

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017

Экземпляр № 1 стр.1 из 55

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ГАУ «СРЦН  
«Золушка» Тавдинского района  
« 23 » января 2017 г.



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА**  
**«УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ СМК»**  
СМКДП-01-2017

Дата введения: « 23 » 01 2017 г.

г. Тавда  
2017 г.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.2 из 55

## Содержание

1 Область применения и назначение процедуры «Управление документацией СМК»	3
1.1 Область применения.....	3
1.2 Назначение процедуры.....	3
2 Нормативные ссылки.....	4
3 Термины, определения и сокращения.....	4
4 Общие положения .....	7
4.1 Структура документации СМК.....	7
4.2 Управление Политикой в области качества, Руководством по качеству.....	8
4.3 Управление документами.....	9
4.3.1 Управление документами внутреннего происхождения.....	9
4.3.2 Управление документами внешнего происхождения .....	12
4.4 Электронный документооборот.....	13
4.5 Требования к изложению и оформлению документов.....	14
4.5.1 Обязательные составные части документов.....	14
4.5.2 Оформление документов.....	14
5. Ответственность и полномочия.....	16
6. Характеристика процедуры «Управление документацией СМК».....	17
Приложение А – Перечень документов СМК.....	19
Приложение Б – Форма Плана развития СМК.....	20
Приложение В – Индексы документов.....	21
Приложение Г – Форма структурного раздела «Лист рассылки и ознакомления»....	22
Приложение Д – Форма титульного листа.....	23
Приложение Е – Форма структурного раздела «Лист регистрации изменений».....	24
Приложение Ж – Блок-схема процедуры управления документацией .....	25
Лист регистрации изменений.....	27
Лист регистрации ознакомления.....	28

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.3 из 55**

**1 Область применения и назначение процедуры «Управление документацией»**

**1.1 Область применения**

1.1.1. Настоящая документированная процедура входит в состав документов системы менеджмента качества «СМК» и обязательна для применения во всех подразделениях государственного автономного учреждения социального обслуживания населения Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних Тавдинского района» (далее Учреждение)

1.1.2. Настоящая документированная процедура распространяется на бумажный документооборот, а также на электронные документы и архивы

**1.2 Назначение процедуры**

Настоящая процедура определяет цели документирования, виды документации, основные требования к форме, содержанию и изложению документов, организацию, порядок проведения работ и ответственность за управление документацией.

- Данная процедура предусматривает:
- 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 управления их рассылкой;
- предотвращение непреднамеренного использования старых документов, оставленных для каких-либо целей;
- обеспечение согласованности, непрерывности и производительности деловой и управленческой деятельности.

Настоящая документированная процедура определяет последовательность действий по управлению документацией Учреждения, а также устанавливает единую систему делопроизводства (документооборота) во всех структурных подразделениях. Порядок подготовки, оформления, прохождения контроля над исполнением, учетом, хранением, печатанием, копированием и тиражированием служебных документов, изъятием уничтоженных документов.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.4 из 55**

Процедура входит в состав обязательных документов, обеспечивающих функционирование системы менеджмента качества в Учреждении и соответствует требованиям международного стандарта ISO 9001

## **2 Нормативные ссылки**

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

- Международный стандарт ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- РК 01-2017 «Руководство по качеству»;

## **3 Термины, определения и сокращения**

3.1 В настоящей документированной процедуре применяются следующие термины, с соответствующими определениями, которые представлены в таблице 1

**Таблица 1 – Термины и определения**

<b>№</b>	<b>Термин</b>	<b>Определение</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	Документ	Информация и соответствующий носитель
2	Документация системы менеджмента качества	Документация, определяющая общие намерения в области системы менеджмента качества, цели и методы обеспечения эффективного функционирования системы управления менеджмента качества, а также документация, регламентирующая принципы взаимодействия с заинтересованными сторонами
3	Документированная процедура	Документ, содержащий процедуру
4	Документы внешнего происхождения	Документы, поступающие в Учреждение извне.
5	Документы внутреннего происхождения	Документы разрабатываемые и применяемые в Учреждении
6	Запись	Документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства, осуществленной деятельности.
7	Идентификация	Использование установленных средств и методов, позволяющих проследить предысторию объекта в процессе производства, эксплуатации или потребления для

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.5 из 55**

<b>№</b>	<b>Термин</b>	<b>Определение</b>
		решения технических и правовых вопросов
8	Информационные карты взаимодействия с заинтересованными сторонами	Документы статического описания процесса и содержащие атрибуты его менеджмента: планирование, обеспечение, управление и улучшение процесса.
9	Организационная структура	Распределение ответственности, полномочий и взаимоотношений между сотрудниками Учреждения
10	Политика в области социальной ответственности	Общие намерения и направление деятельности учреждения в области социальной ответственности, официально сформулированные высшим руководством
11	Процедура	Установленный способ осуществления деятельности или процесса
12	Процесс	Совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы
13	Руководство по социальной ответственности	Документ, определяющий систему менеджмента социальной ответственности
14	Руководитель процесса	Должностное лицо, осуществляющее утверждение мер для обеспечения результативности процесса и изменений его характеристик
15	Управление документацией	записи, изложение фактов или другая информация, которые имеют отношение к критериям аудита и могут быть проверены
16	Цели в области социальной ответственности	Цели, которых добиваются или к которым стремятся в области социальной ответственности.

3.2 В настоящей документированной процедуре применяются следующие сокращения и их полные наименования, которые представлены в таблице 2

**Таблица 2 –Сокращения и их полные наименования**

<b>№</b>	<b>Сокращение</b>	<b>Полное наименование</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	ДП	документированная процедура
2	ДИ	Должностные инструкции
3	ПРКиСО	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМСО

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.6 из 55**

4	СМК	система менеджмента качества
5	СМ СО	система менеджмента социальной ответственности
6	ГосПожНадзор	Государственный пожарный надзор
7	РосПотребНадзор	Российский потребительский надзор
8	РосТехНадзор	Российский технический надзор
	ГУВД	Главное управление внутренних дел
	ФСБ	Федеральная служба безопасности
9	МЧС	Министерство по чрезвычайным ситуациям
	Минфин	Министерство финансов

#### **4. Общие положения**

##### **4.1. Структура документации СМК**

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

- документы **внутреннего происхождения** - документы, разрабатываемые непосредственно в Учреждении;

- 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.).

**Документация СМК**, управляемая в соответствии с требованиями настоящей процедуры, включает следующие документы:

- Политика в области социальной ответственности;

- Руководство по качеству;

документированные процедуры, требуемые ISO 9001 (обязательные);

- документы, необходимые Учреждению для обеспечения эффективного планирования, осуществления и управления качеством;

любые записи, подтверждающие реализацию ISO 9001.

Перечень документов по СМК Учреждения представлен в Приложении А.

**4.1.2 Документированные процедуры, требуемые международным стандартом ISO 9001:**

- процедура, описывающая управление документами;

- процедура, описывающая управление несоответствиями, корректирующими и/или предупреждающими действиями;

- процедура, описывающая проведение внутренних аудитов.

**4.1.3. Документы, необходимые учреждению** для обеспечения эффективного планирования, осуществления видов деятельности и управления ими, регламентирующие деятельность структурных подразделений Учреждения, включают:

а) Документы внутреннего происхождения:

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.7 из 55**

- должностные инструкции (ДИ);
  - положения о структурных подразделениях (ПСП);
  - организационно-распорядительная документация (приказы, распоряжения);
  - документация по охране труда и технике безопасности;
  - б) Документы внешнего происхождения, формирующие требования к основным видам деятельности, использование которых оказывает существенное влияние на качество услуг и взаимодействие с заинтересованными сторонами Учреждения:
    - Постановления Правительства РФ;
- Постановления Правительства Свердловской области;
- Приказы, письма, рекомендации Министерства социальной политики Свердловской области;
  - Приказы, письма, рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития РФ;
  - 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;
  - Нормативная документация (ГОСТ, ГОСТ Р).

**4.1.4. Иерархия и структура документации СМК учреждения представлена на рисунке 1.**

1 уровень

Политика в области менеджмента качества и социальной Руководство СМК и СМСО

2 уровень

Обязательные ДП СМ СО  
Информационные карты взаимодействия с заинтересованными сторонами

3 уровень

Должностные инструкции; положения о структурных подразделениях Документация ОТ и ТБ Организационно-методическая документация

4 уровень

Записи по СМК и СМСО: договоры, протоколы, акты отчеты, рабочие журналы и т.д.)

5 уровень

Внешняя нормативная и методическая документация, Нормативно-правовые акты (Законы РФ, Постановления правительства РФ, Постановления правительства Свердловской области, Приказы, письма Министерства социальной политики Свердловской области, ГОСТы и т.д.)

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.8 из 55**

Рисунок 1 - Иерархия и структура документации СМК и СМСО Учреждения.

**4.2 Управление Политикой в области качества, Руководством по качеству**

**4.2.1.** Политика в области качества управляется в соответствии с РК-01 «Руководство по качеству». При разработке политики в области качества учитывается следующее: а) соответствие политики характеру, масштабу и деятельности Учреждения;

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.9 из 55**

**СМК ДП - 01-2017      Экземпляр № 1 стр.9 из 28**

б) политика должна включать в себя обязательство по продвижению принципов качества и социальной ответственности:

1. Отчётность.
2. Прозрачность.
3. Этичное поведение.
4. Уважение интересов заинтересованных сторон.
5. Уважение верховенства закона.
6. Уважение международных норм поведения.
7. Уважение прав человека.

в) политика должна включать в себя обязательство соблюдать законодательные требования, требования, установленные в международном стандарте ISO 9001, и другие требования, относящиеся к качеству и социальной ответственности, к выполнению которых стремится Учреждение;

г) политика должна включать в себя обязательства по постоянному улучшению СМК;

д) политика должна обеспечивать основу для установления и анализа целей, целевых показателей и программ в области социальной ответственности;

е) политика должна быть документально оформлена, внедрена, поддерживается и пересматривается в целях постоянной актуализации;

ж) политика должна быть доведена до сведения всех лиц, работающих в интересах или от имени Учреждения;

з) политика должна быть доступна для общества.

**4.2.2** Руководство по социальной ответственности имеет структуру международного стандарта ISO 9001.

### **4.3. Управление документами**

#### **4.3.1. Управление документами внутреннего происхождения**

**4.3.1.1.** Управление документами внутреннего происхождения включает в себя следующие этапы:

- разработка документа;
- согласование документа;
- утверждение документа;
- регистрация и введение в действие документа;
- тиражирование и рассылка (отправка) документа;
- хранение контрольного экземпляра документа;
- ознакомление персонала с документом и его использование;
- проверка документа на актуальность;
- оперативное хранение;
- передача документа в архив;
- экспертиза ценности документа и уничтожение.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.10 из 55**

- Разработка внутреннего документа осуществляется на основании необходимости создания документа.
- Решение о виде документирования принимается с учетом требований международного стандарта ISO 9001, взаимодействия и количества участников взаимодействия с заинтересованной стороной, характера требований документа.
- Ответственный сотрудник отделения информации, анализа и консультирования граждан (далее ОИАиКГ): специалист по социальной работе ежегодно составляет план разработки документации СМ СО и включает его в общий «План развития СМ СО» (приложение Б). План формируется с учетом требований и пожеланий руководителей подразделений, результатов анализа необходимости документирования, согласуется с Ответственным руководителем и утверждается директором Учреждения. Предложения в план разработки документации СМК передаются руководителями структурных подразделений ответственному сотруднику ОИАиКГ: специалисту по социальной работе не позднее 15 декабря текущего года, они включаются в отчет по процедуре, предоставляемый ежегодно.
- Каждый разрабатываемый документ проходит процедуру идентификации, осуществляемую лицами, ответственными за управление соответствующими видами документов (заместителем директора, главным бухгалтером, юрисконсультантом, специалистом отдела кадров и т.д.).
- Идентификация предполагает индексирование и нумерацию документов СМК. Перечень индексов приведен в приложении В. Порядок дополнительной нумерации изложен в соответствующих разделах настоящей процедуры.
- 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.
- Согласование и утверждение документа

Разработанный документ передается исполнителем на согласование заместителю директора, юрисконсульту, главному бухгалтеру и т.д. (кроме исходящих документов, подготовленных по запросам субъектов системы профилактики) и далее на утверждение. Утверждение документов осуществляет директор Учреждения.

- Регистрация и введение в действие документа

Для приказов, распоряжений, писем присваивается регистрационный номер. Документы регистрируются секретарем Учреждения в определённых журналах.

Документ вводится в действие с момента его регистрации.

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

#### **4.3.1.10 Тиражирование и рассылка документов СМК**

В структурные подразделения рассылаются копии утвержденных документов СМК согласно Перечню рассылки и ознакомления (Приложение Г), определяемому Ответственным руководителем. Учет копий осуществляется ответственным руководителем в Листе рассылки и ознакомления контролируемых документов.

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

#### **4.3.1.11. 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.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.11 из 55**

**4.3.1.12.      Передача документа в архив**

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

**4.3.1.13.      Экспертиза ценности документа и уничтожение**

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

**4.3.2. Управление документами внешнего происхождения**

**4.3.2.1.** Управление документами внешнего происхождения включает следующие этапы:

- получение, приобретение или запрос документов;
- первичная обработка и распределение документов;
- учет, регистрация поступившей документации;
- распределение и тиражирование;
- хранение контрольного экземпляра поступившей документации
- ознакомление персонала с документами и их использование;
- экспертиза ценности документа и уничтожение.

**4.3.2.2.** 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.

**4.3.2.3.** Первичная обработка и распределение документов

Первичная обработка документов внешнего происхождения включает оценку целостности пакета документов и правильности адресования. Ошибочно доставленная корреспонденция пересылается отправителю секретарём учреждения.

**4.3.2.4.** Управление документами внешнего происхождения включает следующие этапы:

- получение, приобретение или запрос документов;
- первичная обработка и распределение документов;
- учет, регистрация поступившей документации;
- распределение и тиражирование;
- хранение контрольного экземпляра поступившей документации
- ознакомление персонала с документами и их использование;
- экспертиза ценности документа и уничтожение.

**4.3.2.5.** Получение, приобретение или запрос документов

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.12 из 55**

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.

**4.3.2.6. Первичная обработка и распределение документов**

Первичная обработка документов внешнего происхождения включает оценку целостности пакета документов и правильности адресования. Ошибочно доставленная корреспонденция пересылается отправителю секретарём учреждения.

**4.3.2.7. Управление документами внешнего происхождения включает следующие**

этапы:

- получение, приобретение или запрос документов;
- первичная обработка и распределение документов;
- учет, регистрация поступившей документации;
- распределение и тиражирование;
- хранение контрольного экземпляра поступившей документации
- ознакомление персонала с документами и их использование;
- экспертиза ценности документа и уничтожение.

**4.3.2.8. 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.

**4.3.2.9. Первичная обработка и распределение документов**

Первичная обработка документов внешнего происхождения включает оценку целостности пакета документов и правильности адресования. Ошибочно доставленная корреспонденция пересылается отправителю секретарём учреждения.

**4.3.2.10. Управление документами внешнего происхождения включает следующие**

этапы:

- получение, приобретение или запрос документов;
- первичная обработка и распределение документов;
- учет, регистрация поступившей документации;
- распределение и тиражирование;
- хранение контрольного экземпляра поступившей документации
- ознакомление персонала с документами и их использование;
- экспертиза ценности документа и уничтожение.

**4.3.2.11. 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

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.13 из 55**

приобретаться по договору у иных организаций по мере необходимости или запрашиваться у потребителя услуг.

**4.3.2.12. Первичная обработка и распределение документов**

Первичная обработка документов внешнего происхождения включает оценку целостности пакета документов и правильности адресования. Ошибочно доставленная корреспонденция пересылается отправителю секретарём учреждения.

**4.3.2.13. Проверка на актуальность.**

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

Актуализация нормативно-правовых документов осуществляется сотрудниками Учреждения посредством использования средств сети интернет.

При необходимости доведение обновленных (измененных) документов до заинтересованных лиц производится с помощью электронной почты заместителем директора или специалистом по социальной работе ОИАиКГ.

**4.3.2.14. Хранение, изъятие и аннулирование документов внешнего происхождения.**

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

**4.3.2.15. Оперативное хранение.**

Аналогично документам внутреннего происхождения.

**4.3.2.16. Передача документа в архив.**

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

**4.3.2.17. Экспертиза ценности документа и уничтожение.**

Осуществляется аналогично документам внутреннего происхождения.

#### **4.4. Электронный документооборот**

Электронный документооборот в Учреждении ведется с использованием Информационной системы «Социальное обслуживание населения», предназначенной для реализации таких групповых функций, как:

- Составления индивидуальных программ предоставления социальных услуг;
- заключение договоров на предоставление социальных услуг;
- планирования мероприятий по договорам на предоставление социальных услуг;
- закрытие выполненных мероприятий (оказанных услуг) с возможностью автоматизированного формирования записей.

Также Электронный документооборот в Учреждении ведется с использованием:

- Электронной почты.

#### **4.5. Требования к изложению и оформлению документов**

##### **4.5.1. Обязательные составные части документов**

Структурными элементами документов СМК могут являться:

- титульный лист (оформляется в соответствии с приложением Д);
- содержание;
- область применения и назначение;

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

СМК ДП – 01-2017

Экземпляр № 1 стр.14 из 55

- нормативные ссылки;
- термины и определения;
- обозначения и сокращения;
- общие положения (основная часть);
- приложения;
- лист регистрации изменений (оформляется в соответствии с приложением Е);
- лист рассылки и ознакомления (оформляется в соответствии с приложением Г).

#### **4.5.2. Оформление документов**

**4.5.2.1** Документы должны быть выполнены с использованием компьютера и принтера на одной стороне листа белой бумаги формата А4.

Цвет шрифта должен быть черным, высота букв, цифр и других знаков 12 шрифтом TimesNewRoman.

**4.5.2.2** 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 и записывать с абзацного отступа.

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.

**4.5.2.3** 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.

**4.5.2.4** 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, ь, й, ы, ь), после которой ставится скобка.

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

**4.5.2.5** Каждый лист документа должен иметь поля не менее: **30** мм - левое; **10** мм - правое; **20** мм - верхнее; **20** мм - нижнее.

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

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.15 из 55**

В документах, структура которых не предусматривает наличие колонтитула, номера страниц проставляются посередине нижнего поля страницы. В личных делах клиентов страницы нумеруются в правом верхнем углу карандашом.

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

**4.5.6.7** 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>
<i>Логотип учреждения</i> Система менеджмента социальной ответственности (Название документа)
XXX-XX- -XXX-XXXX (1) (2) (3) (4)
Экземпляр № __ стр. 15 из X

Рисунок 2 - Информация, содержащаяся в верхнем колонтитуле.

Обозначения:

- (1)      Обозначение системы менеджмента (СМК - система менеджмента качества)
- (2)      Обозначение вида документа (РК - руководство по качеству, СМК ДП - документированная процедура СМК и т.д.);
- (3)      Регистрационный номер документа, присваиваемый разработчиком;
- (4)      Год утверждения документа.

**4.5.2.8** 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 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.

**4.5.2.9.** 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.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.16 из 55**

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

**4.5.2.10.** Уравнения и формулы следует выделять из текста в отдельную строку. Выше и ниже каждой формулы или уравнения должен быть добавлен интервал.

**5. Ответственность и полномочия.**

**5.1.** Ответственность за управление документацией в соответствии с РК-01-2017 возложена на Ответственного руководителя за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО.

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

Таблица 3 - Управление документацией различных видов

<b>Вид документа</b>	<b>Ответственный</b>
Политика в области социальной ответственности	Министерство социальной политики Свердловской области
Руководство по качеству; Документированные процедуры СМК	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО
Положения о структурных подразделениях (ПСП)	Заместитель директора
Должностные инструкции (ДИ)	Специалист по кадрам
Инструкции по охране труда (ОТ) и технике безопасности (ТБ)	Директор
Внешняя нормативно-правовая документация	Юрисконсульт
Внешняя нормативная и справочная документация по системе менеджмента социальной ответственности	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО
Организационно-распорядительная документация (приказы, распоряжения)	Специалист по кадрам
Распоряжения и приказы по личному составу	Специалист по кадрам

**5.3.** Ответственный сотрудник, заместитель директора, несет ответственность за:

- проверку всех документов на соответствие требованиям международного стандарта ISO 9001;
- актуализацию и внесение изменений в Руководство по качеству и документированных процедур СМК;
- рассылку актуальных документов СМК и изъятие старых документов СМК.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.17 из 55**

**5.4.** Ответственные по социальной ответственности в подразделениях несут ответственность за:

- актуализацию и внесение изменений в разработанные документы;
- возвращение устаревших документов СМК;
- информирование и соответствующее обучение в пределах своей области деятельности всего персонала, к которому относятся изменения документов СМК.

Сотрудники подразделений учреждения, входящих в область распространения СМК, несут ответственность за:

- применение исключительно актуализированной документации СМК;
- применение только оригиналов или учтенных копий документов СМК и не копирование их, так как эти копии не будут актуализироваться.

### **6. Характеристики процедуры «Управление документацией СМК»**

- Детальное описание процедуры управления документацией СМК отражено в схеме, представленной в Приложении Ж.
- Для полного описания процедуры управления документацией СМК необходимо учитывать характеристики этой процедуры, которые приведены в таблице 4.

**Таблица 4 - Характеристики процедуры «Управление документацией СМК»**

<b>№:</b>	<b>Характеристика процедуры</b>	<b>Содержимое характеристики</b>
1	Полное наименование	Управление документацией СМК
2	Цель процедуры	Обеспечение доступности актуальных версий документов, необходимых для работы подразделений учреждения
3	Владелец процедуры	Директор учреждения
4	Руководитель процедуры	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО
5	Нормативы процедуры	ISO 9001 «Системы менеджмента качества. Требования» Внешняя документация, регламентирующая нормативная документация
6	Входы процедуры	Внешняя документация, потребность во внутреннем документе СМК; ожидания заинтересованных сторон
7	Поставщики процедуры	Все заинтересованные стороны Учреждения
8	Выходы процедуры	Актуализированный документ, документ с отметкой об аннулировании; акт об уничтожении документа или передаче дела в архив
9	Потребители процедуры	Высшее руководство, сотрудники

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.18 из 55**

		учреждения и другие заинтересованные стороны
<b>10</b>	Ресурсы	Персонал подразделений, участвующий в управлении документацией СМК; инфраструктура подразделений;
<b>11</b>	Измеряемые параметры процедуры	- наличие полного комплекта документов на местах в структурных подразделениях в соответствии с перечнем документов подразделения; - количество случаев использования не актуализированных документов или отсутствия документов.
<b>12</b>	Показатели результативности процедуры	- уменьшение количества случаев использования не актуализированных документов; - уменьшение количества документов, отсутствующих на местах; - увеличение числа актуализированных или вновь разработанных документов.
<b>13</b>	Периодичность оценки	Не реже одного раза в год

**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

Перечень документов СМК

Документы системы менеджмента качества (СМК)

<b>№п/п</b>	<b>Номер документа</b>	<b>Название документа</b>
1		Политика в области качества и социальной ответственности
2	РК-01	Руководство по качеству
3	СМК ДП- 01	Управление документацией СМК
4	СМК ДП- 03	Внутренние аудиты СМК
5	СМК ДП-04	Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия СМК

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.19 из 55**

6		Альбом основных процессов предоставления социальных услуг
---	--	--

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б Форма Плана развития СМК**

**ПЛАН развития СМК**

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)

**ПРИЛОЖЕНИЕ В**

**Индексы документов**

Наименование документа	Индекс
Руководство по качеству	РК
Документированная процедура системы менеджмента качества	СМК ДП
Должностная инструкция	ДИ
Положение о структурном подразделении	псп

(подпись)



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.21 из 55

**ПРИЛОЖЕНИЕ Д**

**Форма титульного листа**

УТВЕРЖДАЮ

*Должность руководителя 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 населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.22 из 55

**ПРИЛОЖЕНИЕ Е**  
**Форма структурного раздела «Лист регистрации изменений»**

№ из- ме- не- ния	Номера листов (страниц)			№ документа- основания	Подпись	Дата	Срок введения изменения
	замененных	новых	аннулированных				

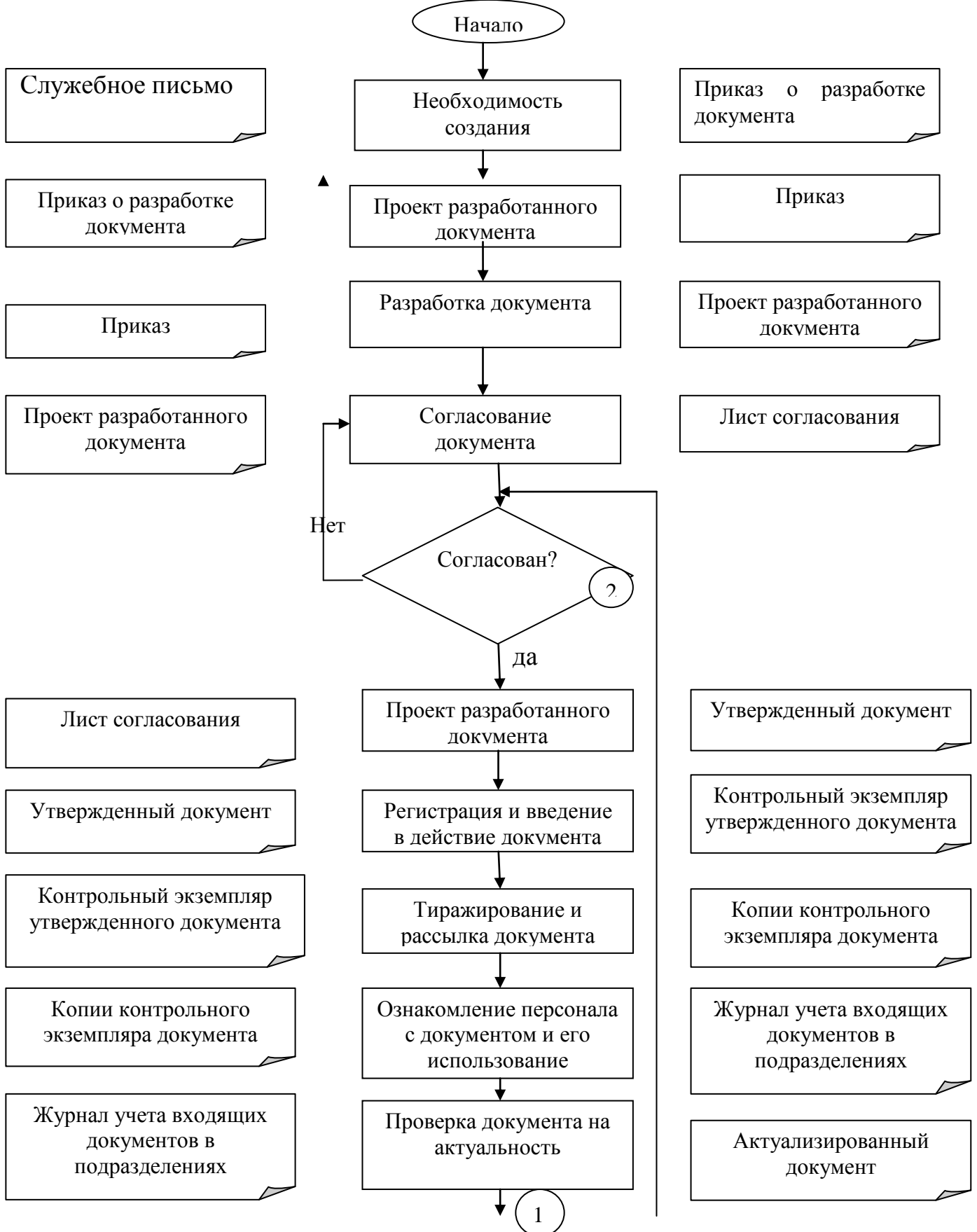
**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

СМК ДП – 01-2017

Экземпляр № 1 стр.23 из 55

**ПРИЛОЖЕНИЕ Ж**

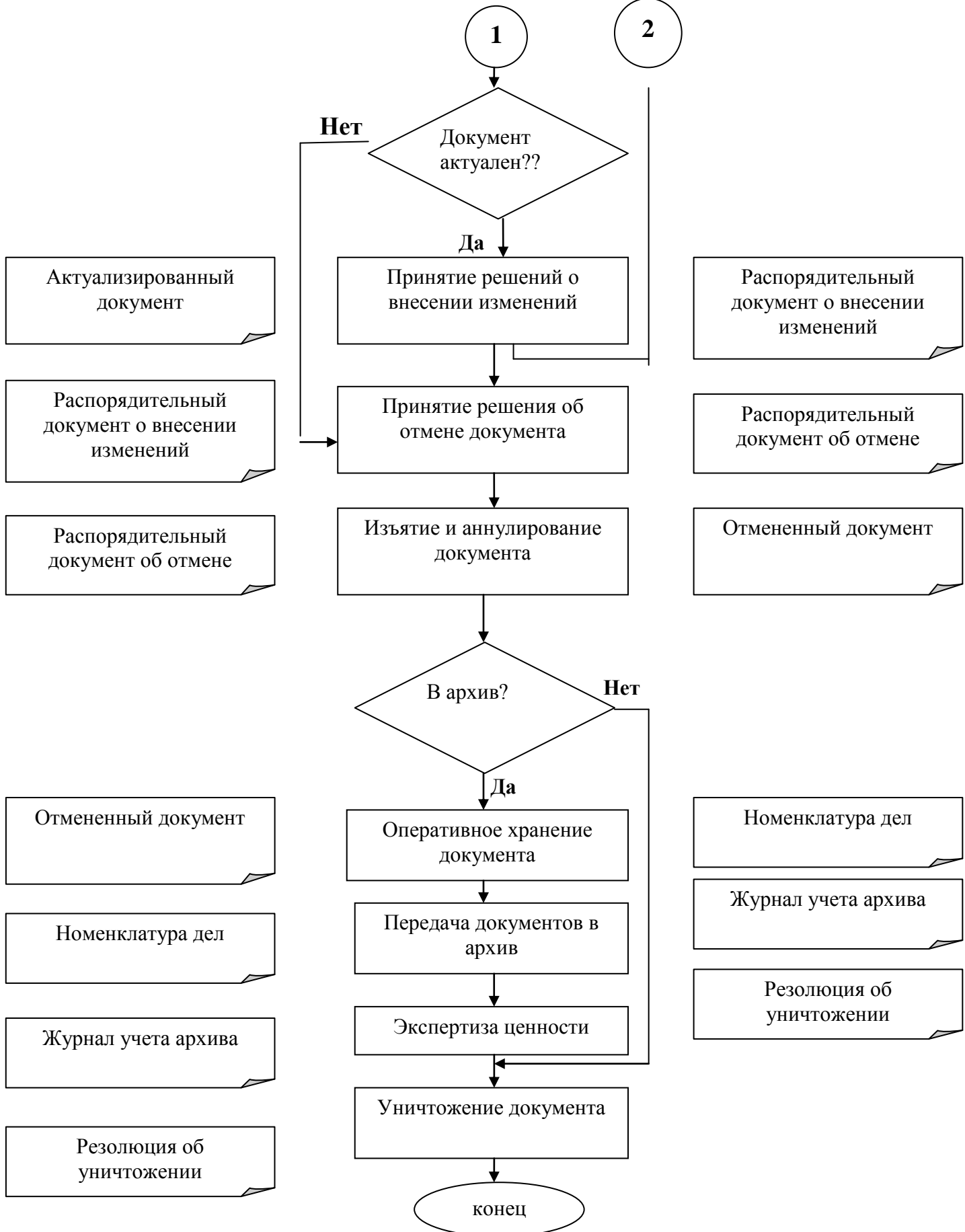
**Блок-схема управление документацией СМК**



**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

СМК ДП – 01-2017

Экземпляр № 1 стр.24 из 55





**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.26 из 55**

**Лист рассылки и ознакомления**

<b>ФИО</b>	<b>Должность</b>	<b>№ копии</b>	<b>Дата выдачи бумажной копии</b>	<b>Подпись</b>

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.27 из 55**

**ПРИЛОЖЕНИЕ Е  
Форма плана мероприятий  
для проведения корректирующих и предупреждающих действий**

№ п/п	Несоответствие	Причина несоответствия	Мероприятие	Ответственное лицо	Срок выполнения	Отметка о выполнении	Отметка о результативности КД и ПД

Руководитель группы аудиторов: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**СОГЛАСОВАНО:**  
ПРК и СО Учреждения \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.28 из 55

**ПРИЛОЖЕНИЕ Ж**

**Форма отчета по аудиту**

**ОТЧЕТ О ВНУТРЕННЕМ АУДИТЕ № \_\_\_\_\_**

УТВЕРЖДАЮ

ПРК и СО

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Цель аудита \_\_\_\_\_

Основание проведения аудита \_\_\_\_\_

Критерии аудита \_\_\_\_\_

Руководитель группы аудиторов: \_\_\_\_\_

Аудиторы группы: \_\_\_\_\_

Количество наблюдений и несоответствий выявленных при аудите \_\_\_\_\_

Заключения по результатам аудита \_\_\_\_\_

Выводы по достижению целей аудита \_\_\_\_\_

Предложения по улучшениям, положительная практика в подразделениях \_\_\_\_\_

Приложения:

- 1) План внутреннего аудита № \_\_\_\_\_;
- 2) Заполненные опросные (контрольные) листы № \_\_\_\_\_;
- 3) Акты о несоответствиях/наблюдениях № \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 17;
- 4) План корректирующих и предупреждающих действий.

Руководитель группы аудиторов \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.29 из 55**

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.30 из 55**

**ПРИЛОЖЕНИЕ И**

**Форма сводного отчета по внутренним аудитам**

Утверждаю

Директор

\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.

«\_\_\_»\_20      г.

**СВОДНЫЙ ОТЧЕТ**

По внутренним аудитам СМК

Согласно утвержденной программе внутренних аудитов в (указывается период) было проведено (количество аудитов) подразделений (процессов СМК). По результатам проведенной проверки выданы акты о несоответствии/наблюдении в (количестве штук), составлен план мероприятий для проведения корректирующих и предупреждающих действий руководителям подразделений (процессов) и ответственным за их выполнение.

Из них:

Значительные –

Незначительные –

Наблюдения–

Элемент ISO9001	Подразделение (Процесс) дата	Описание несоответствия	Корректир. действия (коррекция)	Категория несоответствия	Ответственный За выполнение	Срок устранения	Результат выполн. дата
1	2	3	4	5	6	7	8

Исполнитель:

\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.

ПРК и СО \_\_\_\_\_

подпись

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.31 из 55**

Ф.И.О.

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.32 из 55

**ПРИЛОЖЕНИЕ К**

**Примерный перечень вопросов для выявления степени соответствия деятельности Учреждения требованиям стандарта ISO 9001  
(для использования в опросном (контрольном) листе)**

№	Пункт ISO 9001	ВОПРОСЫ
<i>4.1 Понимание организации и её организационной среды</i>		
1.	4.1	Определены ли внешние и внутренние факторы, относящиеся к ее намерениям и стратегическому направлению деятельности Организации, которые влияют на способность системы менеджмента качества (СМК) достигать запланированных результатов?
2.	4.1	Осуществляет ли Организация мониторинг и анализ информации, касающейся этих внешних и внутренних факторов?
<i>4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон</i>		
3.	4.2	Определены ли заинтересованные стороны и их требования, относящиеся к СМК?
4.	4.2	Осуществляет ли Организация мониторинг и анализ информации об этих заинтересованных сторонах и их требованиях?
<i>4.3 Определение области применения системы менеджмента качества</i>		
5.	4.3	Определены ли границы и применимость СМК?
6.	4.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии документированная информация об области применения СМК Организации?
7.	4.3	Включает ли область применения СМК Организации: <ul style="list-style-type: none"><li>• продукцию и услуги, охваченные СМК?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.33 из 55

8.	4.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• обоснования исключений в случаях, когда требования не могут быть применены?</li></ul>
9.	4.3	Приняты ли при определении области применения СМК Организации во внимание: <ul style="list-style-type: none"><li>• внешние и внутренние аспекты (требование п. 4.1)?</li></ul>
10.	4.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?</li></ul>
11.	4.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• продукция и услуги организации?</li></ul>
<i>4.4 Система менеджмента качества и её процессы</i>		
12.	4.4	Определены ли процессы, необходимые для системы менеджмента качества (СМК) и их взаимодействие?
13.	4.4	Определены ли: <ul style="list-style-type: none"><li>• требуемые входы и ожидаемые выходы процессов?</li></ul>
14.	4.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• последовательность и взаимодействие процессов?</li></ul>
15.	4.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• критерии, методы, включая измерения и связанные с ними индикаторы, необходимые для обеспечения результативного функционирования и управления процессами?</li></ul>
16.	4.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• необходимые ресурсы и их доступность?</li></ul>
17.	4.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• ответственность и полномочия для процессов?</li></ul>
18.	4.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• риски и возможности (требование п. 6.1)?</li></ul>
19.	4.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• методы мониторинга, измерений, оценки процессов (где это применимо) и внесения изменений в процессы?</li></ul>
20.	4.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• возможности для улучшения процессов и СМК?</li></ul>
21.	4.4	Сохраняется ли документированная информация о процессах СМК?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.34 из 55**

<i>5.1 Лидерство и приверженность</i>		
<i>5.2 Политика в области качества</i>		
<i>5.3 Организационные роли, ответственность и полномочия</i>		
22.	5.1.1	Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства в отношении СМК?
23.	5.1.2	Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства относительно ориентации на потребителя?
24.	5.2.1	Соответствует ли политика в области качества намерениям Организации и её организационной среде?
25.	5.2.1	Обеспечена ли в политике основа для установления целей в области качества?
26.	5.2.1	Включено ли в политику в области качества обязательство соответствовать применимым требованиям?
27.	5.2.1	Включено ли в политику в области качества обязательство постоянно улучшать СМК?
28.	5.2.2	Доступна ли политика в области качества в виде документированной информации?
29.	5.2.2	Обеспечено ли доведение политики в области качества до сведения персонала Организации?
30.	5.2.2	Имеются ли доказательства, что политика в области качества понимается персоналом?
31.	5.2.2	Имеются ли доказательства, что политика в области качества применяется в Организации?
32.	5.2.2	Имеются ли доказательства, что политика в области качества доступна для соответствующих заинтересованных сторон?
33.	5.3	Проведено ли распределение ответственности, полномочий в рамках СМК?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.35 из 55**

<i>6.1 Действия в отношении рисков и возможностей</i>		
<i>6.2 Цели в области качества и планирование для их достижения</i>		
<i>6.3 Планирование изменений</i>		
34.	6.1.1	Учитываются ли при планировании СМК внешние и внутренние аспекты (требование п. 4.1) и требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?
35.	6.1.2	Осуществляется ли в Организации планирование: <ul style="list-style-type: none"><li>• действий по обращению с рисками и возможностями и способов их осуществления в рамках процессов СМК?</li></ul>
36.	6.1.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• способов оценки результативности этих действий?</li></ul>
37.	6.2.1	Установлены ли цели в области качества для соответствующих функций, уровней и процессов?
38.	6.2.1	Оформлены ли цели в области качества в виде документированной информации?
39.	6.2.1	Согласуются ли цели в области качества с политикой в области качества?
40.	6.2.1	Являются ли цели в области качества измеримыми?
41.	6.2.1	Учитывают ли цели в области качества требования применимые к Организации?
42.	6.2.1	Содержат ли цели в области качества цели по соответствию продукции и услуг Организации, а также цели по повышению удовлетворенности потребителей?
43.	6.2.1	Осуществляется ли мониторинг и актуализация целей в области качества по мере необходимости?
44.	6.2.1	Обеспечено ли доведение целей в области качества до сведения персонала Организации?
45.	6.2.2	Определяются ли при планировании целей в области качества: <ul style="list-style-type: none"><li>• действия по выполнению?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.36 из 55

46.	6.2.2	• необходимые ресурсы?
47.	6.2.2	• ответственные лица?
48.	6.2.2	• сроки выполнения?
49.	6.2.2	• методы оценки результатов достижения?
50.	6.3	Учитываются ли при планировании и внедрении изменений в СМК цели изменений и любые потенциальные последствия?
51.	6.3	Обеспечена ли целостность СМК при планировании и внедрении изменений?
52.	6.3	Обеспечена ли доступность ресурсов для внедрения изменений?
53.	6.3	Обеспечено ли распределение и перераспределение ответственности и полномочий при планировании и внедрении изменений?
<i>7.1 Ресурсы</i>		
54.	7.1.1	Выделены ли необходимые ресурсы для разработки, внедрения и постоянного улучшения СМК?
55.	7.1.1	Рассмотрены ли Организацией возможности и ограничения, связанные с существующим внутренним ресурсам?
56.	7.1.1	Рассмотрены ли Организацией необходимые ресурсы от внешних поставщиков?
57.	7.1.2	Обеспечена ли Организация всем необходимым персоналом для результативного функционирования СМК и процессов?
58.	7.1.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии инфраструктура, необходимая для функционирования процессов в целях достижения соответствия продукции и услуг?
59.	7.1.4	Управляет ли Организация факторами среды, необходимой для функционирования процессов в целях достижения соответствия продукции и услуг?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.37 из 55**

60.	7.1.5	Определены ли ресурсы, необходимые для обеспечения действительных и надежных результатов мониторинга и измерений?
61.	7.1.5	Сохраняется ли документированная информация, свидетельствующая о соответствии ресурсов для мониторинга и измерений их назначению?
62.	7.1.5	Поверены (откалиброваны) ли средства измерений через установленные периоды или перед применением в соответствии с национальными или международными стандартами?
63.	7.1.5	Зарегистрирована/задокументирована ли база для поверки/калибровки в случае отсутствия таких стандартов?
64.	7.1.5	Идентифицируются ли средства измерений и испытательное оборудование с целью установления статуса поверки (калибровки, аттестации)?
65.	7.1.5	Защищены ли средства измерений и испытательное оборудование от регулировок, повреждения и ухудшения состояния, которые могли бы сделать недействительным статус калибровки и последующие результаты измерений?
66.	7.1.5	Оценивается ли правомочность предыдущих измерений, если обнаружен дефект средства измерений или испытательного оборудования в течение плановой поверки (калибровки) или в ходе использования?
67.	7.1.5	Предпринимаются ли соответствующие действия в отношении такого оборудования?
68.7	7.1.6	Определила ли Организация и поддерживает в рабочем состоянии организационные знания, необходимые для функционирования процессов и достижения соответствия продукции и услуг?
69.	7.1.6	Управляет ли Организация текущими знаниями и определяет ли потребность в получении дополнительных знаний?

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.38 из 55

7.2 Компетентность 7.3 Осведомленность 7.4 Коммуникации		
70.	7.2	Установлены ли требования к необходимой квалификации и компетентности персонала, выполняющего работу, находящуюся под управлением организации, которые оказывают влияние на функционирование и результативность СМК?
71.	7.2	Определены ли для персонала требования к: <ul style="list-style-type: none"><li>• образованию?</li></ul>
72.	7.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• подготовке?</li></ul>
73.	7.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• практическому опыту?</li></ul>
74.	7.2	Определена ли потребность в подготовке и повышении квалификации персонала?
75.	7.2	Обеспечивается ли подготовка или предпринимаются иные действия по получению необходимой компетентности?
76.	7.2	Проводится ли оценка результативности проводимой подготовки и повышения квалификации?
77.	7.2	Сохраняется ли документированная информация о соответствующем образовании, подготовке и опыте персонала?
78.	7.3	Осведомлен ли персонал о:
79.	7.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• политике в области качества?</li></ul>
80.	7.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• целях в области качества?</li></ul>
81.	7.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• своем вкладе в результативность СМК, включая пользу от улучшения результатов деятельности?</li></ul>
82.	7.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• последствиях несоблюдения требований СМК?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.39 из 55

83.	7.4	Определена ли Организацией потребность во внешних и внутренних коммуникациях, относящихся к СМК?
84.	7.4	Включает ли информация о коммуникациях - содержание/тему, время, участников и методы коммуникаций?
<i>7.5 Документирования информация</i>		
85.	7.5.1	Включена ли в СМК вся необходимая документированная информация СМК?
86.	7.5.2	Определена ли система идентификации и описания документированной информации?
87.	7.5.2	Определен ли формат и носитель?
88.	7.5.2	Обеспечен ли анализ и одобрение документированной информации при её разработке и актуализации на пригодность и адекватность?
89.	7.5.3	Обеспечена ли доступность документированной информации для пользователей, где и когда она необходима?
90.	7.5.3	Обеспечена ли защита документированной информации от несоблюдения конфиденциальности, неподходящего использования, потери целостности?
91.	7.5.3	Установлен ли порядок: <ul style="list-style-type: none"><li>• распределения, обеспечения доступа, обеспечения поиска/восстановления и использования документированной информации?</li></ul>
92.	7.5.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• хранения и сохранности, включая сохранение разборчивости, документированной информации?</li></ul>
93.	7.5.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• управления изменениями документированной информации?</li></ul>
94.	7.5.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• сохранения и изъятия документированной документации?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.40 из 55

95.	7.5.3	Соблюдается ли порядок идентификации и управления документами внешнего происхождения, определенных организацией как необходимых для планирования и функционирования СМК?
<i>8.1 Планирование и управление операциями</i>		
96.	8.1	Осуществляет ли Организация планирование, внедрение и управление процессами, необходимыми для выполнения требований к предоставлению продукции и услуг?
97.	8.1	Определяются ли при планировании предоставления продукции и услуг: <ul style="list-style-type: none"><li>• требования к продукции и услуга?</li></ul>
98.	8.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• критерии для процессов и для приемки продукции и услуг?</li></ul>
99.	8.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• ресурсы, необходимые для достижения соответствия требованиям к продукции и услугам?</li></ul>
100.	8.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• внедрение управления процессами в соответствии с установленными критериями?</li></ul>
101.	8.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• необходимая документированная информация?</li></ul>
102.	8.1	Имеются ли выходные данные планирования?
103.	8.1	Управляет ли организация планируемыми изменениями и анализирует ли последствия непредвиденных изменений?
104.	8.1	Предпринимаются ли меры для смягчения негативных последствий таких изменений?
<i>8.2 Определение требований к продукции услугам</i>		
105.	8.2.1	Определила ли Организация порядок связи с потребителями?
106.	8.2.1	Охватывает ли связь с потребителем вопросы, касающиеся: <ul style="list-style-type: none"><li>• информации о продукции и услугах?</li></ul>

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.41 из 55**

107.	8.2.1	• обработки запросов, контрактов или заказов, включая их изменения?
108.	8.2.1	• получения отзывов о продукции и услугах, включая претензии?
109.	8.2.1	• управления или обращения с собственностью потребителей (если применимо)?
110.	8.2.1	• особых требований для действий в непредвиденных обстоятельствах (где применимо)?
111.	8.2.2	Определяются ли Организацией: • требования к продукции и услугам (включая признанные необходимыми самой Организацией)?
112.	8.2.2	• применимые законодательные и регулирующие требования, относящиеся к продукции и услугам?
113.	8.2.2	Гарантирует ли процесс анализа требований способность Организации выполнить установленные требования к продукции и услугам?
114.	8.2.3	Гарантирует ли процесс анализа то, что: • требования, установленные потребителем, включая деятельность по поставке и после поставки, определены?
115.	8.2.3	• требования, не установленные потребителями, но необходимые для конкретного или предполагаемого использования потребителем, определены?
116.	8.2.3	• дополнительные законодательные и регулирующие требования, применимые к продукции и услугам, определены?
117.	8.2.3	• контрактные требования или требования заказа, отличающиеся от ранее сформулированных, согласованы?
118.	8.2.3	Определен ли порядок действий в случаях, когда потребитель не представил свои требования в документированном виде?
119.	8.2.3	Сохраняется ли документированная информация о результатах анализа?
120.	8.2.4	Актуализируется ли документированная информация при изменении требований к продукции?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.42 из 55**

121.	8.2.4	Информируется ли соответствующий персонал о таких изменениях?
<i>8.3 Проектирование и разработка продукции и услуг</i>		
122.	8.3.1	Разработан, внедрен и поддерживается ли в рабочем состоянии процесс проектирования и разработки?
123.	8.3.2	Учитываются ли при определении этапов проектирования и разработки и методов управления: <ul style="list-style-type: none"><li>• характер, длительность и сложность деятельности по проектированию и разработке?</li></ul>
124.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• требуемые стадии процесса, включая анализ проектирования и разработки?</li></ul>
125.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• действия в отношении верификации и валидации?</li></ul>
126.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• ответственность и полномочия?</li></ul>
127.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• необходимые внутренние и внешние ресурсы?</li></ul>
128.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• необходимость в управлении взаимодействиями между различными сторонами в процессе проектирования?</li></ul>
129.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• необходимость во вовлечении потребителя и пользователей в процесс проектирования?</li></ul>
130.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• требования для последующего производства продукции и услуг?</li></ul>
131.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• уровень управления процессом проектирования и разработки, ожидаемый потребителями и другими заинтересованными сторонами?</li></ul>
132.	8.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• необходимая документированная информация по процессу проектирования?</li></ul>
133.	8.3.3	Учтены ли при определении входных данных: <ul style="list-style-type: none"><li>• функциональные и эксплуатационные требования?</li></ul>
134.	8.3.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• информацию, полученную из предыдущей аналогичной деятельности по проектированию и разработке?</li></ul>
135.	8.3.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• применимые законодательные и регулирующие требования?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.43 из 55

136.	8.3.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• стандарты или своды практик, которые Организация обязалась применять?</li></ul>
137.	8.3.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• необходимые внутренние и внешние ресурсы?</li></ul>
138.	8.3.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• потенциальные последствия отказов, связанных со свойствами продукции и услуг?</li></ul>
139.	8.3.3	Проводится ли анализ входных данных на адекватность целям проектирования и разработки?
140.	8.3.3	Сохраняется ли документированная информация по входным данным проектирования и разработки?
141.	8.3.4	Гарантируют ли средства, применяемые для управления проектированием и разработкой, что: <ul style="list-style-type: none"><li>• результаты проектирования и разработки определены?</li></ul>
142.	8.3.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• анализ проектирования и разработки проводится?</li></ul>
143.	8.3.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• верификация проекта и разработки проводится?</li></ul>
144.	8.3.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• валидация проекта и разработки проводится?</li></ul>
145.	8.3.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• предпринимаются необходимые действия по проблемам, выявленным в ходе анализа, верификации и валидации?</li></ul>
146.	8.3.4	<ul style="list-style-type: none"><li>• сохраняется документированная информация по этим действиям?</li></ul>
147.	8.3.5	Обеспечено ли что выходные данные соответствуют входным данным?
148.	8.3.5	Являются ли выходные данные достаточными для последующих процессов предоставления продукции и услуг?
149.	8.3.5	Включают ли выходные данные требования к мониторингу, измерениям и критериям приемки или ссылки на них?
150.	8.3.5	Обеспечивают ли выходные данные, что продукция, которая будет производиться, или услуги, которые будут оказываться, будут пригодны

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.44 из 55

151.	8.3.5	Определяют ли выходные данные характеристики продукции и услуги, которые имеют важное значение для их предназначения, безопасности и надлежащего предоставления?
152.	8.3.5	Сохраняется ли документированная информация по выходным данным?
153.	8.3.6	Идентифицируются ли изменения во входных и выходных проекта и разработки в ходе проекта или впоследствии?
154.	8.3.6	Анализируются ли изменения во входных и выходных проекта и разработки в объеме, обеспечивающем отсутствие нежелательного воздействия на соответствие требованиям?
155.	8.3.6	Сохраняется ли документированная информация об изменениях в процессе проектирования и разработки?
<i>8.4 Управление продукцией и услугами, предоставляемыми извне</i>		
156.	8.4.1	Предоставляются ли Организации процессы, продукцию или услуги извне?
157.	8.4.1	Определены ли требования для управления процессами, продукцией и услугами, предоставляемыми внешними поставщиками в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"><li>• продукция и услуги от внешних поставщиков предназначены для включения в состав продукции и услуги самой организации?</li></ul>
158.	8.4.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• продукция и услуги поставляются внешними поставщиками напрямую потребителю от имени организации?</li></ul>
159.	8.4.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• процесс или его часть выполняется внешним поставщиком по решению организации?</li></ul>
160.	8.4.1	Определены и применяются ли критерии для оценки, выбора, мониторинга функционирования и повторной оценки внешних поставщиков?

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.45 из 55

161.	8.4.1	Сохраняется ли документированная информация ооб этих действиях?
162.	8.4.2	Определены ли вид и степень управления, включая методы контроля, внешними поставками процессов, продукции и услуг?
163.	8.4.2	Осуществляет ли Организация верификацию или другие виды деятельности в отношении процессов, продукции и услуг, предоставляемых извне?
164.	8.4.3	Сообщает ли Организация внешним поставщикам требования: <ul style="list-style-type: none"><li>• к предоставляемым продукции, услугам и процессам?</li></ul>
165.	8.4.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• по одобрению продукции, услуг; методов, процессов или оборудования; выпуску продукции и услуги?</li></ul>
166.	8.4.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• к компетентности персонала?</li></ul>
167.	8.4.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• по взаимодействию внешнего поставщика с организацией?</li></ul>
168.	8.4.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• по управлению и мониторингу функционирования внешнего поставщика?</li></ul>
169.	8.4.3	<ul style="list-style-type: none"><li>• к деятельности по верификации или валидации на его территории?</li></ul>
170.	8.4.3	Проверяются ли установленные требования к внешнему поставщику на адекватность до их сообщения ему?
<i>8.5 Производство продукции и оказание услуг</i>		
171.	8.5.1	Включают ли управляемые условия производства и оказания услуг: <ul style="list-style-type: none"><li>• доступность документированной информации, определяющей характеристики продукции и услуг или осуществляемой деятельности;</li></ul>
172.	8.5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• результаты, которые должны быть достигнуты?</li></ul>
173.	8.5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• доступность и применение подходящих ресурсов для мониторинга и измерений?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.46 из 55

174.	8.5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• деятельность по мониторингу и измерениям на соответствующих этапах?</li></ul>
175.	8.5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• использование соответствующей инфраструктуры и среды?</li></ul>
176.	8.5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• назначение компетентного персонала, включая персонал с требуемой квалификацией?</li></ul>
177.	8.5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• валидацию и периодическую повторную валидацию способности любых процессов производства и оказания услуг достигать запланированных результатов в тех случаях, когда выходы не могут быть верифицированы посредством последовательного мониторинга и измерений?</li></ul>
178.	8.5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• предотвращение ошибок, связанных с человеческим фактором?</li></ul>
179.	8.5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• осуществление выпуска, поставки и действий после поставки?</li></ul>
180.	8.5.2	Осуществляется ли идентификация выходов процессов там, где необходимо обеспечить соответствие продукции и услуг?
181.	8.5.2	Осуществляется ли идентификация статуса выходов процессов с учетом требований к мониторингу и измерениям в ходе всего производства и оказания услуг?
182.	8.5.2	Сохраняется ли документированная информация по идентификации выходов процессов для выполнения требований к прослеживаемости?
183.	8.5.3	Обеспечивается ли сохранность собственности потребителя или внешнего поставщика, предоставленной для использования или включения в продукцию и услуги?
184.	8.5.3	Обеспечивается ли идентификация, верификация, сохранность и защита собственности потребителя или внешнего поставщика, предоставленной для использования или включения в продукцию и услуги?

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.47 из 55

185.	8.5.3	Извещается ли потребитель или внешний поставщик обо всех случаях, связанных с утратой, повреждением или признанием непригодной для использования собственности потребителя/внешнего поставщика?
186.	8.5.4	Выполняются ли мероприятия по сохранению соответствия выходов процессов во время производства продукции и предоставления услуг?
187.	8.5.5	Определила ли Организация, объем действий после поставки с учетом рассмотрения следующего: <ul style="list-style-type: none"><li>• законодательные и нормативные требования?</li></ul>
188.	8.5.5	<ul style="list-style-type: none"><li>• потенциальные нежелательные последствия, связанные с ее продукцией и услугами?</li></ul>
189.	8.5.5	<ul style="list-style-type: none"><li>• характер использования и предполагаемый срок эксплуатации продукции и услуг?</li></ul>
190.	8.5.5	<ul style="list-style-type: none"><li>• требования потребителей, включая обратную связь?</li></ul>
191.	8.5.6	Установлен и выполняется анализ и управление изменениями в производстве или предоставлении услуг необходимыми для обеспечения соответствия требованиям?
192.	8.5.6	Сохраняется ли документированная информация о результатах анализа изменений, об одобренном изменении персонала, о любых необходимых действиях?
<i>8.6 Выпуск продукции и услуг</i>		
193.	8.6	Осуществляются ли на соответствующих этапах запланированные мероприятия с целью верификации соблюдения требований к продукции и услугам?
194.	8.6	Осуществляются ли все запланированные мероприятия по верификации соответствия до момента выпуска продукции и услуг?
195.	8.6	Сохраняются ли свидетельства соответствия критериям приемки?

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.48 из 55

196.	8.6	Предоставляет ли документированная информация возможность проследить лицо, одобрявшее выпуск продукции и услуги, поставляемой потребителю?
<i>8.7 Управление несоответствующими выходами процессов, продукции и услугами</i>		
197.	8.7	Идентифицируются ли несоответствующие требованиям выходы процессов, продукции и услуги, с целью предотвращения их непреднамеренного использования или поставки?
198.	8.7	Предпринимаются ли соответствующие действия к несоответствующим продукции и услугам, в том числе обнаруженным после поставки или оказания?
199.	8.7	Осуществляются ли следующие действия с несоответствующими выходами, продукцией и услугами: <ul style="list-style-type: none"><li>• коррекция?</li></ul>
200.	8.7	<ul style="list-style-type: none"><li>• отделение, ограничение распространения, возврат, приостановка поставки?</li></ul>
201.	8.7	<ul style="list-style-type: none"><li>• информирование потребителя?</li></ul>
202.	8.7	<ul style="list-style-type: none"><li>• получение разрешения на отклонение?</li></ul>
203.	8.7	Подвергаются ли повторной верификации исправленные несоответствующие выходы процессов, продукции и услуги?
204.	8.7	Сохраняется ли документированная информация о действиях, предпринятых с несоответствующими выходами процессов, продукции и услугами, включая <ul style="list-style-type: none"><li>• описание несоответствия?</li></ul>
205.	8.7	<ul style="list-style-type: none"><li>• описание предпринятых действий?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.49 из 55

206.	8.7	• описание полученного разрешения на отклонение?
207.	8.7	• указание лица, принимавшего решение о действии в отношении несоответствия?
<i>9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценка</i>		
208.	9.1.1	Установлены ли Организацией требования к деятельности по мониторингу и измерениям?
209.	9.1.1	Сохраняется документированная информация, свидетельствующая о выполнении требований по мониторингу и измерениям?
210.	9.1.2	Проводится ли мониторинг информации, касающейся восприятием потребителями степени удовлетворения организацией их потребностей и ожиданий?
211.	9.1.2	Определены ли методы получения и использования информации об удовлетворенности потребителей?
212.	9.1.3	Проводится ли анализ и оценка данных и информации, получаемых в ходе мониторинга, измерении?
<i>9.2 Внутренний аудит</i>		
213.	9.2.1	Проводятся ли внутренние аудиты СМК?
214.	9.2.2	Проводятся ли внутренние аудиты СМК через запланированные интервалы времени?
215.	9.2.2	Включает ли программа аудитов СМК требования к периодичности, методам, ответственности, планированию и отчетности?
216.	9.2.2	Учитывается ли при планировании аудитов: цели в области качества, важность процессов, обратная связь от потребителей, произошедшие изменения, а также результаты предыдущих аудитов?
217.	9.2.2	Определены ли критерии и область применения аудитов?
218.	9.2.2	Являются ли аудиторы объективными и беспристрастными?

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.50 из 55

219.	9.2.2	Доводятся ли результаты аудитов до соответствующих руководителей?
220.	9.2.2	Своевременно ли осуществляются коррекция и корректирующие действия по результатам аудитов?
221.	9.2.2	Сохраняется ли документированная информация по результатам аудитов?
<i>9.3 Анализ со стороны руководства</i>		
222.	9.3.1	Проводится ли периодический анализ СМК со стороны руководства?
223.	9.3.1	Планируется и проводится ли анализ со стороны руководства с учетом:
		<ul style="list-style-type: none"><li>• статуса выполнения мероприятий по результатам предыдущих анализов со стороны руководства?</li></ul>
224.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• изменившихся внешних и внутренних факторов, относящихся к СМК?</li></ul>
225.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• достаточности ресурсов, результативности действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей?</li></ul>
226.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• потенциальных возможностей для улучшения СМК?</li></ul>
227.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• информации о показателях работы и результативности СМК, включая удовлетворённость потребителей и обратная связь от других важных заинтересованных сторон?</li></ul>
228.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• степени достижения целей в области качества?</li></ul>
229.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• функционирование процессов и соответствие продукции и услуг?</li></ul>
230.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• несоответствия и корректирующие действия?</li></ul>
231.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• результаты мониторинга и измерений?</li></ul>
232.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• результаты аудитов?</li></ul>
233.	9.3.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• результаты работы внешних поставщиков?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.51 из 55

234.	9.3.2	Включают ли выходные данные анализы со стороны руководства: <ul style="list-style-type: none"><li>• действия по улучшения?</li></ul>
235.	9.3.2	<ul style="list-style-type: none"><li>• определение потребности в изменениях в СМК, включая потребность в ресурсах?</li></ul>
236.	9.3.2	Сохраняется документированная информация о проведенных анализах со стороны руководства?
<i>10 Улучшение</i>		
237.	10.1	Определяет ли Организация возможности для улучшения и осуществляет действия по улучшению, включая: <ul style="list-style-type: none"><li>• улучшение продукции и услуг для удовлетворения требований, а также учета будущих потребностей и ожиданий?</li></ul>
238.	10.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• коррекцию, предупреждению или снижение влияния нежелательных воздействий?</li></ul>
239.	10.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• улучшение показателей работы и повышение результативности СМК?</li></ul>
240.	10.2.1	Включает ли реагирование Организации на несоответствие: <ul style="list-style-type: none"><li>• действия по контролю и коррекции несоответствий?</li></ul>
241.	10.2.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• действия по устранению последствий, вызванных несоответствием?</li></ul>
242.	10.2.1	Проводится ли: <ul style="list-style-type: none"><li>• анализ несоответствия?</li></ul>
243.	10.2.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• определение причин несоответствия?</li></ul>
244.	10.2.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• определение наличия или возможности появления аналогичных несоответствий?</li></ul>
245.	10.2.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• осуществление необходимых действий?</li></ul>
246.	10.2.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• анализ результативности предпринятых действий?</li></ul>

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.52 из 55

247.	10.2.1	• актуализацию информации о рисках и возможностях, определенных при планировании?
248.	10.2.1	• внесение изменений в СМК, при необходимости?
249.	10.2.1	Являются ли корректирующие действия соответствующими последствиям несоответствия?
250.	10.2.2	Сохраняется ли документированная информация о выявленных несоответствиях, предпринимаемых действиях и результативности этих действий?
251.	10.3	Имеются ли свидетельства постоянного улучшения пригодности, адекватности и результативности СМК?
252.	10.3	Определяет ли Организация по результатам рассмотрения, что имеются ли потребности или возможности, требующие рассмотрения в качестве мер по постоянному улучшению?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1    стр.53 из 55**

**Лист регистрации изменений**

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



**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения  
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних  
Тавдинского района» Документированная процедура  
«Управление документацией СМК»**

**СМК ДП – 01-2017      Экземпляр № 1      стр.55 из 55**