	Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6.1-23	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 1
			стр. 1 из 23

УТВЕРЖДАЮ
Ректор С. И. Косенко

«31» августа 2023 г.



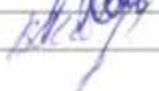
Документированная процедура

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

ДП-1.6.1-23

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

СОГЛАСОВАНО:

Должность	Фамилия И.О.	Подпись	Дата
Первый проректор, представитель руководства по качеству	Даниленко И.Н.		<u>30.08.2023</u>
Проректор по учебно-методической работе	Коновалова Е.В.		<u>21.08.2023</u>
Проректор по науке и технологиям	Оствальд Р.В.		<u>30.08.2023</u>
Проректор по молодежной политике	Болотов С.В.		<u>30.08.2023</u>
Проректор по развитию	Безуевская В.А.		<u>30.08.2023</u>
Проректор по финансово-экономической деятельности и имущественному комплексу	Шабанова И.В.		<u>17.08.2023</u>
Проректор по безопасности	Хисматуллин В.М.		<u>04.08.2023</u>
Начальник юридического отдела	Шоров В.В.		<u>16.08.2023</u>

СОСТАВИЛ:

Начальник отдела менеджмента качества образования	Климович Л.А.		<u>16.08.2023</u>
---	---------------	---	-------------------

Содержание

1. Назначение и область применения	4
2. Нормативные правовые основания.....	4
3. Термины и определения	4
4. Общие положения	5
5. Выявление несоответствий и потенциальных несоответствий	6
6. Анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения	7
7. Разработка плана корректирующих действий	8
8. Выполнение корректирующих действий	9
9. Оценка результативности и эффективности выполненных действий	9
10. Анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий	9
11. Разработка плана предупреждающих действий.....	10
12. Выполнение предупреждающих действий	10
13. Оценка результативности и эффективности выполненных действий	11
14. Ответственность.....	11
15. Управление рисками в процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий	12
16. Взаимодействие с другими процессами СМК.....	12
Приложение 1. Блок-схемы подпроцессов «Управление корректирующими действиями», «Разработка плана корректирующих действий», «Выполнение корректирующих действий», «Оценка результативности и эффективности выполненных действий»	13
Приложение 2. Блок-схемы подпроцессов «Управление предупреждающими действиями», «Разработка плана предупреждающих действий», «Выполнение предупреждающих действий».....	17
Приложение 3. Форма плана корректирующих действий.....	20
Приложение 4. Форма плана предупреждающих действий.....	21
Лист регистрации изменений	22
Лист ознакомления	23

Список используемых сокращений

- ВНТД – внешняя нормативно-техническая документация
- ДИ – должностная инструкция
- ДП – документированная процедура
- МИ – методическая инструкция
- ОМКО – отдел менеджмента качества образования
- ППСС – положение подразделения студенческого самоуправления
- ПСП – положение о структурном подразделении
- ПРК – представитель руководства по качеству
- РИ – рабочая инструкция
- СМК – система менеджмента качества
- СТО – стандарт организации

СурГУ

1. Назначение и область применения

1.1. Документированная процедура (далее – ДП) устанавливает порядок планирования и проведения корректирующих и предупреждающих действий относительно выявленных в деятельности БУ ВО «Сургутский государственный университет» (далее – СурГУ, Университет) и ее результатах несоответствий (потенциальных несоответствий).

1.2. ДП входит в модель процессов системы менеджмента качества (далее – СМК) СурГУ и обязательна для применения всеми структурными подразделениями, должностными лицами и работниками Университета.

2. Нормативные правовые основания

2.1. ДП разработана на основе следующих нормативных документов:

- Федерального закона Российской Федерации от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- ГОСТ ISO 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Общие положения и словарь»;
- ГОСТ ISO 19011:2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»;
- ГОСТ ISO 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ Р 52614.2-2006 «Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;
- Устава БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
- ОРК «Общее руководство по качеству».

2.2. В ДП имеются ссылки на следующие документы:

- ДП-1.9.1 «Внутренний аудит СМК»;
- ДП-1.11.1 «Анализ СМК со стороны руководства»;
- ДП-1.12.1 «Управление несоответствующей продукцией (услугой)»;
- МИ-1.8.2 «Статистические методы для анализа данных».

3. Термины и определения

Анализ – определение пригодности, адекватности или результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей.

Аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и их объективного оценивания для установления степени соответствия критериям аудита.

Валидация – подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного использования или применения, выполнены.

Значительное несоответствие – несоответствие, которое с большой вероятностью может повлечь (или повлекло) невыполнение требований (в том числе обязательных) либо привести (или привело) к значительному увеличению затрат ресурсов или существенному снижению удовлетворенности заинтересованных сторон.

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия и предупреждения его повторного возникновения.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Незначительное несоответствие – отдельные несистематические упущения, ошибки, недочеты в функционировании СМК, документации или процедурах, которые могут впоследствии, при их накоплении, привести к невыполнению требований (в том числе обязательных), а также к снижению результативности процессов СМК.

Несоответствие – невыполнение требований.

Предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

Процедура – установленный способ осуществления деятельности процесса.

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Эффективность – соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

4. Общие положения

4.1. Целью процесса является улучшение функционирования СМК путём определения и устранения причин выявленных и потенциальных несоответствий.

4.2. Процесс «Корректирующие и предупреждающие действия» планируется и предпринимается в отношении процессов и процедур для достижения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон и включает в себя подпроцессы:

- управление корректирующими действиями;
- управление предупреждающими действиями.

4.3. Подпроцесс «Управление корректирующими действиями» состоит из следующих основных этапов:

- анализа выявленных несоответствий и определения причин их возникновения;
- разработки плана корректирующих действий (в случае необходимости);
- выполнения корректирующих действий;
- оценки результативности и эффективности выполненных действий.

4.4. Подпроцесс «Управление предупреждающими действиями» состоит из следующих основных этапов:

- анализа потенциальных несоответствий и определения потребности в разработке предупреждающих действий;
- разработки плана предупреждающих действий;
- выполнения предупреждающих действий;
- оценки результативности и эффективности выполненных действий.

4.5. Блок-схемы подпроцессов представлены в Приложениях 1-2.

4.6. Владельцем процесса «Корректирующие и предупреждающие действия» является представитель руководства по качеству (далее – ПРК).

4.7. Входные и выходные данные процесса представлены на рисунке.

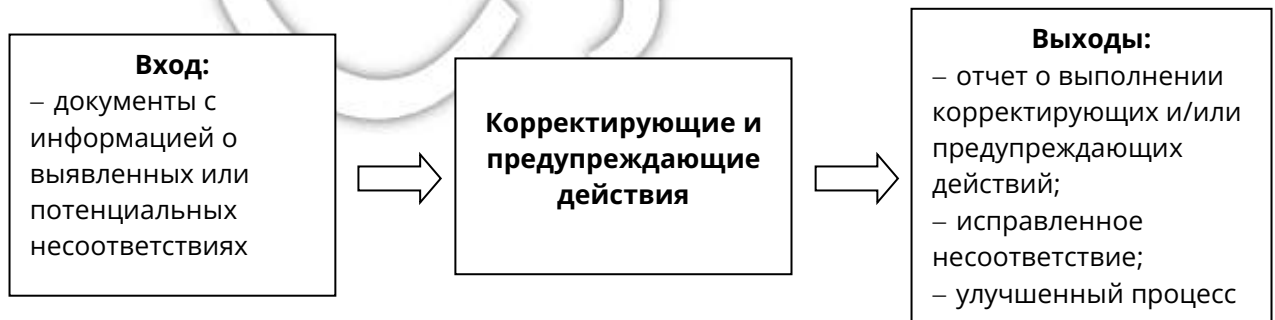



Рис. Входы и выходы процесса «Корректирующие и предупреждающие действия»

	СМК СурГУ ДП-1.6.1-23	
	Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 1 стр. 6 из 23

4.8. Критерии результативности процесса:

- все выявленные несоответствия проанализированы и устранены;
- отсутствуют повторяющиеся несоответствия;
- относительно всех выявленных и потенциальных несоответствий разработаны и реализуются предупреждающие действия.

5. Выявление несоответствий и потенциальных несоответствий

5.1. Выявление несоответствий осуществляется в ходе:

- контроля показателей процессов СМК;
- анализа процессов СМК руководителями или работниками СурГУ;
- проведения внешних и внутренних аудитов структурных подразделений Университета;
- проведения опроса и анкетирования потребителей и работников СурГУ;
- работы с жалобами, претензиями и обращениями обучающихся и иных категорий потребителей.

5.2. Выявление потенциальных несоответствий и их причин осуществляется в ходе сбора и анализа информации на всех этапах реализации образовательных программ посредством:

- анализа потребностей и ожиданий потребителей;
- анализа работы структурных подразделений;
- измерения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- мониторинга и оценки показателей процессов;
- мониторинга и оценки качества обучения;
- анализа соответствующих записей;
- анализа результатов внутренних и внешних аудитов СМК Университета;
- анализа других источников информации.

5.3. Источниками информации могут служить документы, содержащие данные о динамике и тенденциях показателей качества образования и процессов, в том числе:

- отчеты о результатах внутреннего и внешнего аудита СМК Университета;
- результаты успеваемости обучающихся;
- данные об удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- данные о рекламациях (обращениях, жалобах) потребителей;
- сведения о компетентности работников Университета;
- иные данные и сведения.

5.4. Несоответствия (потенциальные несоответствия) по значимости могут быть двух видов:

- значительные несоответствия;
- незначительные несоответствия.

5.5. Несоответствия (потенциальные несоответствия) могут относиться:

- к управленческой деятельности;
- процессам реализации образовательных программ;
- процессам обеспечения ресурсами и вспомогательным процессам;
- процессам мониторинга, измерения, анализа и улучшения.

5.6. Несоответствия (потенциальные несоответствия) управленческой деятельности:

- несогласованность целей структурных подразделений с целями Университета, Политикой в области качества и иными политиками;
- неполнота и недостоверность информации, необходимой для принятия управленческих решений;
- неоднозначность принятых управленческих решений;

- невыполнение управленческих решений (приказов, распоряжений, указаний);
- нарушение планов работы структурных подразделений;
- несвоевременное выделение финансовых средств и иных ресурсов;
- другие виды несоответствий.

5.7. Несоответствия (потенциальные несоответствия) процессов реализации образовательных программ:

- нарушение процедуры и правил приема абитуриентов в Университет;
- отклонение от норм установленных показателей применительно к образовательной деятельности Университета;
- несоответствия, выявленные органами, осуществляющими государственный надзор в сфере образования;
- несоответствия, выявленные в ходе внешних аудитов;
- несоответствия, выявленные в ходе анализа претензий и жалоб потребителей;
- отступление от контрактов на подготовку специалистов;
- другие виды несоответствий.

5.8. Несоответствия (потенциальные несоответствия) процессов обеспечения ресурсами и вспомогательных процессов:

- недостаточная компетентность персонала;
- нарушение требований техники безопасности и охраны труда;
- недостаточная обеспеченность рабочих мест необходимым оборудованием и техникой;
- несвоевременная актуализация документов;
- закупка продукции без подтверждения ее качества;
- другие виды несоответствий.

5.9. Несоответствия (потенциальные несоответствия) процессов мониторинга, измерения, анализа и улучшения:

- ошибки в результатах анализа удовлетворенности потребителей;
- отсутствие критериев оценки процессов;
- непроведение мониторинга бизнес-процессов;
- несоответствия, выявленные в ходе внешних и внутренних аудитов СМК Университета;
- другие виды несоответствий.

5.10. Выявленное несоответствие (потенциальное несоответствие), зафиксированное внутренними аудиторами, работниками и руководителями структурных подразделений, должно содержать точную и понятную формулировку.

5.11. Выявленные несоответствия (потенциальные несоответствия) подлежат анализу, определению возникновения их причин и регистрации в отчетах по проведению аудита в соответствии с требованиями, установленными в нормативной документации.

6. Анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения

6.1. Анализ и определение причин несоответствий осуществляются на основании свидетельства о наличии несоответствий: отчета по результатам аудита, решения Ученого совета СурГУ, протокола заседания Ученого совета СурГУ, протокола заседания Ученого совета института, протокола заседания кафедры, Педагогического совета медицинского колледжа, жалобы со стороны заинтересованных сторон и т.д.

6.2. Методы, с помощью которых могут быть установлены причины несоответствий, описаны в МИ-1.8.2 «Статистические методы для анализа данных». У несоответствия может быть

несколько причин возникновения, поэтому рекомендуется использовать несколько статистических методов.

6.3. В ходе анализа представленные свидетельства прорабатываются с целью определения причин выявленных отклонений (если таковые не были установлены ранее). Для этого проводится анализ требований к образовательной услуге и ее результату, а также самой деятельности структурного подразделения; анализ всех соответствующих процессов, записей о качестве, отчетов и жалоб заинтересованных сторон.

6.4. Результаты анализа несоответствий фиксируются в протоколах, отчетах и служебных записках, которые хранятся в структурных подразделениях Университета согласно номенклатуре дел.

7. Разработка плана корректирующих действий

7.1. План корректирующих действий разрабатывается по факту выявления значительных несоответствий, а также незначительных несоответствий, которые не могут быть исправлены в момент проведения проверки.

7.2. К разработке плана корректирующих действий могут быть привлечены представители других структурных подразделений и другие заинтересованные стороны.


7.3. План корректирующих действий разрабатывается:

- владельцем процесса, если зафиксирована низкая или очень низкая степень результативности процесса;
- руководителем структурного подразделения после проведения внутреннего аудита подчиняющихся подразделений и процессов, владельцем которых он является;
- ПРК и начальником отдела менеджмента качества образования (далее – ОМКО) по результатам внешнего аудита СМК СурГУ;
- начальником учебно-методического управления при выявлении несоответствий в процессе организации и реализации образовательного процесса;
- заведующим выпускающей кафедрой и директором института при неудовлетворительных результатах аккредитации специальностей;
- владельцем процесса и руководителем структурного подразделения при неудовлетворительных результатах оценки удовлетворённости потребителей;
- владельцем процесса при выявлении систематических несоответствий в ходе реализации процесса.

7.4. В плане корректирующих действий (Приложение 3) указывается следующая информация:

- пункт (раздел) и полное наименование нормативного документа (документированная процедура (ДП), стандарт организации (СТО), методическая инструкция (МИ), рабочая инструкция (РИ), положение о структурном подразделении (ПСП), положение подразделения студенческого самоуправления (ППСС), должностная инструкция (ДИ), внешняя нормативно-техническая документация (ВНТД)), требования которого были не выполнены/нарушены;
- выявленное несоответствие;
- причина выявленного несоответствия;
- корректирующее действие;
- ответственный исполнитель;
- срок устранения причины несоответствия.

7.5. Анализ причины выявленного несоответствия проводится совместно с руководителем структурного подразделения, в котором было зафиксировано несоответствие.

	СМК СурГУ ДП-1.6.1-23	
	Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 1 стр. 9 из 23

В ходе анализа руководитель структурного подразделения выбирает оптимальное решение для устранения причины выявленного несоответствия, взвешивая при этом все риски и последствия.

7.6. Если по результатам проведенного анализа установлено несколько причин выявленного несоответствия, то все они фиксируются в плане корректирующих действий.

7.7. План корректирующих действий согласуется со всеми заинтересованными сторонами, ответственными исполнителями и ПРК. Факт согласования подтверждается подписью в плане корректирующих действий и утверждается у вышестоящего руководителя.

7.8. Оригинал утвержденного плана корректирующих действий хранится в подразделении, в котором было выявлено несоответствие, согласно номенклатуре дел, копия – в ОМКО.

7.9. Вышестоящий руководитель должен ознакомиться с планом корректирующих действий, провести анализ установленных причин выявленных несоответствий на предмет наличия подобных несоответствий в других структурных подразделениях, которые находятся у него в подчинении, и предпринять меры по их устранению.

8. Выполнение корректирующих действий

8.1. Выполнение корректирующих действий может происходить согласно утверждённому плану в соответствии с ДП-1.12.1 «Управление несоответствующей продукцией (услугой)», ДП-1.9.1 «Внутренние аудиты».

8.2. Контроль за исполнением запланированных действий осуществляет вышестоящий руководитель.

8.3. Если запланированные мероприятия не могут быть выполнены в сроки, установленные планом, и причина выявленных несоответствий не устранена, то руководитель структурного подразделения должен за 7 рабочих дней до окончания установленного планом срока направить ПРК служебную записку с просьбой продления сроков и объяснением причин.

8.4. После того как в ходе корректирующих действий были устранены причины выявленных несоответствий в установленные планом сроки, руководитель структурного подразделения делает отметки о выполнении в плане корректирующих действий, где отмечает выполнение всех запланированных мероприятий.

9. Оценка результативности и эффективности выполненных действий

9.1. Оценка результативности и эффективности выполнения корректирующих действий осуществляется после выполнения плана корректирующих мероприятий и (или) при повторной внутренней проверке в установленные сроки.

9.2. Если в результате повторной внутренней проверки выявлено, что корректирующее действие не выполнено, то в отчете или акте внутреннего аудита делаются пометки о выполнении/невыполнении плана корректирующих мероприятий и данные передаются проректору по направлению, курирующему деятельность структурного подразделения, в котором было зафиксировано несоответствие.

10. Анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий

10.1. Потенциальные несоответствия и их причины определяются в ходе анализа:

- прогнозируемых требований потребителей;
- научных и маркетинговых исследований;
- прогнозов экономической, политической и социальной ситуации;
- стратегических планов Университета;

- анализа СМК со стороны руководства;
- результатов внутренних и внешних аудитов.

10.2. На основе результатов анализа разрабатываются предложения по устранению потенциальных несоответствий, которые могут касаться разработки новых документов, внесения изменений в действующие документы СМК, а также внесения изменений в процессы.

10.3. Все предложения передаются ПРК или начальнику ОМКО, которые при необходимости организуют заседание рабочей группы по установлению потребности в затрачиваемых ресурсах.

10.4. Результаты заседаний рабочей группы выносятся на рассмотрение Совета по качеству, где определяется потребность в разработке предупреждающих действий с учетом всех рисков и последствий.

11. Разработка плана предупреждающих действий

11.1. План предупреждающих действий разрабатывает руководитель структурного подразделения, в котором было выявлено потенциальное несоответствие, после решения Совета по качеству о необходимости разработки предупреждающих действий.

11.2. План предупреждающих действий (Приложение 4) содержит следующую обязательную информацию:

- потенциальное несоответствие;
- предупреждающее действие;
- ответственный исполнитель;
- срок исполнения.

11.3. Если для выполнения предупреждающего действия необходимо привлечение представителей других структурных подразделений, то организуется заседание рабочей группы с привлечением заинтересованных сторон, на котором разрабатываются предупреждающие действия и устанавливаются сроки их исполнения.

Копия протокола заседания рабочей группы прикладывается к плану предупреждающих действий. Оригинал хранится в ОМКО согласно номенклатуре дел.

11.4. Разработанный план предупреждающих действий руководитель структурного подразделения согласовывает с ответственными исполнителями и вышестоящим руководителем и утверждает у ПРК. Оригинал плана хранится у руководителя структурного подразделения согласно номенклатуре дел, а копия передается в ОМКО.


12. Выполнение предупреждающих действий

12.1. Выполнение предупреждающих действий происходит в соответствии с утвержденным планом.

12.2. Контроль исполнения предупреждающих действий в установленные сроки осуществляет ОМКО (для мероприятий структурных подразделений Университета) или ПРК (для мероприятий ОМКО).

12.3. Если запланированные мероприятия не могут быть выполнены в сроки, установленные планом, то руководитель структурного подразделения должен за 7 рабочих дней до окончания установленного планом срока направить ПРК служебную записку с просьбой продления сроков и объяснением причин.

12.4. По окончании исполнения всех запланированных предупреждающих действий руководитель структурного подразделения делает отметки о выполнении в плане корректирующих действий, где отмечает выполнение всех запланированных мероприятий.

	СМК СурГУ ДП-1.6.1-23	
	Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 1 стр. 11 из 23

13. Оценка результативности и эффективности выполненных действий

13.1. Оценка результативности и эффективности может быть проведена по истечении некоторого промежутка времени, достаточного для прохождения полного цикла процесса.

13.2. Если по истечении заданного времени устраненное потенциальное несоответствие не стало фактическим и не вызвало ряд других несоответствий, то предупреждающее действие считается результативным и эффективным.


14. Ответственность

14.1. Ответственность по планированию, разработке, проведению и оценке выполненных действий отражена в матрице ответственности (таблица 1):

Таблица 1

Матрица ответственности

№ п/п	Наименование этапа	Подразделение / должностное лицо			
		Ответственный	Реализующий	Соисполнитель	Информируемый
1	Анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения	Руководитель подразделения	Руководитель подразделения	Внутренние аудиторы	Вышестоящий руководитель
2	Разработка плана корректирующих действий	Руководитель подразделения / ОМКО	Руководитель подразделения	Ответственные исполнители	ПРК, ОМКО, вышестоящий руководитель
3	Выполнение корректирующих действий	Руководитель подразделения	Ответственные исполнители		ПРК, ОМКО, вышестоящий руководитель
4	Оценка результативности и эффективности выполненных действий	Начальник ОМКО	ОМКО		Ректор, ПРК, вышестоящий руководитель
5	Анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий	ПРК	ПРК, ОМКО, члены Совета по качеству		Руководитель подразделения
6	Разработка плана предупреждающих действий	Руководитель подразделения	Руководитель подразделения	Ответственные исполнители	ПРК, ОМКО, вышестоящий руководитель
7	Выполнение предупреждающих действий	Руководитель подразделения	Ответственные исполнители		ПРК, ОМКО, вышестоящий руководитель
8	Оценка результативности и эффективности выполненных действий	ПРК	ОМКО, работники и руководители подразделений		Ректор, ПРК, вышестоящий руководитель

	СМК СурГУ ДП-1.6.1-23	
	Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 1 стр. 12 из 23

14.2. Внутренние аудиторы могут принимать участие в установлении причин и разработке плана корректирующих действий в соответствии с ДП-1.9.1 «Внутренний аудит СМК».

15. Управление рисками в процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий

15.1. В процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий могут возникнуть риски, в зависимости от вида которых необходимо предпринять меры по их разрешению и предотвращению (таблица 2).

Таблица 2

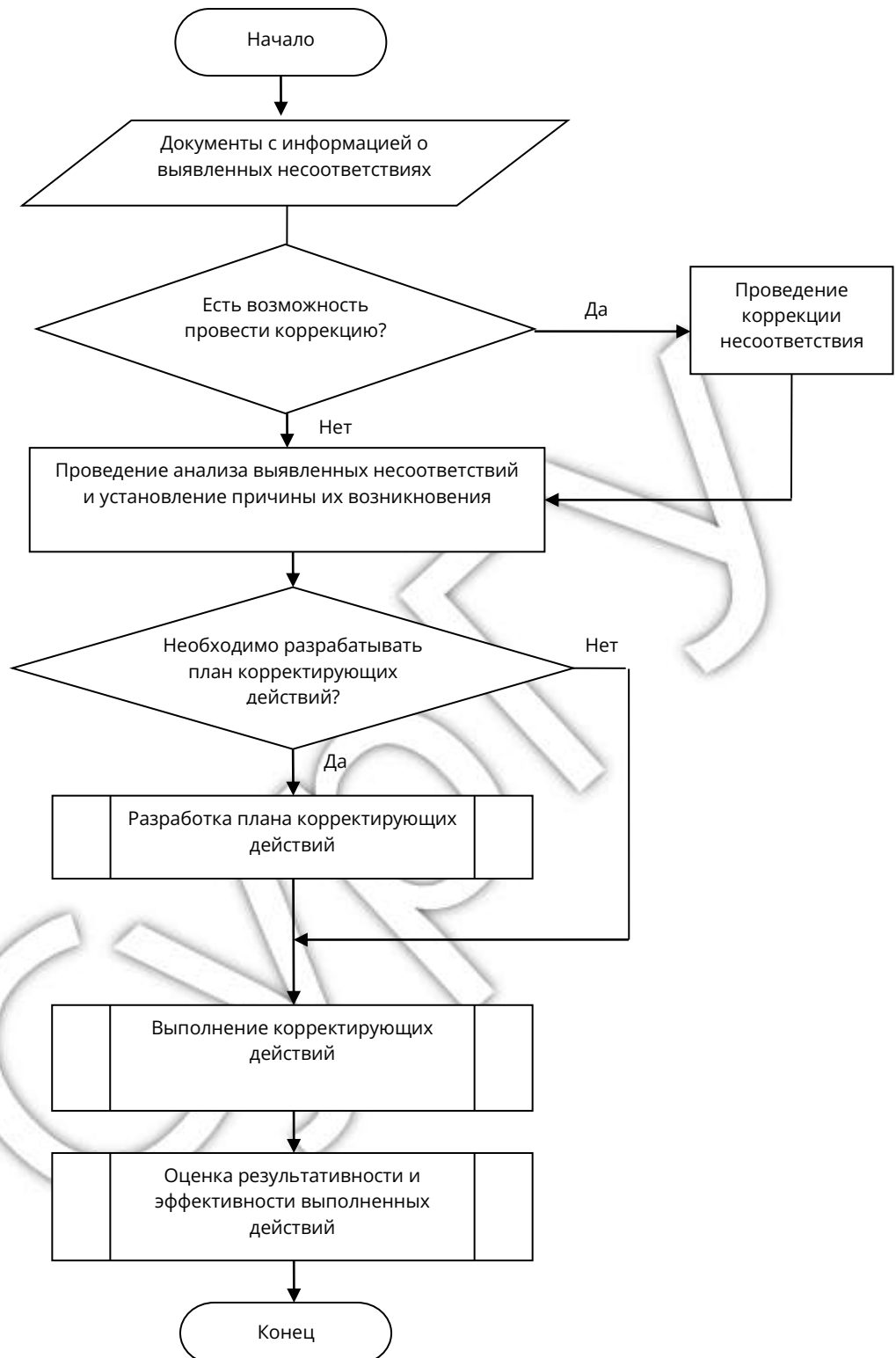
Виды рисков и пути их предотвращения

Риски	Условия появления	Корректирующие действия (способы разрешения)	Предупреждающие действия (предотвращение)
Не все выявленные несоответствия устранены	Установленные сроки недостаточны для устранения выявленных несоответствий	Продление сроков	Предварительный анализ продолжительности цикла процесса и отдельных видов работ
	Отсутствуют необходимые условия для устранения выявленных несоответствий	Создание необходимых условий для проведения корректирующих мероприятий	Анализ условий производства продукции (услуг) на соответствие требованиям
	Не установлены причины возникновения несоответствий	Возвращение к стадии анализа и установление причин	Обеспечение выполнения критериев результативности при выполнении анализа
	Низкая исполнительная дисциплина	Повторное выполнение запланированных мероприятий	Разъяснительная работа с исполнителем и своевременный контроль
Присутствуют повторяющиеся несоответствия	Не выполнены корректирующие мероприятия	Выполнение корректирующих мероприятий	Установление достаточных сроков корректирующих мероприятий и создание соответствующих условий
	Выявлена неверная причина (не полный список причин) возникновения несоответствий	Повторный анализ причин возникновения выявленных несоответствий	Обучение работников, проверка выбранного метода установления причин на адекватность
Не устранены причины основных потенциальных несоответствий	Отсутствуют необходимые условия для устранения выявленных несоответствий	Создание необходимых условий для проведения корректирующих мероприятий	Анализ условий производства продукции (услуг) на соответствие требованиям
	Низкая исполнительная дисциплина	Повторное выполнение запланированных мероприятий	Разъяснительная работа с исполнителем

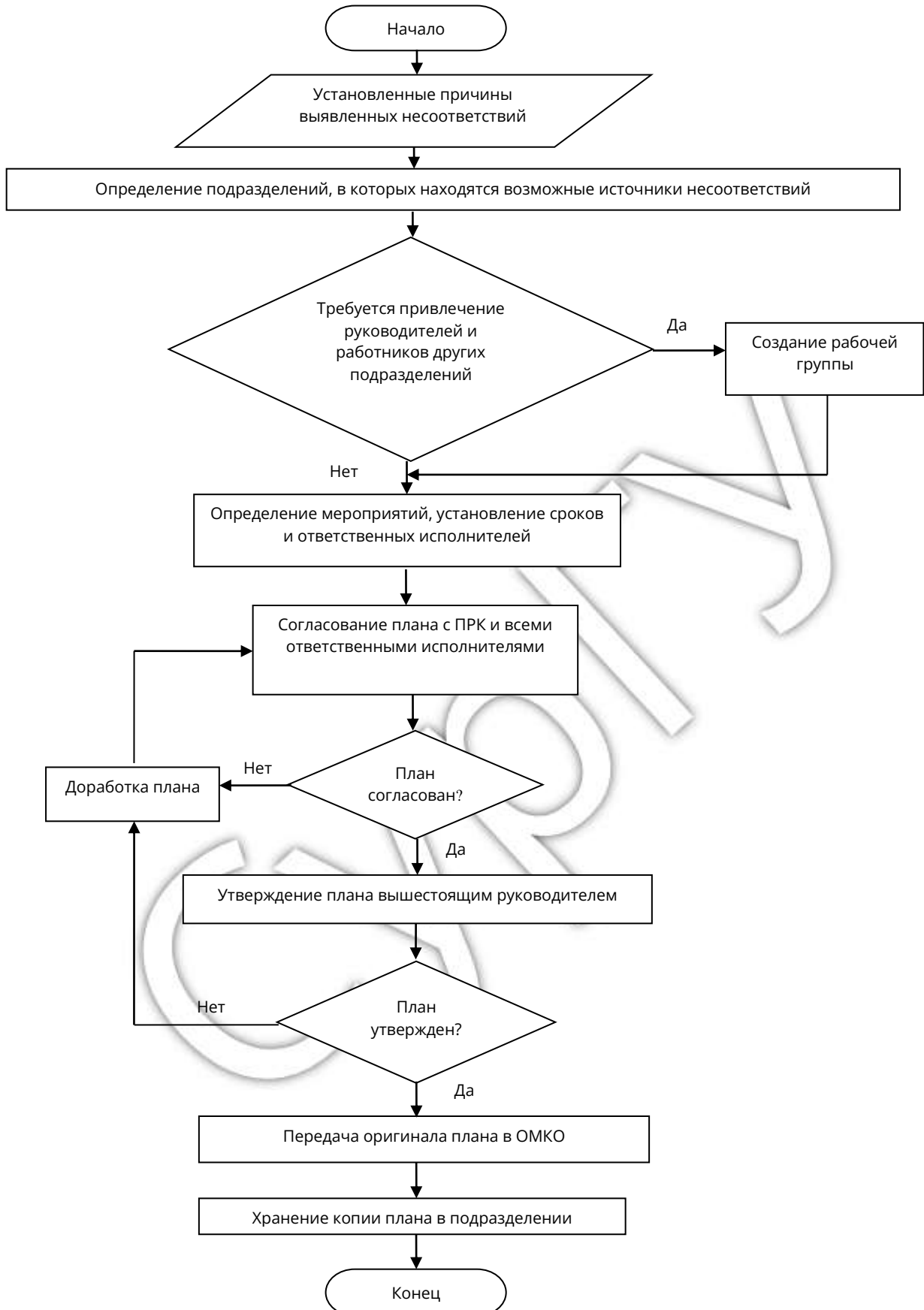
16. Взаимодействие с другими процессами СМК

16.1. Процесс «Корректирующие и предупреждающие действия» взаимодействует со всеми процессами, протекающими в СурГУ.

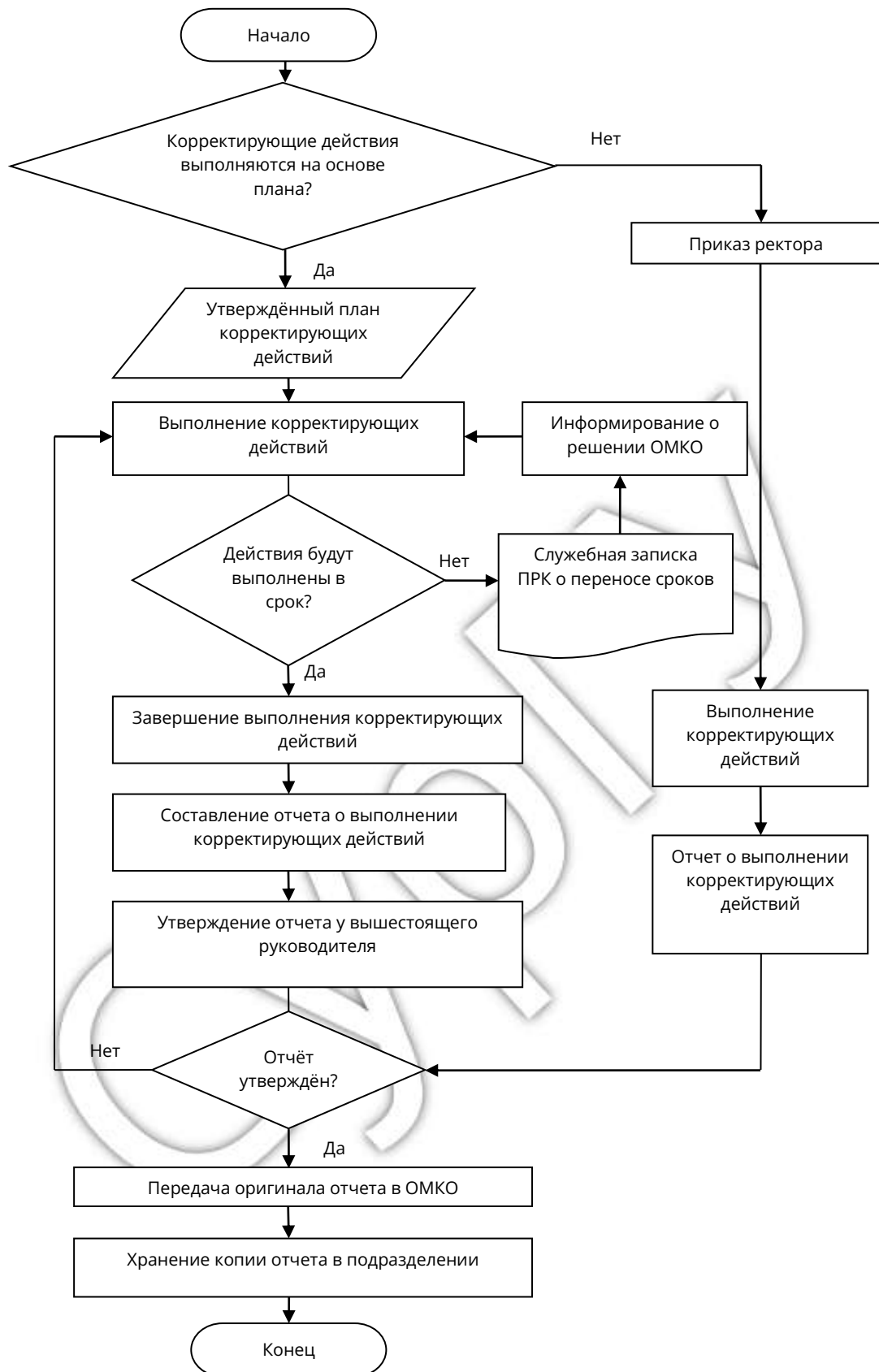
Блок-схема подпроцесса «Управление корректирующими действиями»



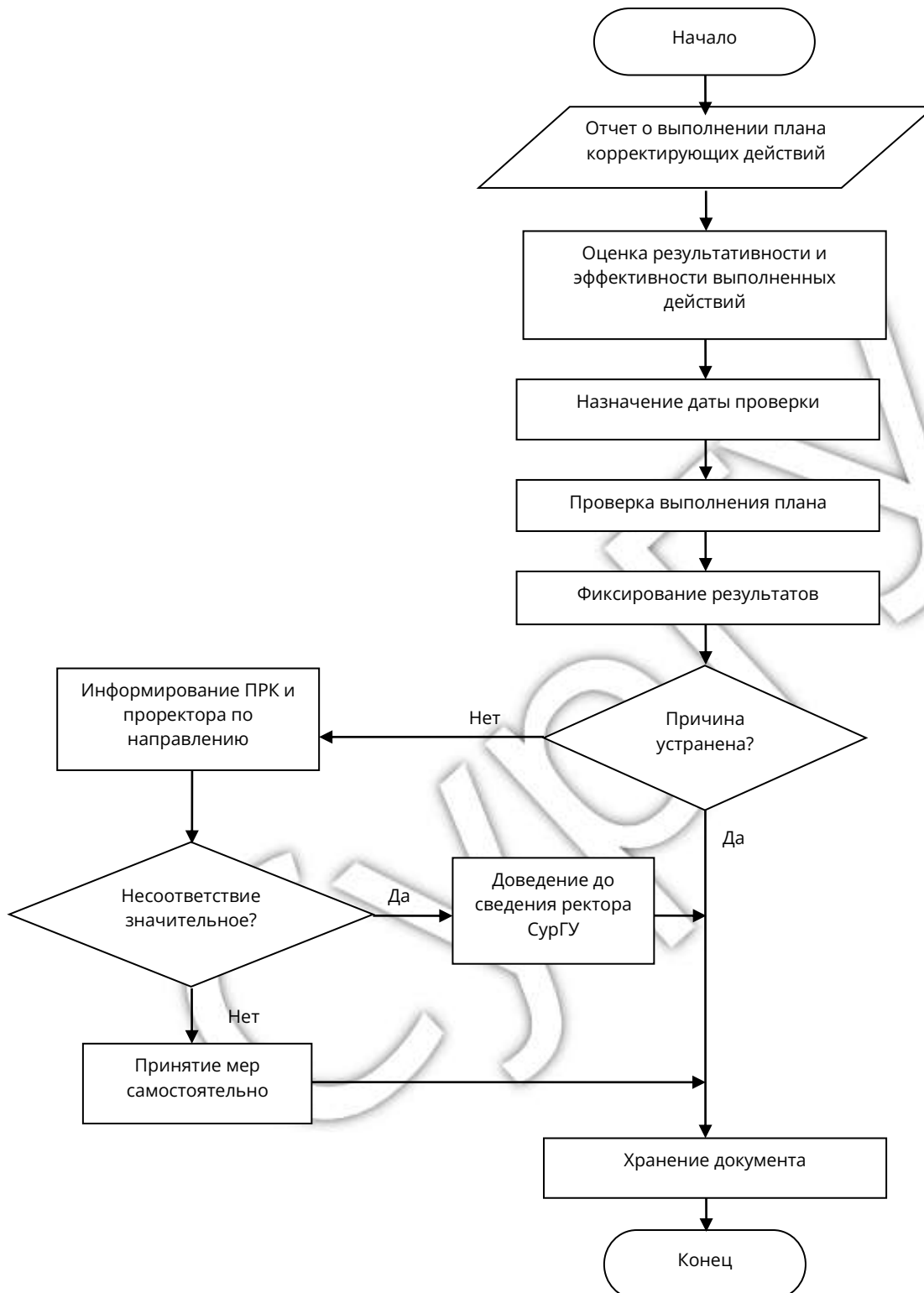
Блок-схема этапа «Разработка плана корректирующих действий»



Блок-схема этапа «Выполнение корректирующих действий»

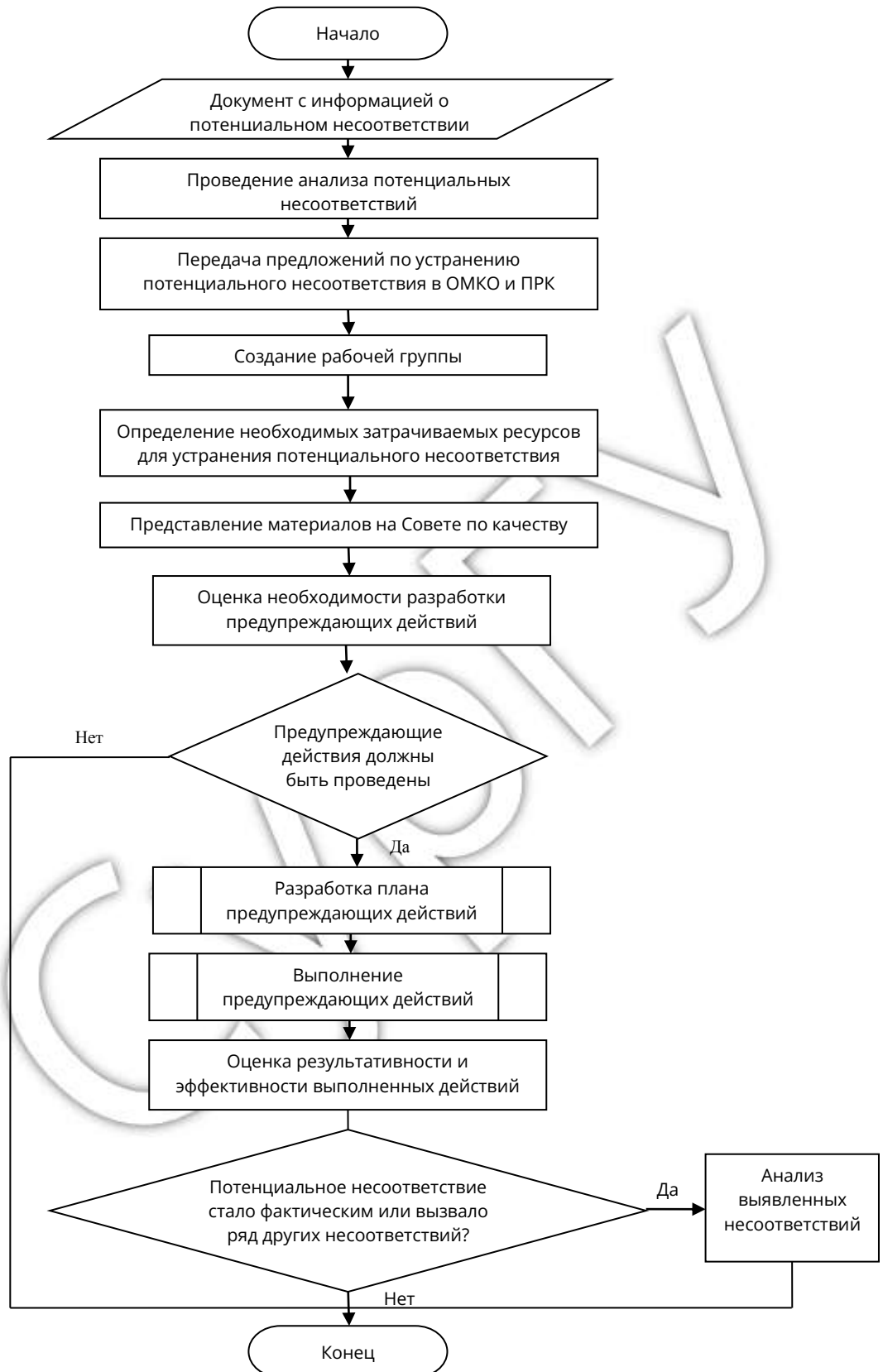


Блок-схема этапа «Оценка результативности и эффективности выполненных действий»

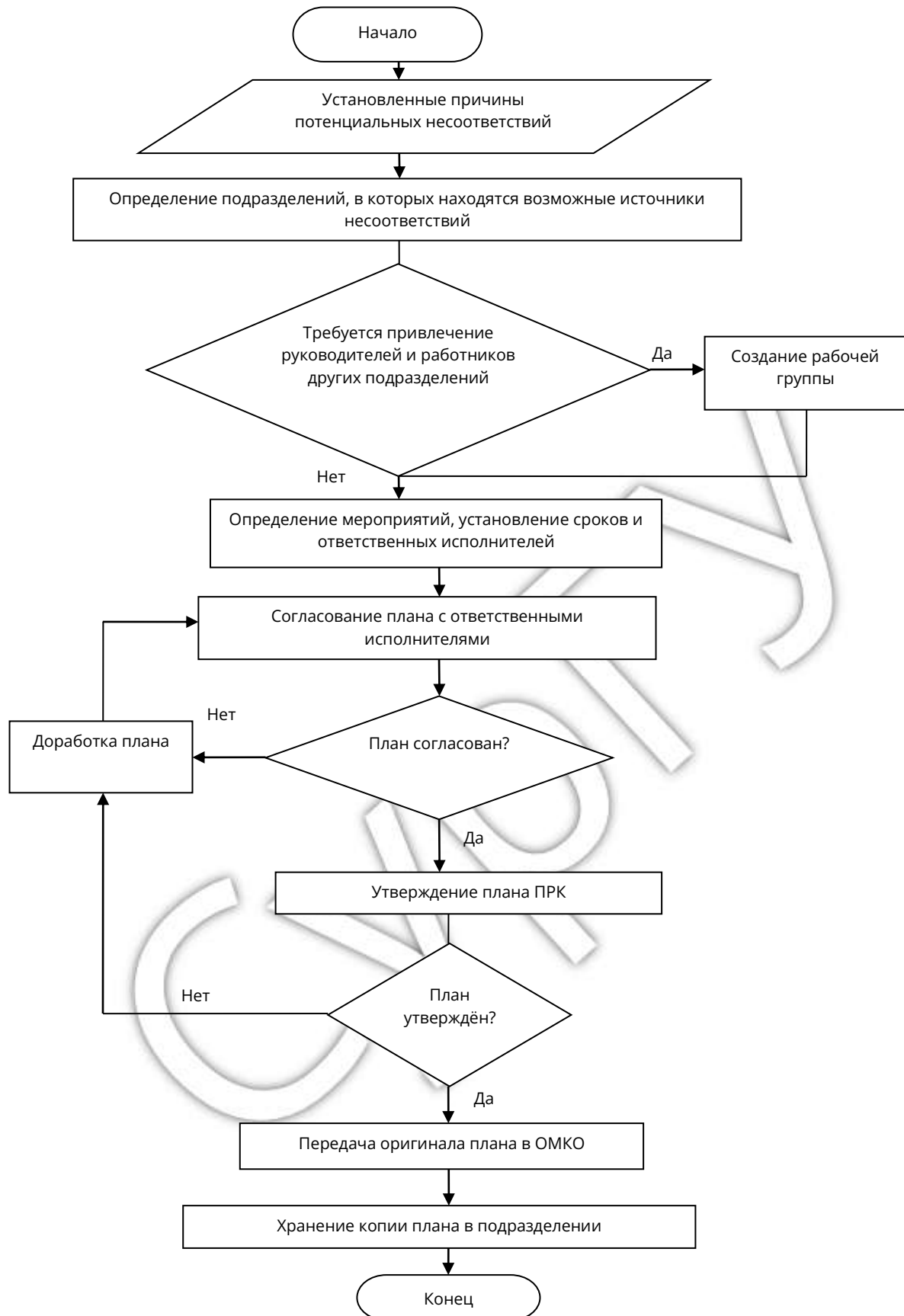


Приложение 2

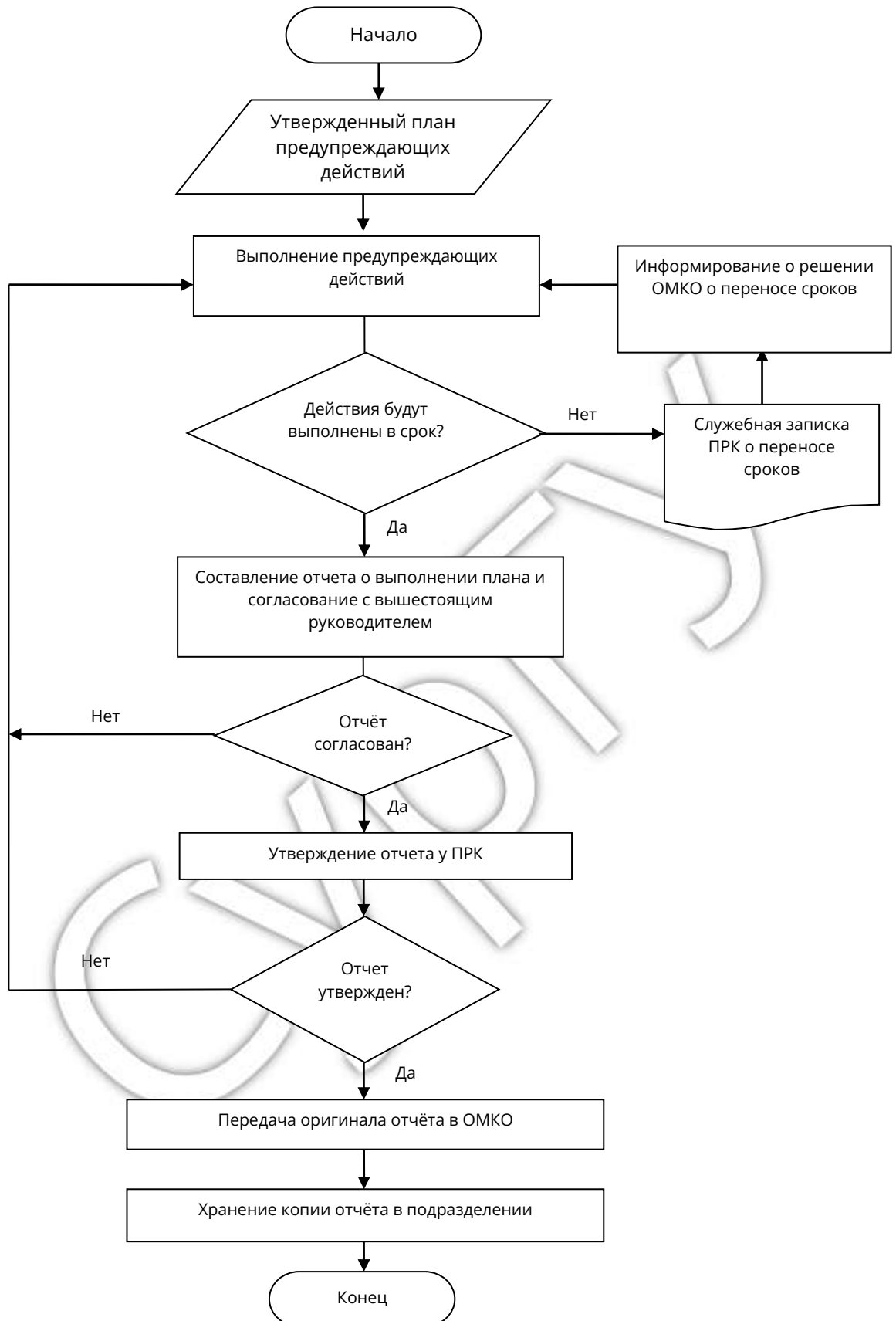
Блок-схема подпроцесса «Управление предупреждающими действиями»



Блок-схема этапа «Разработка плана предупреждающих действий»



Блок-схема этапа «Выполнение предупреждающих действий»



Приложение 3

Форма плана корректирующих действий

УТВЕРЖДАЮ
 Должность
 _____ И. О. Фамилия
 « _____ » _____ 20__ г.

План корректирующих действий

Наименование документа с выявленными несоответствиями _____

№ п/п	Пункт (раздел) и полное наименование нормативного документа (ДП, СТО, МИ, РИ, ПСП, ПСС, ДИ, ВНТД)	Выявленное несоответствие	Причина выявленного несоответствия	Корректирующее действие	Ответственный исполнитель Должность / И. О. Фамилия	Срок устранения	Отметка о выполнении
1							
2							

Руководитель структурного подразделения _____
 Должность / И. О. Фамилия

СОГЛАСОВАНО:
 Ответственные исполнители _____
 Должность / И. О. Фамилия

Должность / И. О. Фамилия

Форма плана предупреждающих действий

УТВЕРЖДАЮ
 Представитель руководства по качеству
 _____ И. О. Фамилия
 « ____ » _____ 20__ г.

План предупреждающих действий

Протокол заседания Совета по качеству №__ от «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Потенциальное несоответствие	Предупреждающее действие	Ответственный исполнитель должность / И. О. Фамилия	Срок устранения	Отметка о выполнении
1					
2					

Руководитель структурного подразделения _____

Должность / И. О. Фамилия

СОГЛАСОВАНО:

Вышестоящий руководитель (должность) _____

Должность / И. О. Фамилия

Ответственные исполнители _____

Должность / И. О. Фамилия

Должность / И. О. Фамилия

