


1425

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 1 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

УТВЕРЖДАЮ
 Ректор ФГБОУ ВО КГМУ
 Минздрава России
 профессор В.А. Лазаренко




Lasarenko
 «19» *марта 2021*

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Управление документацией


СМК-ДП-7.5.3-6.0-21

Версия 6.0

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 2 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

Содержание

	стр.
1. Назначение и область применения	3
2. Нормативные ссылки	3
3. Термины, определения, обозначения и сокращения	3
4. Описание процедуры	4
4.1. Общие положения	4
4.2. Структура документов системы менеджмента качества	5
4.3. Статус и уровень утверждения документов	5
4.4. Общие требования к разработке документов СМК	6
4.5. Идентификация и прослеживаемость документов СМК	6
4.6. Оформление документов системы менеджмента качества	8
4.7. Разработка и согласование документации	9
4.8. Управление документами в университете	9
4.8.1. Управление документами первого уровня (уровень А)	9
4.8.2. Управление документами второго уровня (уровень Б)	10
4.8.3. Управление документами третьего уровня (уровень В)	13
4.8.4. Управление документами четвертого уровня (уровень Г)	14
4.8.5. Управление документами пятого уровня (уровень Д)	15
4.8.6. Управление документами шестого уровня (уровень Е)	17
5. Управление копиями документов	17
6. Требования к ресурсам	18
7. Порядок внесения изменений	18
8. Порядок согласования и ознакомления с документами	18
9. Рассылка и хранение	19
Приложение 1. Форма титульного листа	20
Приложение 2. Форма листа согласования документа	22
Приложение 3. Форма листа ознакомления с документом	22
Приложение 4. Форма листа регистрации изменений	22
Приложение 5. Форма информационной карты процесса	23
Приложение 6. Форма отчета о работе деканата	26
Приложение 7. Форма отчета о работе структурных подразделений	27
Приложение 8. Форма отчета о реализации процесса	28
Приложение 9. Форма отчета о выполнении решений советов (комиссий, заседаний кафедры) за 20__/20__ уч. г.	29
Приложение 10. Форма листа ознакомления студентов с приказами	29
Приложение 11. Форма реестра положений и других документов СМК, регламентирующих деятельность КГМУ	29
Лист согласования	30

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 3 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

1. Назначение и область применения

1.1. Настоящая документированная процедура (далее - ДП) устанавливает единые формы, правила обозначения, оформления, разработки, проверки, актуализации, утверждения, учета, хранения и рассылки документов СМК в КГМУ.

Управление документированной информацией заключается в создании условий, обеспечивающих получение и хранение необходимой документированной информации, ее быстрый поиск и доведение до потребителей в установленные сроки и с наименьшими затратами.

Требования процедуры обязательны для применения всеми структурными подразделениями, должностными лицами и работниками университета.

1.2. Целью ДП является обеспечение необходимыми актуализированными документами СМК всех работников КГМУ, использующих их в работе.

1.3. Область применения: все структурные подразделения КГМУ.

2. Нормативные ссылки

В настоящей ДП используются ссылки на следующие документы:

- ГОСТ Р 7.0.97-2016 Национальный стандарт Российской Федерации. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Организационно-распорядительная документация. Требования к оформлению документов;

- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;

- методическая инструкция «Система менеджмента качества. Общие требования к построению, содержанию, оформлению, утверждению «Положения о структурном подразделении» и «Должностной инструкции» и изменений к ним»;

- документированная процедура СМК «Управление записями»;

- инструкция по делопроизводству КГМУ.

3. Термины, определения, обозначения и сокращения

В настоящем документе использованы следующие термины и определения:

Актуализация документа – совокупность взаимосвязанных действий на различных стадиях от определения потребности в изменении до контроля его внесения.

Аннулирование документа – совокупность взаимосвязанных действий, направленных на прекращение срока действия документа.

Введение в действие документа – осуществление организационных и технических мероприятий, обеспечивающих выполнение требований документа на различных стадиях: от утверждения до обучения пользователей работе с документом.


Подлинник документа (оригинал) – первый или единственный экземпляр документа.

Копия документа – не имеющий юридической силы документ, полностью воспроизводящий информацию подлинного документа и все его внешние признаки или их часть.

Должностная инструкция – документ, устанавливающий обязанности, права, полномочия и ответственность, а также требования к квалификации должностного лица.

Методическая инструкция – документ, устанавливающий единые нормы и правила выполнения отдельных видов работ в университете, поясняющий требования какого-либо нормативного документа, не вошедшего в него в силу специфики работ и контроля за их выполнением с целью обеспечения функционирования СМК и поддержания соответствия требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Планирование разработки документов системы менеджмента качества – разработка плана по документированию СМК и организация его выполнения, обеспечивающая согласованную работу всех участников процесса документирования.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 4 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

Положение о структурном подразделении – документ, регламентирующий правовой статус структурного подразделения Университета и устанавливающий его задачи, взаимоотношения, структуру, правила организации работы подразделения.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и (или) взаимодействующих видов деятельности, использующих входы для получения намеченного результата.

Разработка документа – подготовка документа ответственным разработчиком и представление его на подпись заинтересованному лицу.

Регистрация документа – присвоение документу регистрационного номера, внесение сведений о документе в регистрационно-учетную форму.

Руководство по качеству – документ, определяющий систему менеджмента качества организации.

Согласование документа – снятие разногласий по содержанию и виду проекта документа между разработчиком и заинтересованными лицами путем внесения в него изменений и дополнений до проставления визы заинтересованными лицами.

Управление документом – совокупность взаимосвязанных видов деятельности на различных стадиях: от определения потребности в разработке документа до его аннулирования.

Хранение – обеспечение рационального размещения и сохранности документа.

Экспертиза документа – установление уполномоченными лицами соответствия проекта документа нормам и требованиям нормативных документов (НД), стандартов СМК вуза и методических инструкций системы менеджмента качества.

Электронный документ – документ, в котором информация представлена в электронно-цифровой форме.

Сокращения:

ISO (ИСО) – международная организация по стандартизации

ДИ – должностная инструкция

КГМУ – Курский государственный медицинский университет

ПСП – Положение о структурном подразделении

РК – руководство по качеству

СМК – система менеджмента качества

ДП – документированная процедура

ИКП – информационная карта процесса

МИ – методическая инструкция

НД – номенклатура дел

ОМКО УМУ – отдел менеджмента качества образования учебно-методического управления


ОРИКИД – отдел регистрации и контроля исполнения документов

4. Описание процедуры

4.1. Общие положения

Процесс управления документированной информацией включает следующие виды деятельности:

- разработка и оформление документов;
- согласование документов;
- введение в действие (утверждение, регистрация, тиражирование);
- рассылка документов;
- хранение документов;
- внесение изменений в документы;
- актуализация документов;

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 5 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

- вывод (аннулирование) документов из обращения (отмена, изъятие, уничтожение);
- архивирование/сдача в архив документов.

4.2. Структура документов системы менеджмента качества

4.2.1. Вся документация СМК подразделяется на шесть уровней:

- первый (уровень А);
- второй (уровень Б);
- третий (уровень В);
- четвёртый (уровень Г);
- пятый (уровень Д);
- шестой (уровень Е или базовый).

4.2.2. Главное требование к документам первого, второго, третьего и пятого уровней заключается в обеспечении их постоянной пригодности после своевременного внесения изменений (актуализации).

Основным требованием к документам четвертого уровня является сохранность данных для обеспечения прослеживаемости и доступа для последующего анализа, включая статистическую обработку.


4.3. Статус и уровень утверждения документов

Статус и уровень утверждения документа СМК определяются его расположением в иерархической структуре документации (таблица 1).

Таблица 1

Уровень утверждения документов СМК

Уровень документов	Наименование документа	Должностное лицо/ коллегиальный орган
Первый (А)	Миссия	Ректор, ученый совет Университета
	Видение	
	Политика университета в области качества	
	Цели университета в области качества	
	Руководство по качеству	
Второй (Б)	Документированные процедуры	Ректор
	Информационные карты процессов	Ректор, проректор по образовательной деятельности и общим вопросам
Третий (В)	Программа стратегического развития КГМУ	ученый совет Университета
	Дорожная карта КГМУ	ученый совет Университета
	План работы университета	ученый совет Университета
	План работы кафедры	Кафедральное заседание
	Планы работы служб, отделов, центров и других структурных подразделений	Уровень утверждения устанавливается по принадлежности
	Другие документы планирования	Уровень утверждения устанавливается по принадлежности
Четвертый (Г)	Записи по качеству (отчеты, протоколы, ведомости, перечни, графики и др.), как правило, не требуют утверждения (могут встречаться исключения, например, график работы работников кафедры утверждается ректором)	Преимущественно не требуют утверждения
Пятый (Д)	Организационная структура. Штатное расписание. Положения о структурных подразделениях. Должностные инструкции	ученый совет Университета, ректор
	Положения (правила, регламенты, порядки), регламентирующие деятельность университета	ученый совет Университета
	Инструкции, методические инструкции	Ректор, проректоры
	Другие внутренние организационно-правовые, нормативные и методические документы	Уровень утверждения устанавливается по принадлежности

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 6 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
Документированная процедура «Управление документацией»		

Дата утверждения является датой введения в обращение текущей версии документа, если документом не устанавливается иная дата введения документа в действие.

4.4. Общие требования к разработке документов СМК

При создании документов СМК необходимо:

- оценить ценность разработки документа;
- документировать только подтверждение выполнения требований СМК при реализации процессов;
- вести записи и данные по качеству;
- составлять текст понятным языком для всех пользователей.


4.5. Идентификация и прослеживаемость документов СМК

4.5.1. Для обеспечения идентификации, прослеживаемости и предотвращения непреднамеренного использования устаревших документов каждому документу СМК университета присваивается идентификационный номер и номер версии документа. Идентификационные номера для различных категорий документов представлены в таблице 2.


Таблица 2

Идентификационные номера документов СМК

Наименование Документа	Идентификационный Номер	Расшифровка
1. Руководство по Качеству	СМК-РК-7.5.3-XX-XX	СМК – система менеджмента качества РК – руководство по качеству 7.5.3 – пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 XX – номер версии документа, например, 2.0 XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии РК (например, 2021 год – 21)
2. Документированные процедуры	СМК-ДП- XX-XX-XX	СМК – система менеджмента качества ДП – документированная процедура XX – пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 XX – номер версии документа, например, 2.0 XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии ДП (например, 2021 год – 21)
3. Организационная структура	СМК-ОС-7.5.3-XX-XX	СМК – система менеджмента качества ОС – организационная структура 7.5.3 – пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 XX – номер версии документа, например, 2.0 XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии ОС (например, 2021 год – 21)
4. Положение о структурном	СМК-ПСП-XX-XX-XX	СМК – система менеджмента качества ПСП – положение о структурном подразделении

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 7 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
Документированная процедура «Управление документацией»		

подразделении		делении XX – аббревиатура названия структурного подразделения (например, кафедра хирургических болезней ФПО – ХБФПО) XX – номер структурного подразделения в соответствии с номенклатурой дел университета (например, 91) XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии ПСП (например, 2021 год – 21)
5. Должностная Инструкция	СМК-ДИ-XX-XX	СМК – система менеджмента качества ДИ – должностная инструкция XX – номер структурного подразделения в соответствии с номенклатурой дел университета (например, 91) XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии ДИ (например, 2021 год – 21)
6. Положения (порядки, правила), регламентирующие деятельность университета	СМК-П-7.5.3-XX-XX	СМК – система менеджмента качества П – положение, порядок, правила 7.5.3. – пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 XX – номер версии документа, например, 2.0 XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии положения (порядка, правил) (например, 2021 год – 21)
7. Регламент	СМК-Р-7.5.3-XX-XX	СМК – система менеджмента качества Р – регламент 7.5.3 – пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 XX – номер версии документа, например, 2.0 XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии регламента (например, 2021 год – 21)
8. Инструкции	СМК-И-7.5.3-XX-XX	СМК – система менеджмента качества И – инструкция 7.5.3 – пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 XX – номер версии документа, например, 2.0 XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии инструкции (например, 2021 год – 21)
9. Методические	СМК-МИ-7.5.3-XX-XX,	СМК – система менеджмента качества

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 8 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
Документированная процедура «Управление документацией»		

инструкции (рекомендации)	СМК-МР-7.5.3-XX-XX	МИ – методическая инструкция МР – методическая рекомендация 7.5.3. – пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 XX – номер версии документа, например, 2.0 XX – две последние цифры – год утверждения актуализированной версии МИ (МР) (например, 2021 год – 21)
------------------------------	--------------------	--

Номер версии документа указывается в центральной части титульного листа документа (нумерация версий сквозная: 1.0, 2.0, 3.0 и т.д.).

Идентификационные номера и номера версии не присваиваются следующим документам: Миссия, Видение, Политика в области качества, цели в области качества, Устав КГМУ, документы планирования, записи по качеству (служебные записки, докладные записки, ходатайства, объяснительные, рапорты и другие).

4.5.2. Отмененные версии документов подлежат особой идентификации, изъятию из документооборота и/или уничтожению; в случае необходимости для дальнейшего использования в работе – отдельному хранению.

В случае использования устаревших (отмененных) документов работниками КГМУ не по прямому назначению, их разрешается хранить в структурных подразделениях с надписями на титульном листе «Для справок» или «Отменен», датой отмены и подписью руководителя структурного подразделения или ответственного за делопроизводство и документооборот. Это является необходимым и достаточным условием для идентификации таких документов.

4.5.3. Приказам, распоряжениям присваиваются регистрационные номера в очередном порядке с начала календарного года. Протоколам заседаний ученого совета Университета и других советов, комиссий, заседаний кафедры присваиваются регистрационные номера в очередном порядке с начала учебного года.

Каждый документ СМК на различных стадиях его жизненного цикла обладает одним из следующих статусов:

- проект – с момента разработки до введения в действие (утверждения);
- действующий документ – документ, официально введенный в действие;
- недействующий (недействительный) документ – документ, официально замененный другим документом или выведенный из состава документации СМК.

4.6. Оформление документов системы менеджмента качества


4.6.1. Оформление документов СМК включает в себя:

- заполнение колонтитулов документа (для документов, имеющих колонтитулы);
- разработку текста документа;
- графическое описание процедур (при необходимости);
- оформление листа согласования документа (при необходимости);
- утверждение документа (при необходимости);
- оформление листа ознакомления с документом.

4.6.2. Верхние колонтитулы оформляются для следующих документов:

- руководство по качеству;
- документированные процедуры;
- положения о структурных подразделениях;
- положения (регламенты, правила, порядки), регламентирующие деятельность университе-

та;

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 9 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

- должностные инструкции;
- методические инструкции;
- инструкции.

Формы титульного листа, листа согласования, листа ознакомления и листа регистрации изменений представлены в Приложениях 1 – 4.

Оформление текста, реквизитов документов осуществляется согласно инструкции по делопроизводству КГМУ.

4.7. Разработка и согласование документации

4.7.1. Документация СМК КГМУ разрабатывается в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015, внешней и внутренней нормативной документации Университета.

4.7.2. При необходимости введения в обращение новых документов СМК Университета, решение об их разработке может быть принято в устной форме.

4.7.3. Проверка документов СМК на адекватность до их выпуска, актуализация и перетверждение осуществляется, исходя из изменений законодательства РФ, внутренней документации Университета, сроков пересмотра документации, требований потребителей и других заинтересованных сторон. Ответственность за проверку документов СМК возлагается на проректора по образовательной деятельности и общим вопросам.

4.7.4. Согласование документов СМК оформляется листом согласования по форме Приложения 2.

4.8. Управление документами в университете

4.8.1. Управление документами первого уровня (уровень А)

4.8.1.1. Документами первого уровня являются:

- Миссия;
- Видение;
- Политика в области качества;
- цели в области качества;
- руководство по качеству.

4.8.1.2. Миссия, Видение, Политика в области качества оформляются в виде отдельных документов. Политика в области качества обязательно включается в руководство по качеству.


4.8.1.3. Управление Миссией, Видением, Политикой в области качества.

Механизм разработки и утверждения Миссии, Видения, Политики в области качества университета включает несколько последовательных этапов с привлечением всех заинтересованных сторон:

1. Создание рабочей группы из числа проректоров университета, деканов факультетов, руководителей управлений, директора медико-фармацевтического колледжа, профессоров и доцентов неклинических кафедр, студентов, выдвинутых советом по качеству образования обучающихся, представителей практической фармации. Рабочая группа готовит проекты документов.

При подготовке проектов обязательно учитываются стратегические цели и задачи, определяемые Минобрнауки России, Рособнадзора, Минздрава России, а также приоритетные направления развития Университета, представленные в документах стратегического планирования.

2. Обсуждение проектов документов в структурных подразделениях, на совете по качеству образования, на ученых советах факультетов с участием работодателей, совете обучающихся по качеству образования. Замечания и предложения по проектам документов поступают в ОМКО УМУ, в котором под руководством проректора по образовательной деятельности и общим вопросам они анализируются и обобщаются.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 10 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

3. Уточнённые проекты документов утверждаются решением учёного совета и подписываются председателем ученого совета – ректором.

Переутверждение Миссии, Видения и Политики в области качества проводится в аналогичном порядке с использованием информации в ходе анализа СМК.

Обязательным требованием к оформлению Политики в области качества является наличие названия университета, И.О.Ф. ректора, его подписи, даты утверждения, гербовой печати.

Утверждённые документы размещаются на сайте КГМУ в разделе «Система менеджмента качества», рассылаются по электронной почте во все структурные подразделения университета через отдел регистрации и исполнения документов с оформлением листа рассылки. В структурных подразделениях Университета оформляются листы ознакомления с основополагающими документами СМК, на кафедрах информирование работников об утверждении новых версий документов может быть отражено в протоколах кафедральных заседаний. Актуализированные версии основополагающих документов СМК размещаются в доступных для работников и обучающихся местах структурных подразделений.

Политика в области качества Университета пересматривается по мере необходимости. Основой для подготовки новой версии Политики в области качества является изменение требований потребителей, условий внешней и внутренней среды деятельности Университета.

Ответственность за управление Политикой в области качества несёт проректор по образовательной деятельности и общим вопросам.

4.8.1.4. Управление целями в области качества Университета.

Цели в области качества на текущий учебный год разрабатываются проректором по образовательной деятельности и общим вопросам и утверждаются ректором Университета ежегодно в сентябре.

Разработка целей в области качества осуществляется с учетом:

- документов стратегического планирования («дорожной карты», программы стратегического развития вуза), политики в области качества;
- решений ученого совета Университета;
- требований потребителей;
- анализа результативности процессов в вузе.

Утверждённые цели в области качества рассылаются по электронной почте во все структурные подразделения, где они хранятся в бумажном виде в папке номенклатуры дел «Организационно-правовые документы, регламентирующие деятельность подразделения» или в электронном виде в каталоге кафедры. С учетом целей в области качества структурные подразделения разрабатывают годовые планы работы.

При разработке индивидуальных планов работы преподавателей учитываются мероприятия, запланированные в годовом плане работы кафедры.


4.8.1.5. Руководство по качеству должно содержать изложение принципов управления качеством, описание организационной структуры, процессов, влияющих на качество; включать ответственность и полномочия руководителей на всех уровнях управления и демонстрировать персоналу и внешним пользователям этого документа структуру СМК.

Оформление и изложение Руководства по качеству должно соответствовать требованиям настоящей процедуры.

4.8.2. Управление документами второго уровня (уровень Б)

4.8.2.1. Документами второго уровня являются: информационные карты процессов, документированные процедуры.

Алгоритм и матрица процедуры управления документами второго уровня приведены в таблице 3 (стр.12).

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 11 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

Примечание к шагам алгоритма

Шаг 1 – решение о разработке, внесении изменений или изъятии документа.

Решение о разработке, внесении изменений или изъятии документа принимается в случаях необходимости документирования процессов и процедур КГМУ, а также их изменений. Решение принимает ректор или проректор по образовательной деятельности и общим вопросам, начальник ОМКО УМУ, руководители структурных подразделений с учетом предложений по разработке, изменению или изъятию документов со стороны владельцев процессов.

Шаг 2 – разработка проекта документа или изменений документа.

При разработке документов в КГМУ учитываются:

- требования нормативно-правовых, организационно-распорядительных документов;
- требования потребителей-заказчиков, отраженные в текстах договоров, соглашений, письмах и т.п.;
- решения, принятые в КГМУ и др.

Требования к оформлению документированной процедуры:

- титульный лист оформляется по форме Приложения 1;
- начиная со второго листа, и до последнего для четкой идентификации документа оформляется верхний колонтитул, в котором указывается название Университета, документа, идентификационный номер документа, номер текущей страницы и общее количество страниц;
- в приложения к ДП выносят формы документов и справочный материал.

Каждая ДП должна включать следующие разделы:

- назначение и область применения;
- нормативные ссылки;
- термины, определения, обозначения и сокращения;
- описание процедуры (описание порядка и методик действий – фактическое содержание);
- требования к ресурсам;
- порядок внесения изменений;
- порядок согласования и ознакомления с документами;
- рассылка и хранение;
- приложения;
- лист согласования (Приложение 2).


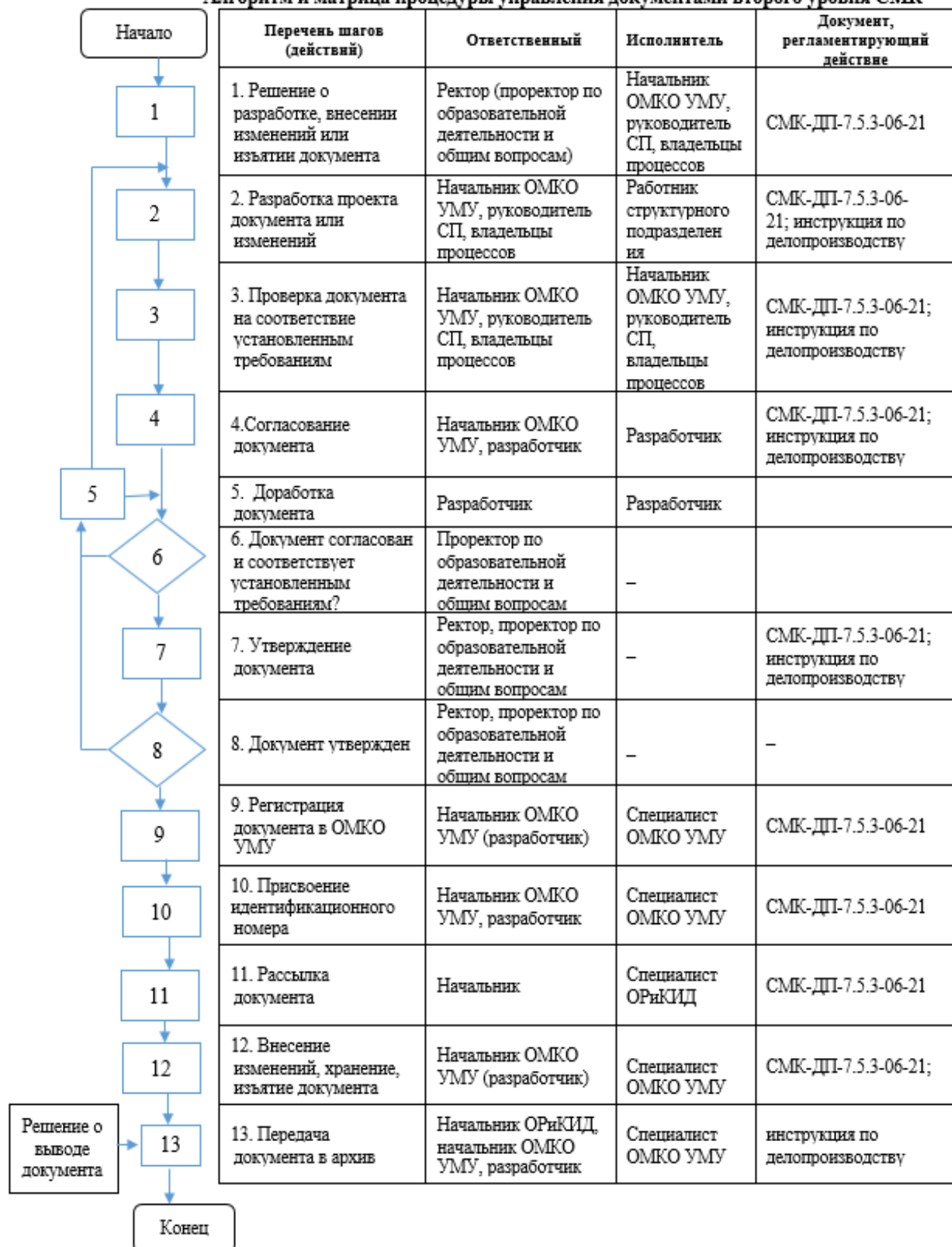

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 12 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
Документированная процедура «Управление документацией»		

Таблица 3

Алгоритм и матрица процедуры управления документами второго уровня СМК



	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 13 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

Требования к оформлению информационной карты процесса:

Каждая ИКП должна включать обязательные разделы:

- общие сведения;
- поставщики и входы процесса;
- выходы (результаты) процесса и их потребители;
- обеспечение процесса;
- виды рисков для процесса;
- управление процессом;
- показатели функционирования процесса.

Форма ИКП представлена в Приложении 5.

Шаг 3 – присвоение идентификационного номера (таблица 2, стр. 6).

Шаг 4 – проверка документа на соответствие установленным требованиям. Проверку может осуществлять владелец процесса, руководитель структурного подразделения, сотрудник ОМКО УМУ. В случае соответствия документа установленным требованиям он передается разработчиками на согласование с ответственными лицами.

Шаг 5, 6, 7 – далее проект документа или документ с изменениями передается на согласование начальнику управления правового обеспечения и государственного заказа деятельности Университета, проректору по образовательной деятельности и общим вопросам и/или владельцу процесса и другим лицам, ответственным за его содержание. В случае несоответствия установленным требованиям документ передается на доработку разработчику.

Документ, соответствующий требованиям, передается на утверждение ректору или проректору по образовательной деятельности и общим вопросам.

Шаг 8, 9 – утверждение документа. При утверждении документа в случае выявления несоответствия установленным требованиям он передается на доработку разработчику.

Шаг 10 – регистрация документа в ОМКО УМУ (занесение в Реестр положений и документов, регламентирующих деятельность КГМУ).

Шаг 11 – рассылка, внесение изменений, хранение, изъятие документа.

а) рассылка

Рассылка документов СМК осуществляется в соответствии с требованиями раздела 9 настоящей ДП.

б) внесение изменений

Внесение изменений осуществляется в соответствии с требованиями раздела 7 настоящей ДП.

в) хранение

Хранение документов осуществляется в соответствии с требованиями раздела 9 настоящей ДП.

г) изъятие

Использование в текущей работе отмененных документов не допускается.

Шаг 12 – передача документов в архив.


Передача документов в архив выполняется в соответствии с Инструкцией по делопроизводству КГМУ.

4.8.3. Управление документами третьего уровня (уровень В)

4.8.3.1. К документам третьего уровня относятся различные виды документов планирования (Программа стратегического развития университета, «дорожная карта» Университета, планы работ структурных подразделений, планы работ общественных и коллегиальных объединений).

В планы работы рекомендуется включать следующие графы:

- наименование работ (мероприятий);

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 14 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

- ответственные и/или исполнители работ;
- срок выполнения;
- отметка о выполнении.

4.8.3.2. Выполнение Программы развития университета ежегодно отслеживается высшим руководством университета. В конце срока действия данной программы готовится отчет по выполнению всех мероприятий.

4.8.3.3. Разработка и управление планами внутренних аудитов осуществляется в соответствии с ДП «Внутренние аудиты».

4.8.3.4. Документы планирования для кафедр (план работы кафедры) разрабатываются согласно требованиям внутренних документов Университета.

Планы работы других структурных подразделений разрабатываются руководителями и утверждаются, в случае необходимости, соответствующими должностными лицами.

Планы работы структурных подразделений включают общие виды деятельности подразделения, а также мероприятия, направленные на решение организационно-распорядительных вопросов.

4.8.3.5. Планы работы общественных и коллегиальных объединений подписываются разработчиком и, в случае необходимости, утверждаются соответствующим должностным лицом.

4.8.3.6. Планы работы структурных подразделений, в т. ч. кафедр, разрабатываются на основании документов стратегического планирования, Политики, целей в области качества, корректирующих и предупреждающих мероприятий, отчета о работе за предыдущий год, в котором отражены недостатки и предложения по совершенствованию деятельности подразделения.

4.8.3.7. Планы работы советов, комиссий и других коллегиальных и общественных объединений готовятся ответственными лицам и передаются ответственному проректору для формирования плана работы университета на учебный год. План работы университета утверждается на первом заседании ученого совета Университета в текущем учебном году и в изданном виде передается ответственным лицом в отдел регистрации и контроля исполнения документов. Отдел регистрации и контроля исполнения документов рассылает план работы Университета во все структурные подразделения.

4.8.4. Управление документами четвертого уровня (уровень Г)


4.8.4.1. Управление документами четвертого уровня – записями по качеству осуществляется согласно ДП «Управление записями».

4.8.4.2. По итогам учебного (календарного) года руководители структурных подразделений и владельцы процессов готовят отчеты о работе (реализации процессов):

- отчеты о работе кафедр формируются в электронном виде по итогам рейтингового контроля качества деятельности преподавателей КГМУ;
- отчеты о работе деканатов готовятся по форме Приложения 6;
- отчеты о работе структурных подразделений (кроме кафедр и деканатов) готовятся по форме Приложения 7;
- отчеты о реализации процессов готовятся по форме Приложения 8.

4.8.4.3. Отчеты о работе кафедр формируются в электронном виде по результатам заполнения рейтинговой системы контроля качества деятельности преподавателей. Недостатки и предложения кафедры вносят самостоятельно в сформированный электронный отчет, затем его распечатывают и хранят в папке «Годовой отчет о работе кафедры» НД кафедры.

4.8.4.4. Сроки подготовки отчетов о деятельности деканатов, служб, отделов и реализации процессов определяются распоряжениями высшего руководства университета. В случае отсутствия таких распоряжений отчеты подаются до 20 июня проректорам по направлениям деятельности в соответствии с подчиненностью согласно организационной структуре Университета. Про-

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 15 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

ректоры предоставляют аналитическую информацию о работе подчиняемых им служб и отделов ректору.

4.8.4.5. Проректор по образовательной деятельности и общим вопросам проводит анализ СМК на основании отчетов о работе структурных подразделений и реализации процессов и доводит информацию до ректора.

Отчет по анализу СМК Университета должен включать:

- сведения о выполнении запланированных мероприятий (результативности процессов вуза);
- результаты анализа функционирования процессов в соответствии с установленными критериями результативности в ИКП;
- достижения в деятельности СП (выполнении процесса);
- недостатки (несоответствия) в работе СП (реализации процесса);
- корректирующие мероприятия, направленные на устранения выявленных несоответствий;
- предложения по улучшению деятельности СП/реализации процесса (предупреждающие мероприятия).

Требования к анализу проведенных корректирующих и предупреждающих действий представлены в документированной процедуре «Управление корректирующими и предупреждающими действиями».

4.8.4.6. При подготовке отчетов для анализа работы СП руководители должны использовать следующие входные данные: цели в области качества Университета; план работы СП, план корректирующих и предупреждающих мероприятий и другие документы планирования; отчет о проведении внутреннего (внешнего) аудита; решения советов, комиссий, заседаний кафедры; результаты оценки удовлетворенности потребителей и т.д.

Анализ работы СП должен проводиться с периодичностью не менее 1 раза в год.

4.8.4.7. Выполнение решений общеуниверситетских советов (комиссий), заседаний кафедры отслеживается и регистрируется секретарями. Вопросы выполнения решений советов (комиссий), заседаний кафедры докладываются на заседаниях соответствующих структурных и функциональных подразделений.

4.8.4.8. С целью обеспечения выполнения решений общеуниверситетских советов (комиссий) докладчик, выступающий на совете (комиссии) должен:

- предварительно согласовать проект решения с лицами, ответственными за его исполнение, и председателем совета (комиссии);
- информировать лиц, ответственных за выполнение, о принятом решении в течение 10 дней с момента его принятия;
- предоставить электронную версию решения секретарю совета (комиссии) в течение 10 дней с момента его принятия.

С целью контроля выполнения решений общеуниверситетских советов (комиссий) в Университете создана электронная система контроля выполнения решений советов и комиссий. Секретари советов и комиссий в течение учебного года отслеживают выполнение этих решений.


4.8.4.9. Выполнение решений общеуниверситетских советов (комиссий), касающихся деятельности кафедры, отслеживается заведующим кафедрой. Информация о выполнении принятых решений заслушивается на заседании кафедры не реже 2 раз в год.

4.8.4.10. В конце учебного года секретарь совета (комиссии), заседания кафедры готовит в табличной форме отчет о выполнении решений по форме Приложения 9.

4.8.5. Управление документами пятого уровня (уровень Д)

4.8.5.1. К документам пятого уровня относятся:

- Устав Университета;

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 16 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

- организационная структура Университета;
- должностные инструкции,
- положения о структурных подразделениях;
- положения (правила, регламенты, порядки) по основным видам деятельности;
- приказы, распоряжения;
- учебно-методическое обеспечение дисциплин и др.

4.8.5.2. Документы уровня Д разрабатываются в порядке, предусмотренном инструкцией по делопроизводству в КГМУ, методической инструкцией «Система менеджмента качества. Общие требования к построению, содержанию, оформлению, утверждению «Положения о структурном подразделении» и «Должностной инструкции» изменений к ним», а также в соответствии с настоящей ДП.

4.8.5.3. Устав Университета, все изменения и дополнения к нему утверждаются Министерством здравоохранения и подлежат государственной регистрации в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4.8.5.4. Организационная структура университета разрабатывается высшим руководством (ректор, проректоры), согласовывается с начальником управления правового обеспечения и государственного заказа, начальником управления персоналом и кадровой работы, начальником отдела менеджмента качества образования УМУ и утверждается решением ученого совета Университета. В организационную структуру по мере необходимости могут быть внесены изменения (создание, ликвидация или реорганизация структурных подразделений).

4.8.5.5. Порядок разработки, оформления, утверждения, введения в действие, актуализации и хранения положений о структурных подразделениях и должностных инструкций работников осуществляется в соответствии с методической инструкцией «Общие требования к построению, содержанию, оформлению, утверждению «Положения о структурном подразделении» и «Должностной инструкции» и изменений к ним».


4.8.5.6. Положения (правила, регламенты, порядки), регламентирующие основные виды деятельности Университета разрабатываются ответственными лицами после принятия высшим руководством решения о разработке.

Согласование положений (правил, регламентов, порядков) по основным процессам и видам деятельности проводится со следующими должностными лицами:

- проректором по соответствующему направлению деятельности;
- начальником управления правового обеспечения и государственного заказа;
- владельцем процесса (при необходимости);
- председателем профкома (если документы связаны с трудовой деятельностью сотрудника);
- начальником управления персоналом и кадровой работы (кадровые вопросы);
- начальником управления финансово-экономической деятельности (финансовые вопросы);
- начальником отдела менеджмента качества образования УМУ (вопросы менеджмента и мониторинга);
- другими должностными лицами (при необходимости).

Документы обсуждаются и утверждаются ректором или решением ученого совета Университета (таблица 1, стр. 5).

После утверждения в течение семи дней разработчик подписывает два экземпляра подлинника положения (правил, регламентов, порядков) у всех должностных лиц, указанных в листе согласования и на титульном листе, ставит гербовую печать в отделе регистрации и контроля исполнения документов и передает два экземпляра в отдел менеджмента качества образования УМУ.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 17 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

Затем ОМКО УМУ передает один экземпляр подлинника – техническому секретарю ученого совета Университета. Копия утвержденного документа при необходимости остается у разработчика.

Разработчик документа совместно с отделом менеджмента качества образования УМУ оформляет лист рассылки пользователям утвержденного положения (правил, регламентов, порядков). Рассылку утвержденных документов осуществляет отдел регистрации и контроля исполнения документов.

В структурных подразделениях – пользователях, получивших положения (правила, регламенты, порядки), оформляются листы ознакомления работников с документами, которые хранятся в папке НД «Организационно-правовые документы, регламентирующие деятельность структурного подразделения». Для кафедр разрешается заменять листы ознакомления соответствующей записью в протоколах кафедральных заседаний.

4.8.5.7. Требования к разработке, оформлению приказов (распоряжений) в университете регламентируются инструкцией по делопроизводству в КГМУ. Доведение содержания приказа (распоряжения) до адресата оформляется записью (подпись на приказе (распоряжении) или лист ознакомления с приказом (распоряжением)), который хранится в папке НД «Организационно-правовые документы, регламентирующие деятельность структурного подразделения».

Для ознакомления студентов с приказами студенческая канцелярия передает листы ознакомления в соответствующие деканаты, после чего листы ознакомления возвращаются в студенческую канцелярию. Ответственность за оформление листа ознакомления с приказами (Приложение 10) несет декан факультета.

Алгоритм и матрица процедуры управления документами пятого уровня соответствует таблице 3 (стр. 12).

4.8.5.8. Документация, поступающая в структурные подразделения и требующая контроля исполнения (распоряжения, приказы, информационные письма) отслеживается руководителем структурного подразделения. Свидетельством контроля исполнения является наличие соответствующих записей на данных документах (например, отчет подготовлен и отправлен по электронной почте, дата, подпись, ответственного лица; информация доведена до сведения сотрудников, дата, подпись ответственного лица и др.).

4.8.6. Управление документами шестого уровня (уровень Е)

4.8.6.1. К документам шестого уровня относятся внешние организационно-правовые, нормативные и технические документы, регламентирующие деятельность вуза.


4.8.6.2. Нормативные документы внешнего происхождения: Законы РФ, постановления Правительства РФ, приказы Минздрава России, федеральные государственные образовательные стандарты, распоряжения вышестоящих организаций, стандарты ИСО поступают или приобретаются КГМУ в установленном порядке. Все поступающие документы регистрируются в отделе регистрации и контроля исполнения документов в «Журнале регистрации поступающих документов», передаются ректору, который выносит резолюцию о передаче в соответствующие структурные подразделения, проректорам по направлениям подготовки или другим работникам.

4.8.6.3. Входящая документация, требующая контроля исполнения, отслеживается начальником отдела регистрации и контроля исполнения документов.

4.8.6.4. Актуализацию и контроль внешних организационно-правовых, нормативных и технических документов, регламентирующих деятельность вуза, осуществляет начальник управления правового обеспечения и государственного заказа.

5. Управление копиями документов

Копии внутренних документов, поступивших в структурное подразделение, хранятся в соответствующей папке согласно перечню по НД подразделения.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 18 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

На копиях документов, поступивших по электронной почте, полученных в других службах и отделах, выполненных на бумажных носителях и не идентифицированных подписью и датой, в обязательном порядке проставляется запись «получено по электронной почте», дата и подпись руководителя структурного подразделения или ответственного за получение электронной почты.

6. Требования к ресурсам

Вид и объем ресурсов, необходимых для разработки ДП, ИКП, других документов, планируются в ходе разработки документов и согласуются с руководителями соответствующего уровня.

7. Порядок внесения изменений

Внесение изменений в соответствующие документы осуществляется по схеме его первоначальной разработки.

Изменения в документ имеют право вносить: ректор, начальник управления правового обеспечения и государственного заказа, проректор по образовательной деятельности и общим вопросам. Обо всех вносимых изменениях в документы необходимо информировать ОМКО УМУ.

Изменения, внесенные в документ, проверяются, согласовываются и утверждаются теми же лицами, которые проводили проверку, согласование и утверждение первоначального варианта документа.

Размножение и рассылка изменений осуществляется в том же порядке, как и первоначального документа.

Изменения в текст документа могут вноситься путем замены листов, в которые вносятся изменения, новыми листами с измененным текстом в оригинале документа и его копиях.

Замену листов осуществляет ответственный за делопроизводство СП.

Изменения документа в обязательном порядке доводятся до сведения работников структурного подразделения – пользователя.

8. Порядок согласования и ознакомления с документами

Документы, требующие оформления листа согласования:


- руководство по качеству;
- документированные процедуры;
- ИКП;
- отдельные документы планирования;
- отдельные записи по качеству;
- организационная структура университета;
- должностные инструкции;
- положения, инструкции, правила, регламенты, порядки;
- отдельные документы учебно-методического обеспечения дисциплин (модулей) (рабочая программа дисциплины (модуля) и т.д.).

Лист согласования оформляется по форме Приложения 2.

Согласование документов осуществляется в следующем порядке:

- разработчик определяет круг должностных лиц, с которыми проводится согласование;
- подписание документа должностными лицами выполняется снизу-вверх.

Для всех документов СМК оформляется лист ознакомления. Разработчик определяет перечень структурных подразделений – пользователей документа, в которых оформляется лист ознакомления (Приложение 3). Кафедрам разрешается заменять листы ознакомления соответствующей записью в протоколах кафедральных заседаний.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 19 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	
	Документированная процедура «Управление документацией»	

9. Рассылка и хранение


Адреса рассылки документов СМК определяются разработчиками документа по согласованию с проректором по образовательной деятельности и общим вопросам и начальником ОМКО УМУ.

Новый утвержденный документ или новая редакция существующего документа рассылается по электронной почте в структурные подразделения через отдел регистрации и контроля исполнения документов.

Оригиналы документов СМК для их учета, контроля и своевременной актуализации хранятся в ОМКО УМУ. В ОМКО УМУ ведется «Реестр положений и других документов СМК, регламентирующих деятельность КГМУ», в котором представлены все актуализированные версии документов, регламентирующих деятельность Университета (Приложение 11). Реестр положений и других документов СМК обновляется по мере утверждения новых версий документов.


Хранение документов осуществляется в доступных местах, обеспечивающих их защиту от порчи, потери и ухудшения состояния в соответствии с Инструкцией по делопроизводству в КГМУ и сроками хранения по НД структурного подразделения.

Ответственными за контроль документации КГМУ в структурных подразделениях являются назначенные лица (ответственные за делопроизводство), а в случае их отсутствия руководители структурных подразделений.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 20 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	Документированная процедура «Управление документацией»	
СМК-ДП-7.5.3-6.0-21		

Приложение 1

Форма титульного листа

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. _ из _
	Категория документа	
	Пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015, требующего управление документом	
Идентификационный номер документа	Наименование документа	

УТВЕРЖДАЮ
 Ректор ФГБОУ ВО КГМУ
 Минздрава России
 профессор _____ В.А. Лазаренко
 « ____ » _____ 20 __ г.

Наименование документа

Идентификационный номер документа

Версия (при необходимости)

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 21 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

Пример

Форма титульного листа
положения о балльно-рейтинговой системе оценки качества освоения обучающимися основных образовательных программ

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. __ из __
	Положение	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
	Положение о балльно-рейтинговой системе оценки качества освоения обучающимися основных образовательных программ	
СМК-П-7.5.3-6.0-20		

УТВЕРЖДЕНО
решением учёного совета
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России
(протокол от 09.11.2020 № 3)

Ректор, председатель учёного совета Университета
профессор _____ В.А. Лазаренко

Положение
о балльно-рейтинговой системе оценки качества освоения обучающимися
основных образовательных программ

СМК-П-7.5.3-6.0-20

Версия 6.0

Курск – 2020

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 23 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3- 6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

Приложение 5

Форма информационной карты процесса

УТВЕРЖДАЮ
ректор КГМУ

профессор _____ Лазаренко В.А.

«__» _____ 20__ г..

ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА ПРОЦЕССА

№ _____ « _____ »

1. Общие сведения	Код процесса:
№ версии и дата: Версия __ Дата: «__» _____ 20__ г.	Владелец(цы) процесса:
Цель процесса:	Руководитель(и) процесса:

2. Поставщики и входы процесса	
Вход в процесс (информация, материалы, записи и пр., необходимые для выполнения процесса)	Поставщик процесса (процессы, подразделения образовательной организации, предоставляющие данные для процесса)

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 24 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

3. Выходы (результаты) процесса и их потребители

Результат (выход) процесса (информация, продукция, услуги, записи, являющиеся результатом процесса)	Потребители процесса (другие процессы, подразделения образовательной организации, использующие результат данного процесса)

4. Обеспечение процесса

Поставщики, процессы и подразделения, обеспечивающие процесс	Виды данных (объектов)

5. Виды рисков для процесса

Наименование риска	Тяжесть последствий*, Т	Вероятность возникновения*, В	Уровень Р = Т*В	Процесс управления

6. Управление процессом

Регламентирующая документация

7. Показатели функционирования процесса

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 25 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3- 6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

Показатели	Критерии результативности

Разработано:

должность, ученое звание разработчика _____ И.О. Ф.
подпись

Согласовано:

должность, ученое звание _____ И.О. Ф.
подпись

должность, ученое звание _____ И.О. Ф.
подпись

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 26 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

Приложение 6

Форма отчета о работе деканата

УТВЕРЖДАЮ
 проректор по образовательной деятельности
 и общим вопросам
 профессор _____ П.В. Калущий
подпись
 « ____ » _____ 20__ г.

Отчет
 о работе _____
(наименование деканата)
 за 20__/20__ уч. г.

1. Результаты анализа работы деканата

№ п/п	Наименование запланированного мероприятия	Информация о выполнении (причина невыполнения)

2. Несоответствия в работе деканата

№ п/п	Несоответствия (недостатки), выявленные в работе структурного подразделения	Корректирующие и предупреждающие действия, направленные на устранения выявленных несоответствий

3. Достижения, полученные по итогам работы деканата:

4. Предложения по улучшению деятельности деканата:

Декан _____ факультета,
 профессор (доцент)

_____ (подпись)

_____ И.О.Ф.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 27 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

Приложение 7

Форма отчета о работе структурного подразделения

УТВЕРЖДАЮ
проректор по направлению деятельности

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

Отчет
о работе _____
(наименование структурного подразделения)
за 20__ / 20__ уч. г. (календарный год)

1. Результаты анализа работы структурного подразделения

№ п/п	Наименование запланированного мероприятия	Информация о выполнении (причина невыполнения)

2. Несоответствия в работе структурного подразделения

№ п/п	Несоответствия (недостатки), выявленные в работе структурного подразделения	Корректирующие и предупреждающие действия, направленные на устранения выявленных несоответствий

3. Достижения, полученные по итогам работы структурного подразделения:

4. Предложения по улучшению деятельности структурного подразделения:

Руководитель структурного
подразделения

_____ (подпись)

_____ И.О.Ф.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 28 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3-6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

Приложение 8

Форма отчета о реализации процесса

Отчет
о реализации процесса « _____ »
(наименование процесса)
за 20__/20__ уч. г. (календарный (учебный) год)

1. Результаты анализа функционирования процесса

№ п/п	Показатели функционирования процесса	Сведения о выполнении процесса в соответствии с критериями результативности

2. Несоответствия по процессу

№ п/п	Несоответствия (недостатки), выявленные в ходе реализации процесса	Корректирующие и предупреждающие действия, направленные на устранения выявленных несоответствий

3. Достижения, полученные по итогам реализации процесса:

4. Предложения по улучшению результативности процесса:

Руководитель процесса,
профессор (доцент)

_____ (подпись)

_____ И.О.Ф.

	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	Стр. 30 из 32
	Документированная процедура	
	7.5.3. Управление документированной информацией	
СМК-ДП-7.5.3- 6.0-21	Документированная процедура «Управление документацией»	

Лист согласования

Разработано:

начальник ОМКО УМУ доцент



Т.А. Олейникова

Согласовано:

проректор по образовательной деятельности
и общим вопросам профессор



П.В. Калущкий

начальник отдела регистрации
и контроля исполнения документов




Н.А. Попельнихова

директор центра информатизации



Е.А. Коновалов

начальник управления персоналом
и кадровой работы



Н.Н. Сорокина

начальник управления правового
обеспечения и государственного заказа –
руководитель контрактной службы



Л.Н. Антошин

