получаемых результатов, выполняемых работ.

5.6. Основное требование к документам по управлению качеством – обеспечение их постоянной пригодности путём актуализации (своевременного внесения изменений).

5.7. Документы 4-го уровня используются для обеспечения качества и включают:

- положения института, медицинского колледжа (далее – ПЛ);
- положения подразделений студенческого самоуправления (далее – ППСС);
- методические и рабочие инструкции (далее – МИ, РИ соответственно).

5.8. Положения института и медицинского колледжа (далее – колледжа) разрабатываются внутри института (колледжа) на основе требований ДП или СТО Университета и отражают специфику деятельности института (колледжа) в процессах образовательной и / или научной деятельности. Более подробно данный процесс отражен в СТО-1.7.2 «Управление положениями институтов, положениями медицинского колледжа».

5.9. МИ и РИ разрабатываются как на индивидуальные, так и на коллективные рабочие места.

5.10. К организационно-правовым документам относятся:

- Учредительный договор;
- Устав БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
- Коллективный договор;
- положения о структурных подразделениях и коллегиальных органах (далее – ПСП);
- структура и штатная численность;
- штатное расписание;
- должностные инструкции сотрудников (далее – ДИ);
- Правила внутреннего трудового распорядка;
- Правила внутреннего распорядка обучающихся.

5.11. Управление документами 2–4-го уровня отражено в разделах 7, 8, 9, 10, 11 настоящей ДП. Процесс управления ПСП и ППСС описан в СТО-1.7.6 «Управление положениями о структурных подразделениях». Процесс управления ДИ описан в СТО-1.7.8 «Порядок разработки и утверждения должностных инструкций работников».

5.12. К документам 5-го уровня относятся документы, подтверждающие осуществление деятельности и обусловленные требованиями ДП, СТО, положений, МИ и др. нормативными требованиями, т. е. заполненные формы, составляющие документацию по подтверждению качества (далее – записи).

Управление записями отражено в ДП-1.7.2 «Управление записями».

5.13. Распорядительные и информационно-справочные документы включают: приказы, распоряжения, повестки, протоколы и выписки из протоколов заседаний, служебные, докладные и объяснительные записки. Управление распорядительными и информационно-справочными документами осуществляется в соответствии с ДП-5.13 «Управление документооборотом». Требования к их содержанию отражены в СТО-5.13.2 «Распорядительные и информационно-справочные документы. Требования».

5.14. Шестой (базовый) уровень документации включает в себя нормативные федеральные и региональные документы (лицензии, свидетельства, аттестаты и сертификаты, законы и подзаконные акты Российской Федерации и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, приказы министерств и ведомств Российской Федерации, департаментов Ханты-Мансийского



автономного округа – Югры, ФГОС ВО, стандарты и технические регламенты Российской Федерации, СанПиНы и пр.), описывающие условия функционирования Университета. Управление документами базового уровня отражено в разделе 15 настоящей ДП.

## **6. Управление документами СМК 1-го уровня**

6.1. Проект Стратегии развития и Программы развития СурГУ разрабатывается рабочей группой под руководством проректора по развитию по результатам работы коллектива Университета на стратегических сессиях, принимается Учёным советом СурГУ и утверждается ректором.

Стратегия развития оформляется в соответствии с Приложением 4.

Программа развития Университета оформляется в соответствии с Приложением 4 или в соответствии с требованиями Учредителя, Министерства образования и науки России или иного органа, по требованию которого разрабатывается программа развития (при наличии).

6.2. Программы развития институтов (колледжа) Университета разрабатываются рабочими группами соответствующих институтов (колледжа) на основе Стратегии развития СурГУ и Программ развития, обсуждаются на учёном совете института (педагогическом совете колледжа), принимаются Учёным советом СурГУ и утверждаются ректором.

6.3. Концепции описывают основные принципы организации деятельности СурГУ по отдельным направлениям образовательной, воспитательной и научной деятельности. Разрабатываются при необходимости, определяемой ректором или проректором по направлению.

Проект концепции разрабатывается проректором по направлению, согласовывается с заинтересованными сторонами, принимается Учёным советом СурГУ и утверждается ректором. Проект концепции оформляется в соответствии с Приложением 4.

6.4. Политики описывают основные принципы организации деятельности СурГУ в отдельной области деятельности, разрабатываются владельцем процесса, принимаются Учёным советом (для процессов управления и основных процессов Университета) или Советом по качеству (для вспомогательных и обеспечивающих процессов) и утверждаются ректором.

Политики оформляются в соответствии с Приложением 5.

Политика содержит также критерии достижения поставленных целей.

Ежегодно Политики рассматриваются владельцами процессов с участием проректоров по направлениям на предмет актуальности и соответствия миссии, стратегическим целям и задачам Университета. Изменения в Политики вносятся по мере необходимости.

6.5. Документ 1-го уровня вводится в действие по факту подписания его ректором Университета, если иное не указано в разделе 1 «Назначение и область применения» рассматриваемого документа.

6.6. Проект Политики и целей в области качества готовит представитель руководства по качеству (далее – ПРК) совместно с начальником ОМКО (порядок разработки Политики в области качества отражён в ОРК), документ принимается на заседании Учёного совета Университета, утверждается ректором СурГУ.

6.7. Цели в области качества определяются в соответствии с Политикой в области качества, включают обязательства по непрерывному улучшению.

6.8. Оригиналы документов 1-го уровня хранятся в ОМКО.

6.9. Электронные версии документов 1-го уровня в защищенном формате публикуются на сайте Университета (<http://www.surgu.ru/>):

– Стратегия развития СурГУ и концепции – в разделе «Сотруднику / Стратегия развития

СурГУ»;

- Политика в области качества – в разделе «О СурГУ / Гарантия качества / Политика в области качества»;
- Политика в области охраны труда – в РСУОТ «Система управления охраной труда» в разделе «Сотруднику / Документы системы менеджмента качества образования / 5.12. Охрана труда»
- Программы развития Университета – на отдельных специально созданных страницах. Например, Программа развития БУ ВО «Сургутский государственный университет» на период до 2030 года – на странице «Приоритет-2030».

6.10. Ответственность за размещение документов на сайте (за исключением программ развития) несёт начальник ОМКО.

Ответственность за размещение на сайте Университета Программы развития несет руководитель программы развития.

### 7. Идентификация документов СМК 2-4-го уровня

7.1. Идентификация документов СМК СурГУ осуществляется в соответствии со списком процессов СурГУ (Приложение 6).

7.2. Полное обозначение идентификационного номера документа включает сокращённое наименование типа документа (таблица 1), краткое наименование института или колледжа (только для документов типа ПЛ), регистрационный номер документа, год утверждения:




Например:

- ДП-1.4.1-17;
- ПЛ-ИГОиС-2.12.3-2019.

Таблица 1

#### Сокращённые наименования типов документов СМК

Тип документа	Сокращённое наименование
Общее руководство по качеству	ОРК
Документированная процедура	ДП
Стандарт организации	СТО
Положение института, колледжа	ПЛ
Положение о структурном подразделении	ПСП
Положение подразделения студенческого самоуправления	ППСС
Должностная инструкция	ДИ

	СМК СурГУ ДП-1.7.1-23	
	<b>Управление документацией системы менеджмента качества</b>	Редакция № 1 стр. 11 из 46

Методическая инструкция	МИ
Рабочая инструкция	РИ

7.3. Особенности идентификации ПСП и ППСС отображены в СТО-1.7.6 «Управление положениями о структурных подразделениях», ДИ – в СТО-1.7.8 «Порядок разработки и утверждения должностных инструкций работников», ПЛ – в СТО-1.7.2 «Управление положениями институтов, положениями медицинского колледжа».

7.4. Идентификационный номер документа СМК 2–4-го уровня, включая его редакцию, проставляют в верхнем колонтитуле на всех листах документа.

7.5. Документы СМК 1-го уровня не подлежат общей идентификации.

### **8. Управление документами СМК 2–4-го уровня**

8.1. Процесс управления документами СМК СурГУ 2–4-го уровня состоит из следующих этапов:

- планирования и разработки;
- экспертизы и согласования;
- внедрения и рассылки;
- хранения;
- внесения изменений и актуализации;
- выведения документов из эксплуатации.

### **9. Планирование и разработка документов СМК 2–4-го уровня**

9.1. Разработка документов СМК осуществляется согласно плану документирования и актуализации документов СМК (Приложение 7), который является приложением к плану работы ОМКО на год.

Основанием для включения в план являются:

- результаты анализа СМК высшим руководством;
- результаты внутренних и внешних аудитов СМК СурГУ;
- результаты самооценок и самообследования;
- данные мониторинга процессов СМК;
- данные измерения удовлетворенности заинтересованных сторон;
- анализ требований внешних нормативных документов, работодателей и др. заинтересованных сторон;
- данные анализа актуальности документов структурных подразделений.

9.2. Требования к структуре и оформлению документов СМК отражены в Приложении 8.

9.3. Для разработки документа начальник ОМКО может формировать рабочую группу из числа представителей заинтересованных сторон, которая:

- определяет владельца процесса (ответственного разработчика);
- разрабатывает схему процесса;
- разрабатывает необходимые формы записи (если они являются обязательными в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, то их не включают в документ СМК);
- изучает внешние нормативные требования к описываемому процессу, включая требования стандарта ГОСТ ISO серии 9001;
- определяет тип документа (совместно с начальником ОМКО);
- определяет основные этапы процесса и зоны ответственности.

9.4. Результатом этапа планирования и разработки является проект документа.

## **10. Экспертиза и согласование документов СМК 2–4-го уровня**

10.1. Проект документа СМК в электронном виде направляется ответственным разработчиком на экспертизу и согласование. В число экспертов входят все заинтересованные лица, включая (в обязательном порядке) начальника ОМКО, начальника административного отдела и начальника юридического отдела.

10.2. Эксперты оценивают проект документа в соответствии со своими функциональными обязанностями.

10.3. Начальник ОМКО при проведении экспертизы оценивает:

- соответствие документа его типу (ДП, СТО, ПЛ, ПСП, ППСС, РИ или МИ);
- назначение (цель) документа и область его применения;
- правильность ссылок на пункты стандарта ГОСТ ISO серии 9001;
- соответствие используемых терминов и определений, наличие необходимых обозначений и сокращений;
- соответствие структуры и оформления требованиям, установленным настоящей ДП.

Документу присваивается идентификационный номер.

10.4. Начальник административного отдела организует проведение филологической экспертизы текста документа. По результатам экспертизы заполняется лист согласования (Приложение 9).

10.5. Экспертиза начальником юридического отдела проводится после снятия всех спорных вопросов, возникших в ходе проведения предшествующих экспертиз.

10.6. После того как ответственный разработчик (владелец процесса) устраняет замечания, документ отправляется на повторную экспертизу всем участникам.

10.7. Контроль за своевременным прохождением процедуры экспертизы и согласования разрабатываемого документа осуществляет ответственный разработчик (владелец процесса).

10.8. Факт согласования подтверждается подписями должностных лиц в таблице согласования на титульном листе. Для документов, проходящих согласование в СЭД, факт согласования подтверждается проставлением даты согласования должностным лицом в СЭД.

10.9. Результатом этапа экспертизы и согласования документа является согласованный документ.

## **11. Внедрение и рассылка документов СМК 2–4-го уровня**

11.1. Согласованные документы СМК СурГУ принимаются Учёным Советом СурГУ или Советом по качеству в соответствии с их полномочиями согласно Уставу СурГУ, ПСП-8.32 «Положение об Ученом совете СурГУ», ПСП-8.04 «Положение о Совете по качеству».

11.2. Все документы СМК утверждаются ректором после принятия Учёным советом и/или Советом по качеству.

11.3. Документ СМК вводится в действие на основании выписки из протокола заседания Совета по факту подписания его ректором СурГУ, если иное не указано в разделе 1 «Назначение и область применения» рассматриваемого документа.

11.4. Принятый и утвержденный документ (электронная версия) публикуется на сайте Университета по адресу: <http://www.surgu.ru> в разделе «Сотруднику / Документы системы менеджмента качества» в соответствии с идентификатором документа.

11.5. Порядок публикации электронной копии документа после внесения в него изменений:

- инженер ОМКО вносит в текст документа принятые изменения согласно листу внесения изменений, заполняет лист регистрации изменений, «накладывает» фоновую надпись: «СурГУ» (Приложение 9);



- полученный документ сохраняется в файле, в названии которого указывается срок решения о внесении изменений, например: ДП-1.7.2-13 Управление записями с изменениями от 18.11.2014 протокол УС № 10;
- новая версия документа публикуется в установленном порядке на сайте СурГУ;
- одновременно с публикацией версии с внесенными изменениями публикуется объявление о выходе новой версии документа в разделе «Сотруднику / Объявления» и удаляется предыдущая версия документа (если срок введения в действие документа с изменениями не оговорен специально, иначе предыдущая версия документа удаляется после завершения срока ее действия);
- защищенная копия документа с внесенными изменениями (в формате pdf) отправляется инженером ОМКО владельцу процесса по электронной почте.

11.6. Руководитель подразделения может самостоятельно производить тиражирование документа в нужном количестве с сайта Университета.

11.7. Ответственность за ознакомление сотрудников с документами СМК несет руководитель подразделения.

11.8. Срок ознакомления сотрудников с вновь принятыми документами, а также с внесенными в них изменениями не должен превышать 5 рабочих дней с момента их введения в действие. В случае отсутствия сотрудника на работе по уважительным причинам (командировка, отпуск, болезнь) срок ознакомления с документом – пять 5 рабочих дней после выхода сотрудника на работу. Факт ознакомления сотрудника с документом СМК подтверждается подписью сотрудника в листе ознакомления (Приложение 10).

11.9. Результатом этапа внедрения и рассылки является утвержденный, внедренный и опубликованный документ СМК и заполненный лист ознакомления с подписью работника.

## **12. Внесение изменений и актуализация документов 2-4-го уровня**

12.1. Внесение изменений и дополнений в документы СМК происходит по следующим причинам:

- по результатам анализа СМК со стороны высшего руководства;
- по итогам проведения внешних и внутренних аудитов;
- при внесении изменений в Политику в области качества;
- при изменениях во внутренних и внешних нормативных документах;
- при изменениях в организационной структуре и должностных обязанностях;
- при изменении внешних нормативных документов.

12.2. Руководители подразделений, которые участвуют в реализации процесса, не реже одного раза в год (если не требуется чаще, исходя из специфики процесса) самостоятельно должны проводить проверку документов на актуальность.

12.3. Инициатором внесения изменений и дополнений может быть любой сотрудник СурГУ. Для этого необходимо подготовить лист внесения и согласования изменений (Приложение 11) и предоставить его владельцу процесса (ответственному разработчику документа) или начальнику ОМКО с предложениями о внесении изменений и дополнений. Предложение рассматривается получателем, при положительном решении о внесении изменений – согласовывается со всеми заинтересованными сторонами, участвовавшими в согласовании документа, и проходит стандартную процедуру принятия в зависимости от типа документа, в который вносятся изменения, в соответствии с пп. 11.1 – 11.4 настоящей ДП.

12.4. Если изменения носят незначительный характер (< 50 % от общего объема документа), то они фиксируются в листе внесения и согласования изменений (см. п. 12.3) и вносятся в



документ путем заполнения листа регистрации изменений (Приложение 12). Если изменения значительны (> 50 % от общего объема документа), то происходит переиздание данного документа с изменением номера редакции. В этом случае предыдущий экземпляр аннулируется (отменяется) и хранится в архиве ОМКО в соответствии с разделом 14 настоящей ДП.

12.5. Доведение до сведения руководителей подразделений и служб информации о внесенных изменениях происходит согласно п. 11.5 настоящей ДП.

12.6. Руководитель подразделения осуществляет ознакомление сотрудников с изменениями с внесением соответствующей информации в лист ознакомления.

### **13. Выведение документов СМК 2–4-го уровня из эксплуатации**

13.1. Документы СМК выводятся из эксплуатации в случае утраты их необходимости.

13.2. Причины, по которым документ теряет необходимость для Университета:

- изменение организационной структуры или штатного расписания;
- изменение производственных процессов;
- оптимизация системы документации СМК.

13.3. Инициаторами вывода документа могут являться руководитель структурного подразделения, который пишет служебную записку в ОМКО, либо начальник ОМКО.

13.4. Выведение документов из эксплуатации осуществляется в случае утраты необходимости документа для Университета:

- автоматически – при введении новой версии документа;
- на основании решения Совета по качеству, в котором указана причина его вывода.

Выведенный из эксплуатации документ передается в архив отдела.

13.5. Для включения в повестку заседания Совета по качеству документа для его вывода из эксплуатации необходимо согласование следующих заинтересованных сторон:

- ОРК – ПРК, начальника ОМКО;
- ДП – начальника ОМКО, разработчика (владельца процесса), проректора, курирующего деятельность рассматриваемого документа;
- СТО, РИ, МИ, ПСП (регламентирующие деятельность общественных структур), ППСС – начальника ОМКО, разработчика, проректора по направлению;
- ПСП – начальника юридического отдела, начальника планово-экономического отдела и руководителя структурного подразделения;
- ППСС – проректора по молодежной политике;
- ДИ – начальника ОМКО, начальника юридического отдела, начальника отдела кадров, руководителя структурного подразделения;
- ПЛ – начальника ОМКО, директора института (директора колледжа), секретаря ученого совета института (только для института).

13.6. ТИ выводятся из эксплуатации директором библиотеки по решению совета научной библиотеки.

13.7. Электронные копии выведенных из эксплуатации документов СМК, размещенных на сайте Университета, удаляются и заменяются новыми в установленном в п. 11.5 настоящей ДП порядке. Электронные версии документов, хранящиеся в ОМКО, перемещаются в электронную папку «Архив».

13.8. Ответственность за замену неактуальных документов на сайте несет начальник ОМКО. Подлинник отмененного документа, за исключением ДИ, на титульном листе идентифицируется пометкой «Отменен» с указанием даты вывода из эксплуатации и

подлежит перемещению в архив ОМКО. В Реестре документов СМК ставится отметка об отмене документа в графе «Примечание».

13.9. Подлинники ДИ, утративших силу в связи с заменой их новыми, изымаются и формируются в отдельное дело. На документы, помещённые в дело, составляется внутренняя опись, листы нумеруются, составляется лист-заверитель, оформляется обложка дела. Полностью оформленные дела по описям передаются по окончании делопроизводственного года на архивное хранение.

13.10. Копии выведенных из эксплуатации документов, хранящиеся в структурных подразделениях, подлежат уничтожению или перемещению (при необходимости) в архив структурного подразделения с пометкой на титульном листе «Отменен» или «Для справок» на основании решения руководителя структурного подразделения.

Копии отмененных документов изымаются из обращения ответственными за документооборот в структурных подразделениях.

13.11. Ответственность за замену и/или уничтожение неактуальных документов СМК в подразделении несет руководитель структурного подразделения.

#### 14. Хранение документов СМК 2–4-го уровня

14.1. Место хранения документов СМК 2–4-го уровня (за исключением ТИ научной библиотеки) или их копий определяется в зависимости от типа документа в соответствии с номенклатурой дел.

14.2. Оригиналы документов хранятся в ОМКО (оригиналы ТИ – в научной библиотеке). Оригиналы выведенных документов хранятся в архиве ОМКО до появления следующего архивного документа, затем передаются в архив СурГУ.

Сроки хранения документов СМК в архиве структурных подразделений отображены в таблице 2.

14.3. При формировании документов в папки необходимо:

- изымать лишние экземпляры и черновики документов;
- регистрировать документы, помещенные в папку номенклатуры дел, в листе регистрации (Приложение 13).

Таблица 2

#### Сроки хранения документов СМК

№ п/п	Тип документа	Сокращённое наименование	Хранение в архиве ОМКО	Хранение в архиве СурГУ
1	Общее Руководство по качеству	ОРК	3 года	постоянно
3	Документированная процедура	ДП	5 лет	постоянно
4	Стандарт организации	СТО	5 лет	постоянно
5	Положение института, положение колледжа	ПЛ	3 года	постоянно
6	Положение о структурном подразделении	ПСП	3 года	постоянно
7	Должностная инструкция	ДИ	3 года	постоянно
8	Методическая инструкция	МИ	3 года	постоянно
9	Рабочая инструкция	РИ	3 года	постоянно

14.4. При хранении документов в электронном варианте их название должно

соответствовать идентификационному номеру и наименованию, указанному на титульном листе, документы должны храниться в папках в соответствии с видом документа.

Электронные копии отмененных документов допускается хранить в папке с наименованием «Архив».

14.5. Устаревшие документы, оставленные в архиве ОМКО свыше срока хранения для определенных целей, должны быть идентифицированы «Для справок» и должны храниться в условиях, исключающих их использование в качестве действующих.

14.6. Документы, которые в результате использования стали нечитаемыми, потрепанными, имеют сильно надорванные или выпадающие страницы, должны своевременно восстанавливаться или изыматься и заменяться новыми оригиналами (копиями).

14.7. Ответственность за хранение документации СМК в структурном подразделении несет руководитель подразделения.

### 15. Управление документами базового уровня

15.1. Каждый руководитель подразделения обеспечивает наличие в подразделении актуальных внешних нормативно-технических документов.

15.2. Проверку на актуальность имеющихся в подразделении документов рекомендуется осуществлять руководителю подразделения не реже 1 раза в месяц. При наличии изменений они доводятся до сведения сотрудников. Неактуальные версии документов изымаются и уничтожаются.

15.3. Документы внешнего происхождения, публикуемые в официальных изданиях министерств и ведомств, приобретаются через подписные каталоги и хранятся в читальных залах библиотеки. С определенной периодичностью библиотекой Университета в установленном порядке оформляется подписка на соответствующие периодические издания.

15.4. Проверка наличия и актуальности внешней нормативно-технической документации по всем процессам осуществляется при проведении внешних и внутренних аудитов.

### 16. Ответственность

16.1. Ответственность за разработку, согласование, утверждение и вывод из эксплуатации документов СМК приведена в матрице ответственности:

**Матрица ответственности**

№ п/п	Наименование этапа	Подразделение / должностное лицо			
		Ответственный	Реализующий	Соисполнитель	Информируемый
1	Определение потребности в документе	ПРК	Руководитель подразделения	Начальник ОМКО	-
2	Разработка документа СМК	Ответственный разработчик (владелец процесса)	Ответственный разработчик (владелец процесса)	Рабочая группа	Руководитель подразделения
3	Экспертиза и согласование	Ответственный разработчик (владелец процесса)	Эксперты	Эксперты	Начальник ОМКО
4	Внедрение документа	Начальник ОМКО	Руководитель подразделения	Руководитель подразделения	Заинтересованные стороны
5	Рассылка документов	Начальник ОМКО	Инженер ОМКО	Инженер ОМКО	Руководитель подразделения

	СМК СурГУ ДП-1.7.1-23	
	<b>Управление документацией системы менеджмента качества</b>	Редакция № 1
	стр. 17 из 46	

№ п/п	Наименование этапа	Подразделение / должностное лицо			
		Ответственный	Реализующий	Соисполнитель	Информируемый
6	Хранение документов	Руководитель подразделения	Руководитель подразделения	Ответственный за ведение документации в подразделении	-
7	Актуализация и внесение изменений	Начальник ОМКО	Ответственный разработчик (владелец процесса)	Ответственный разработчик (владелец процесса)	Руководители взаимодействующих подразделений.
8	Выведение документов из эксплуатации	Начальник ОМКО	Начальник ОМКО	Инженер ОМКО	Руководитель структурного подразделения
9	Выведение копий документов из эксплуатации	Начальник ОМКО	Руководитель структурного подразделения	Ответственный за документооборот	Заинтересованные стороны

## 17. Управление рисками в процессе управления документацией

17.1. В процессе управления документацией СМК могут возникнуть риски, в зависимости от вида которых необходимо предпринять меры по их устранению и предотвращению.

### Виды рисков и пути их предотвращения

Риск	Условия появления	Способы устранения	Способы предотвращения
Документ неверно идентифицирован	- неверное понимание цели документирования, принадлежности документа процессу	- уточнение принадлежности документа процессу	- определение процесса на этапе разработки документа
Разработанный проект документа не соответствует его типу	- не выполняются требования к структуре документа определенного типа	- редактирование документа с учетом требований	- консультирование с начальником ОМКО о типе разрабатываемого документа исходя из потребности процесса
Политика в области качества не соответствует Стратегии развития Университета	- требования потребителей, для которых формируются документы, выявлены неверно	- повторное определение требований потребителей	- детальное изучение информации, необходимой для определения требований потребителей
	- в разработке документа не принимают участие, проректоры / документы разрабатываются неквалифицированными специалистами	- проведение корректировки с привлечением проректоров и других заинтересованных сторон	- привлечение проректоров и других заинтересованных сторон
Работник не нашел актуальные версии документов на	- неверно размещена ссылка на опубликованный документ	- размещение ссылки на документ на странице в соответствии с идентификатором	- контроль над публикацией документа

<b>Риск</b>	<b>Условия появления</b>	<b>Способы устранения</b>	<b>Способы предотвращения</b>
сайте	– документ неверно идентифицирован (идентификатор не соответствует процессу)	– исправление идентификационного номера документации, замена документа	– контроль над оформлением документации
	– на сайте опубликован неактуальный документ	– замена неактуального документа на документ с изменениями	– контроль над заменой документации
	– несвоевременно осуществляется выведение замененных или аннулированных документов	– вывод обнаруженного документа, подлежащего замене или аннулированию	– своевременное выведение замененных или аннулированных документов
Документ не принят Учёным советом или Советом по качеству	– к документу много замечаний, замечания заинтересованных сторон не учтены	– доработка документа	– выполнение всех требований и учет всех условий реализации процесса
	– не выполняются требования к структуре и оформлению документа	– доработка документа	– выполнение всех требований к структуре и оформлению документа
	– документ неактуален	– аннулирование проекта документа	– своевременная оценка актуальности документа на этапе планирования и разработки

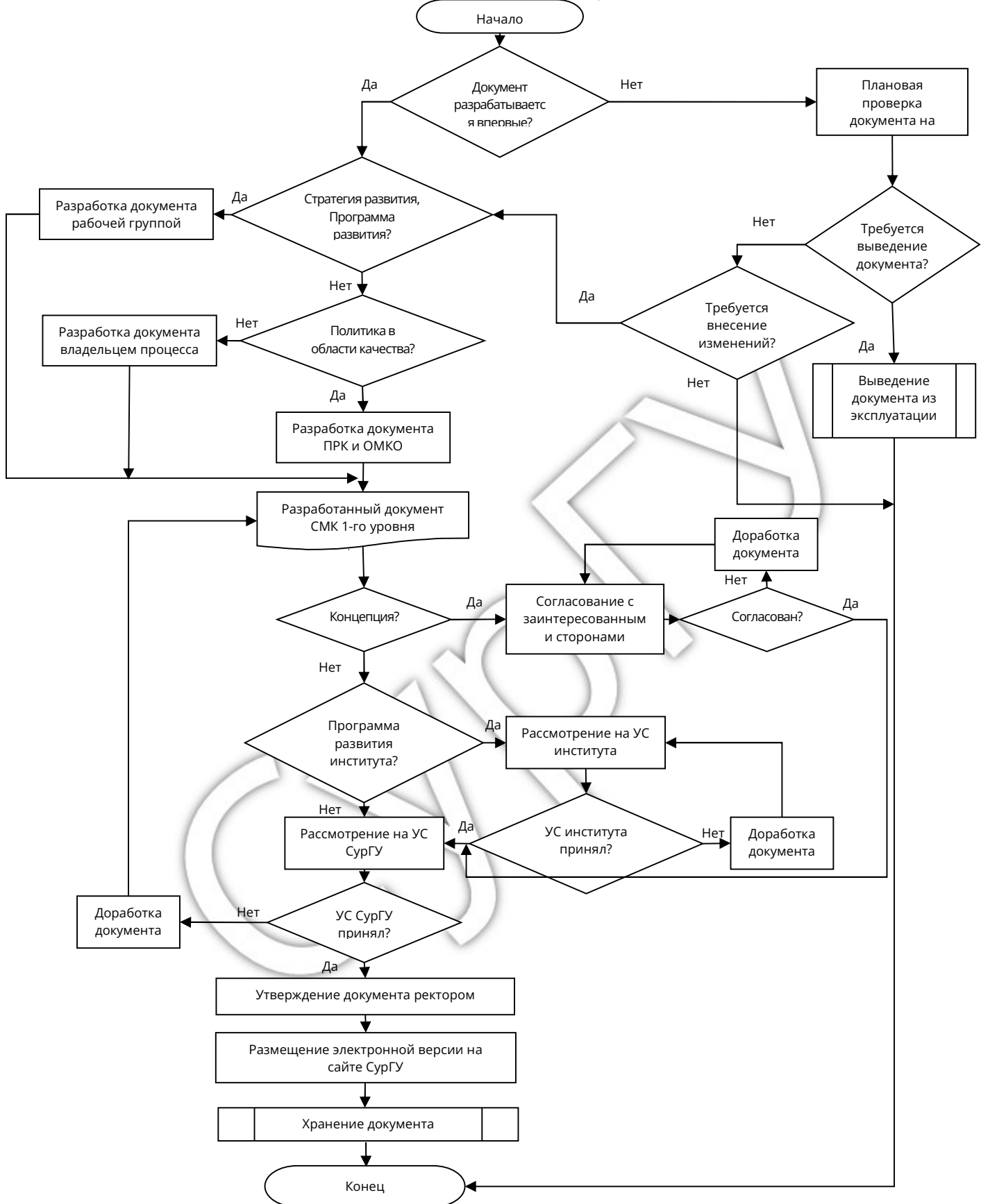
### 18. Взаимодействие с другими процессами СМК

18.1. Процесс «Управление документацией СМК» взаимодействует со всеми процессами, протекающими в СурГУ.



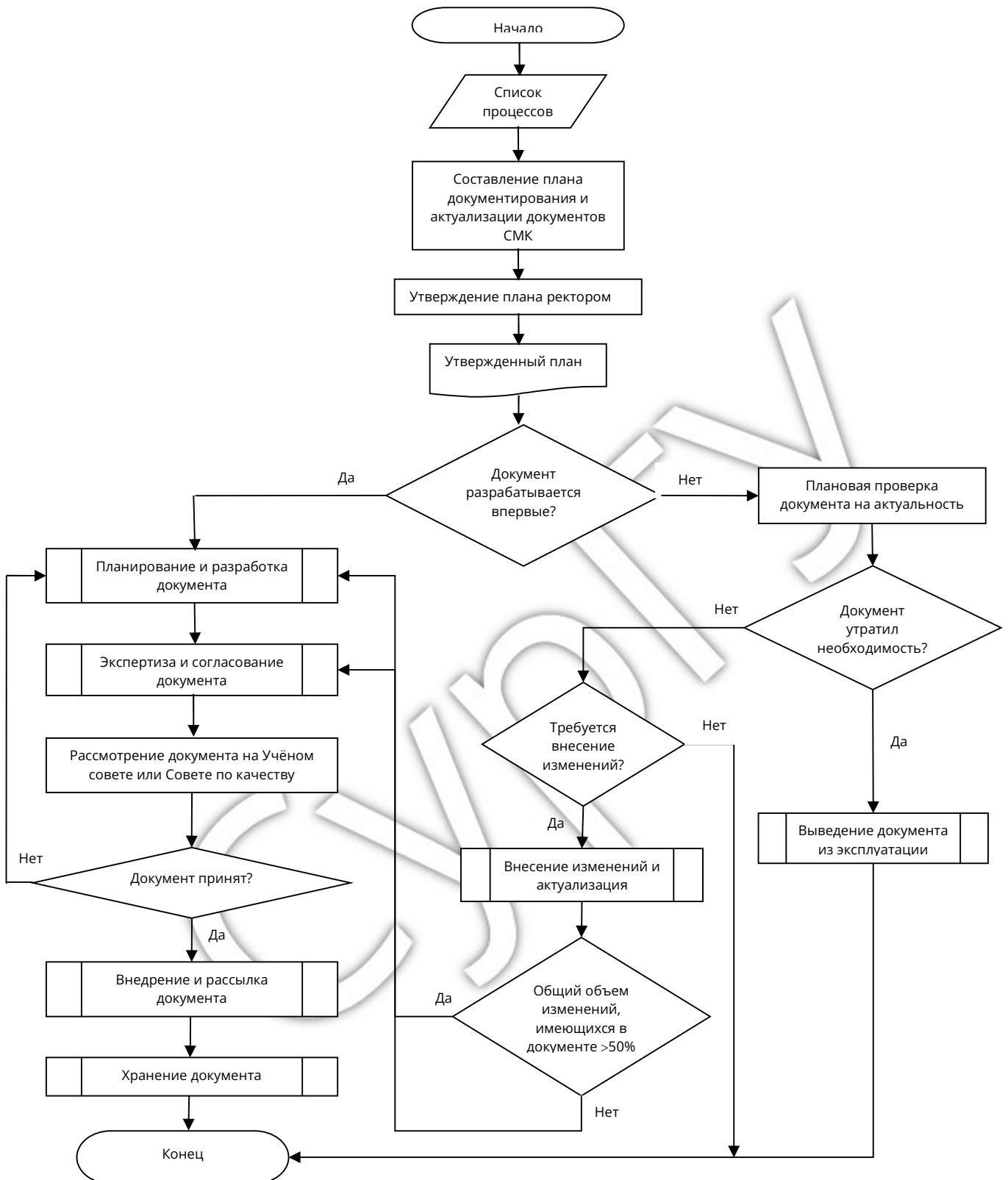
Приложение 1

**Блок-схема процесса «Управление документами СМК 1-го уровня»**



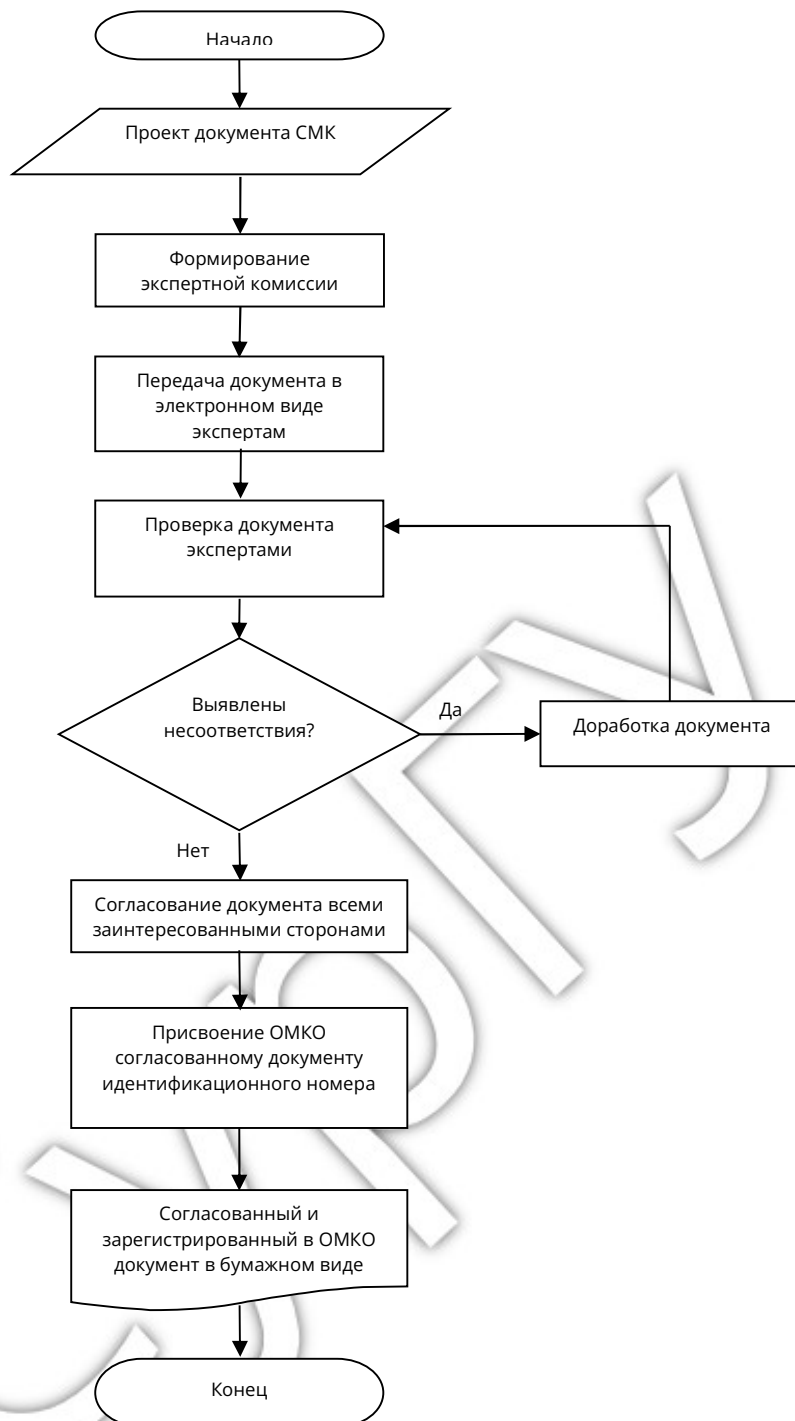
Приложение 2

**Блок-схема процесса «Управление документацией 2–4-го уровня»**



**Блок-схема этапа «Планирование и разработка документа»**

**Блок-схема этапа «Экспертиза и согласование документа СМК»**

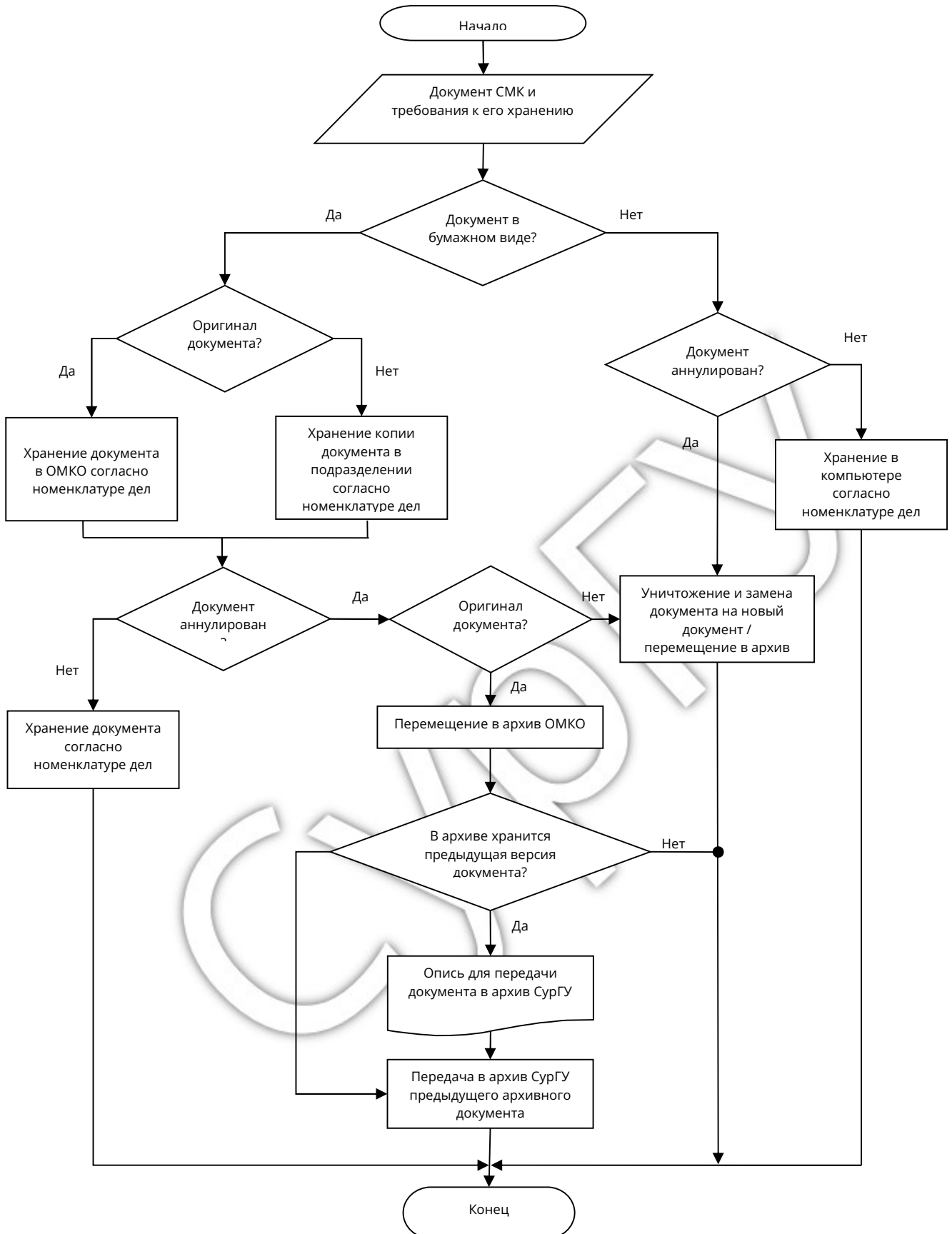


**Блок-схема этапа «Внедрение и рассылка документов СМК»**

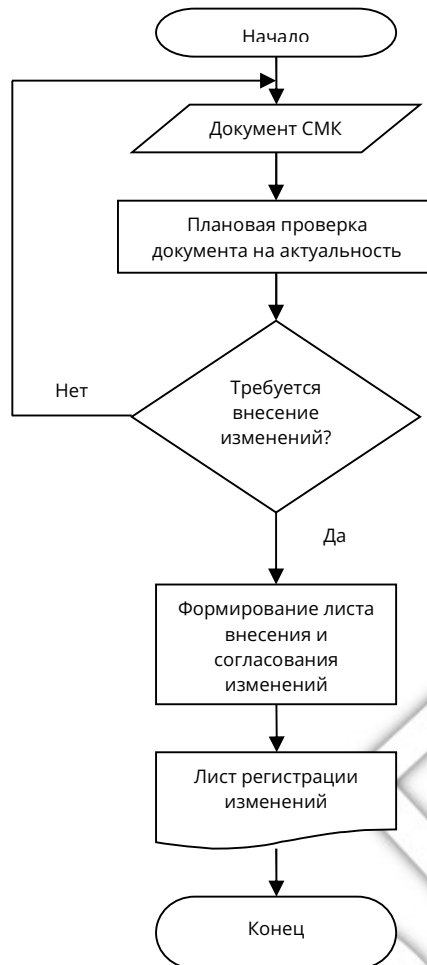




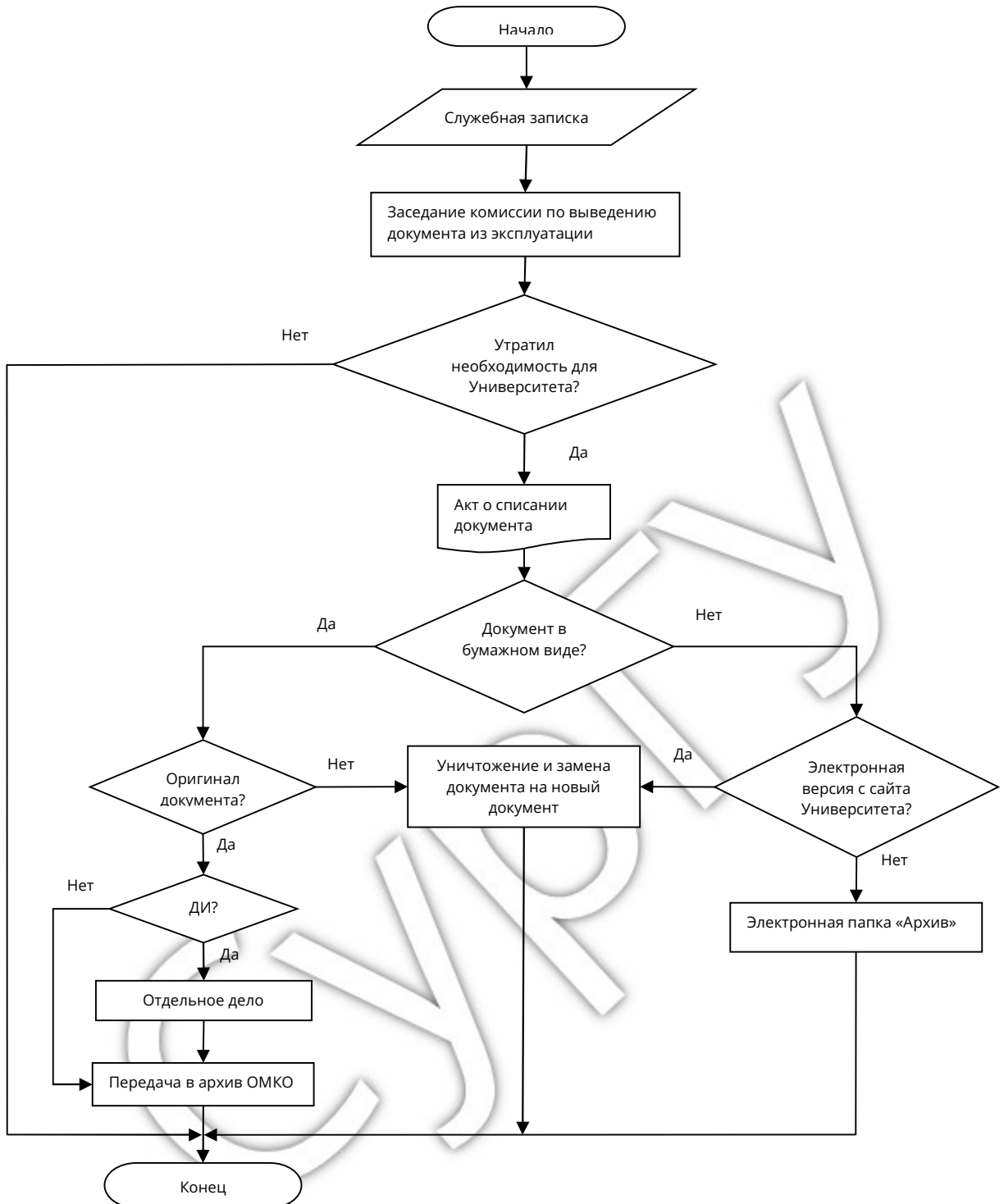
**Блок-схема этапа «Хранение документа»**



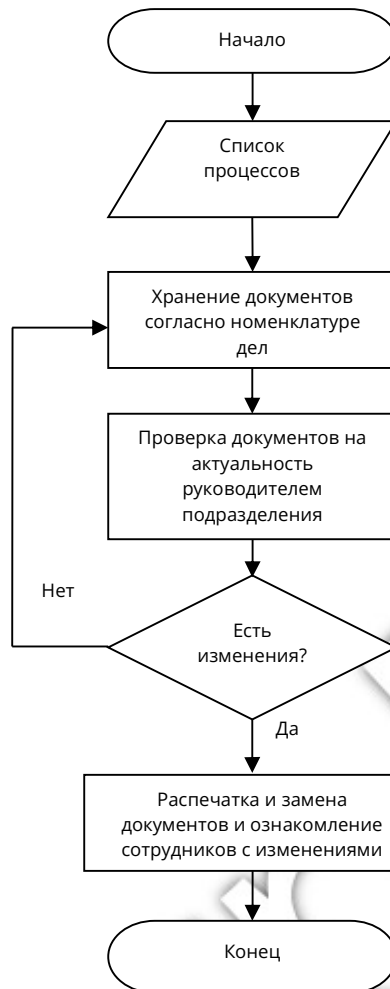
**Блок-схема этапа «Внесение изменений и актуализация документа»**



**Блок-схема процесса «Выведение документов из эксплуатации»**



**Блок-схема процесса «Управление документами базового уровня»**



**Форма титульного листа и содержания Стратегии развития,  
программы развития Университета, Концепции**



Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«Сургутский государственный университет»

**НАИМЕНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ  
(ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ,  
КОНЦЕПЦИИ)**

дата подписания в формате ЧЧ  
месяц ГГГГ

Ректор

\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия  
(подпись, печать)

Наименование стратегии (программы развития, концепции)

РАЗРАБОТЧИК:

Должность разработчика	Фамилия И.О.	_____ (подпись)	_____ (дата)
------------------------	--------------	-----------------	--------------

СОГЛАСОВАНО:

Должность	Фамилия И.О.	_____ (подпись)	_____ (дата)
Должность	Фамилия И.О.	_____ (подпись)	_____ (дата)
Должность	Фамилия И.О.	_____ (подпись)	_____ (дата)
Должность	Фамилия И.О.	_____ (подпись)	_____ (дата)
Должность	Фамилия И.О.	_____ (подпись)	_____ (дата)

ПРИНЯТО Учёным советом (дата рассмотрения в формате: ЧЧ месяц ГГГГ), протокол № \_\_\_\_\_.



Наименование стратегии (программы развития, концепции)

**Содержание**

Введение .....

1. ....

2. ....

    2.1. ....

    2.2. ....

    2.3. ....

3. ....

4. ....

5. ....

и т.д.

**Форма титульного листа Политики**



Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Сургутский государственный университет»

**ПОЛИТИКА ...**

Политика ... направлена на ...

...

**Основные задачи, решаемые политикой ...:**

- 1) ...;
- 2) ...;
- 3) ...;
- 4) ...;
- 5) ...;
- 6) ...;
- 7) ...;
- 8) ....

Настоящая политика доводится до сведения всех работников, реализуется ... и находится под личным контролем ректора СурГУ.

Ректор СурГУ делегирует соответствующие права и обязанности по ... <кому>.

дата подписания в формате ЧЧ  
месяц ГГГГ

Ректор СурГУ

\_\_\_\_\_ И. О. Фамилия  
(подпись, печать)

**Список процессов СМК СурГУ**

Группы процессов	Номер раздела (подраздела)	Наименование процесса
<b>1. Процессы управления</b>	<b>1.1</b>	<b><i>Маркетинг требований потребителей и общества</i></b>
	<b>1.2</b>	<b><i>Планирование деятельности</i></b>
	1.2.1	Стратегическое планирование
	1.2.2	Тактическое планирование
	1.2.3	Планирование жизненного цикла продукции
	<b>1.3</b>	<b><i>Распределение ответственности и полномочий</i></b>
	<b>1.4</b>	<b><i>Информирование о деятельности</i></b>
	1.4.1	Внутреннее информирование
	1.4.2	Внешнее информирование
	<b>1.5</b>	<b><i>Управление жизненным циклом ОП ВО</i></b>
	<b>1.6</b>	<b><i>Корректирующие и предупреждающие действия</i></b>
	<b>1.7</b>	<b><i>Управление документацией</i></b>
	1.7.1	Управление документацией СМК
1.7.2	Управление записями	
<b>1.8</b>	<b><i>Мониторинг и измерение</i></b>	
<b>1.9</b>	<b><i>Внутренний аудит СМК</i></b>	
<b>1.10</b>	<b><i>Анализ данных</i></b>	
<b>1.11</b>	<b><i>Анализ СМК со стороны руководства</i></b>	
<b>1.12</b>	<b><i>Управление несоответствующей продукцией (услугой)</i></b>	
<b>1.13</b>	<b><i>Улучшение СМК</i></b>	
<b>2. Образовательная деятельность</b>	<b>2.1</b>	<b><i>Проектирование и разработка ОП ВО</i></b>
	<b>2.2</b>	<b><i>Профориентационная деятельность</i></b>
	<b>2.3</b>	<b><i>Довузовская подготовка</i></b>
	<b>2.4</b>	<b><i>Учебно-методическое обеспечение ОП ВО</i></b>
	<b>2.5</b>	<b><i>Приём обучающихся</i></b>
	<b>2.6</b>	<b><i>Реализация ОП ВО</i></b>
	<b>2.7</b>	<b><i>Внеучебная (воспитательная) работа</i></b>
	<b>2.8</b>	<b><i>Управление контингентом студентов</i></b>
	<b>2.9</b>	<b><i>Управление нагрузкой профессорско-преподавательского состава</i></b>
	<b>2.10</b>	<b><i>Реализация программ дополнительного образования</i></b>
	<b>2.11</b>	<b><i>Реализация программ послевузовского образования</i></b>
	<b>2.12</b>	<b><i>Оценка качества освоения ОП ВО</i></b>
<b>3. Научная и инновационная деятельность</b>	<b>3.1</b>	<b><i>Управление НИР</i></b>
	<b>3.2</b>	<b><i>Управление НИОКР</i></b>
	<b>3.3</b>	<b><i>Организация НИРС</i></b>
	<b>3.4</b>	<b><i>Организация научных мероприятий</i></b>
	<b>3.5</b>	<b><i>Коммерциализация результатов НИР</i></b>
	<b>3.6</b>	<b><i>Организация проектной деятельности</i></b>
	<b>3.7</b>	<b><i>Подготовка научно-педагогических кадров</i></b>

<b>4. Вспомогательные процессы</b>	<b>4.1</b>	<b><i>Социальная поддержка сотрудников и студентов</i></b>
	<b>4.2</b>	<b><i>Информационно-библиотечное обслуживание</i></b>
	4.2.1	Управление фондом научной библиотеки
	4.2.2	Управление электронными ресурсами
	4.2.3	Управление услугами научной библиотеки
	<b>4.3</b>	<b><i>Издательская деятельность</i></b>
	<b>4.4</b>	<b><i>Редакционная деятельность</i></b>
	<b>4.5</b>	<b><i>Экспортный контроль</i></b>
	<b>4.6</b>	<b><i>Содействие трудоустройству выпускников</i></b>
	<b>4.7</b>	<b><i>Лицензирование и аккредитация ОП ВО</i></b>
	<b>4.8</b>	<b><i>Мотивация и стимулирование сотрудников и обучающихся</i></b>
	<b>4.9</b>	<b><i>Физкультурно-оздоровительная деятельность</i></b>
	<b>4.10</b>	<b><i>Управление корпоративной культурой</i></b>
<b>4.11</b>	<b><i>Международное сотрудничество</i></b>	
<b>4.12</b>	<b><i>Организация студенческого самоуправления</i></b>	
<b>5. Обеспечивающие процессы</b>	<b>5.1</b>	<b><i>Управление кадрами</i></b>
	5.1.1	Управление персоналом
	5.1.2	Аттестация сотрудников
	5.1.3	Аттестация профессорско-преподавательского состава
	5.1.4	Повышение квалификации сотрудников
	5.1.5	Формирование кадрового резерва
	<b>5.2</b>	<b><i>Управление инфраструктурой производственной среды</i></b>
	<b>5.3</b>	<b><i>Управление административно-хозяйственной деятельностью</i></b>
	<b>5.4</b>	<b><i>Управление информационной средой</i></b>
	<b>5.5</b>	<b><i>Обеспечение безопасности</i></b>
	<b>5.6</b>	<b><i>Правовое обеспечение</i></b>
	<b>5.7</b>	<b><i>Управление аудиторным фондом</i></b>
	<b>5.8</b>	<b><i>Управление финансами</i></b>
	<b>5.9</b>	<b><i>Управление закупками</i></b>
<b>5.10</b>	<b><i>Управление материально-технической базой</i></b>	
<b>5.11</b>	<b><i>Техническое обслуживание и ремонт информационно-вычислительной техники</i></b>	
<b>5.12</b>	<b><i>Охрана труда и техника безопасности</i></b>	
<b>5.13</b>	<b><i>Управление документооборотом</i></b>	
<b>5.14</b>	<b><i>Организация труда</i></b>	

Приложение 7

**Форма плана документирования и актуализации документов СМК**
**План документирования и актуализации документов СМК СурГУ**

Номер и наименование процесса	Код документа	Наименование документа и редакции	Структурное подразделение	Дата утверждения	Сроки актуализации
1	2	3	4	5	6
<b>1. Процессы управления</b>					
<b>2. Образовательная деятельность</b>					
<b>3. Научная и инновационная деятельность</b>					
<b>4. Вспомогательные процессы</b>					
<b>5. Обеспечивающие процессы</b>					
<b>Положения о структурных подразделениях</b>					

Начальник ОМКО

\_\_\_\_\_ /И. О. Фамилия

Приложение 8

**Требования к структуре и содержанию документов СМК**

1. Требования к структуре и содержанию организационно-правовых документов отражены в СТО-5.13.1 «Организационно-правовые документы. Требования».
2. Требования к структуре и содержанию ПСП отражены в СТО-1.7.6 «Управление положениями о структурных подразделениях», ДИ – в СТО-1.7.8 «Управление должностными инструкциями».
3. Требования к структуре и содержанию ПЛ отражены в СТО-1.7.2 «Управление положениями институтов, положениями медицинского колледжа».
4. Документ СМК должен иметь следующую обязательную структуру:
  - титульный лист;
  - содержание и используемые сокращения;
  - назначение и область применения;
  - нормативные ссылки;
  - термины и определения (раздел может отсутствовать, если нет необходимости);
  - общие положения;
  - описание процесса;
  - ответственность;
  - управление рисками (только для ДП);
  - взаимодействие с другими процессами;
  - приложения;
  - лист регистрации изменений;
  - лист ознакомления с документом СМК.
5. Титульный лист должен содержать:
  - полное наименование Университета;
  - гриф утверждения;
  - гербовую печать;
  - наименование документа;
  - наименование должности, соответствующее утверждённому штатному расписанию СурГУ, идентификатор документа, согласование с заинтересованными лицами и в обязательном порядке – согласование с начальником ОМКО, начальником административно-правового управления.
6. Примеры оформления титульного листа, содержания и последующих листов в документах СМК приведены в Приложении 8, а также размещены на сайте Университета по адресу: <http://www.surgu.ru/> в разделе «Сведения об Университете / Гарантия качества / Документы».
7. Раздел «Назначение и область применения» нумеруют единицей. В разделе «Назначение и область применения» определяется цель документа и область его применения: указываются процессы, работы, должностные лица и подразделения, которые участвуют в выполнении требований документа и обязаны им руководствоваться в своей работе. Рекомендуется использовать следующую формулировку: «1.1. Документированная процедура (далее – ДП) устанавливает требования к процессу управления документацией... (указываются основные требования). 1.2. ДП обязательна к применению ... (указываются подразделения и должностные лица)».



8. Раздел «Нормативные ссылки» включает внешние и внутренние нормативные документы, которые используются при написании документа СМК. В перечне указывают полные обозначения этих документов, год принятия и их наименование.

9. Раздел «Термины и определения» содержит термины, которые приводят при необходимости установления новых терминов и использования стандартных, но узкопрофессиональных терминов.

10. В разделе «Общие положения» отражена общая информация о документе.

В ДП данный раздел содержит следующую информацию: цель процесса, его основные задачи, из каких этапов состоит процесс; кто является владельцем процесса; входные и выходные данные процесса; критерии для расчета результативности процесса и ссылка на блок-схему процесса.

В СТО, МИ и РИ данный раздел содержит общие требования к организации работы и получаемому результату.

11. В разделе «Описание процесса» отражены основные регламентирующие (нормативные, методические, инструктивные) требования к выполнению процесса или работы, которые устанавливаются разработчиками исходя из особенностей процесса или работы. При построении текста используется индексационная рубрикация, при которой рубрике присваивается не только собственный порядковый номер, но и номера старших рубрик, подчиняющих ее себе. Текст разделов делят на подразделы, пункты, подпункты, которые нумеруются арабскими цифрами. При необходимости подразделам и пунктам присваивают заголовки.

12. В разделе «Ответственность» приводятся сведения о распределении полномочий и ответственности должностных лиц на всех этапах деятельности или процесса, которые могут быть оформлены в виде таблицы. В заголовке матрицы приводят степень ответственности и полномочия должностных лиц в виде следующих формулировок:

- ответственный (имеющий соответствующие полномочия по менеджменту деятельности или процесса, несущий полную ответственность за результат, т. е. владелец) – как правило, проректор по направлению;
- реализующий (имеющий соответствующие полномочия по планированию и управлению деятельностью или процессом, несущий ответственность за мониторинг процесса и его результата, т. е. руководитель) – как правило, руководитель ключевого подразделения;
- соисполнитель (участник процесса со стороны другого подразделения, имеющий полномочия по управлению этапом деятельности или процесса, ответственный за мониторинг этапа и его результата) – как правило, руководитель взаимодействующего подразделения;
- информируемый (участник(и) деятельности или процесса) – как правило, все заинтересованные стороны.

Матрица может сопровождаться описательным текстом для достижения ясности.

13. В разделе «Управление рисками» определяются виды рисков, которые могут возникнуть при протекании процесса, а также прописываются условия их появления, способы устранения и предотвращения.

14. В разделе «Взаимодействие с другими процессами» отражено взаимодействие между процессами, деятельность которых пересекается.

15. Приложения обозначают арабскими цифрами, начиная с 1, которые приводят после слова «Приложение». Слово «Приложение» и его обозначение располагают в верхней части страницы справа.

16. Все приложения должны иметь заголовки, которые располагают симметрично относительно текста, приводят в виде отдельной строки (или строк), печатают строчными буквами, начиная с прописной, и выделяют полужирным шрифтом.

17. В тексте документа должны быть даны ссылки на все приложения, таблицы, рисунки, а также на необходимые статьи из нормативных документов.

18. Текст документа должен быть точным, официальным и понятным исполнителю. Запрещается использование различных лозунгов и заявлений.

19. При изложении в документе обязательных требований применяют слова: «должен», «следует», «подлежит», «необходимо», «требуется», «разрешается только», «не допускается», «запрещается», «не следует», «не подлежит», «не могут быть» и т. п.

20. Текст документа печатают с использованием средств компьютерной техники на листах бумаги формата А4, при этом используют шрифт Open Sans, размером 11 пт (таблица – 10 пт), с одинарным межстрочным интервалом.

21. Текст должен иметь зеркальные поля следующих размеров:

- верхнее – 2 см;
- нижнее – 1,27 см;
- левое – 2 см;
- правое – 1 см.


Выравнивание текста – по ширине листа, расстановка переносов – отсутствует, запрет висячих строк.

Заголовки разделов и подразделов выделяют полужирным шрифтом.

Абзацный отступ отсутствует по всему тексту документа.



**Форма титульного листа и содержания документа СМК 2–4-го уровня**

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАНТЫ-МАНСЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»			
	Система менеджмента качества	СМК СурГУ идентификационный номер документа	
		<b>Название документа</b>	Редакция № _ стр. 1 из 6

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Тип документа

**НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА**

Идентификационный номер документа


СОГЛАСОВАНО:

Должность	Фамилия И.О.	Подпись	Дата
Проректор...			
Начальник юридического отдела			
Начальник отдела менеджмента качества образования			

СОСТАВИЛ:

Руководитель структурного подразделения			
---	--	--	--

г. Сургут – 20\_\_

	СМК СурГУ идентификационный номер документа	
	Название документа	Редакция № 1 стр. 2 из 6

**Содержание**

1. Назначение и область применения.....

2. Нормативные правовые основания.....

3. Термины и определения.....

4. Общие положения .....

5. Краткое описание процесса.....

6. ....

7. ....

8. ....

9. Ответственность .....

10. Взаимодействие с другими процессами СМК.....

Приложение.....

Лист регистрации изменений.....

Лист ознакомления .....

**Список используемых сокращений**

РИ – рабочая инструкция













