

**Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт горного дела Уральского отделения Российской академии наук
(ИГД УрО РАН)**

УТВЕРЖДАЮ

Директор ИГД УрО РАН,

д.т.н, проф.

_____ С.В. Корнилов

« ___ » _____ 2012 г.

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

ПРОЦЕДУРА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

И ЗАПИСЯМИ ПО КАЧЕСТВУ

Введен в действие приказом:

От _____ № _____

Дата введения 2012- ____ - ____

СОГЛАСОВАНО

Зам. директора по научным вопросам/

А.В. Глебов

Представитель руководства,

ответственный за качество

Руководитель Службы качества

Ю.Г. Феклистов

Екатеринбург 2012



Содержание

1	Назначение и область распространения	3
2	Нормативные ссылки	3
3	Термины и определения, сокращения	3
4	Ответственность	4
5	Характеристики процесса	5
6	Общие положения	7
6.1	Структура документации системы менеджмента качества	7
6.2	Управление политикой и целями в области качества, Руководством по качеству	8
6.3	Общие требования к управлению документацией системы менеджмента качества	8
6.4	Управление стандартами организации, предприятия (СТО;СТП), процедурами системы менеджмента качества (ПСМК) и картами процессов (КП)	9
6.5	Управление должностными инструкциями	12
6.6	Управление положениями о подразделениях (отделах)	12
6.7	Управление документацией по охране труда и технике безопасности	13
6.8	Управление организационно-распорядительными документами	14
6.9	Управление документацией внешнего происхождения	14
6.10	Порядок актуализации документов внешнего происхождения	14
7	Управление записями по качеству	15
8	Алгоритм процесса управления внутренней документацией СМК	17
9	Записи по процессу	18
	Приложение А Иерархия и структура документации СМК ИГД УрО РАН	19
	Приложение Б Форма титульного листа Руководства по качеству ИГД УрО РАН	20
	Приложение В Лист регистрации выдачи контролируемых документов	21
	Приложение Г План разработки и пересмотра документации системы менеджмента качества	21
	Приложение Д Индексы документов	22
	Приложение Е Форма Перечня документации системы менеджмента качества	22
	Приложение Ж Форма Перечня рассылки	23
	Приложение И Форма Листа регистрации изменений	23
	Приложение К Форма титульного листа стандарта организации	24
	Приложение Л Записи по качеству	25
	Приложение М Образец Перечня нормативных документов подразделения	29
	Лист рассылки и ознакомления	30
	Лист регистрации изменений	30



1 Назначение и область распространения

Настоящая процедура распространяется на управление документацией системы менеджмента качества (СМК) и записями по качеству в подразделениях Института горного дела УрО РАН (далее Институт).

Настоящая процедура определяет состав и структуру документации СМК, регламентирует общие требования к процессу управления документацией СМК, устанавливает порядок управления записями по качеству, которые должны вестись и поддерживаться в рабочем состоянии для предоставления свидетельств соответствия требованиям и результативности функционирования СМК.

Процедура является методическим руководством и обязательна при организации сбора, идентификации, распределения, порядка доступа, хранения и изъятия записей, относящихся к качеству.

2 Нормативные ссылки

В настоящей процедуре использованы ссылки на следующие нормативные документы:

- ФЗ № 194 «О техническом регулировании» от 27.12.2002
- МС ИСО 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- МС ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- МС ИСО 9004:2009 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению»
- РК СМК 88-16359-2012 Руководство по качеству ИГД УрО РАН;
- СТО ПСМК 88-16359-002-2012 «Внутренний аудит»;
- СТО ПСМК 88-16359-003-2012 «Управление несоответствиями, корректирующими и предупреждающими действиями».
- Основными правилами работы ведомственных архивов и организаций
- ГОСТ 2.105-95 ЕСКД. Общие требования к текстовым документам.
- ГОСТ 1.5-2001 МСС. Стандарты межгосударственные, правила и рекомендации. Общие требования к построению, изложению, оформлению, содержанию и обозначению.
- ГОСТ Р 1.5-2002 ГСС РФ. Стандарты. Общие требования к построению, изложению, оформлению, содержанию и обозначению.
- ГОСТ 19.701—90 (ИСО 5807-85) ЕСПД. Схемы алгоритмов, программ, данных и систем. Обозначения условные и правила выполнения.

3 Термины и определения, сокращения

Документ – информация и соответствующий носитель.

Документация системы менеджмента качества - документация, определяющая общие намерения в области качества, цели и методы обеспечения качества, а также документация, регламентирующая процессы, необходимые для системы менеджмента качества.

Документы внешнего происхождения – документы, поступающие на предприятие извне.

Документы внутреннего происхождения – документы, разрабатываемые и применяемые на предприятии.

Должностная инструкция (ДИ) – документ, регламентирующий деятельность конкретного руководителя, специалиста или служащего и определяющий его место в структуре управления, цеха, отдела. ДИ закрепляет за этим рабочим местом уровень компетентности, обязанности, права и ответственность.



Записи – документ, содержащий информацию о достигнутых результатах или свидетельстве осуществленной деятельности.

Международный стандарт – стандарт, принятый международной организацией (ФЗ № 194);

Национальный стандарт – стандарт, утвержденный национальным органом Российской Федерации по стандартизации (ФЗ № 194).

Политика в области качества (ПК) – документ, декларирующий общие намерения руководства в области качества.

Процедуры СМК (СТО ПСМК) – документы, устанавливающие способ осуществления процесса СМК, документирование которых является обязательным требованием ИСО 9001:2008.

Руководство по качеству (РК) – документ, определяющий систему менеджмента качества.

Руководитель процесса – должностное лицо, ответственное за осуществление процесса и утверждение мер для обеспечения результативности процесса и изменений его характеристик.

Стандарты СМК (СТО СМК) – документы, устанавливающие способ осуществления процесса СМК, документирование которых не является обязательным требованием ИСО 9001.

Стандарты предприятия (СТП) – документы, устанавливающие метрологическую и патентную деятельность в институте, являющиеся подсистемой СМК.

Карта процесса (КП) - это документ, устанавливающий требования к процессу, а также описывающий основные характеристики процесса, алгоритм процесса и ответственность за отдельные этапы процесса.

Технический регламент – документ, который принят международным договором Российской Федерации, ратифицированным в порядке, установленном законодательством РФ, или федеральным законом, или указом Президента РФ, или постановлением Правительства РФ и устанавливает обязательные для применения и исполнения требования к объектам технического регулирования (продукции, в том числе зданиям, строениям и сооружениям, процессам производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации) (ФЗ № 194).

Управление документацией – деятельность на всех стадиях жизненного цикла документов.

Цели в области качества – цели, которых добиваются или к которым стремятся в области качества.

4 Ответственность

4.1 Ответственность за выполнение функций руководителя процесса в соответствии с требованиями Руководства по качеству возложена на представителя руководства, ответственного за качество (далее ПРК).

4.2 Ответственность за действия на различных стадиях жизненного цикла документов приведена в алгоритме процесса.

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

4.4 Ответственность за управление различными видами документации представлена в таблице 1.

	СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	СТО ПСМК 88-16359-001-2012
	Управление документацией и записями по качеству	

Таблица 1 – Управление документацией различных видов

Вид документа	Ответственный
Политика, цели в области качества, Руководство по качеству	Директор Института
Стандарты Института (СТО), (СТП) Документированные процедуры СМК (СТО ПСМК), Карта процесса (КП)	ПРК
Положения о подразделениях	Руководитель отдела кадров
Должностные инструкции	Руководитель отдела кадров
Организационно – распорядительная документация	Документовед
Внешняя документация	Ведущий специалист метролог
Инструкции по охране труда и технике безопасности	Зам. директора по общим вопросам

5 Характеристики процесса управления документацией СМК и записями по качеству

Характеристика процесса	Содержимое характеристики
Владелец процесса	Директор Института
Руководитель процесса	Руководитель Службы качества
Полное наименование процесса	процесс управления документацией системы менеджмента качества и записями по качеству
Цель процесса	обеспечить актуальными документами и записями процессы СМК, решение о документировании и регистрации которых принято их руководителями с учетом требований потребителей, внутренних требований предприятия, вида процесса, его сложности и компетентности персонала;
Нормативы процесса	МС ИСО 9001:2008
Входы процесса	- внешняя документация; - потребность во внутреннем документе; - требования потребителей; - внутренние требования Института; - результаты анализа необходимости документирования;
Выходы процесса	- актуальные документы; - документ с отметкой об аннулировании; - акт об уничтожении документа или передача дела в архив; - записи по качеству



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

Ресурсы	<ul style="list-style-type: none">- персонал подразделений, участвующий в управлении документацией СМК;- инфраструктура подразделений (коммуникационное оборудование и орг. техника);- регламентирующая нормативная документация;
Поставщики/Потребители процесса	<ul style="list-style-type: none">- подразделения Института, внешние организации (клиенты и заинтересованные стороны)
Измеряемые параметры процесса	<ul style="list-style-type: none">- актуальность утвержденных документов СМК, соответствующих требованиям МС ИСО 9001;- наличие необходимых реквизитов на утвержденных документах;- наличие актуальных, утвержденных документов СМК на местах, согласно рассылки;- наличие свидетельств ознакомления с документами СМК;- соблюдение требований СТО ПСМК 88-16359-001 «Управление документацией и записями по качеству»;- количество случаев использования не актуализированных документов на рабочих местах;- наличие плана разработки и актуализации документов СМК Института;- форма, содержание и оформление записей по качеству,- количество несоответствий по результатам внутренних и внешних аудитов по управлению документацией и записями
Показатели результативности процесса	<ul style="list-style-type: none">- уменьшение количества не актуальных утвержденных документов СМК, соответствующих требованиям МС ИСО 9001;- уменьшение количества документов на местах без необходимых реквизитов утверждения;- уменьшение количества не актуальных, утвержденных документов на местах, согласно перечня рассылки;- уменьшение количества отсутствия свидетельств ознакомления с документами СМК;- уменьшение количества несоблюдения



	требований СТО ПСМК 88-16359-001 «Управление документацией и записями по качеству»; - уменьшение количества случаев использования не актуализированных документов или отсутствия документов; - своевременное выполнение плана разработки и актуализации документов СМК Института; - уменьшение количества случаев использования недостоверных и/или неполных записей по качеству; - уменьшение случаев нерегулярного и несвоевременного заполнения данных; - уменьшение времени поиска записи по качеству; - увеличение доли записей, которые ведутся в автоматическом режиме; - увеличение доли записей на электронных носителях для облегчения поиска, сортировки и т.д.
Периодичность оценки	1 раз в год

6 Общие положения

6.1 Структура документации системы менеджмента качества

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

- 1) Политика в области качества;
- 2) Цели в области качества;
- 3) Руководство по качеству;
- 4) Документированные процедуры, требуемые МС ИСО 9001:
 - процедура, описывающая управление документами и записями;
 - процедура, описывающая управление несоответствующей продукцией, корректирующими и предупреждающими действиями;
 - процедура, описывающая проведение внутренних аудитов;
- 5) Документы, необходимые организации для обеспечения эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими:
 - 5.1) Документы внутреннего происхождения:
 - стандарты предприятий;
 - карты процессов;
 - должностные инструкции;
 - положения о подразделениях;
 - положения о различных процессах деятельности;
 - приказы, распоряжения, акты;



- программы и методики выполнения НИР;
 - планы НИР;
 - инструкции по охране труда и технике безопасности и т.д.
- 5.2) Документы внешнего происхождения:
- Постановления правительства РФ;
 - Приказы, письма, рекомендации Правительства, Президента РФ;
 - Приказы, распоряжения Президиумов РАН и УрО РАН;
 - Договоры, контракты, соглашения о сотрудничестве и т.п.
- б) Нормативная и законодательная документация внешнего происхождения, формирующая требования к основным процессам, основным материалам, использование которых оказывает существенное влияние на качество услуг:
- Законы РФ;
 - Технические и технологические регламенты;
 - Международные стандарты (ИСО, МЭК и др.);
 - Межгосударственные стандарты (ГОСТ);
 - Национальные стандарты РФ (ГОСТ Р);
 - Технические условия, предоставленные другими предприятиями и организациями;
 - Общероссийские классификаторы технико-экономической и социальной информации;
 - записи, требуемые МС ИСО 9001.

6.1.2 Иерархия и структура документации СМК приведена в приложении А.

6.2 Управление политикой и целями в области качества, Руководством по качеству

6.2.1 Политика в области качества управляются в соответствии с РК СМК 88-16359-2012 «Руководство по качеству ИГД УрО РАН» п. 5.3.

6.2.2 Цели в области качества управляются в соответствии с РК СМК 88-16359-2012 «Руководство по качеству ИГД УрО РАН» п. 5.4.1.

6.2.3 Руководство по качеству имеет структуру стандарта МС ИСО 9001, актуализируется по мере необходимости внесением изменений или переизданием.

Титульный лист РК оформляется согласно приложению Б.

РК относится к контролируемым документам и при передаче его копий оформляется Лист регистрации выдачи контролируемых документов (приложение В) и ставится соответствующая отметка на титульном листе РК.

6.3 Общие требования к управлению документацией СМК

6.3.1 Процедуры СМК оформляются в виде стандартов организации, стандартов предприятия (СТО; СТП) и управляются в соответствии с настоящей процедурой.

6.3.2 Решение о виде документирования принимаются с учетом требований МС ИСО 9001, взаимодействия и количества участников процесса, характера требований документа.

6.3.3 Специалист по мониторингу за качеством ежегодно составляет План разработки и пересмотра нормативной документации Института. Форма плана приведена в приложении Г. План формируется с учетом требований и пожеланий руководителей подразделений, результатов анализа необходимости документирования и утверждается ПРК.



6.3.4 Каждый разрабатываемый документ проходит проверку на адекватность и процедуру идентификации, осуществляемую сотрудниками Службы качества.

6.3.5 Идентификация предполагает индексирование и нумерацию. Перечень индексов приведен в приложении Д. Порядок дополнительной нумерации изложен в соответствующих разделах настоящей процедуры.

6.3.6 Документы регистрируются в Перечне действующих нормативных документов СМК Института сотрудниками Службы качества. Форма перечня приведена в приложении Е.

6.3.7 Перечень утверждается ПРК, переиздается раз в год, копии Перечня рассылаются во все подразделения Института.

6.3.8 В подразделения рассылаются копии утвержденных документов СМК согласно Листу рассылки и ознакомления (приложение Ж), составляемому разработчиком документа. Копии документов СМК должны храниться в отдельной папке для бумаг.

6.3.9 На рабочих местах происходит ознакомление с документами заинтересованных лиц, ознакомление регистрируется в Листе рассылки и ознакомления (приложение Ж).

6.3.10 Взамен утраченного (испорченного), документ может быть направлен повторно по решению руководителя процесса управления соответствующей документацией (или по заявке руководителя подразделения нуждающегося в замене документа).

6.3.11 Внесение изменений осуществляется зачеркиванием, вписыванием, заменой или добавлением листов с регистрацией в Листе регистрации изменений. Форма Листа регистрации изменений приведена в приложении И.

6.3.12 Документ переиздается, если внесенные изменения затрудняют его использование. При пересмотре указывают номер редакции или отметку, взамен какого документа издается данный документ.

6.3.13 Подлинник хранится без ограничения срока в условиях, обеспечивающих сохранение их четкости, возможности идентификации. После аннулирования подлинник хранится в течение года, после чего может быть передан в архив Института, где хранится по архивным правилам.

6.3.14 Учетные экземпляры документов хранятся в подразделениях в условиях, обеспечивающих сохранение их четкости, возможности идентификации и доступ при необходимости. В подразделении может вестись перечень используемой документации или могут быть назначены ответственные за управление документами.

6.3.15 Учет и хранение контрольных экземпляров НД СМК осуществляется Службой качества. Копии документов хранятся в подразделениях и у сотрудников Института.

Порядок управления документацией внутреннего происхождения на различных стадиях жизненного цикла документации приведен в разделе 8 настоящей процедуры.

6.4 Управление стандартами организации, предприятия (СТО;СТП), процедурами системы менеджмента качества (ПСМК) и картами процессов (КП)

6.4.1 Разработка СТО, СТП, ПСМК, КП в Институте производится в целях обеспечения непрерывного совершенствования деятельности Института.

6.4.2 Процедуры СМК оформляются в виде стандартов организации, стандартов предприятия и управляются в соответствии с настоящей процедурой.

6.4.3 Разрабатываемые СТО, СТП не должны противоречить национальным стандартам, нормам законодательства, а также нормам и правилам органов, выполняющих функции государственного надзора.



6.4.4 СТО, СТП, ПСМК, КП утверждаются, как правило, без ограничения срока действия. По решению руководства Института срок действия стандарта может быть ограничен.

6.4.5 СТО, СТП, ПСМК, КП являются обязательными для сотрудников Института, в пределах установленной сферы их действия, области и условий их применения.

6.4.6 Основанием для разработки СТО, СТП, ПСМК, КП являются планы разработки и пересмотра документации, утверждаемые Директором Института. План составляется Специалистом по качеству с учетом предложений руководителей подразделений.

6.4.7 Для написания СТО, СТП рекомендуется пользоваться требованиями ГОСТ 2.105, ГОСТ 1.5, ГОСТ Р 1.5. Для составления блок-схем рекомендуется пользоваться ГОСТ 19.701.

6.4.8 В СТО, СТП рекомендуется включать следующие структурные элементы:

- Титульный лист;
- Содержание;
- 1 Назначение и область распространения;
- 2 Нормативные ссылки;
- 3 Термины и определения;
- 4 Сокращения;
- 5 Ответственность;
- 6 Характеристики процесса;
- 7 Общие положения;
- 8 Алгоритм процесса;
- 9 Записи;
- Приложения;
- Перечень рассылки;
- Лист регистрации ознакомления;
- Лист регистрации изменений.

6.4.9 В карту процесса (КП) рекомендуется включать следующие разделы:

- назначение;
- характеристики процесса;
- алгоритм процесса;
- записи процесса;
- перечень рассылки;
- лист регистрации ознакомления;
- лист регистрации изменений.

6.4.10 **Титульный лист** СТО, СТП, ПСМК, КП оформляется в соответствии с приложением К настоящей процедуры.

6.4.11 **Содержание** включает наименования всех разделов, подразделов и приложений с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы документа.

6.4.12 В разделе «**Назначение и область распространения**» указывается краткое содержание разрабатываемого документа, его назначение и подразделения, которые охватываются данным процессом.

6.4.13 В разделе «**Нормативные ссылки**» указывается перечень документов, на которые имеются ссылки по тексту разрабатываемого документа. Раздел начинается так: «В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие нормативные документы:» и



далее перечисляются обозначения и наименования нормативных документов в порядке возрастания их обозначений.

6.4.14 В разделе **«Термины и определения»** расшифровываются термины и определения, которые применяются в стандарте.

6.4.15 В разделе **«Сокращения»** приводится перечень и расшифровка не стандартизированных условных обозначений и сокращений, применяемых в разрабатываемом документе. При их малом числе (3 и менее) они должны быть расшифрованы при первом упоминании по тексту. Вначале указывается полное наименование, а в скобках указывается сокращенное или условное обозначение. В дальнейшем по тексту допускается сокращенное или условное обозначение.

6.4.16 В разделе **«Ответственность»** определяют владельца и руководителя процесса, а также ответственных на всех стадиях процесса.

6.4.17 Раздел **«Характеристики процесса»** регламентирует, в соответствии с требованиями РК СМК 88-16359-2012 «Руководство по качеству Института горного дела УрО РАН», компоненты процесса, описываемого в стандарте. Данные оформляют в виде таблицы 2.

Таблица 2 – Характеристики процесса _____ (наименование процесса)

Характеристика процесса	Содержимое характеристики
Владелец процесса	
Руководитель процесса	
Полное наименование процесса	
Цель процесса	
Нормативы процесса	
Входы процесса	
Выходы процесса	
Ресурсы	
Поставщики процесса	
Потребители процесса	
Измеряемые параметры процесса	
Показатели результативности процесса	

6.4.18 Раздел **«Общие положения»** содержит основные требования и рекомендации для осуществления процесса.

6.4.19 Раздел **«Алгоритм процесса»** регламентирует порядок осуществления описываемого процесса и представляется в виде таблицы 3.

Таблица 3 - Алгоритм процесса _____ (наименование процесса)

Ответственный	Блок-схема	Описание процесса

В графе «Ответственный» указывают ответственного за определенный этап процесса.

В графе «Блок-схема» изображают этапы процесса с помощью графических фигур, представленных ниже:

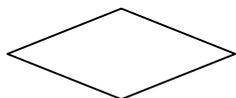
	СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	СТО ПСМК 88-16359-001-2012
	Управление документацией и записями по качеству	



- начало (конец) процесса



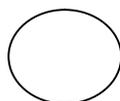
- деятельность



- принятие решения



- вид документа



- разрыв блок-схемы
(переход на следующую
страницу)



- направление процесса

В графе «Описание процесса» указывают конкретные действия на данном этапе процесса.

6.4.20 Раздел «**Записи по процессу**» регламентирует виды записей, относящихся к данному процессу.

6.4.21 В структурный элемент «**Приложения**» включают таблицы, списки, справочные данные, формы записей и т. д.

6.4.22 В **Листе рассылки** разработчик определяет получателей данного документа и ведет учет персонала, ознакомившегося с данным документом. Форма перечня рассылки приведена в конце настоящего процедуры.

6.4.23 **Лист регистрации изменений** является последним листом документа и предназначен для регистрации изменений, вносимых в документ. Форма листа регистрации изменений приведена в конце настоящей процедуры.

6.4.24 Документу присваивается обозначение в следующем порядке:

СТО СМК-XX-XXXXX-XXX-XXXX

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Номер включает:

- (1) Индекс документа;
- (2) Обозначение системы документации (СМК – Система менеджмента качества, ПСМК – процедура системы менеджмента качества);
- (3) Индекс Уральского обделения РАН
- (4) Индекс Института горного дела УрО РАН
- (5) Регистрационный номер стандарта, присваемый разработчиком;
- (6) Год утверждения документа.

6.4.25 Документ в обязательном порядке должен иметь подписи:

- разработчика;
- согласования Руководителя службы качества, заинтересованных руководителей подразделений;
- утверждения Директором Института.

6.5 Управление должностными инструкциями

6.5.1 Разработка, утверждение и выпуск должностных инструкций осуществляется в соответствии с Квалификационными справочниками должностей сотрудников, а также в соответствии с Квалификационными характеристиками по должностям научных



работников научных учреждений, подведомственных РАН, утвержденных постановлением Президиума РАН №196 от 25 марта 2008 года.

6.5.2 Положения должностных инструкций (ДИ) должны конкретизировать и четко формулировать задачи, функции, обязанности и виды работ, выполняемых должностным лицом, исключая их неоднозначное толкование.

6.5.3 ДИ разрабатываются с учетом требований следующих нормативных документов:

- Трудовой кодекс РФ;
- Федеральные законы о труде РФ;
- Кодекс административных правонарушений РФ и др.;
- Устав ИГД УрО РАН;
- Коллективный договор;
- Положения Президиума РАН об утверждении основных научных направлений ИГД УрО РАН от 09.09.2008 г. №488.

6.5.4 Учет и хранение контрольных экземпляров должностных инструкций осуществляется в Отделе кадров. Копии должностных инструкций хранятся в подразделениях и у сотрудников Института.

6.6 Управление положениями о подразделениях (отделах)

6.6.1 Разработка, утверждение и выпуск положений о подразделениях осуществляется в соответствии с:

- Основными принципами организации и деятельности института РАН;
- уставами РАН, УрО РАН и ИГД УрО РАН;
- основными научными направлениями ИГД УрО РАН.

6.6.2 Положения о подразделениях (отделах) (ПО) должны конкретизировать и четко формулировать задачи, функции и виды работ, выполняемых подразделениями (отделами), исключая их неоднозначное толкование.

6.6.3 В положение о подразделении необходимо включать:

- Титульный лист;
- 1 - Общие положения;
- 2 - Основные задачи;
- 3 - Права;
- 4 - Штаты и средства;
- 5 - Регистрация ознакомления.

6.6.4 Учет и хранение контрольных экземпляров Положений о подразделениях осуществляется у зам. директора по научным вопросам/ПРК. Копии Положений о подразделениях хранятся в подразделениях.

6.7 Управление документацией по охране труда и технике безопасности

6.7.1 Управление документацией по охране труда и технике безопасности осуществляет инженер по ОТ и ТБ, который разрабатывает инструкции в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и внутренней документацией Института.

6.7.2 Оригиналы инструкций хранятся у инженера по ОТ и ТБ, копии - в подразделениях института.

6.7.3 Периодичность проведения инструктажа:

- Вводный инструктаж сотрудников при приеме на работу;



- Первичный инструктаж на рабочем месте (проводит руководитель подразделения);
- Периодический инструктаж (проводит руководитель подразделения один раз в полгода).

6.7.4 Перечень инструкций ведет инженер по ОТ и ТБ.

6.7.5 Журналы контроля проведенных инструктажей по ТБ и ОТ ведут инженер по ОТ и ТБ и руководители подразделений.

6.7.6 Разработка и реализация плана медицинских осмотров сотрудников ведется инженером по ОТ и ТБ, итогом которого является акт по периодическому медицинскому осмотру.

6.7.7 План аттестации рабочих мест разрабатывается инженером по ОТ и ТБ.

6.7.8 Инженер по ОТ и ТБ разрабатывает план и осуществляет производственный контроль, по результатам которого составляет акты проверок.

6.8 Управление организационно-распорядительными документами

Организационно-распорядительные документы управляются в соответствии с:

1 Федеральными законами.

2 Типовыми инструкциями по организации и ведению делопроизводства в учреждениях АН СССР и федеральных органах исполнительной власти.

3 Государственной системой документационного обеспечения управления (ГСДОУ).

4 Основными правилами работы ведомственных архивов и организаций.

6.8.1 Учет и хранение контрольных экземпляров организационно-распорядительных документов осуществляется документоведом. Копии документов хранятся в подразделениях и у сотрудников Института.

6.9 Управление документацией внешнего происхождения

6.9.1 Ведущим специалистом метрологом ведется фонд нормативной документации внешнего происхождения.

6.9.2 Ответственным за формирование, ведение и актуализацию фонда нормативной документации является ведущий специалист метролог.

6.9.3 По заявкам руководителей подразделений сотрудниками службы качества составляется список документации, утверждается ПРК. Необходимая нормативная документация приобретается согласно утвержденному списку.

6.9.4 Учет и хранение внешних НД в Институте осуществляется библиотекой в соответствии с «Основными правилами работы ведомственных архивов и организаций»

6.9.5 НД, принятая на хранение в библиотеку или документохранилище, регистрируется в журнале регистраций.

6.9.6 Контрольные экземпляры НД хранятся в научно-информационном отделе, копии НД могут быть выданы пользователям для работы с ними под роспись.

6.9.7 Устаревшие и неиспользуемые документы изымаются и хранятся отдельно или уничтожаются по акту.

6.10 Порядок актуализации документов внешнего происхождения

6.10.1 Руководители структурных подразделений ежегодно в 1-м квартале утверждают «Перечень основных нормативных документов (НД), необходимых для работы подразделения на 201__ год» (Образец оформления ПЕРЕЧНЯ – Приложение М);

6.10.2 На титульном листе каждого НД должны иметь место:

- штамп магазина стандартов с датой актуализации, или



- штамп аккредитованной метрологической службы, например, Центра метрологии и сертификации «Сертимет» УрО РАН с подписью и датой актуализации, или
- подпись и дата ответственного лица на титуле НД, утвержденный государственным органом РФ, например, «Правила безопасности» утв. Ростехнадзором, или
- подпись и дата ответственного лица на титуле НД, который получен из других источников, например, из Интернета.

6.10.3 Перечень основных НД, необходимых для работы подразделений включает:

- Положение о структурном подразделении;
- Должностные инструкции руководителя и сотрудников подразделения;
- Действующие нормативные документы СМК ИГД УрО РАН;
- ГОСТ 7.32 «Структура и правила оформления Отчетов о НИР»;
- ГОСТ 2.105 «ЕСКД. Общие требования к текстовым документам»;
- ГОСТ 7.1 «Библиографическая запись. Библиографическая запись.»;
- Материалы внутренних аудитов подразделений в 2011, 2012 и последующие годы;
- Документы, определяющие и разрешающие деятельность подразделений (лицензии, ГОСТы, Правила безопасности, положения, инструкции, методики и др. НД.

7 Управление записями по качеству

7.1 Записи по качеству ведутся для обеспечения возможности в рамках СМК:

- постоянно получать достоверные сведения о состоянии качества продукции на всех этапах ее жизненного цикла;
- своевременно выявлять причины несоответствий, анализировать их, предупреждать их появление в дальнейшем;
- контролировать состояние процессов, разрабатывать и реализовывать необходимые корректирующие и предупреждающие действия;
- располагать необходимыми сведениями для оценки результативности процессов СМК и оценки эффективности СМК в целом.

7.2 Задачами процедуры управления записями, осуществляемой всеми подразделениями института без исключения, являются:

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

7.3 В соответствии с указанными пунктами МС ИСО 9001 ведутся обязательные записи. Перечень приведен в приложении Л.

7.4 Записи по качеству представляются в форме данных, содержащихся в виде журналов, протоколов, актов регистрации данных о качестве.



7.5 Формы для регистрации записей по качеству должны быть удобными для заполнения, могут вестись на бумажных и/или электронных носителях, четко и понятно рукописным или печатным способом.

7.6 Записи должны вестись только в соответствии с зарегистрированными формами (разработанными, идентифицированными и утвержденными).

7.7 Каждый документ системы менеджмента качества, который требует оформления и сохранения записей по качеству, подробно указывает:

- форму записи по качеству;
- способ идентификации;
- периоды времени заполнения записи по качеству;
- потребителей записи.

7.8 Записи по качеству должны быть понятны работникам подразделений, уполномоченным контролирующим подразделениям, заинтересованным сторонам.

7.9 При заполнении записи по качеству должны быть заполнены все графы, предусмотренные формой (бланком) записи, в обязательном порядке должны стоять подпись ответственного и дата регистрации данных.

7.10 Записи по качеству должны содержаться в местах, обеспечивающих сохранность и быстрый поиск. Доступ к записям должен иметь только персонал, специально уполномоченный для этого руководством соответствующего подразделения.

7.11 В каждом подразделении для хранения записей по качеству отводятся специальные места и обеспечиваются надлежащие условия, исключаящие порчу документов.

7.12 Записи по качеству хранятся в течение 5-и лет, если более длительные сроки не определены законодательно или не оговорены в контракте, после чего подлежат уничтожению.

7.13 Соблюдение процедур сбора, обработки и хранения записей по качеству регулярно контролируется в процессе проведения внутренних аудитов согласно СТО ПСМК 88-16359-002 «Внутренний аудит».

7.14 Результаты контроля анализируются и на этой основе делаются выводы о результативности процедуры управления записями по качеству.

7.15 По результатам контроля подразделение, в котором выявлено несоответствие по управлению записями по качеству, разрабатывает корректирующие и предупреждающие действия согласно СТО ПСМК 88-16359-003 «Управление несоответствиями, корректирующими и предупреждающими действиями».



8 Алгоритм процесса управления внутренней документацией СМК

Ответственный	Блок-схема	Описание процесса
1	2	3
<p>1.-4. Специалист по качеству</p> <p>5. Директор</p> <p>6.-7 Специалист по качеству</p> <p>8. Руководители соответствующих подразделений</p> <p>9. Специалист по качеству</p> <p>10. Внутренние аудиторы</p> <p>11.-13. Специалист по качеству</p>		<p>1. Основанием для разработки НД СМК являются план разработки и пересмотра документации, утверждаемый ПРК. План составляется Специалистом по качеству с учетом предложений руководителей подразделений.</p> <p>2. Специалист по качеству при участии руководителей подразделений разрабатывают НД СМК согласно требованиям настоящей процедуры.</p> <p>3. Специалистом по качеству присваивает документу номер в соответствии с п.6.4.24.</p> <p>4. Документ согласовывается с заинтересованными руководителями подразделений.</p> <p>5. Документ утверждается директором Института без ограничения срока действия. ПРК представляет на утверждение проект приказа о введении в действие НД СМК. Введение документа через 5 дней после утверждения согласно приказу.</p> <p>6. Специалист по качеству регистрирует документ внесением в перечень действующих НД СМК Института.</p> <p>7. Специалист по качеству определяет формат и количество копий документа и определяет получателей документа в Перечне рассылки. Подлинник утвержденного документа хранится в Службе качества и используется для последующего копирования. В подразделения направляются учтенные копии документа с нанесением соответствующей надписи.</p> <p>8. Форма изучения - чтение с отметкой о знакомстве с документом в Листе рассылки и регистрации ознакомления.</p> <p>9. Подлинник хранится без ограничения срока в условиях, обеспечивающих сохранность. После аннулирования подлинник хранится в течение 5 лет, после чего уничтожается по акту. Экземпляры НД СМК хранятся в подразделениях в условиях, обеспечивающих сохранность и доступ при необходимости.</p> <p>10. Проверка наличия на рабочих местах, правильности хранения и ведения НД СМК проводится внутренними аудиторы в соответствии с перечнем действующих нормативных документов СМК Института не реже 1 раза в год.</p>



<p>14 Специалист по качеству</p> <p>15. ПРК</p> <p>16. ПРК</p>	<pre>graph TD; 1((1)) --> 14[14. Изъятие]; 14 --> 15[15. Мониторинг процесса]; 15 --> 16[16. Оценка результативности процесса]; 16 --> End([Конец]);</pre>	<p>11. Если НД СМК не отвечает предъявляемым требованиям, то он изменяется. Внесение изменений – зачеркиванием, ссылкой или вписыванием, заменой или добавлением листов с регистрацией в Листе регистрации изменений производится подразделением-пользователем. НД СМК переиздается, если внесенные изменения затрудняют его использование согласно этапам, описанным выше.</p> <p>При пересмотре указывается номер редакции или отметка, взамен которого издается данный документ.</p> <p>13. При отмене или выпуске новой редакции НД СМК осуществляется аннулирование существующего документа. Основание – приказ по институту. Аннулированный документ с пометкой «Аннулировано» хранится отдельно от актуализированных (до изъятия).</p> <p>14. Аннулированные документы изымаются при проверках. Изъятые документы уничтожаются по акту произвольной формы.</p> <p>15. Специалист по качеству проводит мониторинг выполнения этапов процесса, а мониторинг управления документацией в подразделении осуществляют руководители этих подразделений.</p> <p>16. Специалист по качеству оценивает результативность процесса, показатели результативности приведены в разделе 5.</p>
--	--	---

9 Записи по процессу

К записям по данному процессу относятся служебные записки, приказы по управлению документацией (утверждение, внесение изменений и т.д.). Ответственный за их хранение - Специалист по качеству.



Приложение А

Иерархия и структура документации СМК ИГД УрО РАН





СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

Приложение Б
Форма титульного листа Руководства по качеству ИГД УрО РАН

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт горного дела Уральского отделения Российской академии наук
(ИГД УрО РАН)

УТВЕРЖДАЮ
Директор ИГД УрО РАН,
д.т.н, проф.
_____ С.В. Корнилков
«__» _____ 20__ г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ

РК СМК 88-16359-20__

ИНСТИТУТА ГОРНОГО ДЕЛА УрО РАН

№ __ экз.

Введено в действие приказом

От _____ № _____

Дата введения 20__ - __ - __

СОГЛАСОВАНО

Зам. директора по научным

вопросам/Представитель

руководства по качеству

Руководитель Службы

качества

А.В. Глебов

Ю.Г. Феклистов

Екатеринбург

20__



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

Приложение В
Форма листа регистрации выдачи контролируемых документов

Лист регистрации выдачи контролируемых документов

_____ (наименование и обозначение документа)

Регистрационный номер	Количество выданных копий	Должность и Ф.И.О. пользователя	Дата рассылки и подпись	Отметка об изъятии

Приложение Г
Форма плана разработки и пересмотра нормативной документации в ИГД УрО РАН

План разработки и пересмотра нормативной документации
системы менеджмента качества в ИГД УрО РАН
на 20 ___ г.

УТВЕРЖДАЮ

Зам. директора по научной
работе/ПРК

_____ А.В. Глебов
« ___ » _____ 20 ___ г.

№п/п	Категория документа	Наименование документа	Разработка/пересмотр	Срок выполнения работы

Специалист по качеству _____

(дата)

(подпись)



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

Приложение Д Индексы документов

Наименование документа	Индекс
Международный стандарт организации по стандартизации	МС ИСО
Межгосударственный стандарт	ГОСТ
Национальный стандарт РФ	ГОСТ Р
Политика в области качества	ПК
Руководство по качеству	РК
Процедура системы менеджмента качества	СТО ПСМК
Стандарт системы менеджмента качества	СТО СМК
Карта процесса	КП
Стандарт предприятия	СП
Положение о подразделениях (отделах)	ПО
Должностная инструкция	ДИ
Форма документа	Ф

Приложение Е Форма перечня действующих нормативных документов системы менеджмента качества ИГД УрО РАН

УТВЕРЖДАЮ

Зам. директора по научным
вопросам/ПРК

_____ А.В. Глебов

«__» _____ 20__ г.

Перечень действующих нормативных документов СМК УРО РАН

№п/п	Обозначение документа	Наименование документа	Ответственный за разработку	Текущее состояние документа
1	2	3	4	5
		1 уровень		
		2 уровень		
		3 уровень		
		4 уровень		
		Записи по СМК (ведется отдельный перечень)		
		5 уровень		
		Внешняя нормативная документация по системам менеджмента качества		



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

		Внешняя методическая и справочная документация по системам менеджмента качества		
		Внешняя законодательная и нормативная документация		

Приложение Ж
Форма листа рассылки и ознакомления
ЛИСТ РАССЫЛКИ И ОЗНАКОМЛЕНИЯ

(обозначение и наименование документа)

Должность	Фамилия, инициалы	Дата	Подпись

СОГЛАСОВАНО:

Зам. директора по научным вопросам/ПРК
Специалист по качеству

Приложение И
Форма листа регистрации изменений

Лист регистрации изменений

(наименование и обозначение документов)

№ изм.	Номера листов (страниц)				Всего листов в документе	№ Приказа о внесении изменений	Подпись	Дата
	изме- ненных	заме- ненных	новых	аннули- рованных				



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

Приложение К
Форма титульного листа СТО (СТП, КП)
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт горного дела Уральского отделения Российской академии наук
(ИГД УрО РАН)

УТВЕРЖДАЮ

Директор ИГД УрО РАН,

д.т.н, проф.

_____ С.В. Корнилков

«__» _____ 20__ г.

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

СТО ПСМК 88-16359-__-20__

(наименование стандарта)

Введено в действие приказом

От _____ № _____

Дата введения 20__ - __ - __

СОГЛАСОВАНО

Зам. директора по научным

вопросам/Представитель

руководства по качеству

Руководитель Службы

качества

А.В. Глебов

Ю.Г. Феклистов

Екатеринбург

20__



Приложение Л

Перечень записей по качеству ИГД УрО РАН

№ п/п	Пункт МС ИСО 9001	Наименование записи по МС ИСО 9001	Наименование записи (Форма записи)	Место хранения/ответственный
	4.2.3	Управление документацией	- Перечень действующих НД СМК ИГД УрО РАН - Лист рассылки и ознакомления - План разработки и пересмотра документов СМК	Служба качества/ Специалист по качеству
	4.2.4	Управление записями	-Отчет по претензиям -Лист регистрации изменений	Сл.качества/ Специалист по качеству
	5.6.1	Анализ со стороны руководства	- Протокол анализа со стороны руководства; - отчеты промежуточные и заключительные по выполненным НИР; - протоколы заседаний секций ученого совета о годовой научной отчетной сессии; - годовой отчет о научной и научно-организационной деятельности;	Служба качества/ Представитель руководства по качеству
	6.2.2	Образование, подготовка, навыки и опыт персонала	- Штатное расписание - Списки работников Института - Личные дела сотрудников Института - Переписка о профессиональной подготовке, переподготовке, повышении квалификации работников Института - Должностные инструкции	Отдел кадров/ Нач. отдела кадров
	6.4	Управление инфраструктурой	- Журнал инструктажа по ТБ; -Журнал инструктажа по Правилам эксплуатации; - Журнал профилактических осмотров; -Журнал неисправного оборудования; -Акты списания оборудования	Подразделение института/ Заведующий подразделением
	7.1	Свидетельства соответствия процессов жизненного цикла продукции и произведенной продукции установленным требованиям	- План работ Института на следующий год	Администрация института
	7.2.2	результаты анализа и последующих действий, вытекающих из анализа требований, относящихся к продукции	- отчет о работе службы качества договора (контракты); - тех. задания	Служба качества, Экономический отдел/ Начальник НТО и ЭО



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

7.3.2	Входные данные для проектирования и разработки, относящиеся к продукции	- договор (контракт)	Экономический отдел/ Начальник ЭО
7.3.4	Результаты анализа проекта и разработки и всех необходимых при этом действий		
7.3.5	Результаты верификации проекта и разработки и всех необходимых при этом действий		
7.3.6	Результаты валидации проекта и разработки и всех необходимых при этом действий		
7.3.7	Результаты анализа изменений проекта и разработки и любых необходимых при этом действий		
7.4.1	результаты оценивания поставщиков и любых необходимых действий, вытекающих из оценки	- заявки на приобретение хозяйственного имущества и инвентаря, канцелярских принадлежностей - переписка о приобретении хозяйственного имущества, канцелярских принадлежностей, оплате услуг средств связи и др. административно-хозяйственных расходах - договоры об обучении сотрудников - перечень утвержденных поставщиков (для закупок, осуществляемых без конкурса, аукциона и т.п.)	
7.5.2	осуществление валидации процессов производства и обслуживания продукции в соответствии с установленными организацией требованиями		
7.5.3	осуществление идентификации продукции и ее регистрации для		



		обеспечения прослеживаемости продукции		
7.5.4		случаи утери, повреждения или признания непригодной для использования собственности (в том числе интеллектуальной) потребителя, а также записи об извещении потребителя о таких случаях		
7.6, перечисление а)		регистрация метрологической базы, используемой для калибровки или поверки устройств для мониторинга и измерений (при отсутствии международных или национальных эталонов)	-график поверки и калибровки СИ - паспорта СИ	Подразделение института/ответственный за МО в подразделении
7.6		регистрация правомочности предыдущих результатов измерения, если обнаружено, что оборудование не соответствует требованиям	-	Подразделение института/ответственный за МО в подразделении
7.6		результаты калибровки и поверки средств измерений для мониторинга и измерений	-Паспорта СИ -свидетельство о калибровке -сертификат о поверке	Подразделение института/ответственный за МО в подразделении
8.2.2		планирование и проведение внутренних аудитов	- годовой план внутреннего аудита; - протокол несоответствий; - программа проведения аудитов; - опросный лист; - отчет о несоответствии; - итоговый отчет по аудиту; -план корректирующих и предупреждающих действий; -отчет об анализе результатов внутренних проверок.	Служба качества/Специалист по качеству



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

8.2.4	идентификация лица (лиц), санкционировавшего(их) выпуск продукции	-подпись директора в акте выполненных работ	Экономический отдел/Нач. отдела
8.2.4	свидетельства соответствия продукции критериям приемки	-акт приема выполненных работ	Экономический отдел/Нач. отдела
8.3	характер несоответствий и любых последующих предпринятых действий, включая полученные разрешения на отклонения		
8.5.2	результаты предпринятых корректирующих действий	-планы корректирующих и предупреждающих действий - переписка об эксплуатации и ремонте средств связи -акты, предписания по технике безопасности -справки о деятельности Института за 5 лет	
8.5.3	результаты предпринятых предупреждающих действий	-журналы инструктажа по технике безопасности -графики проведения ремонта средств вычислительной техники -документы (доклады, обзоры, акты, справки, переписка) о состоянии зданий и помещений, занимаемых Институтом - документы (акты, справки, планы, отчеты) об обследовании противопожарного состояния здания Института - переписка о коммунальном обслуживании зданий и помещений -извещения о потенциальном несоответствии -план корректирующих и предупреждающих действий	Подразделение института/3 ам. директора по общим вопросам, зав. подразделениями



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА

Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

ПРИЛОЖЕНИЕ М

Образец Перечня нормативных документов подразделения

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель Службы качества
_____ Ю.Г.Феклистов
« _____ » _____ 2013 г.

Перечень основных нормативных документов,
необходимых для работы Службы качества в 2013 году

№ п/п	Обозначение документа	Наименование документа	Состояние документа	
			Актуали- зирован	Неактуа- лизирован
1	2	3	4	5
1	ПоСК ИГД	ПОЛОЖЕНИЕ о Службе качества	Да	
2	ДИ вед.аудитора	Должностная инструкция ведущего аудитора СК ИГД УрО РАН	Да	
3	ДИ аудитора	Должностная инструкция аудитора	Да	
4	ПДНД СМК	Перечень действующих документов СМК ИГД УрО РАН	Да	
5	ГОСТ 7.32	Правила оформления Отчетов о НИР	Да	
6	ГОСТ 2.105	ЕСКД. Общие требования к текстовым документам	Да	
7	ГОСТ 7.1	Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления	Да	
8	ВАК 1 за 2011г	Материалы внутреннего аудита качества за 2011 год	Да	
9	ВАК 2 за 2012	Материалы внутреннего аудита качества за 2012 год	Да	

Ответственный за актуализацию нормативных документов _____ А.М.Досов

Исполнитель: к.т.н.
Феклистов Ю.Г.
« 11 » февраля 2013 г.
Тел. 350-43-61

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА**Управление документацией и
записями по качеству

СТО ПСМК 88-16359-001-2012

Лист рассылки и ознакомления

СТО ПСМК 88-16359-001-2012 «Управление документацией и записями по качеству»

№ Экз.	Наименование подразделения/должности	И.О.Фамилия руководителя	Дата ознакомления	Подпись
1.	Директор Института	С.В.Корнилков		_____
2.	Помощник директора	С.А.Арбузова		_____
3.	Зам. директора по научным вопросам/ ПРК	А.В.Глебов		_____
4.	Зам. директора по общим вопросам	В.Б.Киенко		_____
5.	Ученый секретарь	А.А.Панжин		_____
6.	Экономический отдел	М.С.Ненашева		_____
7.	Бухгалтерия	И.А.Глебова		_____
8.	Отдел кадров/1 часть	Т.В.Бородина		_____
9.	Инженер по охране труда и ТБ	Н.А.Свещинская		_____
10.	Инженер по ГО и ЧС	В.И.Огнянко		_____
11.	Гл. специалист по управлению имуществом	Б.Г. Киенко		_____
12.	Отдел геомеханики	А.Д.Сашурин		_____
13.	Лаб. сдвижения горных пород	С.В.Усанов		_____
14.	Лаб. геомеханики подземных сооружений	В.Е.Боликов		_____
15.	Лаб. технологии СРК при недропользовании	В.В.Мельник		_____
16.	Лаб. геодинамики и горного давления	Ю.Г.Феклистов		_____
17.	Лаб. открытой геотехнологии	А.В.Яковлев		_____
18.	Лаб. подземной геотехнологии	И.В.Соколов		_____
19.	Лаб. управления качеством минерального сырья	Ю.В.Лаптев		_____
20.	Лаб. экологии горного производства	Н.Ю.Антонинова		_____
21.	Лаб. тр. систем карьеров и геотехнологии	Ю.А.Бахтурин		_____
22.	Лаб. разрушения горных пород	В.Г.Шеменин		_____
23.	Научно-информационный отдел/ Служба качества	Ю.Г.Феклистов		_____
24.	Вед. специалист-метролог/ Спец. по качеству	А.М.Досов		_____
25.	Юридическая служба	Ю.А.Комлева		_____
26.	Документовед	Е.Б.Крапивина		_____
27.	Системный администратор	Б.А.Степуренко		_____

Лист регистрации изменений

СТО ПСМК 88-16359-001-2012 «Управление документацией и записями по качеству»

№ изм.	Номера листов (страниц)				№ Приказа о внесении изменений	Подпись	Дата
	изме- ненных	заме- ненных	новых	аннули- рован-ных			
1					2 Редакция Приказ №1252-81 от 15.12.2011		
2					3 Редакция Приказ №1252-85 От 26.12.2012		