

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.1 из 52

УТВЕРЖДАЮ

Директор государственного автономного учреждения
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»

Лалетина С.Я.

2023 г.



**Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.2 из 52

Содержание

1. Область применения и назначение методических рекомендации для Учреждения «Управление документированной информацией»	3
1.1. Область применения	3
1.2. Назначение	3
2. Нормативные ссылки	5
3. Термины, определения и сокращения	6
4. Общие положения	9
4.1. Общие требования	9
4.2. Структура документации СМК и СМ СО	10
4.3. Классификация документированной информации Учреждения по СМК и СМ СО ...	12
4.3.1. Классификация документированной информации	12
4.3.2. По применению формы для введения документированной информации	13
4.4. Управление документированной информацией	13
4.4.1. Порядок управление документированной информацией	13
4.4.2. Управление документированной информацией внутреннего происхождения	15
4.4.3. Управление документированной информацией внешнего происхождения	18
4.5. Электронный документооборот	19
4.6. Требования к изложению и оформлению документов	20
4.6.1. Обязательные составные части документов	20
4.6.2. Оформление документов	20
5. Ответственность	23
6. Характеристика «Управление документированной информацией»	25
Приложение 1. Перечень документов СМК и СМ СО	27
Приложение 2. Форма «Цели в области качества и социальной ответственности»	29
Приложение 3. Форма плана развития СМК и СМ СО ГАУСО СО «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»	30
Приложение 4. Индексы документов	31
Приложение 5. Форма структурного раздела «Лист рассылки и ознакомления»	32
Приложение 6. Форма титульного листа	33
Приложение 7. Форма структурного раздела «Лист согласования»	34
Приложение 8. Форма структурного раздела «Лист регистрации изменений»	35
Приложение 9. Блок-схема «Управление документированной информацией СМК и СМ СО»	36
Приложение 10. «Перечень документированной информации приведенной в тексте стандарта ISO 9001:2015»	38
Приложение 11. «Перечень документированной информации приведенной в тексте стандарта IQNet SR 10:2015»	47
Лист согласования	50
Лист регистрации изменений	51
Лист рассылки и ознакомления	52

1. Область применения и назначение методических рекомендации для Учреждения «Управление документированной информацией»

1.1. Область применения

1.1.1. Методические рекомендации входят в состав документов системы менеджмента качества (СМК) и социальной ответственности (СМ СО), обязательны для применения во всех подразделениях государственного автономного учреждения социального обслуживания Свердловской области «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям» (далее Учреждение).

1.1.2. Методические рекомендации распространяются на бумажный документооборот, а также на электронные документы и архивы.

1.2. Назначение

Методические рекомендации определяют цели документирования; виды документации; основные требования к форме, записям, содержанию и изложению документов; организацию, порядок проведения работ и ответственность за управление документированной информацией.

Методические рекомендации предусматривают:

- утверждение документов на адекватность до их выпуска;
- анализ и актуализацию по мере необходимости и повторное утверждение документов;
- обеспечение идентификации изменений и текущего статуса пересмотра документов;
- обеспечение наличия (доступности) соответствующих версий используемых документов в местах их применения;
- обеспечение сохранения документов четкими и легко идентифицируемыми;
- обеспечение идентификации документов внешнего происхождения, определенных организацией как необходимые для планирования и функционирования СМК и СМ СО и управления их рассылкой;
- предотвращение непреднамеренного использования устаревших документов и применение соответствующей идентификации таких документов, оставленных для каких-либо целей;
- обеспечение согласованности, непрерывности и производительности деловой и управленческой деятельности.

Методические рекомендации определяют последовательность действий по управлению документированной информацией Учреждения, устанавливают единую систему делопроизводства (документооборота) во всех структурных подразделениях, порядок подготовки, оформления, прохождения, контроля над исполнением, учетом, хранением, печатанием, ко-

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.4 из 52

пированием и тиражированием служебных документов, а также устанавливают порядок управления записями по качеству и социальной ответственности Учреждения, которые должны вестись и поддерживаться в рабочем состоянии для предоставления свидетельств соответствия требованиям и результативности функционирования СМК и СМ СО.

Методические рекомендации обеспечивают функционирование СМК и СМ СО в Учреждении и соответствует требованиям стандартов ISO 9001:2015 и IQNet SR 10:2015.

2. Нормативные ссылки

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

- 2.1. ГОСТ Р ИСО 9000-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. (утв. Приказом Росстандарта от 28.09.2015 N 1390-ст);
- 2.2. ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования;
- 2.3. Международный стандарт IQNet SR 10:2015 «Системы менеджмента социальной ответственности. Требования»;
- 2.4. ГОСТ Р ИСО 26000 «Руководство по социальной ответственности»;
- 2.5. ДИ Р СМК – 01-2023. Руководство по качеству в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2015;
- 2.6. ДИ Р СМ СО – 01-2023. Руководство по социальной ответственности в соответствии с требованиями международного стандарта IQNet SR 10:2015.

3. Термины, определения и сокращения

В Методических рекомендациях применяются следующие термины с соответствующими определениями, которые представлены в **таблице 1**:

Таблица 1 – Основные термины и определения

№	Термин	Определение
1	Аудит (проверка)	Систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита (проверки) и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита (проверки)
2	Документ	Информация и соответствующий носитель
3	Документация системы менеджмента качества и социальной ответственности	Документация, определяющая общие намерения в области качества и социальной ответственности, цели и методы обеспечения качества и эффективного функционирования системы управления социальной ответственности, а также документация, регламентирующая процессы и принципы взаимодействия с заинтересованными сторонами
4	Документы внешнего происхождения	Документы, поступающие в Учреждение извне.
5	Документы внутреннего происхождения	Документы, разрабатываемые и применяемые в Учреждении
6	Идентификация	Использование установленных средств и методов, позволяющих проследить предысторию объекта в процессе производства, эксплуатации или потребления для решения технических и правовых вопросов
7	Организационная структура	Распределение ответственности, полномочий и взаимоотношений между сотрудниками Учреждения
8	Политика в области качества	Общие намерения и направление деятельности Учреждения в области качества, официально сформулированные высшим руководством
9	Политика в области социальной ответственности	Общие намерения и направление деятельности учреждения в области социальной ответ-

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.7 из 52

		ственности, официально сформулированные высшим руководством.
10	Процесс	Совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы
11	Руководство по качеству в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2015	Документ, определяющий систему менеджмента качества Учреждения
12	Руководство по социальной ответственности в соответствии с требованиями международного стандарта IQNet SR 10:2015	Документ, определяющий систему менеджмента социальной ответственности Учреждения
13	Международный стандарт	Стандарт, принятый международной организацией
14	Управление документированной информацией	Деятельность на всех стадиях жизненного цикла документов
15	Цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности	Цели, которых добиваются или к которым стремятся в области качества и социальной ответственности.
16	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО Учреждения	Лицо, назначенное приказом Директором для выполнения задач по созданию и улучшению системы менеджмента качества и социальной ответственности Учреждения

В Методических рекомендациях применяются следующие сокращения и их полные наименования, которые представлены в **таблице 2**:

Таблица 2 – Основные сокращения и их полные наименования

№	Сокращение	Полное наименование
1	2	3
1	ГАУСО СО «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»	государственное автономное учреждение социального обслуживания Свердловской области «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
2	МСП СО	Министерство социальной политики Свердловской области
3	СМК	Система менеджмента качества
4	СМ СО	Система менеджмента социальной ответ-

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.8 из 52

		ственности
5	Ответственный руководи- тель	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО
6	ДИ	Документированная информация
7	Р СМК	Руководство по системе менеджмента каче- ства
8	Р СМ СО	Руководство системы менеджмента социаль- ной ответственности
9	ДИ	Должностная инструкция
10	ОМО	Организационно-методическое отделение
11	ГосПожНадзор	Государственный пожарный надзор
12	РосПотрбНадзор	Российский потребительский надзор
13	РосТехНадзор	Российский технически надзор
14	ГУВД	Главное управление внутренних дел
15	ФСБ	Федеральная служба безопасности
16	МЧС	Министерство по чрезвычайным ситуациям
17	Минфин	Министерство финансов

4. Общие положения

4.1. Общие требования

4.1.1. Документированная информация по СМК и СМ СО обеспечивают информацию о текущей деятельности Учреждения.

4.1.2. Документированная информация по СМК и СМ СО ведется для обеспечения возможности в рамках СМК и СМ СО:

- а) постоянно получать достоверные сведения о состоянии качества услуги на всех этапах ее жизненного цикла;
- б) контролировать соблюдение применимого к деятельности Учреждения законодательства;
- с) своевременно выявлять причины несоответствий, анализировать их, предупреждать их появление в дальнейшем;
- д) контролировать состояние видов деятельности/процессов, разрабатывать и реализовывать необходимые корректирующие действия;
- е) располагать необходимыми сведениями для оценки результативности процессов СМК и СМ СО и оценки эффективности СМК и СМ СО в целом.

4.1.3. **Задачами управления документированной информацией**, осуществляемой всеми подразделениями Учреждения без исключения, **являются:**

- а) определение первичных данных, подлежащих регистрации;
- б) определение формы, в соответствии с которой они будут фиксироваться;
- с) идентификация документированной информации;
- д) установление срока хранения документированной информации (сроки хранения записей не должны противоречить законодательным требованиям к срокам хранения отдельных видов документов);
- е) поддержание документированной информации в рабочем состоянии (регулярное их ведение, отражение информации в полном объеме);
- ф) сохранение (и возможность восстановления в случае непреднамеренной утраты) для предыдущего анализа и принятия решений;
- г) обеспечение возможности для исправления документированной информации и правил, по которым делаются исправления;
- h) защита документированной информации;
- і) архивация документированной информации;
- ј) изъятие из подразделения и утилизация документированной информации.

4.1.4. Документированная информация по СМК и СМ СО представляются в форме данных, содержащихся в виде журналов, протоколов, актов, анкет регистрации данных о качестве и социальной ответственности и пр.

4.1.5. **Формы для регистрации документированной информацией** по СМК и СМ СО должны быть удобными для заполнения. В целях обеспечения удобства в обработке документированной информации по СМК и СМ СО должны отвечать требованиям:

- а) наглядности и четкости построения;
- б) унификации и стандартизации форм документов;

- с) исключения дублирования информации,
- д) единства терминологии и правил оформления;
- е) пригодности к компьютерной обработке.

4.1.6. Документированная информация по СМК и СМ СО должна быть понятна работникам подразделений, руководителям подразделений, заместителям директора, внешним контролирующим лицам и заинтересованным сторонам.

4.1.7. Документированная информация должна вестись только в соответствии с зарегистрированными формами (разработанными, согласованными, идентифицированными и утвержденными).

4.1.8. Каждый документ СМК и СМ СО, который требует оформления и сохранения документированной информации по качеству и социальной ответственности, подробно указывает:

- а) форму документированной информации;
- б) способ идентификации;
- с) периоды времени заполнения документированной информации;
- д) ответственных лиц;
- е) потребителей документированной информации.

4.2. Структура документированной информации СМК и СМ СО

4.2.1. В Учреждении существуют следующие **виды документов**:

- а) документы *внутреннего происхождения* – документы, разрабатываемые непосредственно в Учреждении;
- б) документы *внешнего происхождения* (входящие) – документы, поступающие от других вышестоящих или иных учреждений или организаций.

Документы внутреннего происхождения могут быть *исходящими* (высылаемые за пределы Учреждения – письма, запросы и т.д.) и непосредственно для *внутреннего* пользования, т.е. не выходящие за пределы Учреждения (приказы, протоколы, планы, ведомости и т.д.).

4.2.2. Документированная информация СМК и СМ СО, управляемая в соответствии с требованиями настоящей процедуры, включает следующие документы:

- а) Политика и Цели в области качества и социальной ответственности;
- б) Руководство по качеству в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2015
- с) Руководство по социальной ответственности в соответствии с требованиями международного стандарта IQNet SR 10:2015;
- д) Кодекс этики и служебного поведения;
- е) документы, необходимые Учреждению для обеспечения эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими;
- ф) документированная информация, требуемая ISO 9001:2015 и IQNet SR10:2015;

Перечень документов СМК и СМ СО Учреждения представлен в **Приложении 1**.

4.2.3. Документированная информация, требуемая стандартами ISO 9001:2015 и IQNetSR10:2015 оформляется в формате **Методических рекомендаций**:

- a) «Управление документированной информацией»;
- с) «Работа с жалобами, претензиями и предложениями»;
- d) «Идентификация и оценка соблюдения законодательных и прочих требований в части социальной ответственности»;
- e) Методические рекомендации для Учреждения по выполнению пункта 9.3 стандарта ISO 9001:2015 «Анализ СМК со стороны руководства»;
- f) Методические рекомендации для Учреждения по выполнению пункта 9.4 стандарта IQNet SR10:2015 «Анализ СМ СО со стороны руководства»;
- g) «Работа с заинтересованными сторонами по СМК и СМ СО»;
- h) «Управление несоответствиями и корректирующими действиями в СМК и СО»;
- i) «Выполнение требований пункта 6.1 стандартов ISO 9001:2015 и IQNet SR10:2015 «Действия в отношении рисков и возможностей в СМК и СМ СО»»;
- j) «Внедрение, поддержание и постоянное улучшение СМК и СМ СО. Подготовка к сертификационному (ресертификационному) аудиту и прохождение сертификационного (ресертификационного) аудита СМК и СМ СО Учреждений по стандартам ISO 9001:2015 и IQNet SR 10:2015»;
- к) «Руководство Учреждения по проведению внутренних аудитов системы менеджмента социальной ответственности»;
- l) «Отчет по СМК и СМ СО по документу IAF Учреждения для Министерства».

4.2.4. Документы, необходимые Учреждению для обеспечения эффективного планирования, осуществления видов деятельности/процессов и управления ими, регламентирующие деятельность структурных подразделений Учреждения, включают:

а) Документы внутреннего происхождения:

- 1) должностные инструкции (ДИ);
- 2) положения о структурных подразделениях (ПСП);
- 3) организационно-распорядительная документация (приказы, распоряжения);
- 4) документация по охране труда и технике безопасности;

б) Документы внешнего происхождения, формирующие требования к основным процессам, использование которых оказывает существенное влияние на качество услуг:

- 1) Постановления Правительства РФ;
- 2) Постановления Правительства Свердловской области;
- 3) Приказы, письма, рекомендации Министерства социальной политики Свердловской области;
- 4) Приказы, письма, рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития РФ;
- 5) Приказы, письма, распоряжения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, ГосПожНадзора, РосПотребНадзора, РосТехНадзора, ГУВД, Прокуратура, ФСБ, МЧС, Уполномоченный по правам человека и ребенка, Минфин;
- 6) Нормативная документация (ГОСТ, ГОСТ Р).

4.2.5. Иерархия и структура документированной информации СМК и СМ СО Учреждения представлена на **рисунке 1**.

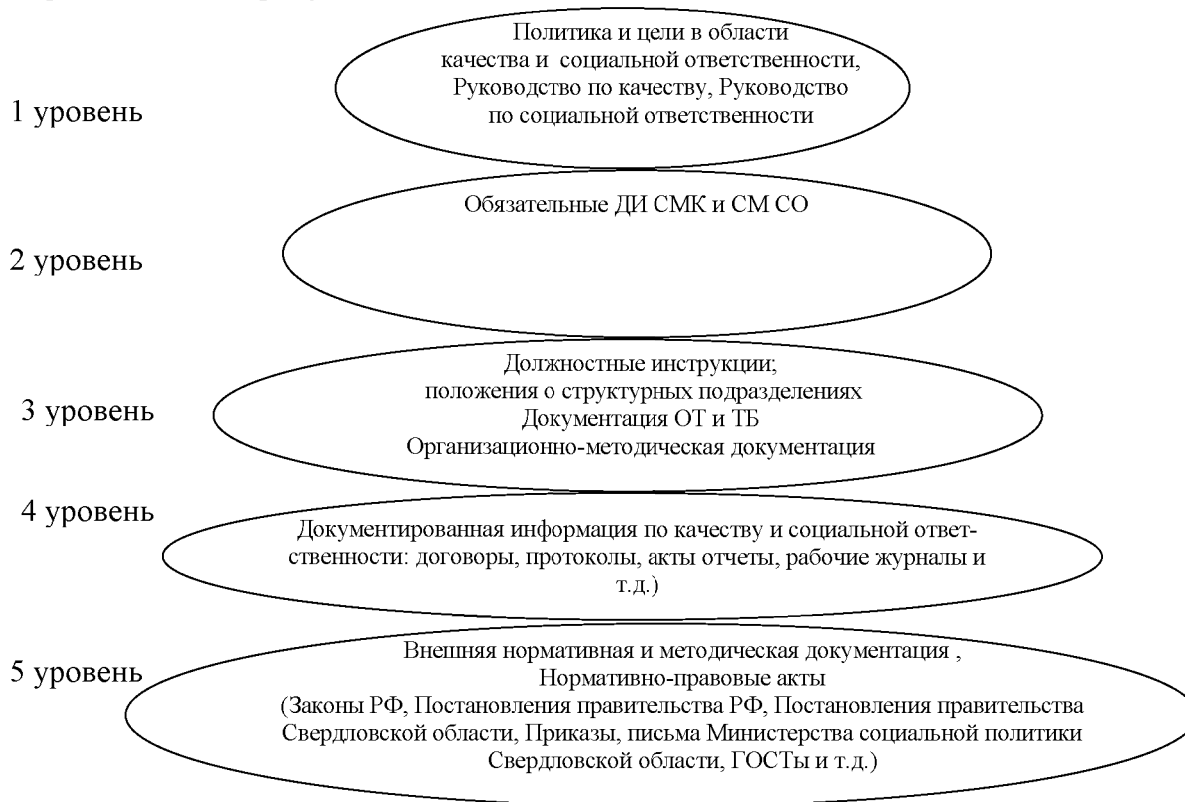


Рисунок 1 – Иерархия и структура документированной информации СМК и СМ СО Учреждения

4.3. Классификация документированной информации Учреждения по СМК и СМ СО

Документированная информация Учреждения по качеству и социальной ответственности определена как необходимая для обеспечения результативного планирования, выполнения и контроля процессов.

Перечень документированной информации Учреждения:

- приведенный в тексте стандарта ISO 9001 представлен в **Приложении 10**;
- приведенный в тексте стандарта IQNet SR 10 представлен в **Приложении 11**.

4.3.1. Классификация документированной информации в Учреждении

Документированная информация Учреждения подразделяется:

- а) по типу хранения – на хранимые на бумажных и электронных носителях;
- б) по происхождению: на внешние (поступившие от любых других организаций) и внутренние (ведущиеся в Учреждении);
- с) по виду (содержанию): планы, отчеты, договоры, протоколы, акты, журналы и т.д.
- д) по применению (унифицированные, общие для всего Учреждения, подразделений).

4.3.1.1. Документированная информация на бумажных носителях.

Внешняя документированная информация

Документированная информация внешнего происхождения (например, акты пожарной инспекции и т.д.) необходимо хранить в отдельных накопителях. Поступающие данные внешнего происхождения регистрируются секретарем Учреждения в журнале регистрации входящей информации, и хранятся в отдельных накопителях у директора. На длительный срок хранения записи передаются в архив.

Внутренняя документированная информация

Это записи внутреннего происхождения (например, рабочие журналы, графики, журналы и т.д.)

4.3.1.2. Документированная информация на электронных и других носителях (в данное время не используется).

Документированная информация может вестись в электронном виде на персональном компьютере. Документированная информация, которая ведется в электронном виде, защищается от несанкционированных изменений посредством ограничения доступа лиц к компьютеру.

Документированная информация на флеш-накопителях, оптических носителях (CD, DVD), магнитных носителях (аудио и видео кассеты), в виде фотоматериалов и т.п. должны храниться в специально отведенных местах в подразделении (отдельная полка, шкаф, тумба, коробка и т.п.). Все носители должны быть идентифицированы, либо идентифицированы носители, в которых они хранятся (например, фотоальбомы).

4.3.2. По применению формы для ведения документированной информации могут быть:

- а) унифицированными (устанавливаются вышестоящими организациями);
- б) общие по Учреждению (разрабатываются, согласовываются руководителями процессов/подразделений (утверждаются директором) для ведения записей в Учреждении);
- в) для отдельных подразделений (специально разработаны для регистрации и хранения данных о качестве и социальной ответственности определенного содержания для конкретного подразделения).

4.4. Управление документированной информацией

4.4.1. Порядок управления документированной информацией

4.4.1.1. Руководитель подразделения/вида деятельности (процесса) на основании описания и анализа вида деятельности/процесса определяет, какие данные о качестве и социальной ответственности подлежат регистрации и хранению, т.е. документальному отражению в виде записей.

4.4.1.2. Если эта документированная информация не является данными внешнего происхождения, тогда руководитель подразделения/вида деятельности (процесса) выясняет, имеется ли в Учреждении форма для ведения аналогичной документированной информации; если такой формы нет, то принимает решение о разработке новой формы.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.14 из 52

4.4.1.3. Идентификация документированной информации осуществляется присвоением новой формы руководителем подразделения.

4.4.1.4. После утверждения и регистрации новой документированной информации в СМК и СМ СО руководитель подразделения вносит данную форму в перечень документированной информации своего подразделения.

4.4.1.5. В каждом подразделении ведется перечень документированной информации. Перечень документированной информации актуализируется раз в год, либо по мере необходимости.

4.4.1.6. Руководитель подразделения несет ответственность за введение формы в действие, за порядок обращения, хранения, уничтожения.

4.4.1.7. Руководителем подразделения определяются:

- а) полномочный представитель, отвечающий за сбор и представление информации в целом по подразделению,
- б) исполнители, непосредственно выполняющие регистрацию данных о качестве и социальной ответственности.

4.4.1.8. Документированная информация по качеству и социальной ответственности фиксируется в строгом соответствии с установленной формой носителя информации.

4.4.1.9. Предложения сотрудников по изменению установленных форм, по разработке новых форм должны направляться руководителю подразделения.

4.4.1.10. Внесение изменений в формы носителей информации по качеству и социальной ответственности допускается только по согласованию с разработчиком.

4.4.1.11. Только после выполнения всех описанных выше предварительных действий разрешается начать ведение документированной информации.

4.4.1.12. Ответственный за ведение документированной информацией должен поддерживать их в рабочем состоянии – следить за тем, чтобы все необходимые данные вносились регулярно, своевременно, в полном объеме; четко, разборчиво; не допускаются карандашные записи.

4.4.1.13. Ответственный за ведение документированной информации должен следить за сохранностью документов, на каких бы видах носителей они не велись.

4.4.1.14. Документированная информация по качеству и социальной ответственности должна содержаться в местах, обеспечивающих сохранность и быстрый поиск.

4.4.1.15. В каждом подразделении для хранения документированной информации по качеству и социальной ответственности отводятся специальные места и обеспечиваются надлежащие условия, исключающие порчу документов.

4.4.1.16. Документированная информация по СМК и СМ СО хранятся в течение 5-и лет, если более длительные сроки не определены законодательно или не оговорены в договоре/контракте, после чего подлежат уничтожению.

4.4.1.17. Доступ к документированной информации должен иметь только персонал, специально уполномоченный для этого руководством соответствующего подразделения.

4.4.1.18. При необходимости документированная информация по качеству и социальной ответственности или их копии предоставляются потребителю по письменному запросу.

4.4.1.19. Соблюдение процедур сбора, обработки и хранения документированной информации по качеству и социальной ответственности регулярно контролируется в процессе проведения внутренних аудитов согласно «Руководство по проведению внутренних аудитов по СМК» и «Руководство Учреждения по проведению внутренних аудитов системы менеджмента социальной ответственности».

4.4.1.20. Результаты контроля анализируются и на этой основе делаются выводы о результативности процедуры управления документированной информацией по качеству и социальной ответственности.

4.4.1.21. По результатам контроля подразделение, в котором выявлено несоответствии по управлению документированной информацией по качеству и социальной ответственности, разрабатывает корректирующие и предупреждающие действия.

4.4.1.22. Если срок документированной информации временного хранения истек, то они подлежат уничтожению в установленном порядке. Решение об уничтожении документированной информации принимается экспертной комиссией Учреждения.

4.4.1.23. В исключительных случаях дела временного хранения (до 10 лет включительно) по решению руководства Учреждения могут быть переданы в архив. Их передача в архив осуществляется по описи и по акту приёма-передачи документов.

4.4.2. Управление документированной информацией внутреннего происхождения

4.4.2.1. Управление документами внутреннего происхождения включает в себя следующие этапы:

- а) разработка документа;
- б) согласование документа;
- с) утверждение документа;
- д) регистрация и введение в действие документа;
- е) тиражирование и рассылка (отправка) документа;
- ф) хранение контрольного экземпляра документа;
- г) ознакомление персонала с документом и его использование;
- h) проверка документа на актуальность;
- і) оперативное хранение;
- ј) передача документа в архив;
- к) экспертиза ценности документа и уничтожение.

4.4.2.2. Разработка внутреннего документа осуществляется на основании необходимости создания документа.

4.4.2.3. Решение о виде документированной информации принимается с учетом требований ISO 9001:2015, IQNet SR 10:2015 взаимодействия и количества участников вида деятельности/процесса, характера требований документа.

4.4.2.4. Ответственный специалист ежегодно составляет «План развития СМК и СМСО» (**Приложение 3**). План формируется с учетом результатов Анализа со стороны руководства по итогам года, согласуется с ответственным руководителем и утверждается директором Учреждения.

4.4.2.5. Каждый разрабатываемый документ проходит процедуру идентификации, осуществляемую лицами, ответственными за управление соответствующими видами документов (ответственным руководителем, юрисконсультантом, главным бухгалтером, специалистом отдела кадров и т.д.).

4.4.2.6. Идентификация предполагает индексирование и нумерацию. Перечень индексов приведен в **Приложении 4**. Порядок дополнительной нумерации изложен в соответствующих разделах настоящей процедуры.

4.4.2.7. До передачи документа на подпись исполнитель должен проверить его содержание, правильность оформления, наличие необходимых виз и приложений. Документ представляется на подпись вместе с материалами, на основании которых он готовился.

4.4.2.8. Согласование и утверждение документа

Разработанный документ передается исполнителем на проверку (ответственному руководителю, юрисконсульту, главному бухгалтеру или специалисту отдела кадров и т.д.). При наличии замечаний или предложений разработчик корректирует документ. Доработанный документ передается на согласование (заместителю директора, юрисконсульту, главному бухгалтеру) и далее на утверждение. Утверждение документов осуществляет директор Учреждения.

4.4.2.9. Регистрация и введение в действие документа

Для приказов, распоряжений, писем присваивается регистрационный номер. Приказы и распоряжения регистрируются в журналах регистрации приказов специалистом отдела кадров Учреждения.

Документ вводится в действие с момента его регистрации.

После регистрации документ передается заинтересованным должностным лицам и исполнителям под подпись.

4.4.2.10. Хранение контрольного экземпляра документа

Оригиналы утвержденных документов (контрольный экземпляр) СМК и СМ СО хранятся у ответственного руководителя и специалиста отдела кадров в условиях, обеспечивающих сохранение его четкости и возможности идентификации (в соответствии с Номенклатурой дел).

4.4.2.11. Тиражирование, передача, ознакомление, рассылка документа СМК и СМ СО
а) тиражирование:

1) оригиналы утвержденных документов СМК и СМ СО тиражируются в необходимом количестве на бумажном носителе;

2) копии утвержденных документов СМК и СМ СО передаются ответственным лицам в структурные подразделения на бумажном носителе (либо размещаются на общем сервере Учреждения);

3) учет копий осуществляется ответственным специалистом, назначенным приказом директора в Листе рассылки и ознакомления (**Приложение 5**);

4) тиражирование документов, как правило, производится в структурных подразделениях на множительных аппаратах для оперативного копирования.

б) ознакомление:

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.17 из 52

1) ознакомление сотрудников с документами проводится путем передачи исполнителем копии документа ответственному лицу структурного подразделения с внесением соответствующей отметки в Лист рассылки и ознакомления;

2) руководители структурных подразделений Учреждения обеспечивают оперативное рассмотрение документов, передачу их исполнителю, контроль за качественным исполнением документов;

3) исполнитель получает документы в день их регистрации или на следующий день в соответствии с резолюцией руководителя;

4) срочные документы передаются немедленно.

4.4.2.12. Проверка документа на актуальность

Проверка документов на актуальность необходима для поддержания их работоспособности.

Анализ актуальности применения документов происходит:

- a) по указанию руководства;
- b) во время проведения внутренних аудитов.

Виды анализа документов:

- a) периодический (сроки анализа устанавливаются индивидуально для каждого структурного подразделения и зависят от степени устаревания информации);
- b) оперативный (анализ актуальности документов проводится по мере необходимости и предназначен для актуализации наиболее важных документов, содержание которых утрачивает ценность при появлении новых данных).

По результатам проверки вносятся изменения в документ под контролем должностного лица подразделения.

4.4.2.13. Внесение изменений в документ

Изменения в документ вносятся разработчиком с обязательной идентификацией изменений (выделение цветом или шрифтом). После внесения изменений и актуализации документа необходимо тиражировать изменения во все учтенные копии документа. Изменения фиксируются в Листе регистрации изменений (**Приложение 8**).

4.4.2.14. Хранение, изъятие и аннулирование документов

Изъятие учтенных документов производится на основании приказа об аннулировании документа и информирования должностного лица соответствующего подразделения.

4.4.2.15. Оперативное хранение

Все документы систематизируются в делах (частях, томах), которые ведутся в структурных подразделениях Учреждения. Срок оперативного хранения документов определен Номенклатурой дел. По истечении срока документы передаются в архив на длительное хранение. Оригинал Номенклатуры дел хранится у архивариуса Учреждения.

4.4.2.16. Передача документа в архив

Для обеспечения сохранности документов в Учреждении создается архив. В архив Учреждения передаются документы постоянного и временного хранения, по истечении срока оперативного хранения документов.

4.4.2.17. Экспертиза ценности документа и уничтожение

По истечении срока длительного хранения документа проводится экспертиза его ценности Экспертной комиссией Учреждения и ставится резолюция об уничтожении.

4.4.3. Управление документированной информацией внешнего происхождения

4.4.3.1. Управление документами внешнего происхождения включает следующие этапы:

- a) получение, приобретение или запрос документов;
- b) первичная обработка и распределение документов;
- c) учет, регистрация поступившей документации;
- d) распределение и тиражирование;
- e) хранение контрольного экземпляра поступившей документации;
- f) ознакомление персонала с документами и их использование;
- g) экспертиза ценности документа и уничтожение.

4.4.3.2. Получение, приобретение или запрос документов

Документы внешнего происхождения поступают в Учреждение от вышестоящих или иных учреждений/организаций по различным каналам передачи документированной информации (почта, электронная почта, курьер и др.). Документы внешнего происхождения могут приобретаться по договору у иных организаций по мере необходимости или запрашиваться у потребителя услуг.

4.4.3.3. Первичная обработка и распределение документов

Первичная обработка документов внешнего происхождения включает:

- a) оценку целостности пакета документов;
- b) правильность адресованности, ошибочно доставленная корреспонденция пересылается отправителю.

4.4.3.4. Учет, регистрация поступившей документации

Учет документов внешнего происхождения осуществляется путем постановки на первом листе штампа с отметкой «Входящий № ____, от ____». Все документы, поступающие в Учреждение, в обязательном порядке регистрируются путем внесения данных в традиционные (типографские, бумажные) или электронные журналы (пока не применяются) регистрации входящей информации.

4.4.3.5. Распределение и тиражирование

Перед регистрацией документ передается на предварительное рассмотрение директору Учреждения. По резолюции директора Учреждения, документ регистрируется и тиражируется. Тиражирование внешнего документа осуществляется ответственным лицом. Учет тиражированных копий внешнего документа и их распределение осуществляется путем регистрации и присвоения учетных номеров в соответствии с документооборотом секретарём Учреждения.

4.4.3.6. Хранение контрольного экземпляра поступившей документации

Контрольный экземпляр документа хранится в соответствующем подразделении.

4.4.3.7. Ознакомление персонала с документами и их использование

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

4.4.3.8. Проверка на актуальность

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

Актуализация нормативно-правовых документов осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями для учреждения «Идентификация и оценка законодательных и прочих требований в части системы менеджмента социальной ответственности».

4.4.3.9. Хранение, изъятие и аннулирование документов внешнего происхождения

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

4.4.3.10. Оперативное хранение

Аналогично документам внутреннего происхождения.

4.4.3.11. Передача документа в архив

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

4.4.3.12. Экспертиза ценности документа и уничтожение

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

4.5. Электронный документооборот

Электронный документооборот в Учреждении ведется с использованием:

- a) ПК СОН. КРОН «Технологии социального обслуживания граждан в государственных учреждениях»;
- b) ИС «Социальное обслуживание населения»;
- c) защищенного канала связи VipNet;
- d) электронной почты;
- e) файлового обменника.

В информационную систему «Социальное обслуживание населения» размещены копии документов СМК и СМ СО в электронном виде, для Министерства социальной политики Свердловской области они являются приоритетными при ознакомлении и контроле за их исполнением. «ПК СОН. КРОН «Технологии социального обслуживания граждан в государственных учреждениях»» также предназначен для реализации структурными подразделениями следующих групповых функции:

- a) составление индивидуальных программ предоставления социальных услуг;
- b) заключение договоров на предоставление социальных услуг;
- c) закрытие выполненных мероприятий (оказание услуг);
- d) формирование актов выполненных работ.

Учреждение через электронную почту, через защищенный канал связи VipNet осуществляет получение и отправку документированной информации (входящей, исходящей) от других организации, учреждений, структурных подразделений, получателей социальных услуг и иных заинтересованных лиц.

Файловый обменник (сервер), является внутренней базовой Учреждения, для хранения документированной информации в электронном виде и использования в работе сотрудниками Учреждения.

4.6. Требования к изложению и оформлению документов

4.6.1. Обязательные составные части документов

Структурными элементами документов СМК и СМ СО могут являться:

- a) титульный лист (оформляется в соответствии с **Приложением 6**);
- b) содержание;
- c) область применения и назначение;
- d) нормативные ссылки;
- e) термины и определения;
- f) обозначения и сокращения;
- g) общие положения (основная часть);
- h) приложения;
- i) лист согласования (оформляется в соответствии с **Приложением 7**);
- j) лист регистрации изменений (оформляется в соответствии с **Приложением 8**);
- k) лист рассылки и ознакомления (оформляется в соответствии с **Приложением 5**).

4.6.2. Оформление документов

4.6.2.1. Документы должны быть выполнены с использованием компьютера и принтера на одной стороне листа белой бумаги формата А4 (допускается двухсторонняя печать).

Цвет шрифта должен быть черным, высота букв, цифр и других знаков 12 шрифтом Liberation Serif (в сделанных ранее документах допускается TimesNewRoman).

Межстрочный интервал 1,15.

4.6.2.2. Текст документа следует делить на разделы, подразделы и пункты. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. При делении текста на пункты и подпункты необходимо, чтобы каждый пункт содержал законченную информацию.

Разделы, подразделы, пункты и подпункты следует нумеровать арабскими цифрами.

Разделы должны иметь порядковую нумерацию в пределах всего текста, за исключением приложений.

Номер подраздела или пункта включает номер раздела и порядковый номер подраздела или пункта, разделенные точкой.

Номер подпункта включает номер раздела, подраздела, пункта и порядковый номер подпункта, разделенные точкой.

Если раздел имеет только один пункт или пункт имеет только один подпункт, то нумеровать его не следует.

4.6.2.3. Разделы, подразделы должны иметь заголовки. Пункты, как правило, заголовков не имеют. Заголовки должны четко и кратко отражать содержание разделов, подразделов.

Выше и ниже каждого заголовка должен быть добавлен интервальный отступ.

4.6.2.4. Внутри пунктов или подпунктов могут быть приведены перечисления.

Перед каждым перечислением следует ставить дефис или, при необходимости ссылки в тексте документа на одно из перечислений, строчную букву (за исключением ё, з, о, г, ь, й, ы, ъ), после которой ставится скобка, либо точка.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.21 из 52

Для дальнейшей детализации перечислений необходимо использовать арабские цифры, после которых ставится скобка, либо точка, а запись производится с абзацного отступа.

4.6.2.5. Каждый лист документа должен иметь поля не менее: 30 мм – левое; 10 мм – правое; 20 мм – верхнее; 20 мм – нижнее.

4.6.2.6. Страницы документа следует нумеровать арабскими цифрами, соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту, включая приложения. Номер проставляют в верхнем колонтитуле каждой страницы.

В документах, структура которых не предусматривает наличие колонтитула, номера страниц проставляются посередине нижнего поля страницы.

В личных делах клиентов Учреждения (несовершеннолетних подопечных) страницы нумеруются в верхнем углу карандашом.

Титульный лист не нумеруют, но включают в общую нумерацию страниц документа.

4.6.2.7. На титульном и остальных листах документа располагают два колонтитула (верхний и нижний) и определенные реквизиты.

Верхний колонтитул содержит информацию, представленную на **рисунке 2**.

<i>Название учреждения</i> Система менеджмента качества/Система менеджмента социальной ответственности <i>(Название документа)</i>
XXX-XX- -XXX-XXXX (1) (2) (3) (4)
Экземпляр № __ стр....из....

Рисунок 2 - Информация, содержащаяся в верхнем колонтитуле

Обозначения:

- (1) Обозначение системы менеджмента (СМК – система менеджмента качества, СМ СО – система менеджмента социальной ответственности, СМК и СО – системы менеджмента качества и социальной ответственности)
- (2) Обозначение вида документа (Р – руководство по СМК, ДИ – документированная информация СМК или СМСО, и т.д.);
- (3) Регистрационный номер документа, присваиваемый разработчиком;
- (4) Год утверждения документа.

4.6.2.8. Таблицы применяют для большей наглядности и удобства сравнения показателей. Название таблицы включает содержание, и должно быть точным, кратким. Название таблицы следует помещать над таблицей слева, без абзацного отступа в одну строку с ее номером через тире.

При переносе части таблицы на следующую страницу название помещают только над первой частью таблицы.

При переносе таблицы на следующую страницу следует делать нумерацию граф.

Таблицу следует располагать в документе непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице таким образом, чтобы ее можно было читать без поворота документа или с поворотом по часовой стрелке.

На все таблицы должны быть ссылки в тексте.

Таблицы, за исключением таблиц приложений, следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией.

4.6.2.9. Иллюстрации (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице. На все иллюстрации должны быть даны ссылки в тексте.

Иллюстрации, за исключением иллюстрации приложения, следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.23 из 52

5. Ответственность

5.1. Ответственность за управление документированной информацией возложена на ответственного руководителя за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО (ответственного руководителя).

5.2. Ответственность за соблюдение порядка сбора, учета, идентификации и хранения записей по качеству и социальной ответственности несут руководители подразделений, в которых эти записи производятся.

5.3. Ответственность за управление различными видами документов по уровням и направлениям деятельности приведена в **таблице 3**.

Таблица 3 – Управление документацией различных видов

Вид документа	Ответственный
Политика и Цели в области качества / социальной ответственности	Директор
Руководство по СМК/ СМ СО;	Ответственный руководитель
Положения о структурных подразделениях (ПСП)	Директор
Должностные инструкции (ДИ)	Специалист отдела кадров
Инструкции по охране труда (ОТ) и технике безопасности (ТБ)	Заместитель директора (ответственный за АХЧ)
Внешняя нормативно-правовая документация	Директор
Внешняя нормативная и справочная документация по системе менеджмента качества и социальной ответственности	Ответственный руководитель (заместитель директора)
Организационно-распорядительная документация (приказы, распоряжения)	Секретарь
Распоряжения и приказы по личному составу	Специалист отдела кадров

5.4. Ответственные лица, назначенные в структурных подразделениях, организуют процесс исполнения и осуществляют контроль выполнения требований документированной процедуры в структурных подразделениях:

- а) актуализацию и внесение изменений в разработанные документы;
- б) возвращение неактуальной документированной информации СМК и СМ СО;
- с) информирование и соответствующее обучение в пределах своей области деятельности всего персонала, к которому относятся изменения документов СМК и СМ СО.

Сотрудники подразделений Учреждения, входящих в область распространения СМК и СМ СО, несут ответственность за:

- а) применение исключительно актуализированной документации СМК и СМ СО;

b) применение только оригиналов или учтенных копий документов СМК и СМ СО и не копирование их, так как эти копии не будут актуализироваться.

5.5. Ответственные лица, назначенные в структурных подразделениях, предоставляют ответственному специалисту рекомендации, для актуализации документов на соответствие стандартам ISO 9001:2015 и IQNetSR 10:2015.

Ответственный специалист обобщает рекомендации и выносит на рассмотрение ответственному руководителю, заместителям директора и руководителям структурных подразделений проект мероприятий внесении изменения в Руководство по СМК и Руководство по СМ СО.

Согласованные рекомендации утверждаются директором Учреждения и ответственный руководитель вносит изменения в «Руководство по качеству в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2015» и «Руководство по социальной ответственности в соответствии с требованиями международного стандарта IQNetSR 10:2015».

Ответственный руководитель после внесения изменения в вышеназванные документы, осуществляет рассылку актуальных документов СМК и СМ СО и изъятие не актуальных документов СМК и СМСО.

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»

стр.25 из 52

6. Характеристика «Управление документированной информацией»

6.1. Детальное описание управления документированной информации СМК и СМ СО отражено в схеме, представленной в **Приложении 9**.

6.2. Для полного описания управления документированной информацией СМК и СМ СО необходимо учитывать характеристики, которые приведены в **таблице 4**:

Таблица 4 – Характеристика «Управление документированной информацией»

Характеристика процедуры	Содержимое характеристики
Полное наименование	Управление документированной информацией
Владелец	Директор учреждения
Руководитель	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО
Цель	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение доступности актуальных версий документов, необходимых для работы подразделений Учреждения. 2. Предоставление свидетельств соответствия требованиям результативности функционирования СМК и СМ СО. 3. Обеспечение документированной информацией по качеству и социальной ответственности для реализации процессов СМК и СМ СО. 4. Решение о ведении которых принято их руководителями с учетом требований потребителей (все слои населения РФ), внутренних требований Учреждения, вида процесса, его сложности и компетентности персонала.
Нормативы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Международный стандарт ISO 9001:2015 2. Международный стандарт IQNetSR 10:2015 3. Внешняя документированная информация, регламентирующая нормативная документация.
Входы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Требования получателей социальных услуг. 2. Результаты анализа необходимости ведения документированной информации по качеству и социальной ответственности. 3. Регламентирующая документация. 4. Внешняя документация, потребность во внутреннем документе СМК и СМ СО; все процессы СМК и СМ СО.
Поставщики	<ol style="list-style-type: none"> 1. Получатели социальных услуг.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.26 из 52

	<ul style="list-style-type: none"> 2. Сотрудники Учреждения. 3. Все виды деятельности/процессы СМК и СМ СО. 4. Заинтересованные стороны.
Потребители	<ul style="list-style-type: none"> 1. Высшее руководство. 2. Сотрудники Учреждения. 3. Все виды деятельности/процессы СМК и СМ СО. 4. Заинтересованные стороны.
Выходы	<ul style="list-style-type: none"> 1. Документированная информация СМК и СМ СО. 2. Актуализированный документ, документ с отметкой об аннулировании; акт об уничтожении документа или передаче дела в архив.
Ресурсы	<ul style="list-style-type: none"> 1. Персонал подразделений, участвующий в управлении документацией СМК и СМ СО. 2. Инфраструктура подразделений. 3. Регламентирующая нормативная документация.
Измеряемые параметры	<ul style="list-style-type: none"> 1. Наличие полного комплекта документов на местах в структурных подразделениях в соответствии с перечнем документов подразделения. 2. Количество случаев использования не актуализированных документов или отсутствия документов. 3. Регулярность и своевременность заполнения документированной информацией.
Показатели результативности	<ul style="list-style-type: none"> 1. Уменьшение количества случаев использования не актуализированных документов. 2. Уменьшение количества документов, отсутствующих на местах. 3. Увеличение числа актуализированных или вновь разработанных документов
Периодичность оценки	1 раз в год

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.27 из 52

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Перечень документов СМК и СМ СО

Документы системы менеджмента качества (СМК)

№п/п	Номер доку-мента	Название документа
1		Политика в области качества
2		Цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности
3	ДИ Р СМК-01	Руководство по качеству в соответствии с требованиями меж- дународного стандарта ISO 9001:2015
4	ДИ Р ВА СМК - 02	Руководство учреждения по проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества

Документы системы менеджмента социальной ответственности (СМ СО)

№п/п	Номер документа	Название документа
1		Политика в области социальной ответственности
2		Цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности
3	ДИ Р СМ СО-01	Руководство по социальной ответственности в соответствии с требованиями международного стандарта IQNetSR 10:2015
4		Кодекс этики и служебного поведения работников
5	ДИ Р ВА СМ СО - 02	Руководство учреждения по проведению внутренних ауди- тов системы менеджмента социальной ответственности

Методические рекомендации по СМК и СМ СО

1	Методические рекомендации для Учреждения по выполнению пункта 9.3 стан- дарта ISO 9001:2015 «Анализ СМК со стороны руководства»
2	Методические рекомендации для Учреждения по выполнению пункта 9.4 стан- дарта IQNet SR10:2015 «Анализ СМ СО со стороны руководства»
3	Методические рекомендации для Учреждения «Управление документированной информацией»
4	Методические рекомендации для Учреждения «Выполнение требований пункта 6.1 стандартов ISO 9001:2015 и IQNet SR10:2015 «Действия в отношении рисков и возможностей в СМК и СМ СО»»
5	Методические рекомендации для Учреждения «Работа с заинтересованными сто- ронами по СМК и СМ СО»
6	Методические рекомендации для Учреждения «Управление несоответствиями и корректирующими действиями в СМК и СО»
7	Методические рекомендации для Министерства и Учреждения «Внедрение,

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.28 из 52

	поддержание и постоянное улучшение СМК и СМ СО. Подготовка к сертификационному (ресертификационному) аудиту и прохождение сертификационного (ресертификационного) аудита СМК и СМ СО Учреждений по стандартам ISO 9001:2015 и IQNet SR 10:2015»
8	Методические рекомендации для Учреждения «Отчет по СМК и СМ СО по документу IAF Учреждения для Министерства»
9	Методические рекомендации для Учреждения «Работа с жалобами, претензиями и предложениями»
10	Методические рекомендации для Учреждения «Идентификация и оценка соблюдения законодательных и прочих требований в части социальной ответственности»

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»

стр.29 из 52

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Форма «Цели в области качества и социальной ответственности»

УТВЕРЖДАЮ

Директор государственного автономного учреждения
социального обслуживания населения Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»

_____ Лалетина С.Я.
« ____ » _____ 2023 г.

ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА И СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГАУСО СО «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям» на 20__ год						
№ п/п	Цели в области ка- чества/социальной ответственности	Задачи	Мероприятия	Целевой пока- затель	Ответственный за достижение це- ли/ срок выпол- нения	Отметка о выполне- нии
<u>Стратегическая цель Учреждения в области качества и/или социальной ответственности:</u>						
1.						

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»

стр.30 из 52

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Форма плана развития СМК и СМ СО ГАУСО СО «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»

УТВЕРЖДАЮ

Директор государственного автономного учреждения
социального обслуживания населения Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»

Лалетина С.Я.
« ____ » _____ 2023 г.

ПЛАН
развития СМК и СМ СО
на _____ год

№ п/п	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственный	Отметка о выполнении
1				
2				
3				
4				
...

Ответственный руководитель за поддержание в
рабочем состоянии СМК и СМ СО

(дата)

(подпись)

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.31 из 52

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Индексы документов

Наименование документа	Индекс
Система менеджмента качества	СМК
Система менеджмента социальной ответственности	СМ СО
Руководство	Р
Внутренние аудиты	ВА
Документированная информация	ДИ

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»

стр.32 из 52

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Форма структурного раздела «Лист рассылки и ознакомления»

Лист рассылки и ознакомления

[illegible]

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»

стр.33 из 52

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Форма титульного листа

УТВЕРЖДАЮ

Должность руководителя учреждения

Название учреждения

Ф.И.О.

« ____ » _____ 20 __ г.

*(указать ФИО и подпись руководителя
учреждения, указать дату утверждения,
поставить печать)*

(НАЗВАНИЕ ДОКУМЕНТА)

XXX-YY-ZZZZ

Дата введения: « ____ » _____ 20 __ г.

Город (указать)

20 __ г.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.34 из 52

ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Форма структурного раздела «Лист согласования»

Лист согласования

Заместитель директора	_____	_____	С.А.Болдышева
	Подпись	Дата	
Главный бухгалтер	_____	_____	Н.Г.Машковцева
	Подпись	Дата	
Юрисконсульт	_____	_____	А.В.Игнатьев
	Подпись	Дата	

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

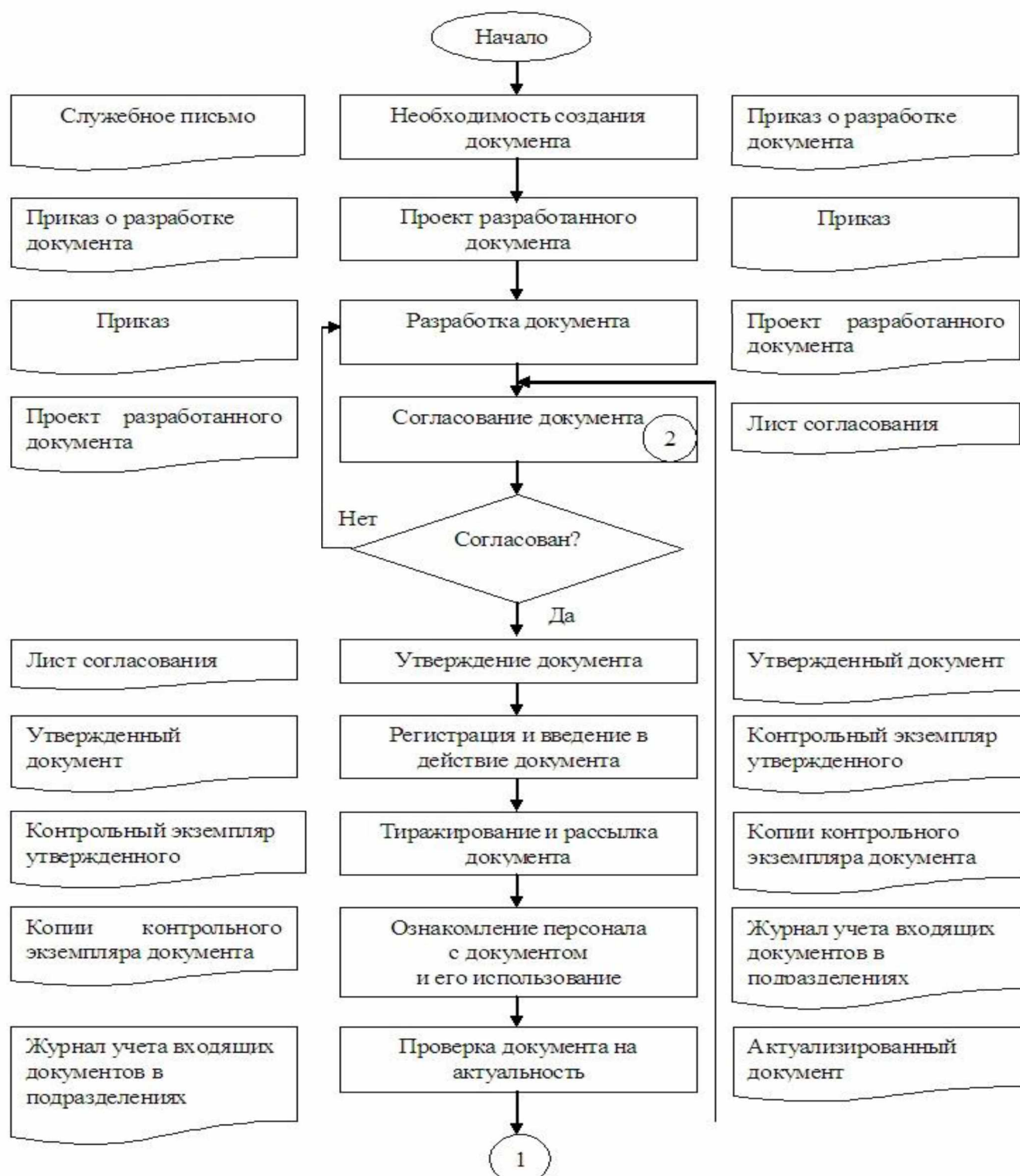
стр.35 из 52

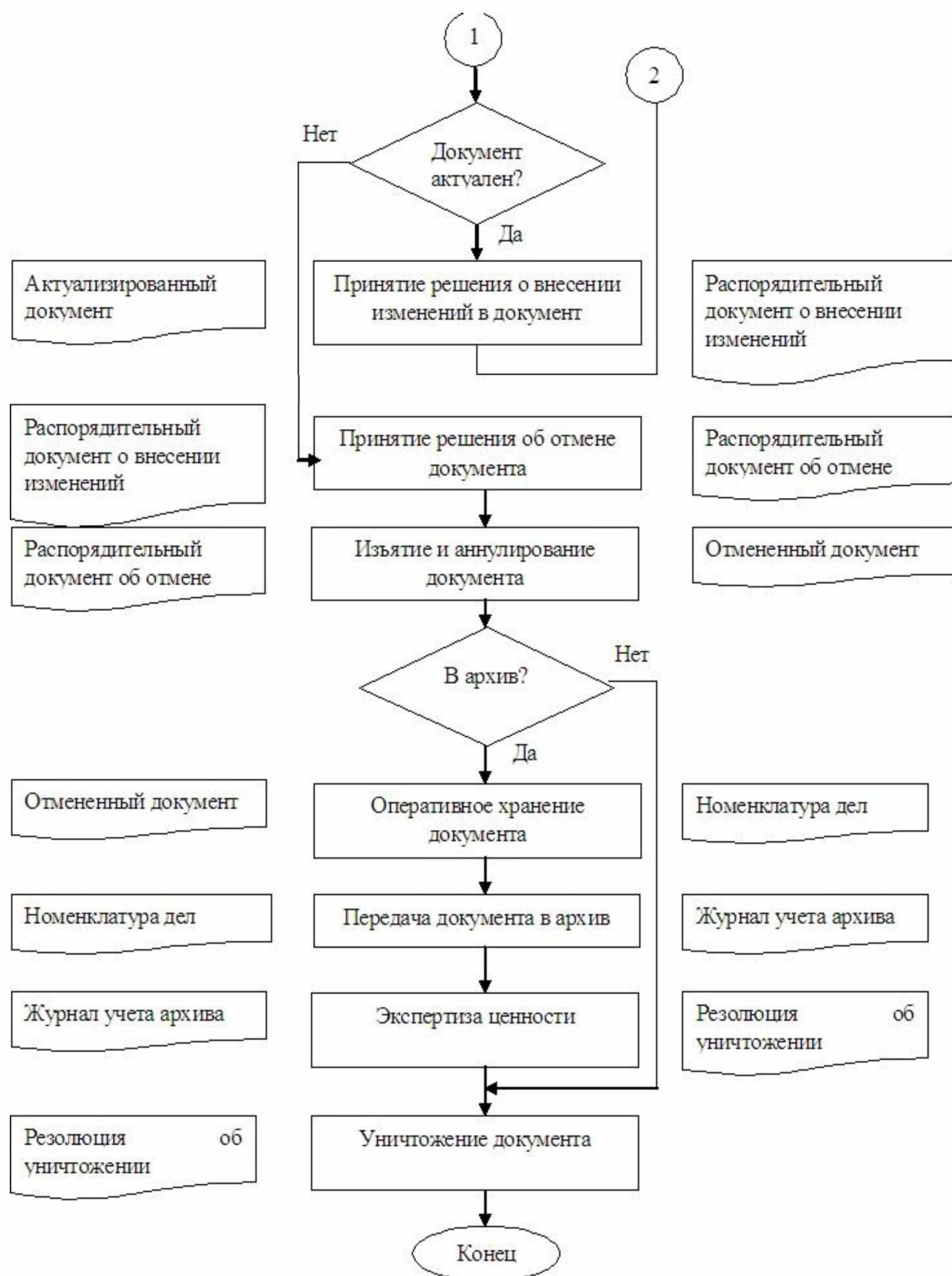
ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Форма структурного раздела «Лист регистрации изменений»

Лист регистрации изменений

№ из- ме- не- ния	Номера листов (страниц)			№ документа- основания	Подпись	Дата	Срок вве- дения из- менения
	замен- ных	новых	аннули- рованных				

ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Блок-схема «Управление документированной информацией СМК и СМ СО»





**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.38 из 52

ПРИЛОЖЕНИЕ 10. «Перечень документированной информации, приведенной в тексте стандарта ISO 9001:2015»

Документированная информация указана в следующих разделах стандарта:

№	Пункт	Наименование пункта	Требование	Примеры
1	4.3.	Определение области применения системы менеджмента качества.	Область применения системы менеджмента качества организации должна быть доступна, разрабатываться, актуализироваться и применяться как документированная информация	- Руководство по качеству в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2015; - сертификат соответствия требованиям ISO 9001:2015.
2	4.4.	Система менеджмента качества и ее процессы	Организация должна в необходимом объеме: а) разрабатывать, актуализировать и применять документированную информацию для обеспечения функционирования процессов; б) регистрировать и сохранять документированную информацию для обеспечения уверенности в том, что эти процессы осуществляются в соответствии с тем, как это было запланировано	- процессная модель областной СМК по стандарту ISO 9001:2015 Министерства социальной политики и подведомственных учреждений Свердловской области
3	5.2.2	Доведение политики в области качества	Политика в области качества должна: а) быть доступной и применяться как документированная информация;	- политика в области качества; - лист ознакомления с Политикой в области качества; - протоколы совещаний, связанных с Политикой в области качества
4	6.2.	Цели в области качества и планирование их достижения	Организация должна разрабатывать, актуализировать и применять документированную инфор-	- цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности; - отчеты о деятельности

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.39 из 52

			мацию о целях в области качества	Учреждения; - оперативные планы работы структурных подразделений
5	7.1.5 7.1.5.1	Ресурсы для мониторинга и измерения	Общие требования: Организация должна регистрировать и сохранять соответствующую документированную информацию как свидетельство пригодности ресурсов для мониторинга и измерения	- перечень средств измерений, подлежащих поверке; - график поверки приборов; - договор на метрологическое обеспечение; - свидетельства о поверке (акт поверки, пломба и другое); - эксплуатационные документы
6	7.1.5.2	Прослеживаемость и измерения	В тех случаях, когда прослеживаемость измерения является требованием или рассматривается организацией в качестве важного элемента для обеспечения уверенности в правомочности результатов измерения, измерительное оборудование должно быть: а) откалибровано и (или) поверено через установленные периоды или перед его применением по эталонам, передающим размеры единиц в сравнении с международными или национальными эталонами. При отсутствии таких эталонов база, используемая для калибровки или поверки, должна быть зарегистрирована и сохранена в качестве документированной информации	- Приказ о назначении ответственного лица за поверку приборов; - эксплуатационные документы, подтверждающие исправность средств индикации.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.40 из 52

7	7.2.	Компетентность	Организация должна: регистрировать и сохранять соответствующую документированную информацию как свидетельство компетентности	<ul style="list-style-type: none"> - должностные инструкции, - профессиональные стандарты; - отчеты по аттестации; - диплом об образовании (профессиональной переподготовке), сертификаты о повышении квалификации; - план-график повышения квалификации сотрудников; - план-график аттестации сотрудников, проверки знаний
8	7.5. 7.5.1.	Документированная информация	<p>Общие положения:</p> <p>Система менеджмента качества организации должна включать:</p> <p>с) документированную информацию, требуемую настоящим стандартом;</p> <p>б) документированную информацию, определенную организацией как необходимую для обеспечения результативности системы менеджмента качества.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - методические рекомендации для учреждения «Управление документированной информацией»
9	8.1.	Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла услуг	<p>Организация должна планировать, внедрять процессы (4.4), необходимые для выполнения требований к предоставлению услуг и для выполнения действий, определенных в разделе 6, и осуществлять управление этими процессами посредством:</p> <p>е) определения, разработки, актуализации и</p>	<ul style="list-style-type: none"> - приказ об утверждении государственного задания; - государственное задание на текущий год; - план работы учреждения на текущий год; - план работы отделения; - план финансово-хозяйственной деятельности; - методические рекомендации для Учреждения «Управление документиро-

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.41 из 52

			применения, а также регистрации и сохранения документированной информации в объеме, необходимом для: 1) обеспечения уверенности в том, что процессы выполнялись так, как это было запланировано; 2) для демонстрации соответствия услуг требованиям	ванной информацией»; - приказы о назначении ответственных лиц в Учреждении
10	8.2.3.2.	Анализ требований к услугам	Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию, насколько это применимо, в отношении: а) результатов анализа; б) любых новых требований к услугам	- договор на оказание социальных услуг; - индивидуальная программа предоставления социальных услуг; - приказ о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании; - акт обследования условий проживания гражданина
11	8.3.2.	Планирование проектирования и разработки	При определении этапов и средств управления проектированием и разработкой организация должна рассматривать документированную информацию, необходимую для демонстрации выполнения требований к проектированию и разработке	- стандарты предоставления социальных услуг; - регламентирующие документы Министерства социальной политики Свердловской области (постановления, приказы, распоряжения и др.).
12	8.3.3.	Входные данные для проектирования и разработки	Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию по входным данным проектирования и разработки.	- индивидуальные программы предоставления социальных услуг; - договор на оказание социальных услуг; - заявление получателя социальных услуг;

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.42 из 52

				- Книга жалоб и предложений
13	8.3.4.	Средства управления проектированием и разработкой	Организация должна применять средства управления процессом проектирования и разработки для обеспечения уверенности в том, что: предприняты необходимые действия по выявленным проблемам в ходе анализа или верификации и валидации;	- индивидуальные программы предоставления социальных услуг
14	8.3.5.	Выходные данные проектирования и разработки	Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию по выходным данным проектирования и разработки	- индивидуальные программы предоставления социальных услуг
15	8.3.6.	Изменения проектирования и разработки	Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию по: а) изменениям проектирования и разработки; б) результатам анализов; в) санкционированию изменений; г) действиям, предпринятым для предотвращения неблагоприятного влияния	- индивидуальные программы предоставления социальных услуг
16	8.4. 8.4.1.	Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками	Общие положения: Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию об этих действиях и о любых необ-	- Положение о закупках товаров, работ и услуг для нужд Учреждения; - план закупок товаров и услуг; - протоколы совещаний ко-

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.43 из 52

			ходимых действиях, вытекающих из оценок.	<p>миссии по закупкам;</p> <ul style="list-style-type: none"> - договора, спецификации, свидетельства оценки поставщиков; - отчеты по закупочной деятельности; - критерии оценки поставщиков; - результаты выбора поставщиков; - результаты мониторинга и контроля работ поставщиков
17	8.5. 8.5.1.	Предоставление социальных услуг. Управление производством предоставлением услуг	<p>Управляемые условия должны включать в себя, насколько это применимо:</p> <p>а) доступность документированной информации, определяющей:</p> <p>1) характеристики предоставляемых услуг или осуществляемой деятельности;</p> <p>2) результаты, которые должны быть достигнуты</p>	<ul style="list-style-type: none"> - официальные сайты Учреждения и Министерства; - информационные стенды; - Стандарты социальных услуг; - личные дела клиентов Учреждения (несовершеннолетних подопечных); - паспорта доступности объектов и услуг; - отчеты по доступности; - Кодекс этики и служебного поведения работников и т.д.
18	8.5.2.	Идентификация и прослеживаемость	Организация должна управлять специальной идентификацией выходов, когда прослеживаемость является требованием, регистрировать и сохранять документированную информацию, необходимую для обеспечения прослеживаемости	<ul style="list-style-type: none"> - официальные сайты Учреждения и Министерства; - информационные стенды; - Стандарты социальных услуг; - личные дела клиентов Учреждения (несовершеннолетних подопечных)
19	8.5.3.	Собственность потребителей или внешних поставщиков.	В случае, когда собственность потребителя или внешнего поставщика утеряна, повреждена	<ul style="list-style-type: none"> - акт приёма личных вещей; - согласие на обработку персональных данных; собственность партнеров

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.44 из 52

			или признана непригодной для использования, организация должна уведомить об этом потребителя или внешнего поставщика, а также регистрировать и сохранять документированную информацию о произошедшем.	или спонсоров во временном пользовании
20	8.5.6.	Управление изменениями	Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию, описывающую результаты анализа изменений, сведения о должностных лицах, санкционировавших внесение изменения, и все необходимые действия, являющиеся результатом анализа	<ul style="list-style-type: none"> - приказы и распоряжения; - протоколы совещаний; Утвержденные стандарты с изменениями; - изменения штатного расписания; - изменения в организационной структуре и т.д.
21	8.6.	Выпуск услуг	Учреждение регистрирует и сохраняет документированную информацию об услугах	<ul style="list-style-type: none"> - анкеты удовлетворенности получателя социальных услуг; - акт предоставления социальных услуг; - Книга отзывов и предложений; - форма обратной связи на официальном сайте Учреждения
22	8.7.2.	Управление несоответствующими результатами процессов.	Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию, которая: <ul style="list-style-type: none"> а) описывает несоответствие; б) описывает предпринятые действия; в) описывает полу- 	<ul style="list-style-type: none"> - протокол комиссии, акты несоответствия по результатам внутреннего контроля; - планы корректирующих действий; - акты предписаний контрольно-надзорных органов; - акты служебного расследования;

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.45 из 52

			<p>ченные разрешения на отклонение;</p> <p>d) указывает полномочный орган и/или лицо, принимавшее решение о действии в отношении несоответствия</p>	<ul style="list-style-type: none"> - зарегистрированные жалобы, претензии и т.д. - методические рекомендации для Учреждения «Работа с жалобами, претензиями и предложениями»; - анализ СМК со стороны руководства; - оперативные планы структурных подразделений; - переписка с заинтересованными сторонами (письма, уведомления и т.д.).
23	9.1. 9.1.1.	Мониторинг, изменение, анализ и оценка	<p>Общие положения:</p> <p>Организация должна регистрировать и сохранять соответствующую документированную информацию как свидетельство полученных результатов</p>	<ul style="list-style-type: none"> - анкеты удовлетворенности получателей социальных услуг; - анализ со стороны руководства; - отчеты по аудиту; - акты несоответствий/наблюдений
24	9.2. 9.2.2.	Внутренний аудит	Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию как свидетельство реализации программы аудитов и полученных результатов аудитов	Все документы в соответствии с «Руководство учреждения по проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества»
25	9.3.3.	Выходные данные анализа со стороны руководства.	Организация должна регистрировать и сохранять документированную информацию как свидетельство результатов анализов со стороны руководства	Годовой отчет о деятельности Учреждения / отчет директора Учреждения / протокол о деятельности Учреждения или иной документ, содержащий анализ деятельности Учреждения за год
26.	10.2. 10.2.2	Несоответствия и корректирующие действия.	Организация должна регистрировать и сохранять документированную ин-	<ul style="list-style-type: none"> - акты несоответствия /наблюдения; - предписания контрольно-

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»

стр.46 из 52

			<p>формацию как свидетельство:</p> <p>а) характера выявленных несоответствий и последующих предпринятых действий;</p> <p>б) результатов всех корректирующих действий</p>	<p>надзорных органов;</p> <p>- план мероприятий для проведения корректирующих действий;</p> <p>- отчёты о деятельности Учреждения</p>
--	--	--	--	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 11. «Перечень документированной информации, приведенной в тексте стандарта IQNet SR 10:2015»

Документированная информация указана в следующих разделах стандарта:

№	Пункт	Наименование пункта	Требование	Примеры
1.	4.3.	Определение области применения системы менеджмента социальной ответственности.	Область применения должна быть доступна в виде документированной информации.	- Руководство по социальной ответственности в соответствии с требованиями международного стандарта IQNetSR 10:2015; - сертификат соответствия требованиям IQNet SR 10:2015
2.	5.2.	Политика	Политика должна: - быть доступной в виде документированной информации	- политика в области социальной ответственности; - лист ознакомления с Политикой в области социальной ответственности; - протоколы совещаний, связанных с Политикой в области социальной ответственности
3.	6.3.	Цели и планирование их достижения	Организация должна хранить документированную информацию в отношении целей системы менеджмента	- цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности; - отчеты о деятельности Учреждения; - оперативные планы работы структурных подразделений
4.	7.2.	Компетентность	При необходимости могут потребоваться действия, направленные на получение требуемой компетентности, и оценка результативности предпринятых действий, а также поддержание соответствующей документированной информации как свидетельства компетентности	- должностные инструкции, - профессиональные стандарты; - отчеты по аттестации; - дипломы об образовании (профессиональной переподготовке), сертификаты о повышении квалификации; - план-график повышения квалификации сотрудников; - план-график аттестации сотрудников, проверки знаний

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.48 из 52

5.	7.5. 7.5.1.	Документированная информация	Общие положения: Системы менеджмента социальной ответственности должны включать: а) документированную информацию, требуемую данным Международным Стандартом; включая, помимо прочего, политику и цели в области социальной ответственности, кодекс поведения, идентификацию заинтересованных сторон и идентификацию и оценку факторов; б) документированную информацию, определенную организацией как необходимую для обеспечения результативного функционирования системы менеджмента и с) документированную информацию, определенную организацией как необходимую для обеспечения результативного планирования, функционирования и управления процедурами в отношении вопросов устойчивости и значительной социальной ответственности	- методические рекомендации для Учреждения «Управление документированной информацией»
6.	7.5.3.	Управление документированной информацией	Документированная информация системы менеджмента должна управляться	- методические рекомендации для Учреждения «Управление документированной информацией»
7.	8.	Операционная дея-	Планирование и управле-	- методические рекомендации

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»**

стр.49 из 52

	8.1.	тельность и заинтересованные стороны	ние операциями. Ведения документированной информации, обеспечивающей уверенность в выполнении запланированных действий	для учреждения «Управление документированной информацией»;
8.	9. 9.1.	Оценка результатов деятельности	Мониторинг, измерение, анализ и оценка Организация должна поддерживать соответствующую документированную информацию в качестве свидетельства получения таких результатов	- анкеты удовлетворенности получателей социальных услуг; - анализ со стороны руководства; - отчеты по аудиту; - акты несоответствий /наблюдений
9.	9.3.	Внутренний аудит	Вести документированную информацию в качестве свидетельства внедрения программы аудитов и окончательных результатов	Все документы в соответствии с «Руководство учреждения по проведению внутренних аудитов системы менеджмента социальной ответственности»
10.	9.4.	Анализ со стороны руководства	Организация должна сохранять документированную информацию в качестве свидетельства результатов анализа со стороны руководства.	Годовой отчет о деятельности Учреждения / отчет директора Учреждения / протокол о деятельности Учреждения или иной документ, содержащий анализ деятельности Учреждения за год
11.	10. 10.1.	Улучшение Несоответствия и корректирующие действия	Организация должна вести соответствующую документированную информацию в качестве свидетельства - характера несоответствий и всех последующих предпринятых действий и результатов всех корректирующих действий.	- акты несоответствия /наблюдения; - предписания контрольно-надзорных органов; - планы мероприятий для проведения корректирующих действий; - предписания контрольно-надзорных органов; - отчёты о деятельности Учреждения

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Методические рекомендации для Учреждения
«Управление документированной информацией»

стр.50 из 52

Лист согласования

Заместитель дирек-
тора



Подпись

01.02.2023г.

Дата

С.А.Болдышева

Главный бухгалтер



Подпись

01.02.2023г.

Дата

Н.Г.Машковцева

Юрисконсульт



Подпись

01.02.2023г.

Дата

А.В.Игнатьев

Лист регистрации изменений

№ из- ме- не- ния	Номера листов (страниц)			№ документа- основания	Подпись	Дата	Срок вве- дения из- менения
	замен- ных	новых	аннули- рованных				

Лист рассылки и ознакомления

[illegible]