

**«Turar Healthcare» коммерциялық емес акционерлік қоғамы  
Некоммерческое акционерное общество «Turar Healthcare»**

**БЕКІТІЛГЕН/УТВЕРЖДЕН  
Қоғамның бұйрығымен  
приказом Общества**

**« 01 » ақпан 2023 № 03-148**

**ҚҰЖАТТАЛҒАН РӘСІМ /  
ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА**



**Құжатталған ақпаратты басқару/  
Управление документированной информацией**

**Әзірлеген / Разработал:**

Басқарушы директор /  
Управляющий директор

  
Д. Кусябғалиев


## КЕЛІСУ ПАРАҒЫ / ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Лауазымы / Должность	Қолы / Подпись	Аты-жөні / И. Фамилия	Күні / Дата
1	2	3	4
Директор административного департаменты		Рысдзжалыс М.М.	
Главный менеджер по кадровому обеспечению		А. Аужымбаева	01.02.2023г.

Ескерту. Лауазым құрылымдық бөлімшенің атауымен көрсетіледі.

Примечание. Должность указывается с наименованием структурного подразделения.

## Мемлекеттік тілге аударған / Перевел на государственный язык:

Әкімшілік департаментінің жетекші менеджері Ведущий менеджер административного управления		Г. Тулеуова
---	--	-------------



F-QR-Q02-01-02	Листов 4 – 107 парағы	Нұсқа / Версия: 01
----------------	-----------------------	--------------------

### ҚҰЖАТТЫҢ ТАРИХЫ / ИСТОРИЯ ДОКУМЕНТА

Нұсқа / Версия	Бекіту күні / Дата утверждения	Күшіне ену күні / Дата введения в действие	Нұсқаны өзгерту бойынша негіз / Основание по изменению версии	Ескерту / Примечание
1	2	3	4	5
01				Құжатталған ақпаратты басқару мәселелерінде ISO 9001:2015 «Сапа менеджменті жүйелері. Талаптар» халықаралық стандартының қағидаттарын енгізу шеңберінде / В рамках реализации принципов международного стандарта ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования» в вопросах управления документированной информацией

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

**МАЗМҰНЫ**

Келісу парағы	2
Тарату парағы	3
Құжаттың тарихы	4
Бөлім 1. Жалпы ережелер	6
Бөлім 2. Нормативтік сілтемелер	7
Бөлім 3. Терминдер, анықтамалар, қысқартулар	8
Бөлім 4. Енгізілетін нысандар	8
Бөлім 5. Рәсімді орындауға қойылатын талаптар	9
Бөлім 6. Жауапкершілік	44
Қосымша 1 (міндетті)	47
Қосымша 2 (міндетті)	50
Қосымша 3 (міндетті)	51
Қосымша 4 (міндетті)	52
Қосымша 5 (міндетті)	53

## БӨЛІМ 1. ЖАЛПЫ ЕРЕЖЕЛЕР

1. Осы құжатталған рәсім (бұдан әрі – Рәсім) «Turar Healthcare» КЕАҚ (бұдан әрі - Қоғам) сапа менеджменті жүйесі мен оның процестерінің құжатталған ақпаратын әзірлеу, келісу, бекіту, қолданысқа енгізу, тіркеу, көбейту, орындау, сақтау, өзектендіру, өзгерістер енгізу, қайта қарау, жою және жою тәртібіне бірыңғай талаптарды айқындау мақсатында әзірленді (бұдан әрі – Рәсім ).

Ескерту. Осы рәсімнің мәтінде мәтін бойынша нақтылау берілген жағдайларды қоспағанда, «Қоғам» деп, сонымен қатар құрамына кіретін еншілес ұйымдар мен филиалдар (бар болса) түсініледі.

Бұйрықтар мен өкімдерді шығару, хат-хабарларды, істер номенклатурасын, актілерді, отырыстардың (кеңестердің) хаттамаларын қалыптастыру және өңдеу, сондай-ақ істерді ресімдеу және қалыптастыру, оларды жою немесе тұрақты сақтауға беру процестері Қоғамның тиісті ішкі нормативтік құжаттарында айқындалған.

2. Осы рәсім осы рәсімнің 2-бөлімінде көрсетілген нормативтік құқықтық актілерге және нормативтік құжаттарға сәйкес әзірленді.

3. Рәсім атқаратын лауазымы мен мәртебесіне қарамастан Қоғамның барлық қызметкерлерінің орындауы үшін міндетті болып табылады.

4. Осы рәсім Қоғамда құжатталған ақпаратты басқару жөніндегі талаптарды белгілейтін негізгі құжат болып табылады. Қоғамда әзірленген өзге де құжаттар, құжат деңгейіне қарамастан, осы рәсімде көрсетілген талаптарға сай болуы тиіс.

Қоғамның еншілес ұйымдары құжатталған ақпаратты басқару бойынша өздерінің ішкі нормативтік құжаттарын шығара алады, алайда мұндай құжаттар осы рәсімде көрсетілген негізгі талаптарға қайшы келмеуі тиіс.

5. «Стандарттау туралы» Қазақстан Республикасының 2018 жылғы 5 қазандағы № 183-VI Заңының 1-бабының 15) және 30) тармақшаларына, 16-бабының 1-тармағына және 19-бабына сәйкес Қоғамның барлық ішкі нормативтік құжаттары (01-03 деңгейдегі СМЖ құжаттары (25-тармақ). Қоғамның даму стратегиясын қоспағанда) стандарттау жөніндегі құжаттарға жатады.

«Құқықтық актілер туралы» Қазақстан Республикасының 2016 жылғы 6 сәуірдегі № 480-V Заңының 2-бабы 2-тармағының 5) тармақшасына сәйкес Қоғамды стандарттау жөніндегі құжаттарға осы заңның нормалары қолданыла алмайды.

6. Рәсім Қоғамның ішкі нормативтік құжаты болып табылады және аудиттер (тексерулер, инспекциялар) жүргізу кезінде аудиторлар және (немесе) Қазақстан Республикасының уәкілетті (мемлекеттік) органдарынан басқа Тараптарға ұсынылуға жатпайды.

**БӨЛІМ 2. НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР**

Осы Рәсім мынадай нормативтік құқықтық актілер мен нормативтік құжаттардың талаптарын ескере отырып әзірленді:

- 1) Қазақстан Республикасының 2015 жылғы 23 қарашадағы № 414-V Еңбек кодексі
- 2) Қазақстан Республикасының 1997 жылғы 11 шілдедегі № 151-I Заңы «Қазақстан Республикасындағы тілдер туралы»
- 3) Қазақстан Республикасының 2003 жылғы 13 мамырдағы № 415 Заңы. «Акционерлік қоғамдар туралы»
- 4) Қазақстан Республикасының 2011 жылғы 1 наурыздағы № 413-IV Заңы «Мемлекеттік мүлік туралы»
- 5) Қазақстан Республикасының 2016 жылғы 6 сәуірдегі № 480-V Заңы «Құқықтық актілер туралы»
- 6) Қазақстан Республикасының 2018 жылғы 5 қазандағы № 183-VI Заңы «Стандарттау туралы»
- 7) Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2018 жылғы 31 қазандағы № 703 қаулысы «Мемлекеттік және мемлекеттік емес ұйымдарда құжаттау, құжаттаманы басқару және электрондық құжат айналымы жүйелерін пайдалану қағидаларын бекіту туралы»

F-QR-Q02-01-02	Парақ 8 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	--------------------	--------------------

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 8) ISO 9000:2015     | «Сапа менеджменті жүйелері. Негізгі ережелер мен сөздік»              |
| 9) ISO 9001:2015     | «Сапа менеджменті жүйелері. Талаптар»                                 |
| 10) ISO 10013:2021   | «Сапа менеджменті жүйелері. Құжатталған ақпарат бойынша нұсқаулық»    |
| 11) JCI стандарттары | Joint Commission International стандарттары, 7-ші басылым             |
| 12) JN-Q02-01        | «Бөлімшелер туралы ережелерді және лауазымдық нұсқаулықтарды басқару» |
| 13)                  | «Терминдердің, анықтамалардың және қысқартулардың анықтамалығы»       |

### **БӨЛІМ 3. ТЕРМИНДЕР, АНЫҚТАМАЛАР ЖӘНЕ ҚЫСҚАРТУЛАР**

7. Осы рәсімде осы рәсімнің 2-бөлімінде көрсетілген нормативтік құқықтық актілерде және нормативтік құжаттарда белгіленген терминдер мен олардың анықтамалары қолданылады.

8. Қосымша, осы рәсімде мынадай қысқартулар және олардың анықтамалары қолданылады:

- |        |                                  |
|--------|----------------------------------|
| 1) ISO | Халықаралық стандарттау ұйымы    |
| 2) МЖӘ | Мемлекеттік-жекешелік әріптестік |
| 3) СМЖ | Сапа менеджменті жүйесі          |

### **БӨЛІМ 4. ЕНГІЗІЛЕТІН НЫСАНДАР**

Осы Рәсіммен жазбалардың мынадай нысандары белгіленді:

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 1) F-QR-Q02-01-01 | Ландшафт картасы (Процесс картасы)                                       |
| 2) F-QR-Q02-01-02 | 01-02 деңгейлердегі СМЖ құжаты (бөлімшелер туралы ережелерді қоспағанда) |
| 3) F-QR-Q02-01-03 | Қоғамның алқалы органы туралы ереже                                      |

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

F-QR-Q02-01-02	Парақ 9 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	--------------------	--------------------

- 4) F-QR-Q02-01-04 03 деңгейдегі СМЖ құжаты (лауазымдық нұсқаулықтарды қоспағанда)
- 5) F-QR-Q02-01-05 Нұсқаулық бағдарламасы
- 6) F-QR-Q02-01-06 Жадынама
- 7) F-QR-Q02-01-07 СМЖ құжаттарын есепке алу, әзірлеу, өзектендіру және қайта қарау журналы
- 8) F-QR-Q02-01-08 Құжатқа қол қоюдан бас тарту туралы акт
- 9) F-QR-Q02-01-09 СМЖ құжаттарын тігуге арналған белгі
- 10) F-QR-Q02-01-10 Қызметкерді СМЖ құжаттарымен таныстыру парағы
- 11) F-QR-Q02-01-11 Алып қою туралы акт
- 12) F-QR-Q02-01-12 Ішкі нормативтік құжаттардың нормаларын түсіндіру
- 13) F-QR-Q02-01-13 Жоюға бөлу туралы акт
- 14) F-QR-Q02-01-14 Журналдарды тіркеу журналы
- 15) F-QR-Q02-01-15 Сәйкессіздіктерді тіркеу және бақылау журналы
- 16) F-QR-Q02-01-16 Келісу парағы
- 17) F-QR-Q02-01-17 Танысу парағы

## **БӨЛІМ 5. ПРОЦЕСТІ ОРЫНДАУҒА ҚОЙЫЛАТЫН ТАЛАПТАР**

### **Бөлімше 1. Жалпы ережелер**

9. Қоғам ішінде, оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдарда әзірленген, қағаз және (немесе) электронды түрде ресімделген барлық құжатталған ақпарат (құжаттар мен жазбалар) басқаруға жатады. Құжатталған ақпаратты басқаруға сыртқы ұйымдар әзірлеген құжаттар мен жазбалар да жатады.

#### **Маңызды!**

**Қоғамның құжатталған ақпараты оның меншігі болып табылады. Егер осы Рәсімде немесе Қоғамның басқа да ішкі нормативтік құжаттарында өзгеше белгіленбесе, аудиторлар және (немесе) Қазақстан Республикасының уәкілетті (мемлекеттік) органдарын қоспағанда, оларды таратуға, тираждауға, көшіруге, беруге және (немесе) бөгде адамдар мен ұйымдарға беруге қатаң тыйым салынады!**

10. Қоғамда құжатталған ақпаратты басқарудың мақсаты Қазақстан Республикасы нормативтік құқықтық актілерінің талаптарына сәйкес құжаттар мен

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

жазбаларды жүргізу және тұтастай Қоғамда СМЖ-нің тиісті жұмыс істеуі болып табылады.

11. Бұл мақсатқа жету келесі міндеттерді шешу арқылы қамтамасыз етіледі:

- 1) Қоғамда қажетті құжаттар мен жазбалардың болуын қамтамасыз ету;
- 2) құжатталған ақпаратты өзекті жағдайда ұстау;
- 3) қолданылмайтын құжатталған ақпаратты пайдалануды болдырмау (алып қою) жөнінде тиісті шаралар қабылдау;
- 4) талаптарға қайшы келетін құжатталған ақпаратты рұқсатсыз пайдалану мүмкіндігінің алдын алу (жолын кесу);
- 5) Қоғамның құжатталған ақпаратын және өзге де құжаттамасын әзірлеуді, қолданысқа енгізуді ұйымдастыру;
- 6) құжатталған ақпаратты мақсаттарды іске асыру және олардағы ақпараттың мазмұнын сақтау үшін пайдалану;
- 7) Қазақстан Республикасы заңнамасының және халықаралық стандарттардың талаптарында белгіленген өзге де іс-шаралар [2-бөлім., 7) -10) тармақшалар].

12. Қоғам қызметінің нәтижесінде пайда болатын құжаттарды әзірлеу (дайындау), келісу, қол қою және бекіту кезінде құжаттардың заңды күшін және оларды қазіргі заманғы автоматтандырылған техникалық құралдарды (компьютерлік техника, бағдарламалық қамтамасыз ету және т.б.) және ақпараттық жүйелерді пайдалана отырып өңдеу мүмкіндігін қамтамасыз ететін талаптар міндетті түрде сақталады.

13. Қоғам қызметі процесінде жасалатын құжаттардың құрамы айқындалады:

- 1) Қоғамда қолданылатын СМЖ және оның жекелеген элементтері;
- 2) Қоғамдағы процестердің ерекшелігі;
- 3) басқару іс-шаралары шеңбері, мәселелерді шешу тәртібі (дара, алқалы);
- 4) уәкілетті және мемлекеттік органдармен, жекеше(және) әріптеспен(серіктестермен) және басқа да ұйымдармен өзара іс-әрекет сипатымен.

14. Қоғамның құжатталған ақпаратының (СМЖ құжаттарының) құрамына төмендегілер кіреді:

- 1) Қоғамның Жарғысы;
- 2) еншілес ұйымдардың жарғылары;
- 3) филиалдар туралы ережелер;
- 4) ұйымдық құрылым;
- 5) құжатталған ақпарат;
- 6) даму стратегиясы (Стратегиялық жоспар);
- 7) штат кестесі және тарифтеу анықтамалығы;
- 8) өкімдік құжаттар (бұйрықтар, өкімдер, хаттамалар);
- 9) анықтамалық-ақпараттық құжаттар (жоспарлар, есептер, анықтамалар, актілер, баяндамалық, түсіндірме және қызметтік жазбалар, хаттар, жеделхаттар мен телефонограммалар, шарттар (келісімшарттар), қосымша келісімдер және т.б.).

15. Ішкі құжатталған ақпаратта әртүрлі деңгейдегі қайшылықтар болған кезде жоғары деңгейдегі құжатталған ақпаратпен айқындалған нормалар қолданылады (25-тармақ, осы рәсімнің).

Бір деңгейдегі құжатталған ақпарат нормалары арасында қайшылықтар болған жағдайда, кейінірек қолданысқа енгізілген құжатталған ақпарат нормалары қолданылады.

Қоғамның, еншілес ұйымдардың немесе филиалдардың құжатталған ақпаратында қолданыстағы нормалардың қайшылықтары болған кезде Қоғамның құжатталған ақпаратында белгіленген нормалар қолданылады.

16. Егер Қазақстан Республикасының заңнамасында, осы рәсімде және Қоғамның басқа да ішкі құжаттарында өзгеше белгіленбесе, СМЖ құжаттарына қатысты шешімдерді қарау және қабылдау мерзімі күнтізбелік 15 (он бес) күннен аспауы тиіс.

## **Бөлімше 2. Құжатталған ақпараттың жіктелуі**

17. Қоғамда барлық құжатталған ақпарат сыртқы және ішкі құжаттарға бөлінеді.

18. Сыртқы құжаттарға мыналар жатады:

- 1) Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілері;
- 2) Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілері;
- 3) жоғары тұрған уәкілетті (мемлекеттік) органдардың басшылық құжаттары;
- 4) нормативтік құжаттар (ISO, OSI, ГОСТ, ҚР СТ және т. б.);
- 5) МЖӘ шартының қолданылу кезеңінде қолданылатын жеке әріптестің нормативтік құжаттары;
- 6) кіріс хат-хабарлар.

19. Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілері Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес негізгі және туынды болып бөлінеді [2-бөлім., 5) тармақша].

20. Нормативтік құқықтық актілерді алу үшін Қоғамда ашық нормативтік құқықтық актілердің Интернет-ресурстары (мысалы, [www.zakon.kz](http://www.zakon.kz)) немесе Қоғам Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен сатып алған ақпараттық жүйелер пайдаланылады.

21. Еуразиялық экономикалық одақ аумағында, оның ішінде Қазақстан Республикасының аумағында қолданылатын нормативтік құжаттарға мыналар жатады:

- 1) халықаралық стандарттар;
- 2) мемлекетаралық стандарттар;
- 3) техникалық-экономикалық ақпараттың өңірлік стандарттары мен жіктеуіштері, стандарттау және аккредиттеу жөніндегі қағидалар мен ұсынымдар;

- 4) Қазақстан Республикасының техникалық-экономикалық ақпаратының ұлттық стандарттары мен жіктеуіштері;
- 5) ұйымдардың стандарттары;
- 6) Қазақстан Республикасын стандарттау және аккредиттеу жөніндегі ұсынымдар;
- 7) шет мемлекеттердің стандарттары, ұйымдардың стандарттары, техникалық-экономикалық ақпарат жіктеуіштері, шет мемлекеттердің стандарттау және аккредиттеу жөніндегі қағидалары, нормалары мен ұсынымдары;
- 8) үкіметтік емес стандарттар.

22. Нормативтік құжаттарды сатып алу «Қазақстандық стандарттау және сертификаттау институты» республикалық мемлекеттік кәсіпорнымен тиісті шарт жасасу арқылы ақылы негізде жүргізіледі. Нормативтік құжаттарды өзектендіру жылына кемінде бір рет жүргізіледі.

23. Бақылаушы уәкілетті (мемлекеттік) органдардың басшылық құжаттары факс немесе электрондық пошта немесе электрондық құжат айналымы жүйесі (бұдан әрі – ЭҚЖ) және Қоғамның, оның еншілес ұйымдары мен филиалдарының заңды мекенжайына келіп түседі. Қажет болса, кеңсе менеджерлері және (немесе) іс жүргізу жөніндегі жауапты тұлға оларды танысу және (немесе) орындау үшін бөлімшелердің басшыларына жібереді.

Ескерту 1. «Электрондық құжат айналымы жүйесі» термині «Электрондық құжат және электрондық цифрлық қолтаңба туралы» Қазақстан Республикасының 2003 жылғы 7 қаңтардағы № 370-ІІ Заңында белгіленген талаптарға сәйкес келетін Қоғамның кез келген ақпараттық жүйесін (бағдарламалық өнімін) білдіреді.

Ескерту 2. «Іс жүргізу жөніндегі жауапты тұлға» термині Қоғамда, еншілес ұйымда немесе филиалда құжат айналымын тиісінше жүргізу үшін жауапты Қоғамның, еншілес ұйымның немесе филиалдың (бар болса) қызметкері болып табылады. Іс жүргізу жөніндегі жауапты тұлға тиісті ішкі нормативтік құжатпен (лауазымдық нұсқаулықпен) немесе Басқарма төрағасының, еншілес ұйым немесе филиал басшысының бұйрығымен айқындалады.

24. СМЖ ішкі құжаттарына Қоғам әзірлеген барлық құжаттар жатады.

25. Барлық ішкі құжатталған ақпарат (құжаттар) төрт деңгейге бөлінеді [2-бөлім., 10) тармақша, Қосымша А]:

1) Бірінші деңгейдегі құжаттар (коды 01) - Сапа жөніндегі нұсқаулық, Сапа саласындағы саясат және мақсаттар.

01-деңгейдегі СМЖ құжаттарына Қоғамның Даму стратегиясы (стратегиялық жоспары) да жатады. Ол Қоғам сапасын қамтамасыз ету саласындағы сапа және саясат жөніндегі нұсқаулықта көрсетілген нормаларды ескере отырып әзірленеді.

2) Екінші деңгейдегі құжаттар (коды 02) - сапа жөніндегі Басшылықтың ережелерін, сапа саласындағы саясат пен мақсаттарды дамытуға әзірленген, сондай-ақ Қоғамның құрылымдық бөлімшелері мен процестерінің қызметін сипаттайтын

құжаттар (құжатталған рәсімдер, ландшафтық карталар, процестер карталары, алқалы органдар туралы ережелер және құрылымдық бөлімшелер туралы ережелер).

3) үшінші деңгейдегі құжаттар (коды 03) - құрылымдық бөлімшелердің қызметін тиімді жоспарлауды, процестерді жүзеге асыруды және жеке басқаруды қамтамасыз ететін құжаттар (жұмыс нұсқаулықтары, стандартты операциялық рәсімдер және лауазымдық нұсқаулықтар).

Қоғамдағы құжаттардың үшінші (03) деңгейіне қосымша жадынамалар жатады. Бұл құжаттар сапа жөніндегі Нұсқаулықтың 2-бөлімдерінде және осы рәсімде көрсетілген стандарттарда (халықаралық, мемлекетаралық және мемлекеттік) белгіленген СМЖ-нің жекелеген элементтерін сипаттайды.

4) Төртінші деңгейдегі құжаттар (коды 04) – орындалған іс – әрекеттердің және (немесе) қол жеткізілген нәтижелердің объективті куәліктерін қамтитын құжаттар-жазбалар (бұйрықтар, өкімдер, қызметтік жазбалар, жоспарлар, іс-шаралар, есептер, Нысандар, бланкілер, хаттамалар, шарттар, журналдар және т.б.).

Директорлар кеңесі бекітетін құжаттар (ішкі құжаттардың бекітілген классификаторына сәйкес) Қоғамның ішкі қызметін реттейтін құжаттарға жатады.

Басқарма бекітетін құжаттар (Директорлар кеңесінің шешімімен бекітілген ішкі құжаттар классификаторына сәйкес) Қоғамның қызметін ұйымдастыру мақсатында бекітілетін құжаттарға жатады.

Бөлімше туралы ережелер мен лауазымдық нұсқаулықтар Қазақстан Республикасының 2015 жылғы 23 қарашадағы № 414-V Еңбек кодексінің 1-бабы 1-тармағының 41) тармақшасына сәйкес жұмыс беруші (басқарма төрағасы, еншілес ұйымдар мен филиалдар басшылары) актісінің бір түрі болып табылады.

### Маңызды!

#### Барлық ішкі нормативтік құжаттар (01-03 деңгей),

**осы немесе өзге процесті (іс-әрекетті) орындау қағидаларын немесе СМЖ жұмыс істеу және жетілдіру қағидаларын сипаттайтын, тұтастай алғанда, ұйымның лауазымы мен мәртебесіне қарамастан, Қоғам қызметкерлерінің орындауы үшін міндетті болып табылады!**

26. 01-03 деңгейдегі СМЖ құжаттарында құжаттарды сәйкестендіру (кодтау) кезінде қолданылатын шартты белгілер болады:

- 1) SN – Сапа бойынша нұсқаулық (Sapa nūsqaulyǵy);
- 2) S – Саясат (Sayasat);
- 3) M – Мақсаттар (Maqsat);
- 4) QR – Құжатталған рәсім (qūjattalǵan räsım);
- 5) LK – Ландшафт картасы (landşaft kartasy);
- 6) PK – Процесс картасы (prosess kartasy);
- 7) BE – Бөлімше туралы ереже (bölimşe turaly ereje);

- 8) АОЕ – Алқалы орган туралы ереже (alqaly organy turaly ereje);
- 9) JN – Жұмыс нұсқаулығы (jūmys nūsqaulyǵy);
- 10) SOP – Стандартты операциялық процедура;
- 11) NB – Нұсқаулық бағдарламасы (кіріспе, жұмыс орнындағы бастапқы, мақсатты) (nūsqaulyq baǵdarlamasy);
- 12) LN – Лауазымдық нұсқаулық (lauazymdyq nūsqaulyq);
- 13) J – Жадынама (jadyname).

Бұл ретте, Қоғамның еңбек тәртібі қағидаларының өзіндік сәйкестендірілуі (коды) – ETQ-Q01 (латын әліпбиіндегі қазақстандық «Еңбек тәртіптемесінің қағидалары» «Eñbek tärtiptemesiniñ qaǵidalary»).

01-03 деңгейдегі СМЖ құжаттарын басқарудың қысқаша сипаттамасы (Қоғамның сапа жөніндегі уәкілінің басқаруындағы) осы Рәсімге 1-қосымшада блок-схема түрінде келтірілген.

Ескерту. «Сапа жөніндегі уәкіл» деп қоғамда СМЖ қамтамасыз етілуіне және тиісінше жұмыс істеуіне жауапты қоғам қызметкері түсініледі. Сапа жөніндегі уәкіл Басқарма төрағасының бұйрығымен немесе тиісті лауазымдық нұсқаулықпен айқындалады, ол ISO/IEC 17024:2012 халықаралық стандартына сәйкес сапа жөніндегі уәкілдерге қойылатын біліктілік талаптарына және «QMS 2015» IRCA (International Register of Certificated Auditors) аудиторларға қойылатын талаптарына сәйкес келеді.

27. Егер Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілеріне және (немесе) Қазақстан Республикасының заңнамасына және (немесе) Жарғысына және (немесе) ұйымдық құрылымына және (немесе) Қоғамның штат кестесіне өзгеріс(тер) енгізілсе, онда әзірлеуші (жауапты тұлға) міндетті түрде күнтізбелік 30 (отыз) күн ішінде осы рәсімде белгіленген талаптарға сәйкес СМЖ-нің өзара байланысты (реттеуші) ішкі нормативтік құжаттарына өзгерісті (терді) енгізеді.

СМЖ-нің жаңа реттеуші ішкі нормативтік құжаттары ресми қолданысқа енгізілгенге дейін бұрын енгізілген құжаттар қолданылады, бірақ Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілеріне және (немесе) Қазақстан Республикасының заңнамасына және (немесе) жарғысына және (немесе) ұйымдық құрылымына және (немесе) Қоғамның штат кестесіне енгізілген өзгерістер ескеріледі.

28. Ішкі нормативтік құжаттардың талаптары, оларды қолдану практикасындағы қарама-қайшылықтар түсініксіздігі және әртүрлі түсіндірілуі (түсінілуі) анықталған жағдайда, ішкі нормативтік құжаттарда қамтылған нормаларға түсініктеме берілуі мүмкін (осы Рәсімнің 8-бөлімі).

Қоғамның ішкі нормативтік құжатының талаптарын түсіндіру тек қана ішкі нормативтік құжатта көрсетілген нормалардың мазмұнын түсіндіру (нақтылау) мақсатында беріледі, Қоғамның түсіндірілетін Нормативтік құжатының мағынасын өзгерте алмайды және оның шегінен шыға алмайды.

### Бөлімше 3. Құжатталған ақпаратты ресімдеуге қойылатын талаптар

29. Қоғамның құжатталған ақпаратын ресімдеуге қойылатын негізгі талаптар Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінде, халықаралық директиваларда және стандарттарда [2-бөлім., 2), 5)-11) тармақшасы], сондай-ақ осы рәсіммен айқындалған.

30. Сапа нұсқаулығы, сапа саясаты мен мақсаттары, құжатталған процедуралар, ландшафт карталары, процесс карталары, Қоғамның алқалы органдары туралы ережелер, бөлімшелер туралы ережелер, лауазымдық нұсқаулықтар, жұмыс нұсқаулықтары, стандартты операциялық процедуралар, Нұсқаулық бағдарламалары мен жадынамалар осы процедурамен басқарылады.

Бөлімшелер мен лауазымдық нұсқаулықтар туралы ережелердің құрылымы мен мазмұнына тікелей қойылатын талаптар СМЖ-нің тиісті нормативтік құжатында белгіленген [2-бөлім., 12) тармақша]. Ал 04 деңгейдегі құжаттардың құрылымы мен мазмұнына тікелей қойылатын талаптар Қоғамның басқа ішкі нормативтік құжаттарында айқындалған.

31. СМЖ-ның барлық нормативтік құжаттары (ландшафтық карталар мен процесс карталарын қоспағанда) мемлекеттік және орыс тілдерінде әзірленеді, сондай-ақ егер бұл Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілерінде, Қазақстан Республикасының заңнамасында, халықаралық стандарттарда, директиваларда, Қағидаларда, келісімдерде, Қоғамның ішкі нормативтік құжаттары, осы рәсімде, және (немесе) басқаларында айқындалған болса, қосымша өзге де тілде болуы мүмкін.

32. Ішкі нормативтік құжаттар (ландшафтық карталар мен процесс карталарын қоспағанда), оның ішінде жазба нысандары А4 (210x297 мм) форматындағы парақтарда әзірленеді, құжат мәтіні 14 пт көлеміндегі Times New Roman шрифтімен және бір жоларалық интервалмен келесі өріс өлшемдерін қатаң сақтай отырып орындалады:

1) парақ тігінен орналасқанда:

сол жақ – 20 мм;

оң жақ – 10 мм;

жоғарғы жақ – 10 мм;

төменгі жақ – 15 мм.

2) парақ көлденең орналасқанда:

сол жақ – 15 мм;

оң жақ – 10 мм;

жоғарғы жақ – 20 мм;

төменгі жақ – 10 мм.

3) екі жақты басып шығару кезінде құжат парағының артқы жағы (тік орналасқан кезде):

сол жақ – 10 мм;  
оң жақ – 20 мм;  
жоғарғы жақ – 10 мм;  
төменгі жақ – 15 мм.

4) екі жақты басып шығару кезінде құжат парағының артқы жағы (көлденең орналасқан кезде):

сол жақ – 10 мм;  
оң жақ – 15 мм;  
жоғарғы жақ – 20 мм;  
төменгі жақ – 10 мм.

---

### **Маңызды!**

**СМЖ 01-03 деңгейдегі құжаттарда екі жақты басып шығаруға жол берілмейді!**

---

СМЖ құжаттарында ерекше назар аудару қажет ақпаратты бөліп көрсету мақсатында ерекшеленген мәтінді қалың қаріппен жазуға және астын сызуға (ескертпелердегі, мысалдардағы және кестелердегі мәтінді қоспағанда) болады.

33. Ландшафттық карталар мен процесс карталарын Мемлекеттік және (немесе) орыс тілдерінде, А4-тен (210x297 мм) үлкен парақтарда және 10-нан 14-ке дейінгі Times New Roman қаріпімен жазуға рұқсат етіледі.

Ландшафттық карталар мен процесс карталары Microsoft Visio бағдарламалық құралында F-QR-Q02-01 нысаны бойынша парақта мәтін көлденең орналасатын блок-схема форматында әзірленеді. Әрбір ландшафт картасы мен процесс картасы міндетті түрде келісім парағымен бірге жүреді.

Қоғамның орталық кеңсесінде әзірленген ландшафттық карталар мен процесс карталарының түпнұсқалары сапа жөніндегі уәкілде сақталады.

Қоғамның еншілес ұйымдары немесе филиалдары әзірлеген ландшафттық карталар мен процестік карталар (түпнұсқалар) сапаны қамтамасыз ету жөніндегі тиісті жауапты тұлғаларда сақталады, олардың көшірмелері Қоғамның сапасы жөніндегі уәкіліне беріледі.

Ескерту. «Сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға» термині еншілес ұйымда немесе филиалда СМЖ қамтамасыз етілуіне және тиісінше жұмыс істеуіне жауапты еншілес ұйымның немесе Қоғам филиалының қызметкері болып табылады. Сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға тиісті ішкі нормативтік құжатпен (лауазымдық нұсқаулықпен) немесе еншілес ұйым не филиал басшысының бұйрығымен қызметкерде тиісті құзырет болған кезде және Қоғамның сапасы жөніндегі уәкілдің келісімі бойынша айқындалады.

Бұл ретте, еншілес ұйымда және филиалда СМЖ-нің дұрыс жұмыс істеуі үшін жауапкершілік басшылардан алынбайтынын атап өткен жөн.

34. СМ 01-03 деңгейдегі құжаттар (бөлімшелер туралы ережелерді және лауазымдық нұсқаулықтарды қоспағанда) осы рәсімде белгіленген нысандар бойынша әзірленеді (F-QR-Q02-01-02, F-QR-Q02-01-03, F-QR-Q02-01-04, F-QR-Q02-01-01-05 және F-QR-Q02-01-06). Қоғам қызметкерлерінің лауазымдық нұсқаулықтары тиісті ішкі нормативтік құжатта айқындалған нысан бойынша ресімделеді [2-бөлім., 12) тармақша], бұл ретте осы рәсімде көрсетілген негізгі талаптарды қатаң сақтау қажет.

35. СМЖ құжаттарының барлық парақтарында (01-03 деңгей) құжат нысанының сәйкестендіру нөмірі, парақ нөмірі, парақтардың жалпы саны және құжат нұсқасы көрсетілетін жоғарғы колонтитулы болады. Титулдық бетте парақтың нөмірі және олардың жалпы саны көрсетілмейді [2-бөлім, 7) тармақша, 2-тарау, 2-Параграф, 30-тармақ.].

Төменгі колонтитулда құжаттың сәйкестендіру нөмірі мен атауы көрсетіледі.

Жоғарғы және төменгі колонтитулдардағы қаріп өлшемі 12 пт.

36. Абзацтың бірінші жолының шегінісі 12,5 мм болады.

37. СМЖ құжатының атауы қысқаша анықталады, ол оның мазмұнын толығымен көрсетеді және оны басқа құжатпен шатастыруға мүмкіндік бермейді. Бұл ретте Қоғамның сапасы жөніндегі уәкіл немесе сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға кейіннен пайдаланушылардың шатасуын және (немесе) құжат атауының басқалармен ұқсастығын болдырмау мақсатында құжаттың атауына түзетулер енгізе алады.

38. Құжаттың мәтіндік бөлігін («Процесті орындауға қойылатын талаптар» бөлімі) 25 парақтан аспайтын көлемде (қосымшаларды есепке алмағанда) орналастыру ұсынылады.

39. Бөлімшелер, ішкі бөлімдер, бөлім тақырыбы мен мәтіні, ішкі бөлім тақырыбы мен мәтіні, бөлім және ішкі бөлім тақырыптары арасындағы қашықтық бір интервалға тең.

40. Бөлімдер мен кіші бөлімдерді нөмірлеу араб цифрларымен нүктемен келесі түрде жүзеге асырылады: 1., 2., 3. әрі қарай. Тармақтар мен бөлімдерді нөмірлеу өтпелі, тармақтағы тармақшалар, бөлімдегі бөлімшелер – дербес болып табылады. Бөлімнің (бөлімшенің) нөмірі мен атауы арасындағы қашықтық бір интервалға (бос орынға) тең. Егер бөлім немесе бөлімше бір тармақтан тұрса немесе тармақ бір тармақшадан тұрса, ол нөмірленбейді [2-бөлім, 7)-тармақша, 2-тарау, 2-Параграф, 29-тармақ.].

---

### **Маңызды!**

**СМЖ құжаттарында (01-04 деңгейлер) абзацтарды сызықшалармен немесе өзге де белгілермен белгілеуге жол берілмейді [2-бөлім, 7)-тармақша, 2-тарау, Параграф 2, 29-тармақ.]!**

---

41. Құжаттың мазмұны форма бойынша реттелген, дәйекті, бір мәнді, түсінікті сөз тіркестерімен баяндалады, сөз тіркестерінің екі мағыналы болуына жол бермейді. Маңызды сөз тіркестерін немесе жеке сөздерді қалың қаріппен ерекшеленіз.

### Маңызды!

**Маңызды, ерекше назар аударуды қажет ететін немесе орындалмау қаупі бар ақпарат кестеге (бүйір сызықтары жоқ) енгізіледі және ортасына орналасқан «Маңызды!» немесе «Назар аударыңыз.» (тырнақшасыз) жазуымен белгіленеді!**

42. Диаграммалар, графиктер, диаграммалар, суреттер мен кестелер қосымшаларда орналастырылады. Кесте мәтіннің жалғасы болып табылатындығын және жеке қосымшаға бөлінбейтіндігін ескере отырып, кестелерді құжаттың мәтіндік бөлігінде орналастыруға рұқсат етіледі.

43. СМЖ құжаттарына қосымшалар (01-03 деңгей) міндетті және ұсынылатын болып бөлінеді, олар тиісті жазбамен сәйкестендіріледі. Міндетті-бұл тиісті құрылымдық бөлімшелер немесе қызметкерлер орындауға міндетті талаптарды (процестерді) көрсететін қосымшалар. Ұсынылатындар ұсынымдық сипатқа ие және (немесе) мүмкін болатын әрекеттерді (процестерді) көрсететін қосымшалар.

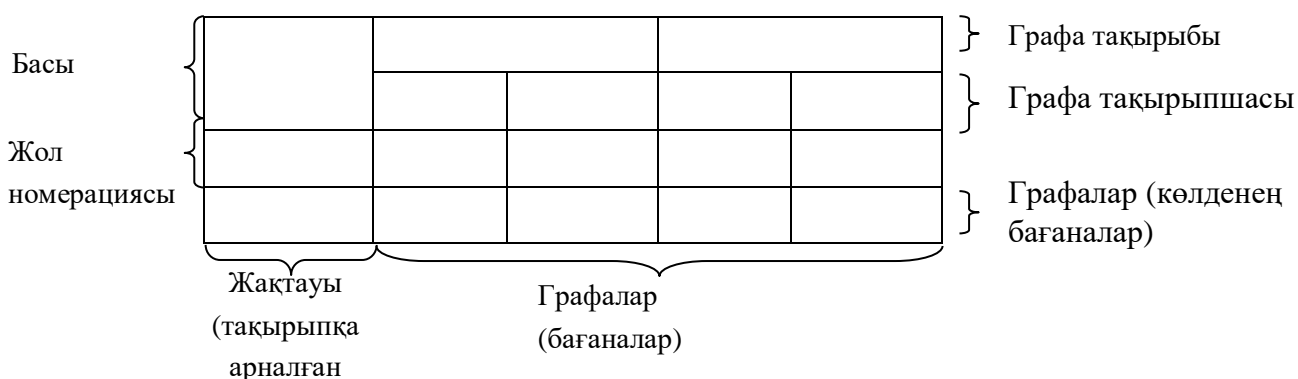
44. Кестелер кестенің сол жағындағы араб цифрларымен нөмірленеді, «Кесте» сөзімен, оның реттік нөмірімен ерекшеленеді және ортасына тақырып жазылады (қаріп өлшемі 14). Кестелер үшін 12 немесе 14 өлшемді қаріп қолданылады. Кесте бағандарының тақырыптары қалың қаріппен ресімделеді.

«Кесте» сөзі кестенің бірінші бөлігінің сол жағында бір рет көрсетіледі, басқа бөліктердің үстінде (қажет болған жағдайда) кестенің нөмірін (белгісін) көрсете отырып, «... кестесінің жалғасы» деген сөздер жазылады.

Кестелер келесі түрде жасалады:

Кесте \_\_\_\_\_

(кестенің аты)



45. Барлық кестелерге құжаттың мәтінінде сілтемелерді көрсету керек, сілтеме жасағанда нөмірі көрсетіле отырып, «Кесте» сөзі (тырнақшасыз) жазылады.

46. Ескертпелер мен мысалдар құжаттарда мәтіннің, кестелердің, графикалық кескіннің (ландшафт картасы, процесс картасы, блок-схема, диаграмма және т.б.) мазмұнына түсініктемелер немесе анықтамалық деректер қажет болған жағдайда келтіріледі.

Ескертпелер мен мысалдар олар сілтеме жасайтын мәтіннен, графикалық кескіннен немесе кестеден тікелей кейін орналастырылуы керек.

47. Мәтіндегі бір ескертпенің алдында «Ескертпе» сөзі (тырнақшасыз) мәтінінің бірінші жолының басында орналастырылады. Егер сол тармақтың, графикалық материалдың немесе кестенің шегінде бірнеше ескертпелер болса, олар «Ескертпе 1», «Ескертпе 2», «Ескертпе 3» және т.с.с. белгіленеді (тырнақшасыз).

48. Құжаттағы мысалдың алдында мысалдың бірінші жолының басында «Мысал» сөзі (тырнақшасыз) жазылады. Егер бір тармақта және тармақта бірнеше мысал болса, олар келесідей белгіленеді: «Мысал 1», «Мысал 2», «Мысал 3» және т.с.с. (тырнақшасыз).

49. Ескертпелер мен мысалдар кішірейтілген қаріп өлшемімен (12 пт) ерекшеленеді және олардың маңыздылығын анықтау үшін қосымша жол аралығымен белгіленуі мүмкін. «Ескерту» және «Мысал» сөздерінен кейін нүкте қойылады, мәтін мен ескертпе (мысал) арасында қашықтық интервалмен белгіленіп, бас әріппен басталады. «Ескерту» және «Мысал» сөзі қызыл жолдан бас әріптермен жазылады. Ескертпе немесе мысал мәтінінің соңында нүкте қойылады. Мысалдарда 14 пт қаріпті қолдануға рұқсат етіледі.

50. Ландшафт картасы, процесс картасы немесе блок-схема – қарастырылып отырған процестің әрекеттер тізбегінің графикалық бейнесі. Ландшафт картасы, процесс картасы және блок-схема әрекеттердің (қадамдардың) реттілігін, бақылау нүктелерін, негізгі шешімдерді, жеке қадамдарды орындаудың балама жолдарын және процесте қолданылатын кері байланысты көрсету үшін қолданылады.

Процесс картасының ландшафттық картасынан айырмашылығы процесс картасы қарастырылып отырған процесстегі іс-әрекеттердің нақты реттілігін сипаттайды, ал ландшафттық карта оның перспективалық өзгерістерін ескере отырып процесті сипаттайтынында.

Блок-схема СМЖ құжатына қосымша ретінде қолданылады, ал ландшафт картасы мен процесс картасы СМЖ дербес құжаттары болып табылады.

51. Ландшафт картасын, процесс картасын немесе блок-схеманы құру кезінде басшылыққа алынатын талаптар мен таңбалар осы рәсімге 2-қосымшада бейнеленген.

#### **Бөлімше 4. Құжатталған ақпараттың құрылымы**

52. Ландшафт карталарын, процесс карталарын және 04 деңгейлі құжаттарды қоспағанда, СМЖ-нің барлық құжаттары келесі жалпы құрылымдық элементтерді қамтуы керек:

- 1) титул парағы;
- 2) келісу парағы (құжаттың түпнұсқасында (бақылау данасында)ғана);
- 3) тарату парағы (құжаттың түпнұсқасында (бақылау данасында) ғана);;
- 4) құжаттың тарихы (тек құжаттың түпнұсқасында (бақылау данасында));;
- 5) мазмұны;
- 6) сипаттау бөлімі.

Нұсқау мен жадынама бағдарламасының құрылымдық элементтері тиісті нысандарда орнатылған (F-QR-Q02-01 - 05 және F-QR-Q02-01-06).

Сапа саласындағы саясат пен мақсаттар титул парағы, құжат тарихы, келісу парағы және тарату парағы жоқ жеңілдетілген нысанда әзірленеді.

53. Құжат деңгейіне байланысты СМЖ құжатына қосымша мынадай құрылымдық элементтер енгізіледі:

- 1) 01 деңгейдегі құжаттар үшін:

Сапа жөніндегі нұсқаулықтарда нормативтік құжаттардың (стандарттардың) талаптарына сәйкес бөлімдердің атауы мен санын құжатты әзірлеушінің өзі анықтайды.

Саясатта (мысалы, «Тәуекелдерді басқару саясаты», «Есеп саясаты», «Салықтық есеп саясаты»), сапа саясатын қоспағанда, қосымша құрылымдық элементтер 02 деңгейдегі құжаттарға сәйкес келеді. Қажет болған жағдайда стандарттау немесе қаржы-шаруашылық қызмет бойынша жылдық аудит жүргізу кезінде сыртқы аудиторлар ұсынған элементтер көрсетіледі.

- 2) 02 және 03 деңгейдегі құжаттар үшін (егер тиісті нысанда белгіленсе):

жалпы ережелер;

нормативтік сілтемелер;

процесті орындауға қойылатын талаптар;

қауіпсіздік (мұндай талап СМЖ стандарттарында болған жағдайда [2-бөлім, 8) -11) тармақшалар];

жауапкершілік.

54. «Жалпы ережелер» бөлімінде СМЖ құжатының негізгі мақсаты көрсетіледі. Құжаттың күші қолданылатын құрылымдық бөлімшелер көрсетіледі.

55. «Нормативтік сілтемелер» бөлімінде осы қызметті реттейтін және Қоғамның СМЖ құжатын әзірлеу кезінде пайдаланылған (мәтінде сілтеме берілген) нормативтік құқықтық актілер мен нормативтік құжаттардың тізбесі қамтылады. Тізбеге Еуразиялық экономикалық одақ пен Қазақстан Республикасы нормативтік құқықтық актілерінің атаулары (егер нақты құжатта қолданылса), құжаттардың иерархиясы тәртібімен нормативтік құжаттардың (оның ішінде ішкі құжаттардың) атаулары: Заңдар, Үкімет қаулылары, министрлердің бұйрықтары, қадағалау және мемлекеттік органдардың бұйрықтары, халықаралық, мемлекетаралық және

мемлекеттік стандарттар, ведомстволық стандарттар, үлгілік стандарттар нұсқаулықтар, ережелер, тізбелер, ережелер және т. б. (құжаттардың біртекті тобының ішінде – жылдар бойынша, ГОСТ, ҚР СТ үшін-белгілеулердің тіркеу нөмірлерінің өсу ретімен) кіреді.

Еншілес ұйымның немесе филиалдың сапа жөніндегі нұсқамалары және құжатталған рәсім әзірленген жағдайда 2-бөлімде міндетті түрде Қоғамның сапа жөніндегі нұсқамасына сілтеме көрсетіледі. Бұл ретте, егер Қоғамның сапасы жөніндегі нұсқаулығында нақты нормативтік құқықтық актілерге және нормативтік құжаттарға сілтемелер болса, онда ақпараттың қайталануын болдырмау мақсатында еншілес ұйымның немесе филиалдың сапасы жөніндегі нұсқаулығында және құжатталған рәсімдерде оларға сілтемелерді көрсетпеуге болады.

56. Құжаттың мәтіні бойынша нормативтік құжатқа сілтемені көрсеткен кезде ол құжаттың нөмірін («Нормативтік сілтемелер» бөліміндегі нөмірлеуге сәйкес), тарауды, бөлімді, бапты, тармақты және т. б. көрсете отырып, төртбұрышты жақшаға алады.

Мысал. [Бөлім 2, 7)-тармақша, Тарау 2, Параграф 1, 11-тармақ.], онда:

Бөлім 2., 7)-тармақша 2-бөлімнің 7)-тармақшасында көрсетілген Қазақстан Республикасының құқықтық актісі. («Мемлекеттік және мемлекеттік емес ұйымдарда құжаттау, құжаттаманы басқару және электрондық құжат айналымы жүйелерін пайдалану қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2018 жылғы 31 қазандағы № 703 қаулысы).

Тарау 2, Параграф 1, 11-тармақ - Қоғамның ішкі нормативтік құжатында сілтеме көрсетілген құқықтық акт нормасын дәл орналастыру.

57. «Процесті орындауға қойылатын талаптар» бөлімі бөлімшесінің мазмұны ішкі нормативтік құжаттың нақты түрі бойынша құжатталған ақпаратқа қойылатын талаптарға сәйкес сипатталады.

58. 04 деңгейдегі СМЖ құжаттарының құрылымдық элементтері Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілерінде, Қазақстан Республикасының заңнамасында, халықаралық (мемлекетаралық, ұлттық) стандарттарда, директивалар мен Қағидаларда, сондай-ақ Қоғамның ішкі нормативтік құжаттарында және осы рәсімде айқындалады.

## **Бөлімше 5. Құжатталған ақпаратты сәйкестендіру**

59. СМЖ құжаттарының даналары (01-03 деңгей) сәйкестендіру нөміріне (кодына) ие және тиісті мөртабан қою арқылы бақылау және жұмысқа арналған болып бөлінеді.

60. СМЖ құжатының сәйкестендіру нөмірі (01-03 деңгей) мыналардан тұрады:

- 1) құжаттың жіктелуі (Осы рәсімнің 26-тармағы.);
- 2) осы рәсімнің 61-тармағына сәйкес әзірлеушінің (иеленушінің) өңірлік тиесілілігі;

3) осы құжат жататын бизнес-процестің коды (басқарманың шешімімен бекітілген негізгі және қосалқы бизнес-процестердің тізбесіне сәйкес);

4) реттік нөмірі.

Бөлімшелер туралы ережелер мен лауазымдық нұсқаулықтар құжаттың шартты белгісін (осы рәсімнің 26-тармағы), құрылымдық бөлімшенің кодын (басқарма бекіткен қоғамның құрылымдық бөлімшелері мен жекелеген қызметкерлерін Кодтау жүйесіне сәйкес) және құжаттың реттік нөмірін (тек лауазымдық нұсқаулықтарда көрсетіледі) көрсету арқылы сәйкестендіріледі.

61. Әзірлеушінің (иесінің) аймақтық тиесілілігін кодтау келесі шартты белгілерге ие:

- 1) Астана – NQZ;
- 2) Алматы – ALA;
- 3) Ақтау – SCO;
- 4) Ақтөбе – AKX;
- 5) Атырау – GUW;
- 6) Жезқазған – DZN;
- 7) Қарағанда – KGF;
- 8) Қызылорда – KZO;
- 9) Көкшетау – KOV;
- 10) Қостанай – KSN;
- 11) Павлодар – PWQ;
- 12) Петропавловск – PPK;
- 13) Семей – PLX;
- 14) Талдықорған – TDK;
- 15) Тараз – DMB;
- 16) Түркістан – HSA;
- 17) Ұлытау – ULY;
- 18) Орал – URA;
- 19) Өскемен – UKK;
- 20) Шымкент – CIT.

Егер құжат тұтастай алғанда Қоғамға, оның ішінде оның еншілес ұйымдары мен филиалдарына қатысты қолданылатын болса, онда мұндай құжаттар өңірлік тиесілілігімен сәйкестендірілмейді.

Егер құжат тек еншілес ұйымдарға (1 (бір) немесе одан да көп) қатысты болса, онда ол «EÜ» (enşiles üiym) деп анықталады (белгіленеді), ал егер құжат тек филиалдарға қатысты болса, онда мұндай құжат «OB» (oqşaulanğan bölimşe) деп анықталады (белгіленеді). Егер құжат еншілес ұйымдар мен филиалдарға қатысты болса, онда ол «EÜ&OB» деп белгіленеді.

Мысал 1. QR-Q02-01 «Құжатталған ақпаратты басқару», онда:

QR – құжатталған рәсім;

Q02 – бизнес-процестің коды;  
01 – құжаттың реттік нөмірі.

Мысал 2. РК-ЕҰ&ОВ-Q06-03 «Сырттан жеткізілетін тауарлар мен қызметтер (жұмыстар)», онда:

КР – Процесс картасы;

ЕҰ&ОВ – өңірлік тиістілік, осылайша процестің бұл картасы медициналық ұйымдардың қызметін ұйымдастыру үшін тауарлар мен қызметтерді (жұмыстарды) сатып алу тәртібін регламенттейді, содан кейін Қоғамның еншілес ұйымдары мен филиалдарына қатысты ғана қолданылады;

Q06 – бизнес-процесса коды;

03 – құжаттың реттік саны.

Мысал 3. ВЕ-48.12-06 «Радиациялық қауіпсіздік қызметі», онда:

ВЕ – Бөлімше туралы ереже;

48.12-06 – басқарма бекіткен құрылымдық бөлімшелер мен жекелеген қызметкерлерді кодтау жүйесіне сәйкес құрылымдық бөлімшені кодтау;

Мысал 4. ВЕ-48.12-06-01 «Радиациялық қауіпсіздік қызметінің басшысы», онда:

ВЕ – лауазымдық нұсқаулық;

48.12-06 – басқарма бекіткен құрылымдық бөлімшелер мен жекелеген қызметкерлерді кодтау жүйесіне сәйкес құрылымдық бөлімшені кодтау;

01 – құжаттың реттік саны.

---

### Маңызды!

**Осы рәсімде Қоғамда белгіленбеген құжатталған ақпаратты (01-03 деңгей) сәйкестендірудің және (немесе) жіктеудің өзге де жүйелерін қолдануға жол берілмейді!**

---

Қоғамның еншілес ұйымдарында ішкі нормативтік құжаттарды сәйкестендірудің (кодтаудың) өзге жүйесі пайдаланылуы мүмкін. Алайда, ол Қоғамда қолданылатын халықаралық, мемлекетаралық және Мемлекеттік стандарттардың талаптарына сәйкестігі тұрғысынан Қоғамның сапасы жөніндегі уәкілмен келісу рәсімінен өтеді.

62. Жазбаларға қатысты құжатталған ақпарат нысандарына қойылатын талаптар, олардың мазмұны мен толтырылуына қойылатын талаптар, сондай-ақ жазбаларды жүргізуге және сақтауға жауапты тұлғалар 5 және 6 -бөлімдерде белгіленеді. СМЖ тиісті ішкі құжаттарында (құжатталған рәсімдер, жұмыс нұсқаулықтары, стандартты операциялық рәсімдер және т.б.) жазбалар көзделеді.

Егер жазбалардың нысаны біріздендірілген болса, онда оған осы жазба нысаны белгіленген нормативтік құжатқа сай келетін сәйкестендіру нөмірі қойылады.

63. СМЖ құжаттарында белгіленбеген жазба нысандарын жүргізуге Қоғам Басқармасы төрағасының шешімімен және Қоғамда СМЖ-нің тиісті жұмыс істеуіне жауапты адамдар ретінде сапа жөніндегі уәкілдің келісімі бойынша ғана жол беріледі.

Сапа жөніндегі уәкілмен келісу және Қоғам Басқармасы төрағасының тиісті шешім қабылдауы алдында жазбалардың мұндай нысандары тиісті қызметкерлермен мынадай ретпен алдын ала келісіледі:

1) егер бастамашы бөлімше басшысының өзі болмаса, оның бастамасымен жазба нысаны енгізілетін бөлімше басшысы (бастамашы-бөлімше);

2) процеске қатысушы мүдделі құрылымдық бөлімшенің (лердің) басшысы (лары) (болса);

Бұл ретте СМЖ құжатын келісу парағында (құжатқа) келісу реттілігі төменнен жоғарыға қарай көрсетіледі.

Еншілес ұйымдарда белгіленбеген жазба нысандарын жүргізу СМЖ сапасы жөніндегі уәкілдің келісімі бойынша еншілес ұйым басшысының шешімімен айқындалады. Қоғамның еншілес ұйымдарында жазудың белгіленбеген нысанын енгізу мәселесіне бастамашылық жасау тәртібі осы рәсімнің талаптарын ескере отырып, олар қабылдаған ішкі нормативтік құжаттармен айқындалады.

64. 30 (отыз) күнтізбелік күн ішінде жазба нысанының бастамашысы (құрылымдық бөлімшеге) ішкі нормативтік құжатты әзірлейді, келісуді, бекітуді және енгізуді қамтамасыз етеді немесе оны толтыру жөніндегі қағидалар мен жауапкершілік реттелетін Қоғамның ішкі нормативтік құжатына тиісті өзгерістер енгізеді.

Бұл жағдайда Қоғамның сапа жөніндегі уәкілі немесе сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға жазба нысанында уақытша сәйкестендіру нөмірін береді, онда: нысанның әріптік белгісі – «F», бастамашы (әзірлеуші) құрылымдық бөлімшенің коды, нысанның реттік нөмірі болады.

---

### Маңызды!

**Жазбаның белгіленбеген нысанын жүргізу үшін осы нысан жүргізілетін құрылымдық бөлімшенің басшысы, еншілес ұйымның басшысы (филиал басшысы) және жетекшілік ететін топ-менеджер тікелей жауапты болады!**

---

Ескерту. Осы Рәсімнің мәтінінде жетекшілік ететін топ-менеджер деп: Басқарма төрағасы, Басқарма төрағасының орынбасары немесе құжаттың бастамашысы – бөлімшеге жетекшілік ететін басқарушы директор түсініледі. Сондай-ақ, осы Рәсімнің мәтінінде топ-менеджер деп еншілес ұйымның немесе филиалдың басшысы және оның орынбасарлары түсініледі.

65. Басқарма төрағасының оң шешімі болған кезде ілеспе қызметтік жазбасы және келісу парағы бар жазба нысаны оны есептік тіркеу үшін сапа жөніндегі уәкілге беріледі. Есептік тіркеу тиісті журналда (F-QR-Q02-01-07) жүзеге

асырылады. Журнал электрондық форматта жүргізіледі. Тіркеу қызметтік жазбаны қоса берілген жазба нысаны және басқарма төрағасынан келісу парағын (бұрыштама) берген күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні ішінде жүзеге асырылады.

---

### **Маңызды!**

#### **СМЖ ішкі нормативтік құжаттарында белгіленбеген шарттардың үлгілік нысандарын бекіту Басқарма төрағасының құзыретіне кіреді!**

---

Ескерту. Қоғамда әзірленетін шарттардың (еңбек шарттарын қоспағанда) үлгілік нысандарын қайта қарау (оның ішінде оларды келісу мен бекітуді қамтамасыз ету), есепке алу және сақтау әкімшілік департаменттің (құқықтық мәселелер жөніндегі тиісті мамандардың) құзыреті (жауапкершілігі) аймағына кіреді және шарттарды басқару жөніндегі тиісті ішкі нормативтік құжатта айқындалған.

Жазба нысаны оның есептік тіркелген күнінен бастап үш жұмыс күні ішінде қолданысқа енгізіледі. Бұл ретте сапа жөніндегі уәкіл есептік тіркеу және тіркелген жазба нысанын қолданысқа енгізу күні туралы бастамашы (әзірлеуші) құрылымдық бөлімшені (корпоративтік пошта арқылы) хабардар етуді жүзеге асырады.

Ескерту 1. Осы рәсімнің мәтінінде бастамашы-бөлімше деп Қоғам қызметінде тиісті құжатталған ақпаратты (құжатты немесе жазба нысанын) жүргізуге бастамашы болған (әзірлеген) құрылымдық бөлімше түсініледі.

Ескерту 2. Осы Рәсімнің мәтінінде «бастамашы-бөлімше» терминінің орнына «әзірлеуші» термині қолданылуы мүмкін.

---

### **Маңызды!**

#### **Басқа мүдделі тұлғаларды жазба нысанын есептік тіркеу және оны қолданысқа енгізу күні туралы уақтылы хабардар ету үшін бастамашы-құрылымдық бөлімшенің басшысы тікелей жауапты болады!**

---

Жазбаларды жүргізу үшін қажетті нысандар ЭҚЖ (documentolog немесе Қоғамда қолданылатын өзге де ұқсас жүйе) орналастырылады. Оған Қоғамның барлық қызметкерлері, оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың қызметкерлері қол жеткізе алады (оқу (қарау) және басып шығару құқығымен). Нысандардың өзекті нұсқаларын сапа жөніндегі уәкіл орналастырады. Ол өзгерістер енгізе алады. Қызметкерлерге жазбалардың нысандарын дербес компьютерлерде (жұмыс станцияларында) сақтауға тыйым салынады. Қажет болса, олар формаларды алу үшін ЭҚЖ-ға жүгінуі керек.

#### **Бөлімше 6. Ресурстарға қойылатын талаптар**

66. Құжатталған ақпаратты басқару үшін жауапты қызметкер оқытылған (сыртқы және (немесе) ішкі) және лауазымдық нұсқаулықтарда белгіленген тиісті біліктілікке ие.

67. Қоғамның барлық қызметкерлері құжатталған ақпаратты басқару процестерінің жұмыс істеуін және үнемі жетілдірілуін қамтамасыз ету үшін барлық қажетті ресурстармен (материалдармен, жабдықтармен, техникамен, ақпараттық жүйелермен және байланыс жүйелерімен) қамтамасыз етілген.

---

### **Маңызды!**

**Техникалық проблемалар (электр энергиясы станцияларында авариялар, ЭҚЖ және (немесе) басқа да ақпараттық жүйелер істен шыққан жағдайда) барлық құжаттама техникалық проблемалар жойылғанға дейін қағаз түрінде жүргізіледі!**

---

**Бөлімше 7. Құжаттарды әзірлеуге, келісуге, бекітуге, қолданысқа енгізуге және таратуға қойылатын талаптарды СМ (01-03 деңгей)**

68. Жауапты тұлғалар (бұйрықтың және (немесе) бөлімшеде жауапкершілікті ішкі бөлудің және (немесе) құжаттарды есепке алу, әзірлеу, өзектендіру және қайта қарау журналының (F-QR-Q02-01-07) және (немесе) тиісті жоспардың негізінде) Қоғамның бөлімшелерінде, салаға қатысты құжаттардың жобаларын әзірлеуді (қайта қарауды) жүзеге асырады олардың қызметі осы құжатқа жатады. Сондай-ақ тексерулердің (инспекциялардың), сыртқы аудиттердің (уәкілетті, атқарушы, сертификаттау және аккредиттеу органдары тарапынан) нәтижелері бойынша өзге де ішкі құжаттар әзірленуі мүмкін.

СМЖ-нің тиісті жұмыс істеуін қамтамасыз ету мақсатында Қоғамды немесе еншілес ұйымды (филиалды) кадрлармен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға (бөлімшелер және лауазымдық нұсқаулықтар туралы ережелер бойынша) және сапа жөніндегі уәкіл немесе сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға (СМЖ-нің басқа құжаттары бойынша 01-03 деңгей) СМЖ құжатын әзірлеуге бастамашылық жасауға және жауапты әзірлеушіні айқындауға немесе өзі әзірлеуші ретінде әрекет етуге құқылы.

Ескерту. «Кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға» термині Қоғамда, еншілес ұйымда немесе филиалда кадрмен қамтамасыз етуге (іздеу, іріктеу, орналастыру және т.б.) жауапты Қоғамның, еншілес ұйымның немесе филиалдың қызметкерін білдіреді. Кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға тиісті ішкі нормативтік құжатпен (лауазымдық нұсқаулықпен) немесе Басқарма төрағасының, еншілес ұйым немесе филиал басшысының бұйрығымен айқындалады және оның тиісті құзыреті болады.

Бөлімшелер мен лауазымдық нұсқаулықтар туралы ережелерді әзірлеу, келісу, бекіту және қайта қарау талаптары мен тәртібі осы рәсіммен және JN-Q02-01-мен айқындалған.

69. СМЖ құжаттарын әзірлеу, өзгерістер енгізу және оларды қайта қарау (өзектендіру) мынадай себептер бойынша (мынадай жағдайларда) жүргізіледі:

- 1) нормативтік құқықтық актілерге және (немесе) нормативтік құжаттарға (сыртқы да, ішкі де) өзгерістер (толықтырулар) енгізу;
- 2) жарғыны, ұйымдық құрылымды, штат кестесін және т.б. өзгерту нәтижесі;
- 3) сыртқы және (немесе) ішкі аудиттердің (тексерулердің) нәтижелері;
- 4) жалғыз акционердің шешім қабылдауы (бұйрық, хат, отырыс хаттамасы);
- 5) Директорлар кеңесінің шешім қабылдауы (отырыс хаттамасы);
- 6) Басқарманың шешім қабылдауы (отырыс хаттамасы).
- 7) СМЖ қамтамасыз ету жөніндегі басшылық өкілінің (сапа жөніндегі уәкілдің) тапсырмасы;
- 8) түзету шараларын немесе СМЖ жетілдіру жөніндегі шараларды қабылдау нәтижесі;
- 9) СМЖ ішкі нормативтік құжатының қолданылу мерзімінің аяқталуы (осы рәсімнің 109-тармағы);
- 10) осы Рәсімде белгіленген тәртіппен құрылымдық бөлімшеден ұсыныстар.

70. Жауапты тұлға (осы Рәсімнің 88-тармағы) әзірлеушіге құжаттың электрондық нұсқасын (doc форматында) СМЖ (F-QR-Q02-01-07) және (немесе) тиісті жоспардың құжаттарын есепке алу, әзірлеу, өзектендіру және қайта қарау журналына сәйкес оны бекітудің жоспарланған күнінен 30 (отыз) күнтізбелік күн бұрын жібереді.

Егер құжат алғаш рет әзірленсе, онда сапа жөніндегі уәкіл СМЖ (F-QR-Q02-01-07) және (немесе) тиісті жоспардың құжаттарын есепке алу, әзірлеу, өзектендіру және қайта қарау журналына сәйкес құжатты бекітудің жоспарланған күніне дейін күнтізбелік 30 (отыз) күннен кешіктірмей құжатты әзірлеу қажеттігі туралы хабарлайды.

Әзірлеушінің өзі жұмыстың ерекшелігі мен күрделілігіне, қолданылатын әдістер мен дайындық деңгейіне байланысты құжаттардың көлемін, егжей-тегжейлі дәрежесін анықтайды.

71. Келісу алдында әзірлеуші сапа жөніндегі уәкілге (егер әзірлеуші Қоғамның орталық кеңесінің қызметкері болып табылса) немесе сапаны қамтамасыз ету үшін жауапты тұлғаға (егер әзірлеуші еншілес ұйымның немесе филиалдың қызметкері болып табылса) СМЖ құжаты жобасының электрондық нұсқасын осы рәсімнің талаптарына сәйкестігі және басқа ішкі рәсімдермен келісілуі тұрғысынан бастапқы бағалау үшін нысандармен (егер құжатта көзделген болса) СМЖ нормативтік құжаттарымен бірге береді. Ескертулер болған жағдайда әзірлеуші құжатты пысықтау қажеттігі туралы хабардар етіледі.

72. Қоғамның сапа жөніндегі уәкілі (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) құжатқа бастапқы бағалауды 5 (бес) жұмыс күні ішінде жүргізеді.

73. Сапа жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға)

құжаттың электрондық нұсқасында ескертулер болмаған жағдайда осы рәсімнің 60-61-тармақтарына сәйкес сәйкестендіру нөмірін береді және құжаттың жобасын СМЖ (F-QR-Q02-01-07) құжаттарын есепке алу, әзірлеу, өзектендіру және қайта қарау журналында тіркеуді жүргізеді, содан кейін корпоративтік пошта арқылы жіберу арқылы әзірлеушіге қайтарады.

74. Әзірлеушінің өзі келісу парағында келісуші тұлғаларды таңдауды жүзеге асырады, бұл ретте осы тізімге (тізбеге) міндетті түрде осы Рәсімнің 75-тармағында көрсетілген тұлғалар кіреді.

75. Құжат жобасын келісу мынадай ретпен жүзеге асырылады:

1) бастамашы бөлімшенің басшысы (егер әзірлеушінің өзі бастамашы бөлімшенің басшысы болып табылмаса);

2) жетекшілік ететін басшы (егер Қоғамның қолданыстағы ұйымдық құрылымында көзделсе);

3) мүдделі құрылымдық бөлімшелердің басшылары (процеске қатысушылар);

4) әкімшілік департаментінің (құқықтық мәселелер бойынша) менеджері немесе еншілес ұйымның немесе филиалдың заң бөлімінің (қызметінің) маманы;

5) егер әзірлеуші еншілес ұйымның немесе филиалдың қызметкері болса немесе құжатеншілес ұйымның немесе филиалдың қызметін реттейтін болса, сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға;

6) егер еншілес ұйымның немесе филиалдың қызметкері әзірлесе, еншілес ұйымның немесе филиалдың жетекшілік ететін және мүдделі (Е) топ-менеджері(лері);

7) еншілес ұйымдардың немесе филиалдардың құжаттарын қоспағанда, Қоғамның сапасы жөніндегі уәкіл;

8) Қоғамның, еншілес ұйымдардың немесе филиалдардың жетекшілік ететін (е) және мүдделі(е) топ-менеджері(лері);

Бұл ретте СМЖ құжатын келісу парағында (құжатқа) келісу реттілігі төменнен жоғарыға қарай көрсетіледі.

Қажет болған жағдайда, келісуші тұлғалардың тізімін сапа жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) түзете алады.

Егер құжат Қоғамның СМЖ қызметін немесе жекелеген процестерін (элементтерін) қозғайтын болса, онда сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға құжатты Қоғамның сапасы жөніндегі уәкілдің келісуіне жібереді.

---

### **Маңызды!**

**Егер осы Рәсімде өзгеше белгіленбесе, СМЖ құжатын келісудің жалпы мерзімі (01-03 деңгей) 15 (он бес) күнтізбелік күннен аспауы тиіс (осы тармақтың талаптарын ескере отырып)!**

---

Бөлімшелер туралы ережелер мен лауазымдық нұсқаулықтар үшін міндетті келісуші тұлғалар бөлімшелер мен лауазымдық нұсқаулықтар туралы ережелерді басқару жөніндегі ішкі нормативтік құжатта белгіленген .

---

**Маңызды!**

**Сапа жөніндегі уәкілмен (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғамен) келісу рәсімінен өтпеген СМЖ (оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың) құжаттары жарамсыз деп танылады!**

---

МЖӨ шартының қолданылу кезеңінде еншілес ұйымдармен немесе филиалдармен өзара іс-қимыл мәселелерін қозғайтын жеке әріптестің нормативтік құжаттары осы тармақта көрсетілген сол тұлғалармен және ретгіліктермен келісіледі.

76. Сапа жөніндегі уәкілдің (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғаның) бір құжатты қарау мерзімі мынадай шектерде белгіленген:

1) Сапа жөніндегі нұсқаулық (еншілес ұйым немесе Филиал), ландшафт картасы, процесс картасы, құжатталған рәсім, жұмыс нұсқаулығы, стандартты операциялық рәсім – күнтізбелік 7 (жеті) күннен аспайды;

2) бөлімше туралы ереже және лауазымдық нұсқаулық – 5 (бес) күнтізбелік күннен аспайды;

3) нұсқаулық бағдарламасы және жадынама – 3 (үш) күнтізбелік күннен аспайды.

Ескерту. Осы тармақтың талабы Қоғамның (оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың) 01-03 деңгейдегі барлық ішкі нормативтік құжаттарының сапа жөніндегі уәкілмен (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғамен) келісу процесінен өтуіне байланысты.

77. Негізделген ұсыныстар мен ескертулер болған жағдайда әзірлеуші құжатқа өзгерістер (толықтырулар) енгізеді.

Келісу мүмкін болмаған кезде немесе келісуші тұлғалар арасында қайшылықтар туындаған жағдайда, әзірлеуші барлық келісуші тұлғалардың кеңесін өткізуге бастамашылық жасайды. Кеңес қорытындысы бойынша хаттама жасалады, оған кеңестің барлық қатысушылары қол қояды.

Құжат жобасы бойынша алқалы шешім қабылдау мүмкін болмаған жағдайда, әзірлеуші ішкі нормативтік құжатқа (F-QR-Q02-01-08) қол қоюдан (келісуден) бас тарту туралы акт жасайды.

78. Келісуші тұлғалар қашықта болған кезде әзірлеуші осы тұлғалардың электрондық мекенжайына (корпоративтік пошта арқылы) құжаттың сканерленген нұсқасын жібереді. Келісуші тұлғалар қол қойылған келісу парағын әзірлеушіге кеңсе-менеджер немесе іс жүргізу жөніндегі жауапты тұлға (Қоғам, еншілес ұйым немесе филиал) арқылы жібереді.

79. Құжатқа (орыс тілінде) барлық Келісуші тұлғалар қол қойған кезде әзірлеуші құжаттың электрондық нұсқасын (келісілген) және оған қоса берілетін жазба нысандарын (doc, exl, vsd және т.б. форматында) мемлекеттік және басқа тілдерге аударманы жүзеге асыру үшін жауапты қызметкерге жібереді (осы рәсімнің 31-тармағы) немесе өзі аударды.

Құжатты мемлекеттік тілге аударуды жүргізу мерзімі «Атамекен» Қазақстан Республикасы Ұлттық Кәсіпкерлер палатасы Басқарма Төрағасының 2017 жылғы 10 қазандағы № 244 бұйрығымен бекітілген қызметтің барлық салаларындағы ұйымдарда жүзеге асырылатын нормативтік құқықтық актілер мен басқа да құжаттарды орыс тілінен мемлекеттік тілге және мемлекеттік тілден орыс тіліне аудару жөніндегі жұмыстарға арналған салааралық үлгілік уақыт нормаларына сәйкес есептеледі . Осы бұйрыққа сәйкес аударым мерзімі 1 (бір) жұмыс күні (8 сағат) – аударылған құжаттың 11 парағы болған жағдайда Құжаттағы парақтардың санына (құжат көлеміне) байланысты болады.

Мәтінді ағылшын тіліне аудару кезінде аударма мерзімі 7 (жеті) жұмыс күнінен аспауы тиіс. Мемлекеттік және ағылшын тілдеріне (немесе кез келген басқа) қатар аударылған жағдайда, аударма мерзімі осы құжатты мемлекеттік тілге аудару мерзімінен аспауға тиіс.

Бұл ретте, аударманы жүзеге асырған қызметкер(лер) міндетті түрде тиісті қызметкер(лер)дің мәтіннің аударылуын растайтын қол(дар)ын (келісу парағына) қоюы тиіс.

80. Алдымен құжатта мемлекеттік тілдегі мәтін (мазмұнынан бастап қосымшамен (қосымшалармен) аяқталады), содан кейін жаңа парақтан орыс тіліндегі құжат орналасады.

Құжат мәтіні ағылшын және (немесе) кез келген басқа тілдерге аударылған жағдайда, ол орыс тіліндегі мәтіннен кейін орналастырылады. Мұндай жағдайда, титулдық бетте құжаттың жіктелуі (бар болса) және атауы тиісінше ағылшын және (немесе) кез келген басқа тілдерге аударылады.

Мемлекеттік тілдегі ландшафт картасы немесе процесс картасы және басқа тілде жасалған осы құжаттың түпнұсқасы әрқайсысы жеке парақтарда басылады.

81. Аударма аяқталғаннан кейін және әзірлеуші құжатты мемлекеттік, орыс және қосымша басқа (қажет болса) тілдерде алғаннан кейін құжаттың қағаз нұсқасын (Мемлекеттік, орыс және кез келген басқа тілдерде (қажет болса) теңтүпнұсқалы аудармада) осы Рәсімде белгіленген тиісті органға немесе тұлғаға бекітуге жібереді.

Басқарма төрағасының, еншілес ұйымның немесе филиалдың басшысының құжатты бекітуі (бөлімшелер туралы ережелер, лауазымдық нұсқаулықтар немесе кіріспе нұсқама бағдарламасы үшін) құжатқа және Қоғамның, еншілес ұйымның немесе филиалдың мөріне түпнұсқа қол қою (қою) арқылы жүзеге асырылады.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 25 желтоқсандағы № 1019 «Жұмыскерлерді, басшылар мен еңбек

қауіпсіздігін және еңбекті қорғауды қамтамасыз етуге жауапты адамдарды еңбек қауіпсіздігі және еңбекті қорғау мәселелері бойынша оқытудан, нұсқау беруден және білімін тексеруден өткізу қағидалары мен мерзімдерін бекіту туралы» бұйрығының 4-тарауы 41-тармағына сәйкес жұмыс орнындағы нұсқама беру бағдарламаларын әзірлеген құрылымдық бөлімшенің басшысы тікелей бекітеді.

Электрондық-цифрлық қолтаңбаны пайдалану арқылы құжатты ЭҚЖ-ға тікелей келісу және бекіту процесі осы Рәсімде көрсетілген қағазға басылған түрде өтетін процеске ұқсас.

82. Қоғам қызметінің тиімділігін қамтамасыз ету мақсатында СМЖ құжатын бекітуді және қолданысқа енгізуді жеделдету қажет болған ерекше жағдайларда, құжат бекітілгеннен кейін оны мемлекеттік тілге аударуды жүзеге асыруға жол беріледі. Мұндай жағдайда құжатты аудару осы Рәсімнің 79-тармағында айқындалған мерзімдерде жүзеге асырылады. Мерзімдерді есептеудің басталуымен құжаттың бекітілген күні жазылады. Демек, мәтін парақтарын мемлекеттік тілде немесе кез келген басқа тілде нөмірлеу (осындай тілде аударылған жағдайда) оны аударғаннан кейін қойылады.

83. Әзірлеуші бекітілген құжаттың электрондық нұсқасын (Мемлекеттік, орыс және кез келген басқа (қажет болған жағдайда) тілдерде pdf форматында) ЭҚЖ мұрағатына орналастыру үшін сапа жөніндегі уәкілге (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғаға) береді.

84. СМЖ 01-03 деңгейлерінің барлық құжаттамасы, сондай-ақ жазбалардың белгіленген нысандары ЭҚЖ мұрағатында электрондық түрде орналастырылады. Оларды тек сапа жөніндегі уәкіл ғана (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) аша алады. Қоғамның барлық қызметкерлері, оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың қызметкерлері тек оқу құқығына қана ие (өзгерістер, толықтырулар мен көшірмелер енгізу құқығынсыз).

85. Әзірлеуші бекітілген құжаттың түпнұсқасын (бекітілген күннен бастап 2 (екі) жұмыс күні ішінде) және осы құжаттың қолданылу саласына байланысты жіберуге қажетті көшірмелер санын құжаттың жіктелуіне байланысты жауапты тұлғаға (осы рәсімнің 87-тармағы) береді.

---

### **Маңызды!**

**Әзірлеуші бекітілген құжаттың түпнұсқасын және тарату үшін қажетті көшірмелерді ұсынбаған (уақтылы ұсынбаған) жағдайда кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға немесе сапа жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) құжатты әзірлеушіні және оның тікелей басшысын тәртіптік жауаптылыққа тарту жөнінде шаралар қолдануға құқылы!**

---

86. Әзірлеуші бекітілген құжат көшірмелерінің таратту үшін қажетті санын ұсынбаған жағдайда, кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға немесе сапа

жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) көшірмелерді (жұмыс даналарын) беруді жүзеге асырмайды.

87. 01-03 деңгейдегі СМЖ құжаттарының түпнұсқалары мынадай құрылымдық бөлімшелерде немесе жауапты тұлғаларда сақталады:

1) сапа жөніндегі уәкіл - Орталық кеңсе әзірлеген және Қоғамның барлық қызметін реттейтін немесе оның операциялық процестерін сипаттайтын ішкі нормативтік құжаттар (Сапа жөніндегі нұсқаулық, Даму стратегиясы және Қоғамның операциялық жоспары, Саясат пен Мақсаттар, Ландшафт карталары, Процесс карталары, Құжатталған процедуралар, Стандартты операциялық процедуралар, Жұмыс нұсқаулықтары мен жадынамалар);

2) Қоғамды кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға – орталық кеңсе қызметкерлерінің, сондай-ақ Қоғамның орталық кеңсесінің жауапты қызметкерлері әзірлеген еншілес ұйымдар мен филиалдар қызметкерлерінің бөлімшелері туралы ережелер мен лауазымдық нұсқаулықтары.

Филиалдар туралы ережелердің көшірмелері Қоғамның кадрлық қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғасында да сақталады, ережелердің түпнұсқалары Әкімшілік департаментте сақталады.

3) сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға – еншілес ұйым мен филиал қызметкерлері әзірлеген ішкі нормативтік құжаттар (Сапа жөніндегі нұсқаулық, Даму стратегиясы (Стратегиялық жоспар) және еншілес ұйымның операциялық жоспары, Саясат пен Мақсаттар, Ландшафт карталары, Процесс карталары, Құжатталған рәсімдер, Стандартты операциялық рәсімдер, жұмыс нұсқаулықтары мен жадынамалар);

4) еншілес ұйымды немесе филиалды кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға-бөлімшелер туралы ережелер және еншілес ұйым немесе филиал қызметкерлерінің лауазымдық нұсқаулықтары.

Сондай-ақ, еншілес ұйым немесе филиалдар басшыларының, оның орынбасарлары мен Бухгалтерлік бөлім (қызмет) бастығының лауазымдық нұсқаулықтарының көшірмелері кадрлармен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғада сақталады, түпнұсқалары Қоғамның кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғасында сақталады.

88. Құжатты Қоғамның тиісті органы немесе уәкілетті тұлғасы бекіткеннен кейін (осы Рәсімнің 81-тармағы) сапа жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) немесе кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға әзірлеушімен бірлесіп Құжаттың қолданысқа енгізілген күнін айқындайды. Бұл ретте, құжатты қолданысқа енгізу мерзімі бекітілген күннен бастап 3 (үш) жұмыс күнінен кем және 10 (он) жұмыс күнінен артық болмауы тиіс.

### **Назар аударыңыз.**

**Бөлімше туралы ережелер және лауазымдық нұсқаулық олар бекітілген күннен бастап немесе олар әзірленген Ұйымдық құрылым немесе штат кестесі**

**күшіне енген күннен бастап қолданысқа енгізіледі.**

03 деңгейдегі (процестерді сипаттайтын) құжаттарды бекіту кезінде сапа жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) СМЖ құжатын бекіту және оның қолданысқа енгізілуі туралы (күшіне ену күнін көрсете отырып) функциялары құжаттармен реттелетін барлық мүдделі қызметкерлерді (корпоративтік пошта арқылы) хабардар етеді.

89. Еншілес ұйымдар мен филиалдардың СМЖ барлық бекітілген құжаттарының электрондық нұсқаларын (pdf форматында) сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға (кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) Қоғамның сапасы жөніндегі уәкілге олар қолданысқа енгізілген (бекітілген) күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні ішінде ішкі нормативтік құжаттардың электрондық базасын қалыптастыру үшін жібереді.

Бөлімшелер туралы ереженің электрондық нұсқалары және еншілес ұйымның немесе филиалдың лауазымдық нұсқаулықтары да Қоғамның кадрлық қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғаға жіберіледі.

90. Қоғамның сапа жөніндегі уәкілі (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) құжатты бекіту және қолданысқа енгізу күндерін толтырады, бекітілген құжатты өзектендіру мен қайта қараудың жоспарланған күндерін қояды. Сондай-ақ СМЖ құжаттарын есепке алу, әзірлеу, өзектендіру және қайта қарау журналында өзектендіру және қайта қарау үшін жауапты тұлғаны (құжатты әзірлеушіні) көрсетеді.

91. Жауапты қызметкер (осы Рәсімнің 87-тармағы) СМЖ құжаттарының көшірмелерін (жұмыс даналарын) былайша ресімдейді:

1) барлық парақтарды жіппен тігеді, F-QR-Q02-01-09 формасына сәйкес жіптің ұштарына бирка жабыстрады;

2) парақтардың санын көрсетеді;

3) құжаттың тігілуін жеке қолымен және «ЖҰМЫС ДАНАСЫ» мөртабанымен куәландырады (еншілес ұйымдар мен филиалдар үшін «КӨШІРМЕ» мөртабанын пайдалануға рұқсат етіледі);

4) титулдық параққа «ЖҰМЫС ДАНАСЫ» мөртабаны қойылады (еншілес ұйымдар мен филиалдар үшін «КӨШІРМЕ» мөртабанын пайдалануға рұқсат етіледі) және дананың нөмірін көрсетеді.

92. Бөлімшелер туралы барлық ережелердің және қызметкерлердің лауазымдық нұсқаулықтарының жұмыс даналары (көшірмелері) беріледі. СМЖ басқа құжаттарына (Сапа жөніндегі нұсқаулық, құжатталған рәсімдер, ландшафт карталары, процесс карталары, Жұмыс нұсқаулықтары және т.б.) жұмыс даналары (көшірмелері) қажет болған жағдайда (құрылымдық бөлімшеден жазбаша сұрау салу бойынша) беріледі.

93. СМЖ құжаттарының жұмыс даналары құрылымдық бөлімшенің басшысына немесе оны алмастыратын тұлғаға тарату парағында жеке қол қою арқылы беріледі.

Еншілес ұйымдар мен филиалдарда жұмыс данасын алғаны туралы қол электрондық нұсқада (pdf форматында сканерленген) сапа жөніндегі уәкілге немесе қоғамның кадрмен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғасына жіберілетін тарату парағына қойылады (осы рәсімнің 87-тармағы).

94. Қызметкерлерді СМЖ құжатымен таныстыру құжатпен танысқан қызметкердің жеке қолын қою арқылы жүзеге асырылады.

Қызметкердің СМ (F-QR-Q02-01-10) құжаттармен танысу парағы әрбір қызметкерге жеке жүргізіледі (бөлімшелер туралы ережелердің және лауазымдық нұсқаулықтардың танысу парақтарын қоспағанда) және тікелей Қоғамның құрылымдық бөлімшесінде сақталады.

---

### Маңызды!

**Құрылымдық бөлімшенің басшысы қызметкерлерді (жаңадан қабылданған, ауыстырылған немесе құжаттың жаңа нұсқасының шығуына байланысты) СМЖ құжаттарымен танысуын және құрылымдық бөлімшеде тиісті танысу парақтарының болуын қамтамасыз етеді!**

---

Қоғамның Топ-менеджерлері (оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың) бекітілген құжат шеңберінде СМЖ-не бейілділігін растау мақсатында СМЖ құжаттарымен танысады. Олардың танысу парақтары осы Рәсімге сәйкес бақылау даналарын (түпнұсқаларын) сақтауды жүзеге асыратын тұлғаларда тікелей жүргізіледі және сақталады (87-тармақ).

95. СМЖ құжаттарымен танысу қағазға басылған немесе ЭҚЖ мұрағатында сақталған электрондық нұсқасын зерделеу жолымен танысу парақтарына қол қоя отырып, жүзеге асырылады.

96. Қызметкер танысу парағына қол қоюдан бас тартқан жағдайда, F-QR-Q02-01-08 нысаны бойынша құжатқа қол қоюдан бас тарту туралы акт жасауға бастамашылық жасалады.

Акт құжатқа қол қоюдан бас тартқан қызметкердің қатысуымен екі данада жасалады, оның біреуі қызметкердің тікелей басшысына беріледі, екіншісі жауапты адамға беріледі (осы рәсімнің 87-тармағы) және құжаттың түпнұсқасымен бірге сақталады.

---

### Маңызды!

**«Стандарттау туралы» Қазақстан Республикасының 2018 жылғы 5 қазандағы № 183-VI Заңының 26-бабының 3-тармағына, қызметкер мен жұмыс беруші арасында жасалған еңбек шартына, сондай-ақ бекітілген лауазымдық**

---

**нұсқаулыққа сәйкес қызметкер ішкі нормативтік құжаттардың талаптарын орындауға міндетті және қол қоюдан бас тарту оларды орындамау үшін негіз болып табылмайды!**

97. Әзірлеуші құжатты қолданысқа енгізудің жоспарланған күнінен бастап кемінде 2 (екі) жұмыс күні бұрын құжаттың бекітілген нұсқасының мазмұны бойынша жауапты қызметкерлерді (процеске қатысушыдан (қызметтік жазбадан) тиісті сұрау салған жағдайда) оқытуды жүргізе алады.

98. Жұмыстан босатылған кезде Қоғамның құрылымдық бөлімшесінің басшысы (жауапты) тиісті қабылдау-тапсыру актісін жасай отырып, СМЖ ішкі нормативтік құжаттарының барлық жұмыс даналарын алмастырушы тұлғаға (лауазымдық нұсқаулыққа немесе бұйрыққа сәйкес) беруге не қабылдау-тапсыру актісі бойынша жауапты тұлғаға (осы рәсімнің 87-тармағы) қайтаруға міндетті.

Еншілес ұйымның немесе филиалдың құрылымдық бөлімшесінің басшысы жұмыстан босатылған кезде қабылдау-табыстау актісінің үшінші данасы жасалған және қол қойылған күннен бастап 1 (бір) жұмыс күні ішінде жауапты тұлғаға (осы рәсімнің 87-тармағы) беріледі.

99. Құрылымдық бөлімшені қайта құрылымдау (тарату, біріктіру) кезінде құрылымдық бөлімшенің басшысы немесе өзге де жауапты қызметкер тиісті тұлғаға (осы Рәсімнің 87-тармағы) қабылдау-табыстау актісі бойынша барлық ескерілген даналарды беруге міндетті. Қажет болған жағдайда (басшы немесе жауапты тұлға болмаған кезде) осы Рәсімнің 87-тармағында айқындалған тұлға СМЖ құжаттарының қабылдау-тапсыру актісі бойынша берілетін есептік даналарын талап етуге немесе тиісті құжатты (осы Рәсімнің 101-тармағы) жасай отырып, оларды алуға құқылы.

100. Бөлімшеде (Қоғамның орталық кеңсесінде, оның еншілес ұйымдарында немесе филиалдарында) СМЖ құжаттарының бұрын берілген есепке алынған көшірмелері болмаған жағдайда (жоғалту, бүліну және (немесе) ұрлау) бөлімше басшысы және (немесе) жетекшілік ететін топ-менеджер және (немесе) немесе өзге тұлға ішкі тексерулер жүргізуге бастамашылық жасауы мүмкін. Бұл туралы сапа жөніндегі уәкілге және сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғаға (егер еншілес ұйымда немесе филиалда құжат болмаса) алдын ала хабарлау қажет. Ішкі тексеру жүргізу жөніндегі комиссияның құрамы Басқарма төрағасының, еншілес ұйым немесе филиал басшысының бұйрығымен айқындалады.

Ішкі тексеру нәтижелері бойынша барлық материалдардың көшірмелері жасалған (оның ішінде қол қойылған) күннен бастап 1 (бір) жұмыс күні ішінде сапа жөніндегі уәкілге және сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғаға (егер еншілес ұйымда немесе филиалда құжат болмаса) беріледі.

101. Еуразиялық экономикалық одақ немесе Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына сәйкес келмейтін есепке алынбаған дананың немесе СМЖ құжатының, осы Рәсімнің немесе Қоғамның өзге де ішкі құжаттарының болу

фактісі анықталған жағдайда, осындай құжат анықталған құрылымдық бөлімшенің жетекшілік ететін басшысы (егер ұйымдық құрылымда көзделсе), және (немесе) сапа жөніндегі уәкіл және (немесе) сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға (еншілес ұйымдар немесе филиалдар бойынша) және (немесе) ішкі аудиторлар (аудит жүргізу кезінде) алып қою туралы акті жасай отырып, құжатты алып қоюға құқылы (F-QR-Q02-01-11).

102. Құжатты құрылымдық бөлімшенің жетекшілік ететін басшысы (егер ұйымдық құрылымда көзделсе) және (немесе) сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға (еншілес ұйымдар немесе филиалдар бойынша) және (немесе) ішкі аудиторлар (аудит жүргізу кезінде) алып қойған кезде бұл адамдар құжатты алып қойған күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні ішінде міндетті түрде алып қою туралы актінің көшірмесін және алынған құжаттың көшірмесін сапа жөніндегі уәкілетті тұлғаға береді.

#### **Бөлімше 8. СМЖ ішкі құжаттарының нормаларын түсіндіру (01-03 деңгей)**

103. Құрылымдық бөлімшелердің сұрау салуы бойынша әзірлеуші сапа жөніндегі уәкілдің (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғаның) келісімі бойынша сұрау салу келіп түскен күннен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде бекітілген және қолданысқа енгізілген СМЖ құжатының (бөлімшелер туралы ережелерді немесе лауазымдық нұсқаулықтарды қоспағанда) нормаларына түсініктеме береді.

104. Түсіндіру F-QR-Q02-01-12 нысаны бойынша ұсынылады және олардағы нормаларды іске асыру кезінде, оның ішінде оларды қолдану кезінде міндетті болып табылады..

---

#### **Маңызды!**

**Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілерінде қамтылған нормаларды, Қазақстан Республикасының заңнамасын түсіндіруді тиісті мемлекеттік және (немесе) уәкілетті органдар Қазақстан Республикасының заңнамасында айқындалған тәртіппен жүзеге асырады [2-бөлім., 5) тармақша]!**

---

105. Құжат нормаларын түсіндіру осындай түсініктемелерді ұсынған тұлғаның жеке қолымен немесе электрондық-цифрлық қолтаңбасымен расталады. Бұдан әрі түсініктеме берілген күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні ішінде жауапты тұлғаға сұрау салуды (осы рәсімнің 102-тармағы) жіберген тұлғаға (осы рәсімнің 86-тармағы) беріледі.

106. Нормаларды түсіндіру оған қатысты түсініктемелер берілген құжаттың түпнұсқасымен бірге сақталады.

107. Сапа жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) түсініктемелер берілген құжатпен бірге түсініктеменің өзін құжат нормаларын түсіндіруді алған күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні ішінде ЭҚЖ мұрағатында орналастыруды қамтамасыз етеді.

### **Бөлімше 9. СМЖ құжаттарын өзектендіру, қайта қарау және жою (01-03 деңгей)**

108. 01-03 деңгейдегі СМЖ құжаттарының қолданылу мерзімі 5 (бес) жылдан аспайды.

109. Құжатты әзірлеуші жауапты тұлғаның жәрдемімен (осы Рәсімнің 87-тармағы) Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілеріне, Қазақстан Республикасының заңнамасына, халықаралық (мемлекетаралық, мемлекеттік) стандарттарға, директивалар мен қағидаларға сәйкестікті қамтамасыз ету мақсатында осы Рәсімнің 67-тармағында көрсетілген себептер бойынша, бірақ жылына кемінде бір рет құжатты өзектендіруді жүргізеді.

110. Егер құжатты тексеру барысында әзірлеуші өзгерістер енгізу талап етілмейді деген шешім қабылдаса, онда ол қолданыстағы құжатқа өзгерістер енгізу қажеттілігінің жоқтығы туралы жауапты тұлғаға (осы рәсімнің 87-тармағы) қызметтік жазба жібере алады.

Жауапты тұлға (осы Рәсімнің 87-тармағы) әзірлеушіден ұсынылған қызметтік жазбаның негізінде құжаттың түпнұсқасының титулдық парағына өзектендіру күнін көрсете отырып, «Өзектендірілді» деген мөртабан қояды. Осыдан кейін, құжатты сапа жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға) ЭҚЖ мұрағатында қайта орналастырады.

111. Әзірлеуші жауапты тұлғаға (осы рәсімнің 87-тармағында) қызметтік жазбаны ұсынбаған жағдайда, құжат қайта қарауды талап етпейтін болып танылады және жауапты тұлға (осы рәсімнің 87-тармағы) осы рәсімнің 110-тармағында сипатталған әрекеттерді жүзеге асырады.

112. Егер әзірлеуші қолданыстағы құжатқа өзгерістер енгізу туралы шешім қабылдаса, онда ол құжаттың келесі нұсқасын көрсете отырып, құжатты жаңа редакцияда ресімдейді. Құжаттың жаңа нұсқасын әзірлеу, келісу және бекіту процесі осы рәсімнің 5-бөлімінің 7-бөлімшесінде сипатталған процеске ұқсас.

Бұл ретте құжаттың жаңа нұсқасының мәтініне өзгертулер таңдалған мәтінге (курсивпен) курсивтік жазуды қолдану арқылы енгізіледі, ал мәтіннің әрбір ауыстырылған бөлігі алынып тасталады. Тұтастай алғанда бөлімшені, тармақты және (немесе) тармақшаны алып тастаған жағдайда, ол мынадай тәртіппен белгіленеді: «112 алынып тасталды.» (тырнақшасыз және курсивпен көрсетіледі).

---

### **Маңызды!**

**Әзірлеуші құжаттың жаңа нұсқасын әзірлеу кезінде міндетті түрде «Құжат**

---

**тарихы» парағында өзгерістер енгізу үшін нақты негіздерді көрсетуге міндетті  
(құжаттың жаңа нұсқасын шығару)!**

Құжатты жаңа құрылымдық элементтермен (кіші бөлімдермен, тармақтармен, тармақшалармен, қосымшалармен, кестелермен, мысалдармен, ескертпелермен) толықтыру кезінде олардың нөмірленуі соңғы құрылымдық элементтен кейінгі реттік нөмірмен жүргізіледі.

113. СМЖ ішкі құжаттарын қайта қарау кезінде (01-03 деңгей) қолданыстағы құжаттардың орнына жаңа құжаттар әзірленеді. Бұл ретте, қайта қаралған құжаттың күші жойылады, ал жаңа әзірленген құжат жойылған нөмірмен сәйкестендіріледі және реті бойынша келесі нұсқа нөмірі беріледі.

114. Құжаттың бес жылдық қолданылу мерзімі аяқталғаннан кейін енгізілген барлық өзгерістерді ескере отырып, оның нұсқаларын толық нөлдеу жүзеге асырылады. Осылайша, құжаттың жаңа редакциясы қайта шығарылған кезде оған құжаттың бірінші нұсқасы беріледі, ал құжаттың жаңа редакциясына қатысты енгізілген барлық өзгерістер сәйкестендірілмейді (курсивпен белгіленбейді). Бұл ретте, құжаттың тарихында бірінші жазбада («Ескертпе» бағанында) себептер («құжаттың қолданылу мерзімінің бес жыл өтуіне байланысты») және бес жылдық кезең ішінде бұрын қолданыста болған құжатқа қатысты енгізілген өзгерістер (нұсқалар) саны көрсетіле отырып, тиісті белгі қойылады.

Мысалы:

Нұсқа / Версия	Бекіту күні / Дата утверждения	Күшіне ену күні / Дата введения в действие	Нұсқаны өзгерту үшін негіз / Основание по изменению версии	Ескерту / Примечание
1	2	3	4	5
01				Құжаттың қолданылу мерзімінің бес жыл өтуіне байланысты. Бұрын қолданыста болған құжат нұсқаларының саны-3.

115. Пайдаланушыларда бар СМЖ құжатының жойылған нұсқасының (алдыңғы нұсқасы) барлық даналары ауыстыруды жүзеге асыру үшін жауапты тұлғаға хабарлама жіберілген күннен бастап 2 (екі) жұмыс күні ішінде (осы рәсімнің 87-тармағы) ұсынылуы тиіс.

116. Қоғамның орталық кеңсесі әзірлеген СМЖ-нің (бөлімшелер туралы ережелерді қоспағанда, 01-02 деңгейдегі) басшылық құжаттарын жаңасымен алмастырмай жою құжатты бекіткен органның шешімі бойынша және қоғамда СМЖ

жұмыс істеуіне жауапты тұлға ретінде сапа жөніндегі уәкілмен тікелей келісу кезінде ғана жүргізіледі.

117. Құжаттың күші жойылған түпнұсқасы күшін жою туралы тиісті мөртабанмен сәйкестендіріледі (еншілес ұйымдар мен филиалдарда сәйкестендіру күшін жою туралы мөртабанды қолданбай тиісті жазбамен жүргізілуі мүмкін). Титул парағында күні көрсетіледі. Құжат жауапты тұлғада (осы рәсімнің 87-тармағы) 1 (бір) жыл бойы сақталады. Содан кейін белгіленген тәртіппен тұрақты сақтауға беріледі.

118. СМЖ құжаттарының күші жойылған және алынған көшірмелері 4 (төрт) бөлікке бөлу әдісімен немесе арнайы құралдарды (кескішті) немесе арнайы техниканы қолдану арқылы жойылады. Жауапты қызметкер (осы рәсімнің 87-тармағында) СМЖ құжаттарының көшірмелерін жоюға бөлу туралы актіні (F-QR-Q01-01-13) жасайды (ресімдейді).

Еншілес ұйымның немесе филиалдың СМЖ құжаттары жойылған жағдайда, еншілес ұйымның немесе филиалдың сапасын қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға жоюға бөлу туралы актінің көшірмесін жойылған күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні ішінде тиісті бөлімшеге (осы рәсімнің 87-тармағы) жібереді.

119. Анықтамалық ақпарат ретінде сақтау үшін қажетті ескірген құжаттар тиісті түрде сәйкестендірілуі тиіс («Мәлімет үшін» жазбасы арқылы). Олар жойылған және қолданыстағы құжаттардан бөлек сақталады.

120. Толтырылатын нысандарды (журналдарды, бланкілерді және т.б.) қайта қарау СМЖ реттеуші (негізгі) құжатын қайта қараумен бірге жүзеге асырылады.

## **Бөлімше 10. Жазбаларды жүргізу (04 деңгей)**

121. Жазбалар Қоғамның, оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың ішкі пайдалану құжаттары болып табылады. Коммерциялық құпия (құпия ақпарат) және Қоғамның өзге де құжаттары туралы белгіленген ішкі рәсімдерге сәйкес, егер Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілерінде, Қазақстан Республикасының заңнамасында, нормативтік құжаттарда және Қоғамның басқа да ішкі нормативтік құжаттарында айқындалмаса, оларды үшінші тұлғаларға беруге тыйым салынады.

122. Жазбаларға деректерді өз қолдарымен енгізуге (мысалы, журналдар, актілер және т.б.), жеке компьютердің көмегімен, кейіннен басып шығару (мысалы, есептер, актілер және т. б.) арқылы енгізуге немесе Қоғам өз қызметінде пайдаланатын ақпараттық жүйелерде (бағдарламалық қамтамасыз етулерде) тікелей енгізуге болады. Жазбаны жүргізу форматы оны әзірлеу кезінде анықталады.

123. Жазбаларды электрондық түрде басқару ақпараттық жүйені (бағдарламалық қамтамасыз етуді) пайдалануға белгіленген талаптарға сәйкес жүзеге асырылады.

**Маңызды!**

**Жазбаларды ақпараттық жүйелерде жүргізу кезінде (бағдарламалық қамтамасыз етуде) міндетті түрде олардың резервтік көшірмелерін жасау қажет!**

**Сақтық көшірме жасаудың жауапкершілігі мен тәртібі Ақпараттық қауіпсіздікті қамтамасыз ету жөніндегі СМЖ құжаттарында айқындалған!**

124. Журналдарды қағаз түрінде ресімдеу үш тәсілдің бірімен жүзеге асырылады:

- 1) толтырылатын нысаны бар парақтардың жеткілікті санын басып шығарып, жіппен тігіп, бетіне титулдық парақ тігіледі;
- 2) типографиялық әдіспен жасалған журналдарды қолданылады;
- 3) жеке компьютерде журнал нысаны (баған атауын) басып шығарылады, бағандар бойынша таза журналда (дәптерде) қажетті бағандар сызылады.

125. Жазбаларды жүргізу үшін пайдаланылатын барлық қағаз журналдар осы рәсімнің 129-тармағына сәйкес ресімделуге тиіс.

126. Журналдың барлық парақтары парақтың жоғарғы жиегінің ортасында араб цифрларымен нөмірленеді [2-бөлім, 7-тармақша, 2-тарау, Параграф-1, 15-тармақ].

127. Журналдың титулдық парағы Қоғамда белгіленген нормативтік құжатқа және бекітілген істер номенклатурасына сәйкес ресімделеді. Ішкі беттер Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген нысанға және іс жүргізу жөніндегі тиісті ішкі нормативтік құжатқа сәйкес ресімделеді, оның процесі іс жүргізу жөніндегі жауапты тұлғаның басқаруында болады.

128. Ресімдеу параметрлеріне сәйкес болған жағдайда іс жүргізу бойынша жауапты тұлға әрбір журналды тіркеу рәсімін жүргізеді.

Ақпараттық жүйелерде жүргізілетін журналдар тіркеуге жатпайды. Олардың тиісті жүргізілуіне жауапты орындаушылар, олардың тікелей басшылары және ақпараттық жүйелердің жұмысын қамтамасыз ету үшін жауапты тұлға жауапты болады.

Ескерту. МЖӘ шартының қолданылу кезеңінде Қоғамның еншілес ұйымдары мен филиалдарында ақпараттық жүйелердің тиісті жұмысын қамтамасыз етуді МЖӘ туралы шарт негізінде жеке әріптес жүзеге асырады.

Құжаттарды, ақпаратты (бұйрықтарды, шарттарды, журналдарды, жабдықтың жұмыс уақытын және т. б.) тіркеу жүзеге асырылатын журналдар бір күнтізбелік жыл ішінде жүргізіледі.

129. Журналдың қағаз нұсқасын ресімдеу мынадай тәртіппен жүзеге асырылады:

- 1) журнал белгіленген нысан бойынша рәсімделеді;
  - 2) Қазақстан Республикасының заңнамасына сілтемені немесе нысанды сәйкестендіру нөмірін көрсете отырып, журналдың титулдық парағы рәсімделеді (егер нысан заңнамада белгіленген болса);
  - 3) журналдың барлық жұмыс парақтары нөмірленеді;
  - 4) барлық парақтар жіппен тігіледі;
  - 5) жіптің ұштарына бирка салынады (F-QR-Q02-01-09);
  - 6) жұмыс парақтарының жалпы саны көрсетіледі;
  - 7) журналды тігу тиісті мөртабанмен жеке қолтаңбамен куәландырылады;
  - 8) Қоғамның ақпараттық жүйесінде немесе қағаз түрінде жүргізілетін журналдарды тіркеу журналында (F-QR-Q02-01-14) тіркеледі;
  - 9) журналдың тіркеу нөмірі оның титулдық парағында көрсетіледі;
  - 10) журнал бөлімше басшысына беріледі.
- 5)-10) тармақшаларда сипатталған іс-шараларды іс жүргізу жөніндегі жауапты тұлға жүзеге асырады.

---

### **Назар аударыңыз.**

**Мөр (мөртабан) оның бір бөлігі бақылау біркасында (затбелгіде), ал екінші бөлігі жапсырма (затбелгі) бекітілген парақта болатындай етіп орналастырылуы керек.**

---

130. Өз қолымен енгізілетін (толтырылатын) барлық жазбалар көк түсті шарик қаламмен анық, ұқыпты және түсінікті жазумен толтырылуы тиіс.

131. Жазбалардың жекелеген түрлерін енгізу қағидалары осы Рәсімнің 3-қосымшасында келтірілген.

132. Деректерді тіркеуді өткізіп алу және (немесе) күнінде қате жіберу Қоғамда қолданылатын СМЖ стандарттары қағидаттарын елеулі бұзу фактісі болып табылады.

133. Қолда бар жазбаларға түзетулер енгізу қате жазбаны мұқият сызып тастау арқылы жүзеге асырылады (бастапқы жазбаның оқылуын қамтамасыз ету қажет). Көк түсті шарикті қаламмен дұрыс ақпарат жазылады. Әрбір түзету міндетті түрде виза қою арқылы расталады (түзетуді енгізген тұлғаның қолы, қолдың толық жазылуы [2 – бөлім, 7-тармақша) - 2-тарау, Параграф-2, 31-тармақ 2)-тармақшасы], күні). Өзгерістер енгізілген күн көрсетіледі.

---

### **Маңызды!**

**Жазбаларды кеңсе корректормен (ағартқыш маркермен), өшіргішпен, пышақпен, бірнеше рет сызып тастау арқылы және т. б. әдіспен түзетуге немесе жоюға қатаң тыйым салынады!**

---

134. 04 деңгейдегі құжаттарды толтыру кезінде төмендегілерге тыйым салынады:

- 1) құжатқа өтіп кеткен күнді қою немесе құжат нақты толтырғаннан кейін оны қайта жасауға;
- 2) деректерді алдын ала тіркеуге (мысалы-жұмыс басталғанға дейін);
- 3) ағартатын маркерлерді, кеңсе корректорларын немесе өзге де кеңсе керек-жарақтарын және осы Рәсімде белгіленбеген әдістерді пайдалануға.

---

### **Маңызды!**

**Құжаттың Қоғамда белгіленген жазба нысанына сәйкес келмеуі және (немесе) белгіленген талаптарды бұза отырып құжатты ресімдеу оған бұрыштама қоюдан (назарға алудан, тіркеуден және т. б.) бас тарту үшін жеткілікті негіз болып табылады!**

---

135. Деректерді жазу барысында құжатта орын жеткіліксіз болған кезде беттің артқы жағын немесе жеке қоса берілген парақты пайдалануға болады. Бұл ретте түсініктеме көрсетіледі, атап айтқанда-деректерді неге жазуға болмайды, қосымша жазбалар енгізілетін құжаттың мәтініне сілтеме көрсетіледі, деректерді енгізу орнында қол қойылады, қолдың толық жазылуы және күні қойылады.

Арнайы бағандарды, өрістерді, кестелерді және т.б. толтыру қажеттілігі болмаған кезде, мысалы, алдыңғы қадам қанағаттанарлық деңгейде болса, мұндай секцияларда (бағандарда) сызықша (сызықша) қойылады.

Құжат нысанында толтыруды қажет етпейтін өрістер болған жағдайда, мысалы, «қосымша жұмыс», онда пайдаланылмаған секцияларды басынан аяғына дейін диагональды сызық жүргізу арқылы сызып тастау керек немесе «Қ /Е» (Қажет емес) белгісін қою керек, қажет болған жағдайда , қысқаша түсініктеме беру керек.

Барлық ауытқулар (сәйкессіздік, жалтару, ауытқулар) немесе қателер туралы түсініктемелер құжаттың түпнұсқасында мәселе (қате) пайда болған жерде көрсетіледі.

Толтырылған құжаттар сақтау үшін белгіленген орынға (істер номенклатурасына сәйкес) тапсырылады немесе электрондық түрде түзетулер енгізілуден сенімді сақталуы мен қорғалуы қамтамасыз етіледі.

Жасалған құжаттарды көшіру қажет болса, деректерді қатесіз оқу үшін көшірменің жеткілікті айқындығы қамтамасыз етіледі.

Кез келген деректер немесе деректердің бір бөлігі жоғалса, негізгі құжатқа жағдайдың егжей-тегжейлі түсіндірмесі қоса беріледі.

136. Бөлімше басшылары бөлімшедегі жазбалардың тиісті және уақтылы жүргізілуін бақылауды жүзеге асырады.

137. 04 деңгейдегі СМЖ құжаттарын келісу құжатқа Келісуші тұлғалардың тізбесіне (төменнен жоғарыға) сәйкес жүзеге асырылады.

138. Бөлімше басшылары жазбаларды іріктеп бақылауды үнемі жүргізеді. Жазбаларды бақылау кезеңділігі жазбаларды енгізу жиілігіне (деректерге), жазбаларды енгізетін қызметкерлердің біліктілік деңгейіне және тәжірибесіне, сондай-ақ енгізілетін деректердің маңыздылығына (маңыздылығына немесе басымдылығына) байланысты және тәуекелдерді бағалау матрицасының көмегімен анықталады (4-қосымша).

Қоғамның еншілес ұйымдары мен филиалдарында жазбаларды бақылау айына кемінде бір рет кезеңділікпен жүзеге асырылады.

139. Жазбаларды бақылау төменде көрсетілгендей жүзеге асырылады:

- 1) сақтау үшін белгіленген орында болуы;
- 2) осындай жазбаны жүргізу жөніндегі талаптарды белгілейтін СМЖ құжатымен белгіленген нысанға сәйкестігі;
- 3) журналдардың тұтастығын, актілердің, хаттамалардың, есептердің толықтығын тексеру және т. б.;
- 4) Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілерінде, Қазақстан Республикасының заңнамасында, осы Рәсімде және Қоғамның СМЖ-нің басқа да регламенттейтін ішкі құжаттарында белгіленген талаптарға сәйкес деректерді енгізудің жиілігі мен дұрыстығын тексеру;
- 5) түзетулердің болуы – оларды енгізудің дұрыстығы тұрғысынан;
- 6) бос (толтырылмаған) бағандардың болмауы және т. б.

140. Жазбаларды жүргізудегі ауытқулар анықталған кезде ауытқулар сәйкессіздіктерді тіркеу және бақылаудың электрондық журналында тіркеледі (F-QR-Q02-01-15). Қоғамның белгіленген тиісті ішкі Рәсіміне сәйкес сәйкессіздіктерді жою бойынша іс шаралар жүргізілуде.

141. 04 деңгейдегі СМЖ құжаттары (осы рәсімнің 25-тармағын қараңыз) келісу парағымен (F-QR-Q02-01-16) және (немесе) танысу парағымен (F-QR-Q02-01-17) бірге жүруі мүмкін (егер ішкі нормативтік СМЖ құжатымен міндетті талап белгіленбесе).

СМЖ құжаттары (СМ қамтамасыз ету саласындағы саясат пен мақсаттар , ландшафттық карта және процесс картасы) F-QR-Q02-01-16 нысаны бойынша келісу парағымен бірге жүреді.

## **Бөлімше 11. Құжатталған ақпарат**

Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілерінде, Қазақстан Республикасының заңнамасында, осы Рәсімде және Қоғамның басқа да ішкі нормативтік құжаттарында белгіленген, сондай-ақ жауапты тұлғалардың басқаруындағы Қоғамның, оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың жазбаларының барлық құжаттары мен нысандары Рәсімнің құжатталған ақпараты болып табылады.

## Бөлімше 12. Рәсімді бақылау әдістері

Процестің нәтижелілігін бақылауды топ-менеджерлерге жетекшілік ететін құрылымдық бөлімшелердің басшылары, сапа жөніндегі уәкіл (сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға), кадрлармен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға, іс жүргізу жөніндегі жауапты тұлғалар және осы рәсімде және Қоғамның өзге де ішкі нормативтік құжаттарында белгіленген өзге де тұлғалар жүзеге асырады..

## Бөлімше 13. Процесті жақсарту жөніндегі қызмет

Процесті жақсарту жөніндегі қызмет аудит нәтижелерін талдау, басшылық тарапынан СМЖ-ны жыл сайынғы талдау, Қоғам қызметкерлерінің, Жеке әріптестің, уәкілетті (мемлекеттік) органдардың және өзге де мүдделі тұлғалардың ұсыныстары негізінде жүргізіледі, нәтижесінде СМЖ құжаттарына өзгерістер енгізіледі.

## БӨЛІМ 6. ЖАУАПКЕРШІЛІК

Осы Рәсімнің орындалуына жауапкершілік келесідей бөлінеді:

142. Нақты тармақтардың орындалуына (іске асырылуына) және белгіленген талаптардың сақталуына жауапты адамдар (құрылымдық бөлімшелер) осы рәсімнің 5-бөлімінде айқындалған.

143. Нормативтік құжаттаманы (сыртқы) басқару үшін жауаптылар:

1) СМЖ талаптары шеңберінде:

сапа жөніндегі уәкіл – жалпы Қоғам бойынша;

сапаны қамтамасыз ету жөніндегі маман – еншілес ұйым немесе филиал бойынша;

2) медициналық ұйымдардың қызметі бойынша талаптар шеңберінде – сапаны қамтамасыз ету жөніндегі маман;

3) ақпараттық қауіпсіздікке, сыбайлас жемқорлыққа және парақорлыққа қарсы іс – әрекет, сондай-ақ денсаулықты қорғау мен қауіпсіздік техникасын, оның ішінде өрт қауіпсіздігіне қойылатын талаптар шеңберінде - корпоративтік қауіпсіздік жөніндегі жауапты тұлға;

4) 04 деңгейдегі құжаттар үшін - осы Рәсімде және Қоғамның, оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың басқа да ішкі нормативтік құжаттарында белгіленген жауапты тұлғалар (құрылымдық бөлімшелер).

Еншілес ұйымдар мен филиалдардағы нормативтік құжаттаманы басқару үшін олардың басшылары жалпы жауапты болады.

144. СМЖ ішкі құжаттарын әзірлеу, өзектендіру және қайта қарау үшін келесі тұлғалар жауапты болады:

1) халықаралық стандарттармен регламенттелетін СМЖ құжаттары, сондай-

ақ олардың қызмет саласын (жауапкершілігін) регламенттейтін және Қоғамның бөлімшелеріне таралатын өзге де құжаттар үшін - Қоғамның құрылымдық бөлімшелерінің басшылары (өз құзыреті және осы Рәсіммен және СМЖ өзге де ішкі нормативтік құжаттарымен айқындалған жауапкершілік шеңберінде);

2) еншілес ұйымдар мен филиалдар медициналық көмекті ұйымдастыру және көрсету саласындағы нормативтік құқықтық актілермен және стандарттармен регламенттелетін және еншілес ұйымдар мен филиалдардың қызметіне қолданылатын СМЖ құжаттарын әзірлеуге жауапты болады;

3) топ-менеджерлер (басқарма төрағасын қоспағанда), сапа жөніндегі уәкіл, корпоративтік қауіпсіздік жөніндегі менеджер, еншілес ұйымдар мен филиалдардың басшылары осы Рәсімде және Қоғамның басқа ішкі нормативтік құжаттарымен айқындалған тәртіпте өздерінің лауазымдық нұсқаулықтарын, сондай-ақ бөлімшелер туралы ережелерді және есеп беретін құрылымдық бөлімшелер басшыларының лауазымдық нұсқаулықтарын (ұйымдық құрылымға сәйкес) әзірлеу, қайта қарау және өзектендіру үшін жауапты болады;

4) Қоғамның барлық құрылымдық бөлімшелерінің (оның ішінде еншілес ұйымдар мен филиалдардың) басшылары, басшылардың орынбасарлары (басшы болмаған жағдайда) өз қарамағындағы қызметкерлердің лауазымдық нұсқаулықтарын әзірлеу үшін жауапты болады.

Құқықтық мәселелер жөніндегі менеджер филиалдармен бірлесіп филиалдар туралы ережелерді (филиалдардың құрылымдық бөлімшелерінің ережелерін қоспағанда) әзірлеу үшін жауапты болады.

Қоғамды кадрлармен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға және Медициналық сүйемелдеу департаментінің басшысы еншілес ұйымдардың басшыларымен және филиалдармен бірлесіп еншілес ұйымдар мен филиалдар басшыларының, сондай-ақ олардың орынбасарларының лауазымдық нұсқаулықтарын әзірлеу үшін жауапты болады;

5) еншілес ұйымдар мен филиалдар осы тармақтың 1) және 4) тармақшаларында көзделген құжаттарды және осы Рәсімде белгіленген басқа да құжаттарды әзірлеу үшін жауапты болады. Сондай-ақ олар осы Рәсімде белгіленген тәртіппен құжаттардың жобаларына ұсыныстар енгізу арқылы 01-03 деңгейдегі өзге де құжаттарды әзірлеуге тікелей қатысады.

145. Осы рәсімнің 87-тармағында белгіленген жауапты тұлғалар осы рәсімде айқындалған құзыреті мен жауапкершілігі шеңберінде 01-03 деңгейдегі (қағаз түріндегі) бақыланатын құжаттарды таратуды, сақтауды, алып қоюды және жоюды қамтамасыз етеді.

Қоғамның даму стратегиясының сақталуына Қоғамның сапасы жөніндегі уәкіл жауапты болады.

146. Ақпараттық технологиялар жөніндегі менеджер және оған жетекшілік ететін топ-менеджер ЭҚЖ мұрағатында орналастырылған құжатталған СМЖ

ақпаратының электрондық түрде сақталуын және қажетті шаралардың уақтылы қабылдануын қамтамасыз етеді.

147. СМЖ құжаттарын әзірлеу, енгізу, оқыту және оны Қоғамның бөлімшелерінде басқаруға, сондай-ақ есеп беретін қызметкерлерді СМЖ құжаттарымен уақтылы таныстыру үшін құрылымдық бөлімшелердің басшылары тікелей жауапты болады.

148. Сапа жөніндегі уәкіл және сапаны қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға құжаттаманың ресімделуін және құрылуын, айқас сілтемелердің (СМЖ ішкі нормативтік құжаттарына) болуын және дұрыстығын тексеру, құжатқа осы рәсімге сәйкес сәйкестендіру нөмірін беру үшін жауапты болады.

Сапа жөніндегі уәкіл сондай-ақ осы рәсімнің талаптарын орындау бойынша жалпы үйлестіруді қамтамасыз етеді.

149. Қоғамды кадрлармен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлға бөлімшелер туралы ережелерді және Қоғам қызметкерлерінің лауазымдық нұсқаулықтарын уақтылы әзірлеу, қайта қарау және өзектендіру үшін жауапты болады. Сондай-ақ ол қызметкерлерді осы тармақта көрсетілген құжаттармен уақтылы таныстыру үшін жауап береді.

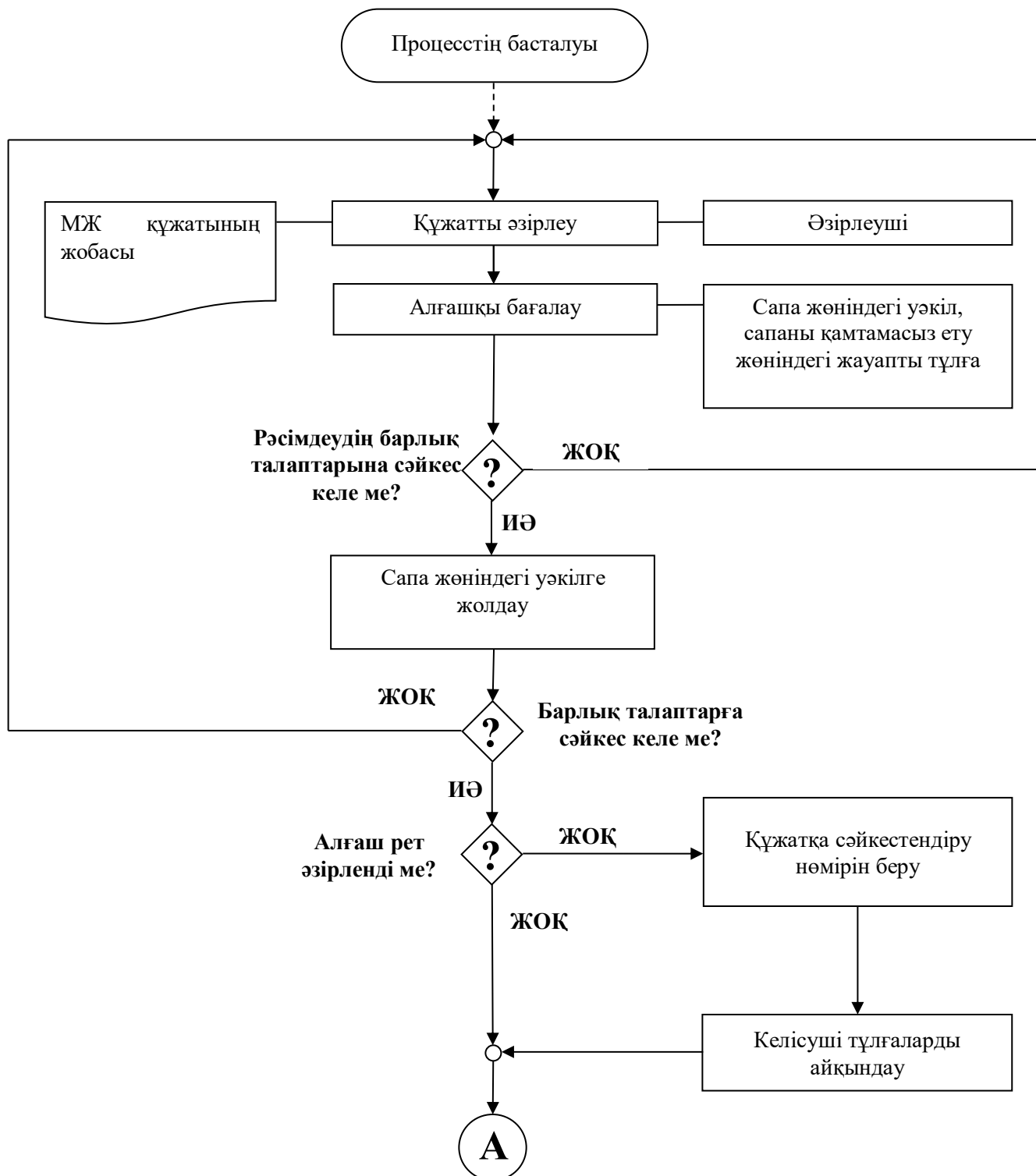
Бөлімшелер туралы ережелерді және еншілес ұйымдар мен филиалдардың медицина қызметкерлерінің лауазымдық нұсқаулықтарын уақтылы әзірлеу, қайта қарау және өзектендіру үшін жобаларды медициналық сүйемелдеу департаментінің басшысы кадрлармен қамтамасыз ету жөніндегі жауапты тұлғамен бірлесіп жауапты болады.

Қызметкерді жұмысқа қабылдау, кадрлық орын ауыстыру (ауыстыру) және т.б. кезінде қызметкерді Қоғамның СМЖ-нің қолданыстағы ішкі нормативтік құжаттарымен (оның қызметін реттейтін) таныстыру үшін құрылымдық бөлімшенің басшысы, жетекшілік ететін топ-менеджер және Қоғамды кадрлармен қамтамасыз ету жөніндегі қызметкері (еншілес ұйымды немесе филиалды кадрлармен қамтамасыз ету жөніндегі қызметкері) жауапты болады.

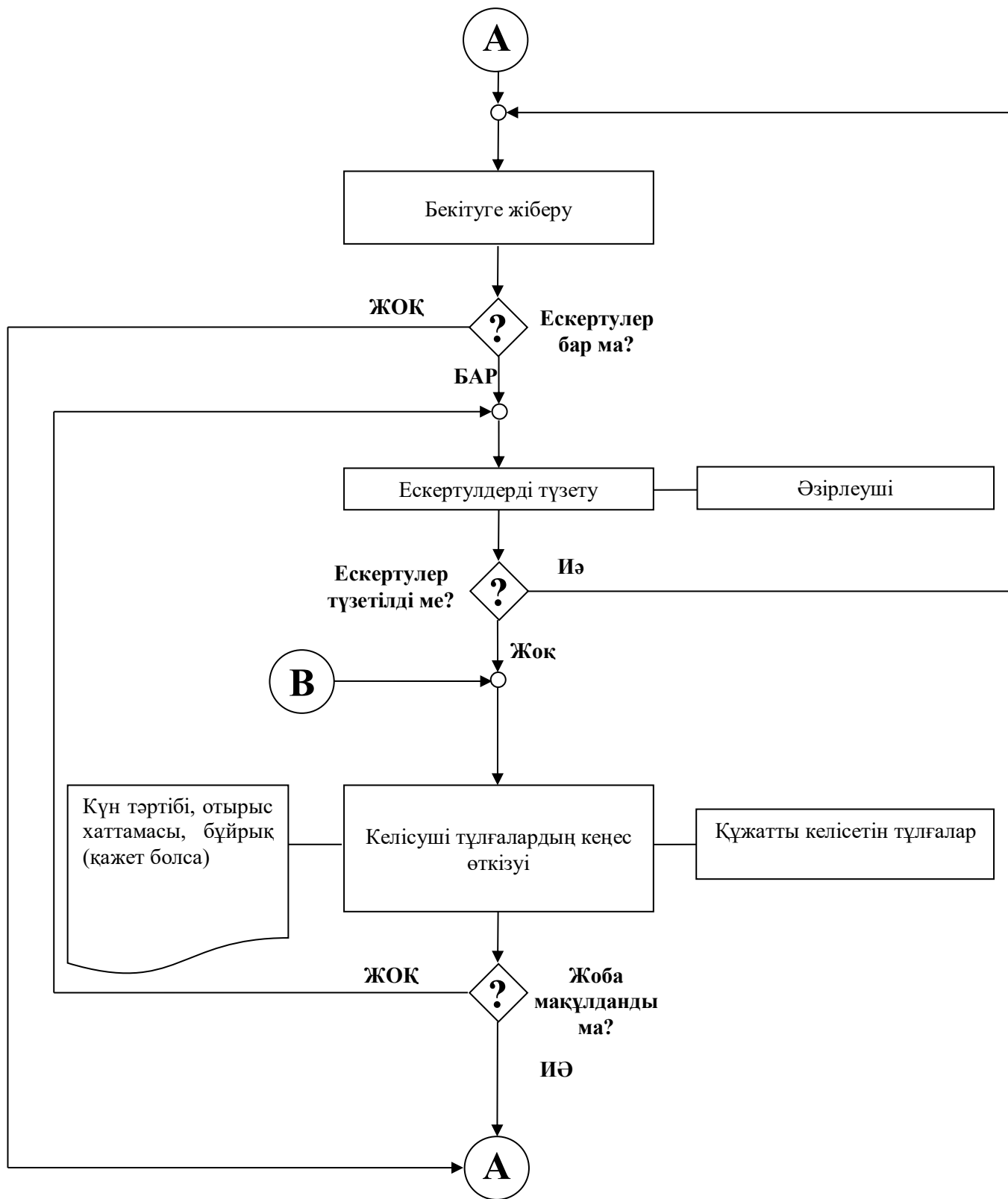
150. Құқықтық қамтамасыз ету жөніндегі Менеджер құжаттарды тексеру және олардың Еуразиялық экономикалық одақтың нормативтік құқықтық актілерінің, Қазақстан Республикасы заңнамасының, сондай-ақ Қазақстан Республикасының аумағында қолданылатын өзге де нормативтік құқықтық актілер мен халықаралық келісімдердің (шарттардың) талаптарына сәйкестігіне жауапты болады.

151. Қызметкерлерді СМЖ құжаттарымен жеке-жеке таныстыру үшін жауапкершілік тікелей құрылымдық бөлімше басшысына жүктеледі. Құжатпен танысу фактісі танысу парағына қызметкердің жеке қол қоюы арқылы расталады.

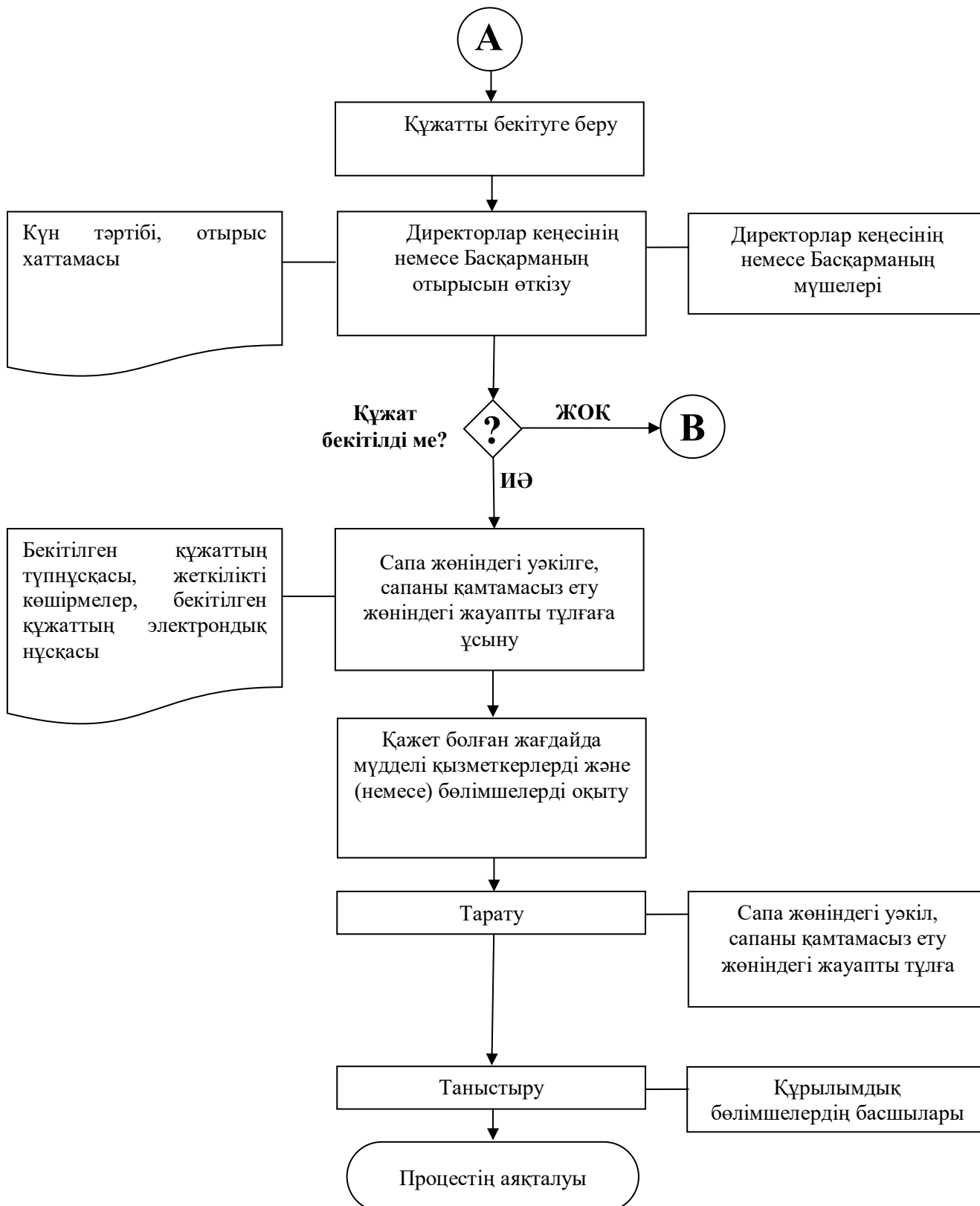
152. Жазбалардың сақталуына орындаушы, жазбаларды жүргізу жөніндегі жұмыскер және оның тікелей басшысы жауапты болады.

**Қосымша 1**  
(міндетті)**«СМЖ құжаттарын әзірлеу, келісу және бекіту» блок-схемасы**

**Қосымша 1**  
(жалғасы)



## Қосымша 1 (жалғасы)

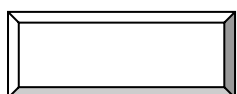


**Қосымша 2**  
(міндетті)**Ландшафт карталарын, процесс карталарын және блок-схемаларды салуда қолданылатын таңбалар**

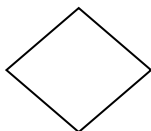
Процестің басталуы (аяқталуы)



Процесс (әрекет немесе жауапты)



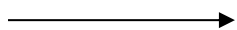
Процестер тобы



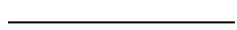
Шешім (шартты ауысу)



Құжаттау



Рәсімдердің ауысуы, реттілігі



Рәсім үшін жауаптылар

Ескерту. Бұл таңбалар тізімі толық емес. Ландшафт картасын, Рәсім картасын немесе блок-схеманы әзірлеу кезінде сипатталған рәсімге байланысты әзірлеушінің өзі қосымша таңбаларды анықтауға құқылы, бірақ осы қосымшада айқындалған таңбалардың қолданылуын (мақсатын) өзгерте алмайды.

**Қосымша 3**  
(міндетті)

**Жазбалардың жекелеген түрлерін толтыру ережесі**

№	Жазба санаты	Толтыру қағыдалары
1	2	3
1.	Жалпы жазбалар	Деректер процестерді (әрекеттерді) орындау кезінде немесе олар аяқталғаннан кейін бірден енгізіледі
2.	Күндері	Күндер түзетусіз толтырылады. Толық немесе қысқаша түрде енгізіледі, мысалы: «2022 жылғы 12 тамыз» немесе «12.08.2022 ж.» немесе «12.08.22»
3.	Уақыты	Уақыт 24-сағаттық халықаралық форматта көрсетіледі, мысалы: «09:10» немесе «21:40».
4.	Есептеулер және дөңгелектеу	Есептеуді қажет ететін нысандар осындай есептеуді орындау үшін қажетті барлық деректерді енгізгеннен кейін бірден толтырылады
5.		Кез-келген есептеулер мен аралық есептеулер кезінде соңғы нәтиже үшін үтірден кейінгі цифрлардың саны үтірден кейінгі цифрлардың реті бойынша алынады (талапта көрсетілгеннен гөрі). Соңғы нәтиже параллельдердің нәтижелерінен орташа арифметикалық мәннен мәндерді дөңгелектеу арқылы талапта көрсетілген маңызды сандар санына сәйкес келтіріледі.
6.		Нәтиженің соңғы цифрын анықтау үшін соңғы көрсеткіш жоғары немесе төмен дөңгелектенеді (шамасына байланысты, егер 5 немесе одан артық болса, онда үлкен жаққа дөңгелектенеді; егер көрсетілген мән 4 немесе одан кем болса кіші жаққа дөңгелектенеді). Сандарды дөңгелектеу талаптар бойынша маңызды сандар ретіне дейін орындалады.
7.	Деректерді жазу	Барлық деректер жазбаша түрде көк түсті шарикті қаламды пайдаланып таза және ұқыпты енгізіледі. Қарындаштар, фломастерлер немесе маркерлер қолданылмайды.
8.	Қолтаңбалар	Қызметкердің қолы толық аты-жөні көрсетіле отырып қойылады. Егер өзге талаптар айтылмаса, СМЖ ішкі құжаттарына, егер бөлімше қызметкерлерінің қолтаңбаларының сәйкестендіргіші пайдаланылса, толық жазусыз қол қоюға болады.

F-QR-Q02-01-02	Парақ 52 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	---------------------	--------------------

**Қосымша 4**  
(ақпараттық)

**Жазбаларды мерзімді тексеру үшін тәуекелдерді бағалау матрицасы**

<b>Бағалау факторы</b>	<b>Төмен тәуекел</b>	<b>Орташа тәуекел</b>	<b>Жоғары тәуекел</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Деректерді енгізу жиілігі	<u>Айына 1-3 рет</u>	<u>Айына 1-3 рет</u>	<u>Күнделікті</u>
Жазба жүргізілетін кезеңнің ұзақтығы	Үш жылдан астам уақыт бойы жүргізіліп келеді	Бір жылдан астам, бірақ үш жылдан аз уақыт жүргізіледі	Бір жылдан аз уақыт жүргізіледі (жаңа жазба)
Қызметкерлердің жазбаларды жүргізу тәжірибесі	Құжаттаманы бақылауды жүзеге асыратын қызметкерлер	Құрылымдық бөлімшелердің басшылары	Менеджерлер, мамандар, дәрігерлер, орта және кіші медициналық персонал, қызмет көрсету персоналы және т. б.
Жазбаға енгізілген деректердің сыни сипаты	Деректер тек маңызды емес операцияларды орындау үшін қолданылады	Деректер қызмет көрсету сапасы бойынша шешім қабылдау кезінде пайдаланылмайды, бірақ СМЖ сәйкестігін бағалау кезінде пайдаланылуы мүмкін	Деректер қызмет көрсету сапасы бойынша шешімдер қабылдау кезінде және (немесе) СМЖ сәйкестігін бағалау кезінде пайдаланылады

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

F-QR-Q02-01-02	Парақ 53 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	---------------------	--------------------

**Қосымша 5**  
(міндетті)

**Жазбаларды басқарудағы жауапкершілік пен өкілеттіктерді бөлу матрицасы**

№	Рәсімдер (Жұмыстың түрі)	Процеске қатысушылар				
		СУ, СЖ	ІЖ	БА / А	ҚБ басшысы	ҚБ қызметкерлері
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
1.	Жазу нысанын әзірлеу, келісу және бекіту	С		С	Ж, Қ	Қ
2.	Жазба нысанын сәйкестендіру және қолданысқа енгізу	Қ	С		Ж, Қ	Қ
3.	Жазба нысандарын есепке алу және сақтау	Ж, Қ	С			
4.	Жазбаларды жүргізу, оларды қорғау, сақтау, қалпына келтіру және өзгерту	Ж, Қ				Ж, Қ
5.	Жазба нысандарын тексеру және өзектендіру	С, Қ		Қ		Қ
6.	Жазбалардың күшін жою, қолданыстан шығару, мұрағаттық сақтауға беру немесе жою	С, Қ	Қ	Қ	Қ	Қ
7.	Жазба формаларын жүйелеу және біріздендіру	Ж, Қ	С		С	Қ
8.	Жазбаларды басқару нәтижелілігін бақылау және бағалау	Ж, Қ	С			С

**Шартты белгілер:**

А - аудиторлар

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

F-QR-Q02-01-02	Парақ 54 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	---------------------	--------------------

- БА - бас аудитор
- Ж - жауапты, жұмысты басқарады және қорытындысына жауап береді (процесс иесі)
- ІЖ - Іс жүргізу үшін жауапты
- СЖ - сапаны қамтамасыз ету үшін жауапты
- Қ - жұмысты жүргізеді, атқарылатын жұмыстың сапасы үшін жауапты болады
- ЖА - жұмыстың атқарылуына ат салысады
- ҚБ - құрылымдық бөлімше(лер)
- СУ - Сапа жөніндегі уәкіл

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

**СОДЕРЖАНИЕ**

Лист согласования	2
Лист рассылки	3
История документа	4
Раздел 1. Общие положения	56
Раздел 2. Нормативные ссылки	57
Раздел 3. Термины, определения и сокращения	58
Раздел 4. Вводимые формы	58
Раздел 5. Требования к выполнению процесса	59
Раздел 6. Ответственность	96
Приложение 1 (обязательное)	99
Приложение 2 (обязательное)	102
Приложение 3 (обязательное)	103
Приложение 4 (обязательное)	104
Приложение 5 (обязательное)	105
Лист ознакомления	107

## РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая документированная процедура (далее – Процедура) разработана с целью определения единых требований к порядку разработки, согласования, утверждения, введения в действие, регистрации, тиражирования, исполнения, хранения, актуализации, внесения изменений, пересмотра, отмены и уничтожения документированной информации системы менеджмента качества и ее процессов в некоммерческом акционерном обществе «Turar Healthcare» (далее – Общество).

Примечание. В тексте настоящей процедуры под «Общество» подразумеваются, в том числе входящие в него дочерние организации и филиалы (при наличии), за исключением случаев, когда по тексту даются уточнения.

Процессы издания приказов и распоряжений, формирования и обработки корреспонденции, номенклатуры дел, актов, протоколов заседаний (совещаний) и др., а также оформления и формирования дел, их уничтожение или передача на постоянное хранение определены в соответствующих внутренних нормативных документах Общества.

2. Настоящая Процедура разработана в соответствии с нормативными правовыми актами и нормативными документами, указанными в Разделе 2. настоящей Процедуры.

3. Процедура является обязательной для исполнения всеми работниками Общества, вне зависимости от занимаемой должности и имеющего статуса.

4. Настоящая Процедура является основополагающим документом, устанавливающим требования по управлению документированной информацией в Обществе. Иные документы, разработанные в Обществе, вне зависимости от уровня документа должны соответствовать требованиям, отраженным в настоящей процедуре.

Дочерние организации и филиалы Общества (при их наличии) могут издавать свои внутренние нормативные документы по управлению документированной информацией, однако такие документы не должны противоречить основным требованиям, отраженным в настоящей процедуре.

5. В соответствии с подпунктами 15) и 30) статьи 1, пунктом 1 статьи 16 и со статьей 19 Закона Республики Казахстан от 5 октября 2018 года № 183-VI «О стандартизации» все внутренние нормативные документы Общества (документы СМК 01-03 уровней (пункт 25. настоящей Процедуры), за исключением стратегии развития Общества) относятся к документам по стандартизации.

В соответствии с подпунктом 5) пункта 2 статьи 2 Закона Республики Казахстан от 6 апреля 2016 года № 480-V «О правовых актах» к документам по стандартизации Общества не могут применяться нормы данного закона.

6. Процедура является внутренним нормативным документом Общества и не подлежит представлению другим сторонам, кроме аудиторов и (или) уполномоченных (государственных) органов Республики Казахстан при проведении аудитов (проверок, инспекций).

## РАЗДЕЛ 2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая Процедура разработана с учетом требований следующих нормативных правовых актов и нормативных документов:

- 1) Трудовой кодекс Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года № 414-V
- 2) Закон Республики Казахстан от 11 июля 1997 года № 151-I «О языках в Республике Казахстан»
- 3) Закон Республики Казахстан от 13 мая 2003 года № 415. «Об акционерных обществах»
- 4) Закон Республики Казахстан от 1 марта 2011 года № 413-IV «О государственном имуществе»
- 5) Закон Республики Казахстан от 6 апреля 2016 года № 480-V «О правовых актах»
- 6) Закон Республики Казахстан от 5 октября 2018 года № 183-VI «О стандартизации»
- 7) Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 октября 2018 года № 703 «Об утверждении Правил документирования, управления документацией и использования систем электронного документооборота в государственных и негосударственных организациях»
- 8) ISO 9000:2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»
- 9) ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования»

F-QR-Q02-01-02	Парақ 58 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	---------------------	--------------------

- |     |                |   |
|-----|----------------|---|
| 10) | ISO 10013:2021 | «Системы менеджмента качества. Руководство по документированной информации» |
| 11) | Стандарты JCI  | Стандарты Joint Commission International, 7-ое издание                      |
| 12) |                | «Справочник терминов, определений и сокращений»                             |

### РАЗДЕЛ 3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

7. В настоящей процедуре применяются термины и их определения, установленные в нормативных правовых актах и нормативных документах, указанные в Разделе 2. настоящей Процедуры.

8. Дополнительно, в настоящей процедуре применяются следующие сокращения и их определения:

- |    |     |   |
|----|-----|---|
| 1) | ISO | Международная организация по стандартизации |
| 2) | ГЧП | Государственно-частное партнерство          |
| 3) | СМК | Система менеджмента качества                |

### РАЗДЕЛ 4. ВВОДИМЫЕ ФОРМЫ

Настоящей процедурой установлены следующие формы записей:

- |     |                |  |
|-----|----------------|--|
| 1)  | F-QR-Q02-01-01 | Ландшафтная карта (Карта процесса)                                     |
| 2)  | F-QR-Q02-01-02 | Документ СМК 01-02 уровней (за исключением положений о подразделениях) |
| 3)  | F-QR-Q02-01-03 | Положение о коллегиальном органе Общества                              |
| 4)  | F-QR-Q02-01-04 | Документ СМК 03 уровня (за исключением должностных инструкций)         |
| 5)  | F-QR-Q02-01-05 | Программа инструктажа  |
| 6)  | F-QR-Q02-01-06 | Памятка  |
| 7)  | F-QR-Q02-01-07 | Журнал учета, разработки, актуализации и пересмотра документов СМК     |
| 8)  | F-QR-Q02-01-08 | Акт об отказе в подписании документа                                   |
| 9)  | F-QR-Q02-01-09 | Бирка для сшивки документов СМК  |
| 10) | F-QR-Q02-01-10 | Лист ознакомления работника с документами СМК                          |

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

F-QR-Q02-01-02	Парақ 59 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	---------------------	--------------------

- 11) F-QR-Q02-01-11 Акт об изъятии
- 12) F-QR-Q02-01-12 Разъяснение норм внутренних нормативных документов
- 13) F-QR-Q02-01-13 Акт о выделении к уничтожению
- 14) F-QR-Q02-01-14 Журнал регистрации журналов
- 15) F-QR-Q02-01-15 Журнал регистрации и контроля несоответствий
- 16) F-QR-Q02-01-16 Лист согласования
- 17) F-QR-Q02-01-17 Лист ознакомления

## РАЗДЕЛ 5. ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОЦЕССА

### Подраздел 1. Общие положения

9. Вся документированная информация (документы и записи), разработанная внутри Общества, в том числе дочерних организаций и филиалов (при их наличии), оформленная на бумажных и (или) электронных носителях, подвергается управлению. Управлению документированной информацией также подвергаются документы и записи, разработанные внешними организациями.

#### **Важно!**

**Документированная информация Общества является его собственностью.**

**Распространение, тиражирование, копирование, предоставление и (или) передача их посторонним лицам и организациям, кроме аудиторов и (или) уполномоченных (государственных) органов Республики Казахстан при проведении аудитов (проверок, инспекций) строго запрещена, если иное не определено в настоящей процедуре или других внутренних нормативных документах Общества!**

10. Цель управления документированной информацией в Обществе заключается в поддержании документов и записей в состоянии, обеспечивающем соблюдение требований нормативных правовых актов Республики Казахстан и надлежащее функционирование СМК в Обществе.

11. Достижение этой цели обеспечивается путем решения следующих задач:

- 1) обеспечение наличия необходимых документов и записей в Обществе;
- 2) поддержание документированной информации в актуальном состоянии;
- 3) принятие соответствующих мер по исключению (изъятию) использования недействующей документированной информации;
- 4) предупреждение (пресечение) возможности несанкционированного использования документированной информации, противоречащей требованиям;

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

5) организация разработки, введения в действие документированной информации и иной документации Общества;

6) использование документированной информации для реализации целей и сохранения содержания в них информации;

7) иные мероприятия, установленные требованиями законодательства Республики Казахстан и международных стандартов [Раздел 2., подпункты 7)-10)].

12. При разработке (подготовке), согласовании, подписании и утверждении документов, образующихся в результате деятельности Общества, в обязательном порядке соблюдаются требования, обеспечивающие юридическую силу документов и возможность их обработки с использованием современных автоматизированных технических средств (компьютерная техника, программное обеспечение и т.д.) и информационных систем.

13. Состав документов, образующихся в процессе деятельности Общества, определяется:

1) применяемой в Обществе СМК и ее отдельные элементы;

2) спецификой процессов в Обществе;

3) кругом управленческих действий, порядком разрешения вопросов (единоначальный, коллегиальный);

4) характером взаимодействия с уполномоченными и государственными органами, Частным(и) партнером(ами) и другими организациями.

14. В состав документированной информации (документов СМК) Общества входят:

10) Устав Общества;

11) Уставы дочерних организаций (при их наличии);

12) положения о филиалах (при их наличии);

13) организационная структура;

14) документированная информация;

15) стратегия развития (стратегический план);

16) штатное расписание и тарификационный справочник;

17) распорядительные документы (приказы, распоряжения, протоколы);

18) справочно-информационные документы (планы, отчеты, справки, акты, докладные, объяснительные и служебные записки, письма, телеграммы и телефонограммы, договоры (контракты), дополнительные соглашения и др.).

15. При наличии противоречий во внутренней документированной информации разного уровня действуют нормы, определенные документированной информацией более высокого уровня (пункт 25. настоящей Процедуры).

В случае противоречий между нормами документированной информации одного уровня, действуют нормы документированной информации, позднее введенного в действие.

При наличии противоречий действующих норм в документированной информации Общества, дочерних организаций или филиалов, действуют нормы, установленные документированной информацией Общества.

16. Срок рассмотрения и принятия решений в отношении документов СМК не может превышать более 15 (пятнадцати) календарных дней, если иное не определено законодательством Республики Казахстан, настоящей Процедурой и другими внутренними документами Общества.

## **Подраздел 2. Классификация документированной информации**

17. В Обществе вся документированная информация подразделяется на внешние и внутренние документы.

18. К внешним относятся:

- 1) нормативные правовые акты Евразийского экономического союза;
- 2) нормативные правовые акты Республики Казахстан;
- 3) руководящие документы вышестоящих уполномоченных (государственных) органов;
- 4) нормативные документы (ISO, JCI, ГОСТ, СТ РК и др.);
- 5) нормативные документы Частного партнера, действующие на период действия договора ГЧП;
- 6) входящая корреспонденция.

19. Нормативные правовые акты Республики Казахстан подразделяются на основные и производные в соответствии с законодательством Республики Казахстан [Раздел 2., подпункт 5)].

20. Для получения нормативных правовых актов в Обществе используется Интернет-ресурсы открытых нормативных правовых актов (например, [www.zakon.kz](http://www.zakon.kz)) или информационные системы, доступ к которым закупается Обществом в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

21. К нормативным документам, действующим на территории Евразийского экономического союза, в том числе на территории Республики Казахстан, относятся:

- 1) международные стандарты;
- 2) межгосударственные стандарты;
- 3) региональные стандарты и классификаторы технико-экономической информации, правила и рекомендации по стандартизации и аккредитации;
- 4) национальные стандарты и классификаторы технико-экономической информации Республики Казахстан;
- 5) стандарты организаций;
- 6) рекомендации по стандартизации и аккредитации Республики Казахстан;
- 7) стандарты иностранных государств, стандарты организаций, классификаторы технико-экономической информации, правила, нормы и рекомендации по стандартизации и аккредитации иностранных государств;

8) неправительственные стандарты.

22. Приобретение нормативных документов производится на платной основе путем заключения соответствующего договора с Республиканским государственным предприятием «Казахстанский институт стандартизации и метрологии». Актуализация нормативных документов производится не реже одного раза в год.

23. Руководящие документы контролирующих уполномоченных (государственных) органов поступают по факсу или электронной почте или системе электронного документооборота (далее – СЭД) и на юридический адрес Общества, его дочерних организаций и филиалов (при их наличии). При необходимости офис-менеджеры и (или) ответственное лицо по делопроизводству рассылает их руководителям подразделений для ознакомления и (или) исполнения.

Примечание 1. Под термином «Система электронного документооборота» подразумевается любая информационная система (программный продукт) Общества, соответствующая требованиям, установленным в Законе Республики Казахстан от 7 января 2003 года № 370-ІІ «Об электронном документе и электронной цифровой подписи».

Примечание 2. Под термином «ответственное лицо по делопроизводству» подразумевается работник Общества, дочерней организации или филиала (при наличии), ответственное за надлежащее ведение документооборота в Обществе, дочерней организации или филиале. Ответственное лицо по делопроизводству определяется соответствующим внутренним нормативным документом (должностной инструкцией) или приказом председателя Правления, руководителя дочерней организации или филиала.

24. К внутренним документам СМК относятся все документы, разработанные Обществом.

25. Вся внутренняя документированная информация (документы) подразделяются на четыре уровня [Раздел 2., подпункт 10) – Приложение А]:

1) документы первого уровня (код 01) – Руководство по качеству, Политика и Цели в области качества.

К документам СМК 01 уровня также относится стратегия развития (стратегический план) Общества, которая разрабатывается с учетом норм, отраженные в Руководстве по качеству и Политике в области обеспечения качества Общества.

2) документы второго уровня (код 02) – документы, разработанные в развитие положений Руководства по качеству, Политики и Целей в области качества, а также описывающие деятельность структурных подразделений и процессов Общества (документированные процедуры, ландшафтные карты, карты процессов, положения о коллегиальных органах и положения о структурных подразделениях).

3) документы третьего уровня (код 03) – документы, обеспечивающие эффективное планирование, осуществление процессов и управление деятельностью

структурных подразделений в отдельности (рабочие инструкции, стандартные операционные процедуры и должностные инструкции).

Дополнительно к третьему (03) уровню документов в Обществе относятся памятки. Данные документы описывают отдельные элементы СМК, установленные стандартами (международные, межгосударственные и государственные), указанные в Разделах 2. Руководства по качеству и настоящей Процедуры.

4) документы четвертого уровня (код 04) – документы, содержащие объективные свидетельства выполненных действий и (или) достигнутых результатов – записи (приказы, распоряжения, служебные записки, планы, мероприятия, отчеты, формы, бланки, протоколы, договоры, журналы и т. д.).

Документы, утверждаемые Советом директоров (согласно утвержденному Классификатору внутренних документов) относятся к документам, регулирующим внутреннюю деятельность Общества.

Документы, утверждаемые Правлением (согласно утвержденного решением Совета директоров Классификатора внутренних документов) относятся к документам, утверждаемым в целях организации деятельности Общества.

Положения о подразделении и должностные инструкции являются одной из разновидностей акта Работодателя (председателя Правления, руководителей дочерних организаций и филиалов), согласно подпункту 41) пункта 1 статьи 1 раздела 1 Трудового кодекса Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года № 414-V.

---

**Важно!**

**Все внутренние нормативные документы (01-03 уровней), описывающие правила выполнения того или иного процесса (действия), или правила функционирования и совершенствования СМК в целом являются обязательными для исполнения работниками Общества вне зависимости от их должности и статуса в организации!**

---

26. Документы СМК 01-03 уровней имеют условные обозначения, применяемые при идентификации (кодировании) документов:

- 1) SN – Руководство по качеству (Сапа нұсқаулығы);
- 2) S – Политика (Sayasat);
- 3) M – Цели (Maqsat);
- 4) QR – документированная процедура (qūjattalğan räsım);
- 5) LK – ландшафтная карта (landşaft kartasy);
- 6) PK – карта процесса (prosess kartasy);
- 7) BE – положение о подразделении (bölimşe turaly ereje);
- 8) AOE – положение о коллегиальном органе (alqaly organy turaly ereje);
- 9) JN – рабочая инструкция (jūmys nūsqaulıǵy);
- 10) SOP – стандартная операционная процедура;

- 11) NB – программа инструктажа (вводный, первичный на рабочем месте, целевой) (nūsqaulyq baǵdarlamasy);
- 12) LN – должностная инструкция (lauazymdyq nūsqaulyq);
- 13) J – памятка (jadynama).

При этом, Правила трудового распорядка Общества имеет свою собственную идентификацию (код) – ETQ-Q01 (от казахского «Еңбек тәртіптемесінің қағидалары» (на латинице «Eñbek tärтіptemesiniñ qaǵıdalary»)).

Краткое описание управления документами СМК 01-03 уровней (находящаяся под управлением уполномоченного по качеству Общества) приведена в Приложении 1 к настоящей Процедуре в виде блок-схемы.

Примечание. Под «уполномоченный по качеству» подразумевается работник Общества, ответственный за обеспечение и надлежащее функционирование СМК в Обществе. Уполномоченный по качеству определяется приказом председателя Правления или соответствующей должностной инструкцией, который соответствует квалификационным требованиям, предъявляемым к уполномоченным по качеству, согласно международному стандарту ISO/IEC 17024:2012 и требованиям IRCA (International Register of Certificated Auditors) «QMS 2015», предъявляемым, не ниже чем к аудиторам.

27. В случае внесения изменения(й) в нормативные правовые акты Евразийского экономического союза и (или) законодательство Республики Казахстан и (или) Устав и (или) организационную структуру и (или) штатное расписание Общества разработчик (ответственное лицо) в обязательном порядке в течение 30 (тридцати) календарных дней вносит изменения во взаимосвязанные (регулирующие) внутренние нормативные документы СМК в соответствии с установленными настоящей Процедурой требованиями.

До официального введения в действие новых регулирующих внутренних нормативных документов СМК действуют ранее введенные документы, но с учетом изменений, внесенных в нормативные правовые акты Евразийского экономического союза и (или) законодательство Республики Казахстан и (или) Устав и (или) организационную структуру и (или) штатное расписание Общества.

28. В случае обнаружения неясностей и различной интерпретации (понимания) требований внутренних нормативных документов, противоречий в практике их применения может быть дано разъяснение норм, содержащихся во внутренних нормативных документах (подраздел 8. настоящей Процедурой).

Разъяснение требований внутреннего нормативного документа Общества дается исключительно в целях пояснения (уточнения) содержания норм, отраженных во внутреннем нормативном документе, не может изменять смысл и выходить за пределы разъясняемой нормы нормативного документа Общества.

### Подраздел 3. Требования к оформлению документированной информации

29. Основные требования к оформлению документированной информации Общества определены нормативными правовыми актами Республики Казахстан, международными директивами и стандартами [Раздел 2., подпункт 2), 5)-11)], а также настоящей Процедурой.

30. Руководство по качеству, Политики и Цели в области качества, документированные процедуры, Ландшафтные карты, Карты процессов, положения о коллегиальных органах Общества, положения о подразделениях, должностные инструкции, рабочие инструкции, стандартные операционные процедуры, программы инструктажей и памятки управляются настоящей Процедурой.

Требования, предъявляемые непосредственно к структуре и содержанию положений о подразделениях и должностных инструкций, к документам 04 уровня определены в других внутренних нормативных документах Общества.

31. Все внутренние нормативные документы СМК (за исключением ландшафтных карт и карт процессов) разрабатываются на государственном и русском языках, а также дополнительно могут быть на ином другом языке, если это определено нормативными правовыми актами Евразийского экономического союза, законодательством Республики Казахстан, международными стандартами, директивами, правилами, соглашениями, настоящей Процедурой и (или) другими внутренними нормативными документами Общества.

32. Внутренние нормативные документы (за исключением ландшафтных карт и карт процессов), в том числе формы записей, разрабатываются на листах формата А4 (210x297 мм), текст документа выполняется шрифтом Times New Roman размера 14 пт и междустрочным интервалом – одинарный, строго соблюдая следующие размеры полей:

а) при вертикальном расположении страницы:

левое – 20 мм;

правое – 10 мм;

верхнее – 10 мм;

нижнее – 15 мм.

б) при горизонтальном расположении страницы:

левое – 15 мм;

правое – 10 мм;

верхнее – 20 мм;

нижнее – 10 мм.

в) при двустороннем печатании обратная сторона листа документа (при вертикальном расположении):

левое – 10 мм;

правое – 20 мм;

верхнее – 10 мм;

нижнее – 15 мм.

г) при двустороннем печатании обратная сторона листа документа (при горизонтальном расположении):

левое – 10 мм;

правое – 15 мм;

верхнее – 20 мм;

нижнее – 10 мм.

---

**Важно!**

**В документах СМК 01-03 уровня двухсторонняя печать не допускается!**

---

В документах СМК допускается применение полужирного начертания к выделенному тексту и подчеркивание выделенного текста (за исключением текста в примечаниях, примерах и таблицах) с целью выделения информации, на которую необходимо обратить особое внимание.

33. Ландшафтные карты и Карты процессов допускается разрабатывать на государственном и (или) русском языках, листах размера более А4 (210x297 мм) и текстом шрифта Times New Roman размера не менее 10 пт и не более 14 пт.

Ландшафтные карты и Карты процессов разрабатываются в программном обеспечении Microsoft Visio в формате блок-схемы с горизонтальным расположением текста на листе по форме F-QR-Q02-01. Каждая Ландшафтная карта и Карта процесса в обязательном порядке сопровождается листом согласования.

Оригиналы Ландшафтных карт и Карт процессов, разработанных в Общества хранятся у уполномоченного по качеству.

Оригиналы Ландшафтные карты и Карты процессов, разработанные дочерними организациями или филиалами Общества (при их наличии) хранятся у соответствующих ответственных лиц по обеспечению качества, копии которых передаются уполномоченному по качеству Общества.

Примечание. Под термином «ответственное лицо по обеспечению качества» подразумевается работник дочерней организации или филиала Общества, ответственное за обеспечение и надлежащее функционирование СМК в дочерней организации или филиале. Ответственное лицо по обеспечению качества определяется соответствующим внутренним нормативным документом (должностной инструкцией) или приказом руководителя дочерней организации или филиала при наличии соответствующей у работника компетенции и по согласованию с уполномоченным по качеству Общества.

При этом стоит отметить, что ответственность за надлежащее функционирование СМК в дочерней организации и филиале с руководителей не снимаются.

34. Документы СМ 01-03 уровней (за исключением положений о подразделениях и должностных инструкций) разрабатываются по формам, установленные настоящей Процедурой (F-QR-Q02-01-02, F-QR-Q02-01-03, F-QR-

Q02-01-04, F-QR-Q02-01-05 и F-QR-Q02-01-06). Должностные инструкции работников Общества оформляются по форме, определенной соответствующим внутренним нормативным документом, при этом строго соблюдая основные требования, отраженные в настоящей процедуре.

35. Все листы документов СМК (01-03 уровней) содержать верхний колонтитул, включающий идентификационный номер формы документа, номер листа, общее количество листов и версию документа. На титульном листе номер листа и их общее количество не указывается [Раздел 2., подпункт 7) – Глава 2, Параграф 2, пункт 30.].

В нижнем колонтитуле указывается идентификационный номер и название документа.

Размер шрифта в верхнем и нижнем колонтитулах 12 пт.

36. Отступ первой строки абзаца устанавливается 12,5 мм.

37. Название документа СМК определяется краткое, которое полностью отображает его содержание и не позволяет спутать его с другим документом. При этом уполномоченный по качеству Общества или ответственное лицо по обеспечению качества может внести корректировки в название документа с целью исключения в последующем путаницы у пользователей и (или) схожести названия документа с другими.

38. Объем текстовой части (Раздел «Требования к выполнению процесса») документа рекомендуется расположить (придерживаться) в пределах не более 25 листов (без учета приложений).

39. Расстояние между разделами, подразделами, заголовком и текстом раздела, заголовком и текстом подраздела, заголовками раздела и подраздела равно одному интервалу.

40. Нумерация разделов и подразделов осуществляется арабскими цифрами с точкой следующим образом: 1., 2., 3. и далее. Нумерация пунктов и разделов является сквозной, подпунктов в пункте, подразделов в разделе – самостоятельной. Расстояние между номером и названием раздела (подраздела) равно одному интервалу (пробелу). Если раздел или подраздел состоит из одного пункта или пункт состоит из одного подпункта, он не нумеруется [Раздел 2., подпункт 7) – Глава 2, Параграф 2, пункт 29.].

---

### **Важно!**

**В документах СМК (01-04 уровни) не допускается обозначение абзацев дефисами или иными знаками [Раздел 2., подпункт 7) – Глава 2, Параграф 2, пункт 29.]!**

---

41. Содержание документа упорядочено по форме, излагается последовательно, однозначно, понятными фразами, не допуская двусмысленности фраз. Важные фразы или отдельные слова выделить полужирным шрифтом.

**Важно!**

**Информация, которая имеет важное значение, требует особого акцентирования или имеет потенциальный риск невыполнения вносится в табличную рамку (без боковых линий) и обозначается фразой «Важно!» или «Внимание.» (без кавычек), расположенной по центру!**

42. Диаграммы, графики, схемы, рисунки и таблицы размещаются в приложениях. Допускается располагать таблицы в текстовой части документа, при учете, что таблица является продолжением текста и не может быть выделена в отдельное приложение.

43. Приложения к документам СМК (01-03 уровней) подразделяются на обязательные и рекомендуемые, которые идентифицируются соответствующей записью. Обязательные – это приложения, в которых отражены требования (процессы), обязательные для исполнения соответствующими структурными подразделениями или работниками. Приложения, идентифицируемые как рекомендуемые, носят рекомендательный характер и (или) отражают примерные действия (процессы).

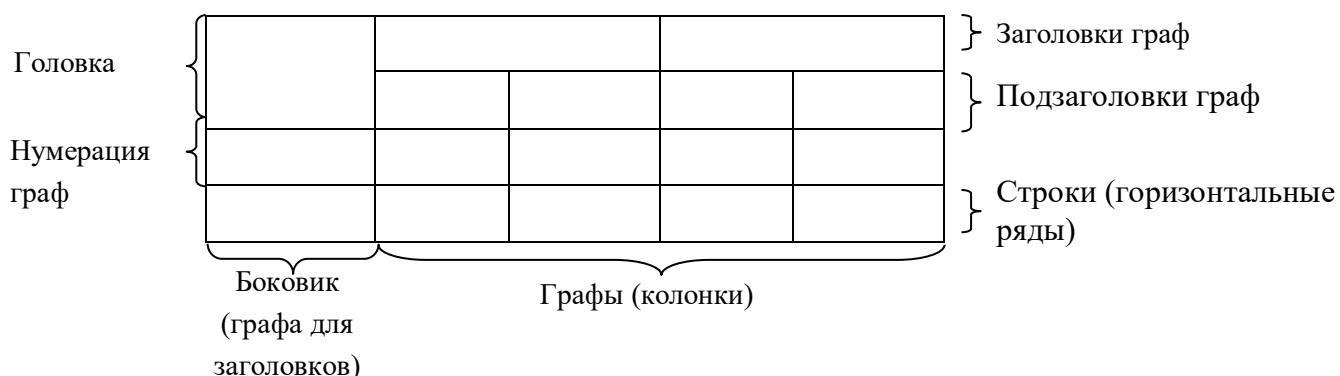
44. Таблицы нумеруются сквозной нумерацией арабскими цифрами слева над таблицей, выделяя словом «Таблица», ее порядковым номером и заголовком посередине шрифтом размера 14 пт. Для таблиц используется шрифт размера 12 или 14 пт. Заголовки граф таблицы оформляются полужирным шрифтом.

Слово «Таблица» указывается однократно слева над первой частью таблицы, над другими частями (при необходимости) пишут слова «Продолжение таблицы ...» с указанием номера (обозначения) таблицы.

Таблицы оформляют в следующем виде:

Таблица \_\_\_\_\_

(название таблицы)



45. На все таблицы следует привести ссылки в тексте документа, при ссылке писать слово «Таблица» (без кавычек) с указанием ее номера.

46. Примечания и примеры приводят в документах, если необходимы пояснения или справочные данные к содержанию текста, таблиц, графического изображения (Ландшафтная карта, Карта процесса, блок-схема, диаграмма и т.д.).

Примечания и примеры следует размещать непосредственно после текста, графического изображения или таблицы, к которым они относятся.

47. Одному примечанию в тексте предшествует слово «Примечание» (без кавычек), помещаемое в начале первой строки текста примечания. Если имеется несколько примечаний в пределах того же самого пункта, графического материала или таблицы, они обозначаются «Примечание 1», «Примечание 2», «Примечание 3» и т.д. (без кавычек).

48. Примеру в документе предшествует слово «Пример» (без кавычек) в начале первой строки примера. Если имеется несколько примеров в одном и том же пункте и подпункте, они обозначаются как: «Пример 1», «Пример 2», «Пример 3» и т.д. (без кавычек).

49. Примечания и примеры выделяются уменьшенным размером шрифта (12 пт) и могут быть дополнительно обозначены междустрочным интервалом, чтобы можно было определить их значимость. После слов «Примечание» и «Пример» ставится точка, между текстом и примечанием (примером) расстояние выделяют интервалом и начинают с прописной буквы. Слово «Примечание» и «Пример» пишут прописными буквами с красной строки. В конце текста примечания или примера ставится точка. В примерах допускается использование шрифта размером 14 пт.

50. Ландшафтная карта, карта процесса или блок-схема – графическое изображение последовательности действий рассматриваемого процесса. Ландшафтная карта, карта процесса и блок-схема применяются для показа последовательности действий (шагов), контрольных точек, ключевых решений, альтернативных путей выполнения отдельных этапов и обратную связь, используемую в процессе.

Карта процесса отличается от ландшафтной карты тем, что карта процесса описывает фактическую последовательность действий рассматриваемого процесса, в то время как в ландшафтной карте описывается процесс с учетом перспективных его изменений.

Блок-схема применяется как приложение к документу СМК, в то время как Ландшафтная карта и Карта процесса является самостоятельными документами СМК.

51. Требования и символы, используемые при построении Ландшафтной карты, Карты процесса или блок-схемы, изображены в Приложении 2 к настоящей процедуре.

#### Подраздел 4. Структура документированной информации

52. Все документы СМК, за исключением Ландшафтных карт, Карт процессов и документов 04 уровня, должны включать следующие общие структурные элементы:

- 1) титульный лист;
- 2) лист согласования (только в оригинале (контрольном экземпляре) документа);
- 3) лист рассылки (только в оригинале (контрольном экземпляре) документа);
- 4) история документа (только в оригинале (контрольном экземпляре) документа);
- 5) содержание;
- 6) описательная часть.

Структурные элементы программы инструктажа и памятки установлены в соответствующих формах (F-QR-Q02-01-05 и F-QR-Q02-01-06).

Политика и Цели в области качества разрабатываются по упрощенной форме без титульного листа, истории документа, листа согласования и листа рассылки.

53. В зависимости от уровня документа в документ СМК дополнительно включаются следующие структурные элементы:

- 1) для документов 01 уровня:

В Руководствах по качеству разработчик документа сам определяет наименование и количество разделов в соответствии с требованиями нормативных документов (стандартов).

В политиках (например, «Политика по управлению рисками», «Учетная политика», «Налоговая учетная политика»), за исключением Политики в области качества, дополнительные структурные элементы соответствуют документам 02 уровня и, в случае необходимости, указываются элементы, рекомендованные внешними аудиторами при проведении годовых аудитов по стандартизации или финансово-хозяйственной деятельности.

- 2) для документов 02 и 03 уровней (если установлено соответствующей формой):

общие положения;

нормативные ссылки;

требования к выполнению процесса;

безопасность (в случае наличия такого требования стандартами по СМК [Раздел 2., подпункты 8)-11]);

ответственность.

54. В разделе «Общие положения» отражается основное назначение документа СМК, указываются структурные подразделения, на которые распространяется действие документа.

55. В разделе «Нормативные ссылки» содержится перечень нормативных правовых актов и нормативных документов, которые регламентируют данную деятельность и использованную при разработке документа СМК Общества (на которую в тексте дана ссылка). В перечень включают наименования нормативных правовых актов Евразийского экономического союза и Республики Казахстан (если применяются в конкретном документе), наименования нормативных документов (в том числе внутренних) в порядке иерархии документов: Законы, постановления Правительства, приказы министров, приказы надзорных и государственных органов, международные, межгосударственные и государственные стандарты, ведомственные стандарты, типовые инструкции, правила, перечни, положения и т.д. (внутри однородной группы документов – по годам, для ГОСТов, СТ РК – в порядке возрастания регистрационных номеров обозначений).

В случае разработки Руководства по качеству дочерней организации или филиала (при их наличии), и документированной процедуры в Разделе 2 в обязательном порядке указывается ссылка на Руководство по качеству Общества. При этом, если в Руководстве по качеству Общества имеются ссылки на конкретные нормативные правовые акты и нормативные документы, то, с целью исключения дублирования информации, в Руководстве по качеству дочерней организации или филиала, и документированных процедурах допускается не указываются ссылки на них.

56. При указании по тексту документа ссылки на нормативный документ, она заключается в квадратные скобки с указанием номера документа (согласно нумерации в разделе «Нормативные ссылки»), Главы, Раздела, статьи, пункта и т.д.

Пример. [Раздел 2., подпункт 7) – Глава 2, Параграф 1, пункт 11.], где:

Раздел 2., подпункт 7) – правовой акт Республики Казахстан, указанный в подпункте 7) Раздела 2. настоящей Процедуры (постановление Правительства Республики Казахстан от 31 октября 2018 года № 703 «Об утверждении Правил документирования, управления документацией и использования систем электронного документооборота в государственных и негосударственных организациях»);

Глава 2, Параграф 1, пункт 11. – точное размещение нормы правового акта, на который указана ссылка во внутреннем нормативном документе Общества.

57. Содержание подразделов Раздела «Требования к выполнению процесса» описываются в соответствии с требованиями к документированной информации по конкретному виду внутреннего нормативного документа.

58. Структурные элементы к документам СМК 04 уровня определяются нормативными правовыми актами Евразийского экономического союза, законодательством Республики Казахстан, международными (межгосударственными, национальными) стандартами, директивами и правилами, а также внутренними нормативными документами Общества и настоящей Процедурой.

## Подраздел 5. Идентификация документированной информации

59. Экземпляры документов СМК (01-03 уровней) имеют идентификационный номер (код) и подразделяются на контрольные и рабочие путем проставления соответствующего штампа (записи).

60. Идентификационный номер документа СМК (01-03 уровней) состоит из:

- 1) классификации документа (пункт 26. настоящей Процедуры);
- 2) региональной принадлежности разработчика (владельца) согласно пункту

61. настоящей Процедуры;

3) код бизнес-процесса, к которому относится данный документ (согласно утвержденного приказом председателя Правления Перечня основных и вспомогательных бизнес-процессов);

- 4) порядкового номера.

Положения о подразделениях и должностные инструкции идентифицируются путем указания условного обозначения документа (пункт 26. настоящей Процедуры), кода структурного подразделения (согласно системе Кодировки структурных подразделений и отдельных работников Общества, утвержденной приказом председателя Правления) и порядкового номера документа (указывается только в должностных инструкциях).

61. Кодировка региональной принадлежности разработчика (владельца) имеет следующие условные обозначения:

- 1) Астана – NQZ;
- 2) Алматы – ALA;
- 3) Актау – SCO;
- 4) Актобе – АКХ;
- 5) Атырау – GUW;
- 6) Жезказган – DZN;
- 7) Караганда – KGF;
- 8) Кызылорда – KZO;
- 9) Кокшетау – KOV;
- 10) Костанай – KSN;
- 11) Павлодар – PWQ;
- 12) Петропавловск – PPK;
- 13) Семей – PLX;
- 14) Талдыкорган – TDK;
- 15) Тараз – DMB;
- 16) Туркестан – HSA;
- 17) Улытау – ULY;
- 18) Уральск – URA;
- 19) Усть-Каменогорск – UKK;

## 20) Шымкент – СІТ.

В случае, если документ распространяется в целом на Общество, в том числе на его дочерние организации и филиалы (при их наличии), то такие документы не идентифицируются региональной принадлежностью.

Если документ распространяется только на дочерние организации (1 (один) и более), то он идентифицируется (обозначается) как «ЕЎ» (enşiles üiym), а в случае, если документ распространяется только на филиалы, то такой документ идентифицируется (обозначается) как «ОВ» (oqşaulanğan bölimşe). В случае, если документ распространяется на дочерние организации и филиалы, то он обозначается как «ЕЎ&ОВ».

Пример 1. QR-Q02-01 «Управление документированной информацией», где:  
QR – документированная процедура;  
Q02 – код бизнес-процесса;  
01 – порядковый номер документа.

Пример 2. РК-ЕЎ&ОВ-Q06-03 «Внешне поставляемые товары и услуги (работы)», где:  
КР – Карта процесса;  
ЕЎ&ОВ – региональная принадлежность, так данная Карта процесса регламентирует порядок закупа товаров и услуг (работ) для организации деятельности медицинских организаций, то применима только в отношении дочерних организаций и филиалов Общества;  
Q06 – код бизнес-процесса;  
03 – порядковый номер документа.

Пример 3. ВЕ-48.12-06 «Служба радиационной безопасности», где:  
ВЕ – Положение о подразделении;  
48.12-06 – кодировка структурного подразделения согласно утвержденной Правлением системы кодировки структурных подразделений и отдельных работников;

Пример 4. ВЕ-48.12-06-01 «Руководитель Службы радиационной безопасности», где:  
ВЕ – должностная инструкция;  
48.12-06 – кодировка структурного подразделения согласно утвержденной Правлением системы кодировки структурных подразделений и отдельных работников;  
01 – порядковый номер документа.

**Важно!**

**Применение иных систем идентификации и (или) классификации документированной информации (01-03 уровней), неустановленных настоящей Процедурой в Обществе не допускается!**

В дочерних организациях Общества (при наличии) может использоваться иная система идентификации (кодировки) внутренних нормативных документов, однако она проходит процедуру согласования с уполномоченным по качеству Общества на

предмет соответствия требованиям международных, межгосударственных и государственных стандартов, применяемых в Обществе.

62. Требования к формам документированной информации, относящиеся к записям, требования к их содержанию и заполнению, а также ответственные лица за ведение и хранение записей устанавливаются в Разделах 5. и 6. соответствующих внутренних документах СМК (документированные процедуры, рабочие инструкции, стандартные операционные процедуры и т.д.), в которых предусматриваются записи.

Если форма записей унифицирована, то на ней проставляется идентификационный номер, однозначно соответствующий нормативному документу, в котором установлена данная форма записи.

63. Ведение неустановленных в документах СМК форм записей допускается только по решению председателя Правления Общества и согласованию уполномоченного по качеству, как лиц, ответственных за надлежащее функционирование СМК в Обществе.

Перед согласованием с уполномоченным по качеству и принятием соответствующего решения председателем Правления Общества такие формы записей предварительно согласовываются с соответствующими работниками в следующей последовательности:

1) руководитель подразделения, по инициативе которого вводится форма записи (подразделение-инициатор), если инициатором не является сам руководитель подразделения;

2) руководитель(и) заинтересованного(ых) структурного(ых) подразделения(й) – участником(ами) процесса (при наличии таковых);

При этом в листе согласования документа (к документу) СМК последовательность согласования указывается снизу вверх.

В дочерних организациях (при наличии) ведение неустановленных форм записей определяется решением руководителя дочерней организации по согласованию с уполномоченным по качеству СМК. Порядок инициации вопроса ведения неустановленной формы записи в дочерних организациях Общества определяется принятым ими внутренними нормативными документами с учетом требований настоящей Процедуры.

64. В течение 30 (тридцати) календарных дней инициатор формы записи (структурному подразделению) разрабатывает, обеспечивает согласование, утверждение и внедрение внутреннего нормативного документа, или вносит соответствующие изменения во внутренний нормативный документ Общества, в котором будут регулироваться правила и ответственность по ее заполнению.

В этом случае форме записи уполномоченный по качеству Общества или ответственное лицо по обеспечению качества присваивает временный идентификационный номер, который содержит: буквенное обозначение формы –

«F», код структурного подразделения-инициатора (разработчика), порядковый номер формы.

---

**Важно!**

**Ответственность за ведение неустановленной формы записи несет непосредственно руководитель структурного подразделения, руководитель дочерней организации (руководитель филиала), в котором ведется данная форма, и курирующий топ-менеджер!**

---

Примечание. В тексте настоящей Процедуры под курирующим топ-менеджером подразумевается: председатель Правления, заместитель председателя Правления или управляющий директор, курирующий подразделение-инициатора документа. Также, в тексте настоящей Процедуры под топ-менеджером подразумевается руководитель дочерней организации или филиала и его заместители.

65. При положительном решении председателя Правления форма записи с сопроводительной служебной запиской и листом согласования передается уполномоченному по качеству для учетной ее регистрации. Учетная регистрация осуществляется в соответствующем журнале (F-QR-Q02-01-07), который ведется в электронном формате, в течение 3 (трех) рабочих дней со дня передачи (резолюции) от председателя Правления служебной записки с приложенной формой записи и листом согласования.

---

**Важно!**

**Утверждение типовых форм договоров, не установленных внутренними нормативными документами СМК, входит в компетенцию председателя Правления!**

---

Примечание. Пересмотр (в том числе обеспечение их согласования и утверждения), учет и хранение типовых форм договоров (за исключением трудовых договоров), разрабатываемые в Обществе входит в зону компетенции (ответственности) Административного департамента (соответствующих работников, ответственных за правовое сопровождение) и определено в соответствующем внутреннем нормативном документе по управлению договорами.

Форма записи вводится в действие в течение трех рабочих дней со дня ее учетной регистрации. При этом уполномоченный по качеству осуществляет информирование (посредством корпоративной почты) структурного подразделения-инициатора (разработчика) об учетной регистрации и дате ввода в действие зарегистрированной формы записи.

Примечание 1. В тексте настоящей Процедуры под подразделением-инициатором подразумевается структурное подразделение, иницирующее (разработавшее) ведение

соответствующей документированной информации (документ или форму записи) в деятельности Общества.

Примечание 2. В тексте настоящей Процедуры вместо термина «подразделение-инициатор» может применяться термин «разработчик».

---

**Важно!**

**Ответственность за своевременное информирование других заинтересованных лиц об учетной регистрации формы записи и дате ввода ее в действие несет непосредственно руководитель структурного подразделения-инициатора!**

---

Формы, необходимые для ведения записей размещаются в системе СЭД (documentolog или иная аналогичная система, применяемая в Обществе), к которым имеют доступ (на правах чтение (просмотр) и распечатка) все работники Общества, в том числе работники дочерних организаций и филиалов. Актуальные версии форм размещаются уполномоченным по качеству, который имеет доступ для внесения изменений. Работникам запрещено хранить формы записей на персональных компьютерах (рабочих станциях), и при необходимости должны обращаться систему СЭД для получения форм.

### **Подраздел 6. Требования к ресурсам**

66. Работник, ответственный за управление документированной информацией, обучен (внешне и (или) внутренне) и имеет соответствующую квалификацию, установленную в должностных инструкциях.

67. Все работники Общества обеспечены всеми необходимыми ресурсами (материалами, оборудованием, техникой, информационными системами и системами связи) для обеспечения функционирования и постоянного улучшения процессов управления документированной информацией.

---

**Важно!**

**В случае наличия технических проблем (аварий на станциях электроэнергетики, сбоя СЭД и (или) других информационных систем) вся документация ведется на бумажных носителях до устранения технических проблем!**

---

### **Подраздел 7. Требования к разработке, согласованию, утверждению, введению в действие и распространению документов СМ (01-03 уровней)**

68. Ответственными лицами (на основании приказа и (или) внутреннего распределения ответственности в подразделении и (или) Журнала учета, разработки, актуализации и пересмотра документов СМ (F-QR-Q02-01-07) и (или)

соответствующего плана) осуществляется разработка (пересмотр) проектов документов в подразделениях Общества, к сфере деятельности которых относится данный документ. Также могут быть разработаны иные внутренние документы по результатам проверок (инспекций), внешних аудитов (со стороны уполномоченных, исполнительных, сертификационных и аккредитующих органов).

С целью обеспечения надлежащего функционирования СМК ответственное лицо по кадровому обеспечению Общества или дочерней организации (филиала) (по положениям о подразделениях и должностным инструкциям) и уполномоченный по качеству или ответственное лицо по обеспечению качества (по другим документам СМК 01-03 уровней) наделены правом инициировать разработку документа СМК и определять ответственного разработчика, или самостоятельно выступать его разработчиком.

Примечание. Под термином «ответственное лицо по кадровому обеспечению» подразумевается работник Общества, дочерней организации или филиала (при наличии), ответственное за кадровое обеспечение (поиск, подбор, расстановка и т.д.) в Обществе, дочерней организации или филиале. Ответственное лицо по кадровому обеспечению определяется соответствующим внутренним нормативным документом (должностной инструкцией) или приказом председателя Правления, руководителя дочерней организации или филиала и при наличии соответствующей компетенции.

Требования и порядок разработки, согласования, утверждения и пересмотра положений о подразделениях и должностных инструкций определены настоящей Процедурой и другим внутренним нормативным документом по управлению положениями о подразделениях и должностными инструкциями.

69. Разработка документов СМК, внесение изменений и их пересмотр (актуализация) производится по следующим причинам (в следующих случаях):

- 1) внесения изменений (дополнений) в нормативные правовые акты и (или) нормативные документы (как внешние, так и внутренние);
- 2) изменения Устава, организационной структуры, штатного расписания и другое;
- 3) результата внешних и (или) внутренних аудитов (проверок);
- 4) принятие решения единственным акционером (приказ, письмо, протокол заседания);
- 5) принятия решения Советом директоров (протокола заседания);
- 6) принятия решения Правлением (протокола заседания).
- 7) поручение уполномоченного по качеству (служебная записка, протоков), направленное на совершенствование СМК и (или) минимизацию рисков по результатам анализа(ов);
- 8) результата принятия мер корректирующего воздействия или мер по совершенствованию СМК;
- 9) истечение срока действия внутреннего нормативного документа СМК (пункт 109. настоящей Процедуры);

10) предложения от структурного подразделения в установленном настоящей Процедурой порядке.

70. Ответственное лицо (пункта 88. настоящей Процедуры) направляет разработчику электронную версию документа (в формате .doc) за 30 (тридцать) календарных дней до планируемой даты его утверждения согласно Журналу учета, разработки, актуализации и пересмотра документов СМК (F-QR-Q02-01-07) и (или) соответствующего плана.

В случае, если документ разрабатывается впервые, то уполномоченный по качеству не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до планируемой даты утверждения документа, согласно Журналу учета, разработки, актуализации и пересмотра документов СМК (F-QR-Q02-01-07) и (или) соответствующего плана, о необходимости разработки документа.

Разработчик сам определяет объем, степень детализации (подробности) документов в зависимости от специфики и сложности работ, используемых методов и уровня подготовки.

71. Перед согласованием разработчик передает уполномоченному по качеству (если разработчик является работником Общества) или ответственному лицу за обеспечения качества (если разработчиком является работник дочерней организации или филиала) электронную версию проекта документа СМК вместе с формами (если предусмотрено документом) для первичной его оценки на предмет соответствия требованиям настоящей Процедуры и согласованности с другими внутренними нормативными документами СМК. При наличии замечаний разработчик информируется о необходимости доработки документа.

72. Уполномоченный по качеству Общества (ответственное лицо по обеспечению качества) проводит первичную оценку документа в течение 5 (пяти) рабочих дней.

73. Уполномоченный по качеству (ответственное лицо по обеспечению качества), в случае отсутствия замечаний в электронной версии документа, присваивает идентификационный номер в соответствии с пунктами 60.-61. настоящей Процедуры и производит регистрацию проекта документа в Журнале учета, разработки, актуализации и пересмотра документов СМК (F-QR-Q02-01-07), после чего возвращает разработчику посредством направления по корпоративной почте.

74. Разработчик сам осуществляет выбор согласующих лиц в листе согласования, при этом в данный список (перечень) обязательно входят лица, указанные в пункте 75. настоящей Процедуры.

75. Согласование проекта документа осуществляется в следующей последовательности:

1) руководитель подразделения-инициатора (в том случае, если сам разработчик не является руководителем подразделения-инициатора);

2) курирующий руководитель (если предусмотрено действующей организационной структурой Общества);

3) руководители заинтересованных структурных подразделений (участники процесса);

4) работник Административного департамента (ответственный за правовое сопровождение Общества) или специалист Юридического отдела (службы) дочерней организации или филиала;

5) ответственное лицо по обеспечению качества, если разработчиком является работник дочерней организации или филиала, или документ, регулирует деятельность дочерней организации или филиала;

6) курирующий(е) и заинтересованный(е) топ-менеджер(ы) дочерней организации или филиала, если разрабатывается работником дочерней организации или филиала;

7) уполномоченный по качеству Общества, за исключением документов дочерних организаций или филиалов;

8) курирующий(е) и заинтересованный(е) топ-менеджер(ы) Общества, дочерних организаций или филиалов;

При этом в листе согласования документа (к документу) СМК последовательность согласования указывается снизу вверх.

В случае необходимости, список согласующих лиц может корректироваться уполномоченным по качеству (ответственным лицом по обеспечению качества).

Если документ затрагивает деятельность или отдельные процессы (элементы) СМК Общества, то ответственное лицо по обеспечению качества направляет документ на согласование уполномоченному по качеству Общества.

---

**Важно!**

**Общий срок согласования документа СМК (01-03 уровней) не может превышать 15 (пятнадцати) календарных дней (с учетом требований настоящего пункта), если иное не определено настоящей Процедурой!**

---

Для положений о подразделениях и должностных инструкций обязательные согласующие лица установлены во внутреннем нормативном документе по управлению положениями о подразделениях и должностных инструкций.

---

**Важно!**

**Документы СМК (в том числе дочерних организаций и филиалов), не прошедшие процедуру согласования с уполномоченным по качеству (ответственным лицом по обеспечению качества), признаются недействительными!**

---

Нормативные документы Частного партнера, затрагивающие вопросы взаимодействия с дочерними организациями или филиалами (при их наличии) в период действия договора ГЧП согласовываются с теми же лицами и последовательности, которые отражены в настоящем пункте.

76. Срок рассмотрения одного документа уполномоченным по качеству (ответственным лицом по обеспечению качества) установлен в следующих пределах:

1) Руководство по качеству (дочерней организации или филиала), Ландшафтная карта, Карта процесса, документированная процедура, рабочая инструкция, стандартная операционная процедура – не более 7 (семи) календарных дней;

2) положение о подразделении и должностная инструкция – не более 5 (пяти) календарных дней;

3) программа инструктажа и памятка – не более 3 (трех) календарных дней.

Примечание. Требование настоящего пункта обусловлено тем, что все внутренние нормативные документы Общества (в том числе дочерних организаций и филиалов) 01-03 уровней проходят процесс согласования с уполномоченным по качеству (ответственным лицом по обеспечению качества).

77. В случае обоснованных предложений и замечаний, разработчик вносит изменения (дополнения) в документ.

При невозможности согласования или в случае противоречий между согласующими лицами, разработчик инициирует проведение совещания всех согласующих лиц. По итогам совещания составляется протокол, который подписывается всеми участниками совещания.

В случае невозможности принятия коллегиального решения по проекту документу разработчик составляет акт об отказе в подписании (согласовании) внутреннего нормативного документа (F-QR-Q02-01-08).

78. При удаленном нахождении согласующих лиц, разработчик высылает на электронный адрес (посредством корпоративной почты) этих лиц сканированную версию документа. Согласующие лица высылают подписанный лист согласования разработчику через офис-менеджера или ответственного по делопроизводству (Общества, дочерней организации или филиала).

79. При подписании документа (на русском языке) всеми согласующими лицами разработчик направляет электронную версию документа (согласованную) и прилагающие к ней формы записи (в формате .doc, .exl, .vsd и т.д.) ответственному работнику для осуществления перевода на государственный и другой языки (пункт 31. настоящей Процедуры) или обеспечивает перевод самостоятельно.

Срок проведения перевода документа на государственный язык исчисляется в соответствии с Межотраслевыми типовыми нормами времени на работы по переводу с русского языка на государственный язык и с государственного языка на

русский язык нормативных правовых актов и других документов, осуществляемые в организациях всех сфер деятельности, утвержденные приказом Председателя Правления Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен» от 10 октября 2017 года № 244. В соответствии с данным приказом срок перевода зависит от количества листов (объема документа) в документе при условии, что 1 (один) рабочий день (8 часов) – 11 листов переведенного документа.

При переводе текста на английский язык, срок перевода не может превышать более 7 (семи) рабочих дней. В случае параллельного перевода на государственный и английский (или любой другой) языки срок перевода не должен превышать срок перевода данного документа на государственный язык.

При этом, работник(и), осуществлявший(е) перевод в обязательном порядке должен(ны) проставить подпись(и) (в листе согласования), подтверждающая перевод текста соответствующим(и) работником(ами).

80. Вначале в документе располагается текст на государственном языке (начиная с содержания и заканчивая приложением(ями)), затем на русском языке с нового листа.

В случае перевода текста документа на английский и (или) на любой другой языки, то он располагается после текста на русском языке. В таком случае, на титульном листе классификация (при наличии) и наименование документа дополнительно переводится на английский и (или) любой другой языки.

Ландшафтная карта или Карта процесса на государственном языке и создаваемый аутентичный документ на другом языке печатаются каждый на отдельных листах.

81. По завершению перевода и получению разработчиком документа на государственном, русском и дополнительно на другом (если необходимо) языках, разработчик направляет бумажную версию документа (на государственном, аутентичном переводе на русском и любом другом языках (если необходимо)) на утверждение соответствующему органу или лицу, установленному в настоящей процедуре.

Утверждение документа председателем Правления, руководителем дочерней организации или филиала (для положений о подразделениях, должностных инструкций или программы вводного инструктажа) осуществляется проставлением (постановкой) подлинной подписи, даты утверждения документа и печати Общества, дочерней организации или филиала.

В соответствии с пунктом 41. Главы 4 приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 декабря 2015 года № 1019 «Об утверждении Правил и сроков проведения обучения, инструктирования и проверок знаний по вопросам безопасности и охраны труда работников» Программы инструктажей на рабочем месте утверждаются непосредственно руководителем структурного подразделения, для которого была разработана программа.

Процесс согласования и утверждения документа непосредственно в СЭД посредством использования электронно-цифровой подписи аналогичен процессу, проходящему на бумажных носителях, отраженному в настоящей процедуре.

82. В исключительных случаях, когда необходимо ускорить утверждение и введение в действие документа СМК с целью обеспечения надлежащего функционирования и эффективности деятельности Общества, допускается осуществлять перевод документа после его утверждения. В таком случае, перевод документа осуществляется в сроки, определенные пунктом 79. настоящей Процедуры, началом исчисления сроков является дата утверждения документа. Следовательно, нумерация листов текста на государственном языке или любом другом языке (в случае перевода на таком языке) проставляется после его перевода.

83. Разработчик передает электронную версию утвержденного документа (на государственном, русском и любом другом (при необходимости) языках в формате .pdf) уполномоченному по качеству (ответственному лицу по обеспечению качества) для размещения в архив СЭД.

84. Вся документация СМК 01-03 уровней, а также установленные формы записей размещается в электронном виде в архиве СЭД. Право доступа для внесения изменений (размещение и удаление) к ним имеет только уполномоченный по качеству (ответственное лицо по обеспечению качества), право доступа для чтения (без права внесения изменений, дополнений и копирования) имеют все работники Общества, в том числе работники дочерних организаций и филиалов.

85. Разработчик передает оригинал утвержденного документа (в течение 2 (двух) рабочих дней со дня утверждения) и необходимое для рассылки количество копий, в зависимости от области применения данного документа ответственному лицу (пункт 87. настоящей Процедуры), в зависимости от классификации документа.

---

**Важно!**

**В случае не предоставления (несвоевременного предоставления) разработчиком оригинала утвержденного документа и необходимое для рассылки количество копий ответственное лицо по кадровому обеспечению или уполномоченный по качеству (ответственное лицо по обеспечению качества) имеют право принять меры по привлечению к дисциплинарной ответственности разработчика документа и его непосредственного руководителя!**

---

86. В случае не предоставления разработчиком необходимого для рассылки количество копий утвержденного документа ответственное лицо по кадровому обеспечению или уполномоченный по качеству (ответственное лицо по обеспечению качества) не осуществляют выдачу копий (рабочих экземпляров).

87. Оригиналы документов СМК 01-03 уровней хранятся в следующих структурных подразделениях или ответственных лицах:

1) уполномоченный по качеству – внутренние нормативные документы, разработанные Обществом и регулирующие всю деятельность Общества или описывают ее операционные процессы (Руководство по качеству, Стратегия развития и операционный план Общества, Политика и Цели, ландшафтные карты, карты процессов, документированные процедуры, стандартные операционные процедуры, рабочие инструкции и памятки);

2) ответственное лицо по кадровому обеспечению Общества – положения о подразделениях и должностные инструкции работников Общества, а также тех работников дочерних организаций и филиалов, которые были разработаны ответственными работниками Общества.

Копии положений о филиалах также хранятся у ответственного лица по кадровому обеспечению Общества, оригиналы положений хранятся в Административном департаменте.

3) ответственное лицо по обеспечению качества – внутренние нормативные документы, разработанные работниками дочерней организации или филиала (Руководство по качеству, стратегия развития (стратегический план) и операционный план дочерней организации, Политика и Цели, ландшафтные карты, карты процессов, документированные процедуры, стандартные операционные процедуры, рабочие инструкции и памятки);

4) ответственное лицо по кадровому обеспечению дочерней организации или филиала – положения о подразделениях и должностные инструкции работников дочерней организации или филиала.

Также, у ответственного лица по кадровому обеспечению хранятся копии должностных инструкций руководителя дочерней организации или филиалов, его заместителей и начальника бухгалтерского отдела (службы), оригиналы хранятся у ответственного лица по кадровому обеспечению Общества.

88. После утверждения документа соответствующим органом или уполномоченным лицом Общества (пункт 81. настоящей Процедуры) уполномоченный по качеству (ответственное лицо по обеспечению качества) или ответственное лицо по кадровому обеспечению совместно с разработчиком определяют дату введения в действие документа. При этом срок введения в действие документа не может быть менее 3 (трех) и более 10 (десяти) рабочих дней от даты утверждения.

---

### **Внимание.**

**Положения о подразделении и должностной инструкции вводятся в действие со дня их утверждения или со дня вступления в силу организационной структуры или штатного расписания, в рамках которого они разработаны.**

---

При утверждении документов 03 уровня (описывающих процессы) уполномоченный по качеству (ответственное лицо по обеспечению качества) уведомляет всех заинтересованных работников (посредством корпоративной почты), чьи функции регламентирует документ, об утверждении и вступлении в силу (с указанием даты вступления в силу) документа СМК.

89. Электронные версии (в формате .pdf) всех утвержденных документов СМК дочерних организаций и филиалов направляются ответственным лицом по обеспечению качества (ответственным лицом по кадровому обеспечению) уполномоченному по качеству Общества в течение 3 (трех) рабочих дней со дня их введения в действие (утверждения) для формирования электронной базы внутренних нормативных документов.

Электронные версии положения о подразделениях и должностные инструкции дочерней организации или филиала также направляются ответственному лицу по кадровому обеспечению Общества.

90. Уполномоченный по качеству Общества (ответственное лицо по обеспечению качества) заполняет даты утверждения и введения в действие документа, проставляет планируемые даты актуализации и пересмотра утвержденного документа, а также ответственное лицо (разработчика документа) за актуализацию и пересмотр в Журнале учета, разработки, актуализации и пересмотра документов СМК для последующего учета и контроля по своевременной актуализации и пересмотру документа.

91. Ответственный работник (пункт 87. настоящей Процедуры) оформляет копии (рабочие экземпляры) документов СМК следующим образом:

- 1) прошивает все листы нитью, на свободные концы нити закрепляет бирку в соответствии с формой F-QR-Q02-01-09;
- 2) указывает количество листов;
- 3) заверяет сшивку документа личной подписью и соответствующим штампом «РАБОЧИЙ ЭКЗЕМПЛЯР» или записью (для дочерних организаций и филиалов (при их наличии) допускается использовать штамп «Копия»);
- 4) на титульном листе проставляется штамп «РАБОЧИЙ ЭКЗЕМПЛЯР» или соответствующую запись (для дочерних организаций и филиалов (при их наличии) допускается использовать штамп «Копия») и указывает номер экземпляра.

92. Рабочие экземпляры (копии) выдаются на все положения о подразделениях и должностные инструкции работников. Выдача рабочих экземпляров (копий) на другие документы СМК (Руководство по качеству, документированные процедуры, ландшафтные карты, карты процессов, рабочие инструкции и т.д.) осуществляются при наличии необходимости (по письменному запросу от структурного подразделения).

93. Рабочие экземпляры документов СМК выдаются руководителю структурного подразделения или лицу, его замещающего под личную подпись в листе рассылки.

В дочерних организациях и филиалах (при их наличии) подпись о получении рабочего экземпляра проставляется в листе рассылки, который в электронном варианте (отсканированный в формате .pdf) высылается уполномоченному по качеству или ответственному лицу по кадровому обеспечению Общества (пункт 87. настоящей Процедуры).

94. Ознакомление работников с документом СМК осуществляется путем поставки личной подписи работника, ознакомившегося с документом.

Лист ознакомления работника с документами СМ (F-QR-Q02-01-10) ведется на каждого работника индивидуально (за исключением листов ознакомлений к положениям о подразделениях и должностным инструкциям) и хранится непосредственно в структурном подразделении Общества.

---

**Важно!**

**Руководитель структурного подразделения обеспечивает персональное ознакомление работников (вновь принятого, переведенного или в виду выхода новой версии документа) с документами СМК и наличие соответствующих листов ознакомлений в структурном подразделении!**

---

Топ-менеджеры Общества (в том числе дочерних организаций и филиалов) также ознакомляются с документами СМК с целью подтверждения их приверженности к СМК в рамках утвержденного документа. Листы ознакомлений на них ведутся и хранятся непосредственно у лиц, осуществляющих хранение контрольных экземпляров (оригиналов) в соответствии с настоящей Процедурой (пункт 87.).

95. Ознакомление с документами СМК осуществляется путем изучения бумажной или электронной версии документа в архиве СЭД с подписанием листов ознакомлений на бумажном носителе.

96. В случае отказа работника в подписании листа ознакомления инициируется составление Акта об отказе в подписании документа по форме F-QR-Q02-01-08.

Акт составляется в двух экземплярах в присутствии работника, отказавшегося в подписании документа, один из которых передается непосредственному руководителю работника, другой передается ответственному лицу (пункт 87. настоящей Процедуры) и хранится вместе с оригиналом документа.

---

**Важно!**

**В соответствии с пунктом 3 статьи 26 Закона Республики Казахстан**

---

**от 5 октября 2018 года № 183-VI «О стандартизации», трудовым договором, заключенным между работником и работодателем, а также в соответствии с утвержденной должностной инструкцией работник обязан исполнять требования внутренних нормативных документов и отказ от подписания не является основанием для их неисполнения!**

97. Разработчик не менее чем за 2 (два) рабочих дня от запланированной даты введения документа в действие, может провести обучение (в случае соответствующего запроса (служебной записки) от участника(ов) процесса) ответственных работников, по содержанию утвержденной версии документа.

98. При увольнении руководитель (ответственный) структурного подразделения Общества обязан осуществить передачу всех рабочих экземпляров внутренних нормативных документов СМК замещающему лицу (согласно должностной инструкции или приказа) с составлением соответствующего Акта приема-передачи либо осуществить возврат ответственному лицу (пункт 87. настоящей Процедуры) также по Акту приема-передачи.

При увольнении руководителя структурного подразделения дочерней организации или филиала (при их наличии) третий экземпляр Акта приема-передачи передается ответственному лицу (пункт 87. настоящей Процедуры) в течение 1 (одного) рабочего дня со дня его составления и подписания.

99. При реструктуризации структурного подразделения (ликвидации, слиянии) руководитель или иное ответственное лицо структурного подразделения обязано передать соответствующему лицу (пункт 87. настоящей Процедуры) все учтенные экземпляры по Акту приема-передачи. В случае необходимости (при отсутствии руководителя или ответственного лица) лицо, определенное пунктом 87. настоящей Процедуры, вправе истребовать учетные экземпляры документов СМК, передача которых осуществляется по Акту приема-передачи, или произвести их изъятие с составлением соответствующего документа (пункт 101. настоящей Процедуры).

100. В случае отсутствия в подразделении (в Обществе, его дочерних организациях или филиалах (при их наличии)) ранее выданных учтенных копий документов СМК (утеря, порча и (или) хищение), руководителем подразделения и (или) курирующим топ-менеджером и (или) или иным лицом может быть инициировано проведение внутренней проверки с предварительным уведомлением уполномоченного по качеству или ответственного лица по обеспечению качества (если отсутствует документ в дочерней организации или филиале). Состав Комиссии по проведению внутренней проверки определяется приказом председателя Правления, руководителя дочерней организации или филиала.

Копии всех материалов по результатам внутренней проверки в течение 1 (одного) рабочего дня со дня их составления (в том числе подписания) передаются

уполномоченному по качеству или ответственному лицу по обеспечению качества (если отсутствует документ в дочерней организации или филиале).

101. В случае выявления факта наличия неучтенного экземпляра или документа СМК, несоответствующего требованиям законодательства Евразийского экономического союза или Республики Казахстан, настоящей Процедуры или иных внутренних документов Общества курирующий руководитель структурного подразделения (если предусмотрено организационной структурой), в котором выявлен такой документ, и (или) уполномоченный по качеству и (или) ответственное лицо по обеспечению качества (по дочерним организациям или филиалам) и (или) внутренние аудиторы (при проведении аудита) вправе изъять документ с составлением Акта об изъятии (F-QR-Q02-01-11).

102. При изъятии документа курирующим руководителем структурного подразделения (если предусмотрено организационной структурой) и (или) ответственным лицом по обеспечению качества (по дочерним организациям или филиалам) и (или) внутренними аудиторами (при проведении аудита), данные лица в обязательном порядке в течение 3 (трех) рабочих дней со дня изъятия документа передают уполномоченному по качеству копию акта об изъятии и копию изъятых документов.

## **Подраздел 8. Разъяснение норм внутренних документов СМК (01-03 уровней)**

103. По запросу структурных подразделений разработчик по согласованию с уполномоченным по качеству (ответственным лицом по обеспечению качества) представляет разъяснение норм утвержденного и введенного в действие документа СМК (за исключением положений о подразделениях или должностных инструкций) в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня поступления запроса.

104. Разъяснение представляется по форме F-QR-Q02-01-12 и является обязательным при реализации содержащихся в них норм, в том числе при их применении.

---

### **Важно!**

**Разъяснение норм, содержащихся в нормативных правовых актах Евразийского экономического союза, законодательства Республики Казахстан осуществляется соответствующими государственными и (или) уполномоченными органами в порядке, определенном законодательством Республики Казахстан [Раздел 2., подпункт 5)]!**

---

105. Разъяснение норм документа с собственноручной (личной) подписью или электронно-цифровой подписью лица, представивших такие разъяснения, передается в течение 3 (трех) рабочих дней со дня представления разъяснения лицу,

направившим запрос (пункт 103. настоящей Процедуры) ответственному лицу (пункт 86. настоящей Процедуры).

106. Разъяснения норм хранятся вместе с оригиналом документа, в отношении которого давались разъяснения.

107. Уполномоченный по качеству (ответственное лицо по обеспечению качества) обеспечивает размещение разъяснения норм документа в архиве СЭД вместе с документом, в отношении которого представлялись разъяснения, в течение 3 (трех) рабочих дней со дня их представления уполномоченному по качеству (ответственному лицу по обеспечению качества).

### **Подраздел 9. Актуализация, пересмотр и отмена документов СМК (01-03 уровней)**

108. Срок действия документов СМК 01-03 уровней не превышает 5 (пять) лет.

109. Разработчик документа при содействии ответственного лица (пункт 87. настоящей Процедуры) проводит актуализацию документа по причинам, указанным в пункте 69. настоящей Процедуры, но не реже чем один раз в год, с целью обеспечения соответствия нормативным правовым актам Евразийского экономического союза, законодательству Республики Казахстан, международным (межгосударственным, государственным) стандартам, директивам и правилам.

110. Если в ходе проверки документа разработчиком принято решение, что внесение изменений не требуется, то он может направить служебную записку ответственному лицу (пункт 87. настоящей Процедуры) об отсутствии необходимости внесения изменений в действующий документ.

Ответственное лицо (пункт 87. настоящей Процедуры) на основании представленной от разработчика служебной записки проставляет на титульном листе оригинала документа соответствующий штамп «Актуализировано» или запись с указанием даты актуализации, после чего документ повторно размещается уполномоченным по качеству (ответственным лицом по обеспечению качества) в архиве СЭД.

111. В случае непредоставления разработчиком служебной записки ответственному лицу (пункт 87. настоящей Процедуры) документ признается не требующим пересмотра и ответственное лицо (пункт 87. настоящей Процедуры) осуществляет действия, описанные в пункте 110. настоящей Процедуры.

112. В случае, если разработчиком принято решение о внесении изменений в действующий документ, то он оформляет документ в новой редакции с указанием следующей версии документа. Процесс разработки, согласования и утверждения новой версии документа аналогичен процессу, описанному в подразделе 7. Раздела 5. настоящей Процедуры.

F-QR-Q02-01-02	Парақ 89 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	---------------------	--------------------

При этом изменения в текст новой версии документа вносятся посредством применения курсивного начертания к выделенному тексту (курсивом), а каждая замененная часть текста исключается. В случае исключения подраздела, пункта и (или) подпункта в целом, он обозначается в следующем порядке: «112. Исключен.» (без кавычек и указывается курсивом).

**Важно!**

**Разработчик при разработки новой версии документа в обязательном порядке в листе «История документа» обязан указать четкие основания для внесения изменений (издания новой версии документа)!**

При дополнении документа новыми структурными элементами (подразделами, пунктами, подпунктами, приложениями, таблицами, примерами, примечаниями) их нумерация производится под порядковым номером, следующим за последним структурным элементом.

113. При пересмотре внутренних документов СМК (01-03 уровней) разрабатываются новые документы взамен действующих. При этом пересмотренный документ отменяется, а новый разработанный документ идентифицируется под тем же номером, что и отмененный и присваивается следующий по порядку номер версии.

114. По завершению пятилетнего периода действия документа с учетом всех внесенных изменений осуществляется полное обнуление его версий. Таким образом, при переиздании новой редакции документа ему присваивается первая версия документа, а все внесенные изменения по отношению к новой редакции документа не идентифицируются (не обозначаются курсивом). При этом, в истории документа в первой записи (в графе «Примечание») ставится соответствующая отметка с указанием причин («В связи с истечением пятилетнего периода действия документа») и количество внесенных изменений (версий) в отношении ранее действующего документа в течение всего пятилетнего периода.

Пример:

Нұсқа / Версия	Бекіту күні / Дата утверждения	Күшіне ену күні / Дата введения в действие	Нұсқаны өзгерту бойынша негіз / Основание по изменению версии	Ескерту / Примечание
1	2	3	4	5
01			_____	В связи с истечением пятилетнего периода действия документа. Количество версий

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

F-QR-Q02-01-02	Парақ 90 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	---------------------	--------------------

				ранее действующего документа – 3.
--	--	--	--	-----------------------------------

115. Все экземпляры отмененной версии документа СМК (предыдущая версия), имеющихся у пользователей, должны быть представлены в течение 2 (двух) рабочих дней со дня направления уведомления ответственному лицу (пункт 87. настоящей Процедуры) для осуществления замены.

116. Отмена руководящих документов СМК (01-02 уровней, за исключением положений о подразделениях), разработанных Общества без замены новыми производится только по решению органа, утвердившим документ и при непосредственным согласованием с уполномоченным по качеству, как лицом, ответственным за функционирование СМК в Обществе.

117. Отмененный оригинал документа идентифицируется соответствующим штампом или записью об отмене (в дочерних организациях и филиалах (при их наличии) идентифицирование может вестись соответствующей записью без применения штампа об отмене) с указанием даты на титульном листе, и хранится у ответственного лица (пункт 87. настоящей Процедуры) в течение 1 (одного) года, затем передается на постоянное хранение в установленном порядке.

118. Отмененные и изъятые копии документов СМК уничтожаются методом разрыва на 4 (четыре) части или посредством применения специальных инструментов (резака) или специальной техники. Уничтожение копий документов СМК сопровождается составлением (оформлением) ответственным работником (пункт 87. настоящей Процедуры) Акта о выделении к уничтожению (F-QR-Q01-01-13).

В случае уничтожения копий документов СМК дочерней организации или филиала ответственное лицо по обеспечению качества дочерней организации или филиала направляет копию Акта о выделении к уничтожению в соответствующее подразделение (пункт 87. настоящей Процедуры) в течение 3 (трех) рабочих дней со дня уничтожения.

Оригиналы документов СМК (01-03) по истечению 1 (одного) года после отмены передаются на постоянное хранение.

119. Устаревшие документы, необходимые для сохранения в качестве справочной информации, должны быть идентифицированы соответствующим образом (посредством записи «Для сведения») и храниться отдельно от отмененных и действующих документов.

120. Пересмотр заполняемых форм (журналов, бланков и т.п.) осуществляется в связке вместе с пересмотром регулирующего (основного) документа СМК.

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

**Подраздел 10. Ведение записей (04 уровень)**

121. Записи являются документами внутреннего пользования Общества, в том числе дочерних организаций и филиалов, и в соответствии с установленными внутренними процедурами о коммерческой тайне (конфиденциальной информации) и иным документам Общества не подлежат передаче их третьим лицам, если это не определено нормативным правовыми актами Евразийского экономического союза, законодательством Республики Казахстан, нормативными документами и другими внутренними нормативными документами Общества.

122. Записи могут поддерживаться путем внесения данных собственноручно (например, журналы, акты и т.д.), создаваться в информационных системах (программных обеспечениях) с использованием персонального компьютера (например, отчеты, акты и т.д.) с последующим выводением на печать или вестись непосредственно в информационных системах, которые использует Общество в своей деятельности. Формат ведения записи определяется на момент ее разработки.

123. Управление записями в электронном виде осуществляется в соответствии с требованиями, установленными к использованию информационной системы (программного обеспечения).

---

**Важно!**

**При ведении записей в информационных системах (программных обеспечениях) в обязательном порядке осуществляется их резервное копирование!**

**Ответственность и порядок резервного копирования определены в документах СМК по обеспечению информационной безопасности!**

---

124. Оформление журналов в бумажном виде осуществляется одним из трех способов:

- 1) распечатать достаточное количество листов с заполняемой формой, прошить с помощью ниток, сверху закрепить титульный лист;
- 2) использовать журналы, изготовленные типографским способом;
- 3) напечатать форму журнала (названия граф) на персональном компьютере, по графам расчертить в чистом журнале (тетради) необходимые графы.

125. Все бумажные журналы, используемые для ведения записей должны быть оформлены в соответствии с пунктом 129. настоящей Процедуры.

126. Все листы журнала нумеруются арабскими цифрами в середине верхнего поля листа [Раздел 2, подпункт 7) – Глава 2, Параграф 1, пункт 15].

127. Титульный лист журнала оформляется в соответствии с установленной в Обществе нормативном документе формой и утвержденной номенклатурой дел, внутренние страницы в соответствии с формой,

предусмотренной законодательством Республики Казахстан и соответствующим внутренним нормативным документом по делопроизводству, процесс которого находится под управлением ответственного лица по делопроизводству.

128. При соответствии параметрам оформления, ответственным лицом по делопроизводству проводится процедура регистрации каждого журнала.

Журналы, которые ведутся в информационных системах, не подлежат регистрации. Ответственность за их соответствующее ведение несут ответственные исполнители, их непосредственные руководители и лицо, ответственное за обеспечение работоспособности информационных систем.

Примечание. В период действия договора ГЧП, обеспечение надлежащей работоспособности информационных систем в дочерних организациях и филиалах Общества осуществляется Частным партнером на основании договора о ГЧП.

Журналы, в которых осуществляется регистрация документов, информации (приказов, договоров, журналов, времени работы оборудования и др.) ведутся в течение одного календарного года.

129. Оформление бумажного варианта журнала осуществляется в следующем порядке:

- 1) оформить журнал по установленной форме;
- 2) оформить титульный лист журнала с указанием идентификационного номера формы или ссылки на законодательство Республики Казахстан (если форма установлена законодательством);
- 3) пронумеровать все рабочие листы журнала;
- 4) прошить все листы нитью;
- 5) на свободные концы нити закрепить бирку (F-QR-Q02-01-09);
- 6) указать общее количество рабочих листов;
- 7) сшивку журнала заверить личной подписью, соответствующим штампом;
- 8) регистрируется в Журнале регистрации журналов (F-QR-Q02-01-14), который ведется в информационной системе Общества или на бумажном носителе;
- 9) указать регистрационный номер журнала на его титульном листе;
- 10) передать журнал руководителю подразделения.

Мероприятия, описанные в подпунктах 5)-10) осуществляются ответственным лицом по делопроизводству.

---

#### **Внимание.**

**Штамп (печать) должна располагаться таким образом, чтобы одна ее часть располагалась на контрольной бирке (этикетке), а другая часть на листе, на котором бирка (этикетка) крепится.**

---

130. Все записи, вносимые (заполняемые) собственноручно («от руки») должны заполняться четким, аккуратным и разборчивым почерком шариковой ручкой синего цвета.

131. Правила заполнения отдельных видов записей приведены в Приложении 3 к настоящей Процедуры.

132. Ошибки в дате и (или) допущение пропуска регистрации данных являются серьезными нарушениями принципов, применяемых в Обществе стандартов по СМК.

133. Внесение исправлений в имеющиеся записи осуществлять путем аккуратного зачеркивания ошибочной записи (обеспечивая читабельность исходной записи) шариковой ручкой синего цвета, записывается корректная информация. Каждое исправление обязательно визируется (подпись, расшифровка подписи [Раздел 2, подпункт 7) – Глава 2, Параграф 2, пункт 31., подпункт 2)], дата) лицом, внесшим исправление и указывается дата внесения изменений.

---

**Важно!**

**Исправление или удаление записей с помощью корректора (забеливающего маркера), ластика, лезвия, многократного зачеркивания и т.п. категорически запрещается!**

---

134. При заполнении документов 04 уровня запрещено:

- 1) датирование «задним» числом или переделывание документа после фактического их заполнения;
- 2) предварительная регистрация данных (например – до начала работы);
- 3) использование забеливающих маркеров, корректоров или иных канцелярских принадлежностей и методов, неустановленных настоящей Процедурой.

---

**Важно!**

**Несоответствие формы записи установленной и (или) оформленная с нарушением установленных в Обществе требований является достаточным основанием для отказа в его визировании (принятию к сведению, регистрации и т.д.)!**

---

135. При недостаточности места в документе в период записи данных допускается использование оборотной стороны страницы или отдельно приложенного листа. При этом указывается пояснение, а именно – почему данные не могут быть записаны, указывается ссылка, на текст документа, к которому вносятся дополнительные записи, в месте ввода данных, ставится подпись, расшифровка подписи и дата.

При отсутствии необходимости заполнения специальных граф, полей, таблиц и т.д., например, при удовлетворительном предыдущем шаге, в таких секциях (графах) ставится дефис (прочерк).

При наличии в форме документа полей, которые не требуют заполнения, например «Дополнительная работа», то следует перечеркнуть в них неиспользованные секции при помощи проведения диагональной линии от начала до конца или указать «Н/П» (не применяется, без кавычек), при необходимости, дать краткое пояснение.

Объяснения на все отклонения (несовпадение, уклонение, аномалии) или ошибки указываются в оригинале документа в месте появления проблемы (ошибки).

Заполненные документы передаются в установленное для их хранения место (в соответствии с номенклатурой дел) или обеспечивается надежная сохранность и защита от исправлений в электронном виде.

При необходимости копирования составленных документов, обеспечивается достаточная четкость копии для безошибочного считывания данных.

При утере каких-либо данных или части данных к основному документу прикладывается детальное объяснение ситуации.

136. Руководители подразделений осуществляют контроль над надлежащим и своевременным ведением записей в подразделении.

137. Согласование документов СМК 04 уровня осуществляется согласно перечню согласующих лиц (снизу вверх) к документу.

138. Руководители подразделений регулярно проводят выборочный контроль записей. Периодичность контроля записей зависит от частоты внесения записей (данных), уровня квалификации и опыта работников, вносящих записи, а также значимости (важности или приоритетности) вносимых данных, и определяется с помощью матрицы оценки рисков (Приложение 4).

В дочерних организациях и филиалах Общества периодичность контроля записей осуществляется не реже чем один раз в месяц.

139. Контроль записей осуществляется следующим образом:

- 1) наличием на месте установленного хранения;
- 2) соответствием установленной форме, регулирующим документом СМК, устанавливающего требования по ведению такой записи;
- 3) проверкой целостности журналов, полноты и комплектности актов, протоколов, отчетов и т.д.;
- 4) проверка частоты и правильности внесения данных согласно требованиям, установленным в нормативных правовых актах Евразийского экономического союза, законодательстве Республики Казахстан, настоящей Procedure и других регламентирующих внутренних документах СМК Общества;
- 5) на предмет наличия исправлений – правильности их внесения;
- 6) отсутствием пустых (незаполненных) граф и т.п.

F-QR-Q02-01-02	Парақ 95 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	---------------------	--------------------

140. При выявлении отклонений в ведении записей, отклонения регистрируются в электронном Журнале регистрации и контроля несоответствий (F-QR-Q02-01-15) и проводятся мероприятия по устранению несоответствий согласно установленной соответствующей внутренней процедуре Общества.

141. Документы СМК 04 уровня (смотрите пункт 25. настоящей Процедуры) могут сопровождаться (если не установлено обязательное требование внутренним нормативным документом СМК) листом согласования (F-QR-Q02-01-16) и (или) листом ознакомления (F-QR-Q02-01-17).

Документы СМР (Политика и Цели в области обеспечения СМ, Ландшафтная карта и Карта процесса) сопровождаются листом согласования по форме F-QR-Q02-01-16.

### **Подраздел 11. Документированная информация**

Документированной информацией процесса являются все документы и формы записей Общества, в том числе дочерних организаций и филиалов, установленные нормативными правовыми актами Евразийского экономического союза, законодательством Республики Казахстан, настоящей Процедурой и другими внутренними нормативными документами Общества, а также находящиеся под управлением ответственных лиц.

### **Подраздел 12. Методы контроля процесса**

Контроль результативности процесса осуществляется руководителями структурных подразделений, курирующими топ-менеджерами, уполномоченным по качеству (ответственным лицом по обеспечению качества), ответственным лицом по кадровому обеспечению, ответственными лицами по делопроизводству и иными лицами, установленные настоящей Процедурой и иными внутренними нормативными документами Общества.

### **Подраздел 13. Деятельность по улучшению процесса**

Деятельность по улучшению процесса проводится на основе анализа результатов аудита, ежегодного анализа СМК со стороны руководства, предложений работников Общества, Частного партнера, уполномоченных (государственных) органов и иных заинтересованных лиц, в результате чего вносятся изменения в документы СМК.

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

## РАЗДЕЛ 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Ответственность за выполнение данной Процедуры распределена следующим образом:

142. Лица (структурные подразделения), ответственные за исполнение (реализацию) конкретных пунктов и соблюдение установленных требований определены в Разделе 5. настоящей Процедуры.

143. Ответственность за управление нормативной документацией (внешней) несут:

1) в рамках требований к СМК:

уполномоченный по качеству – по Обществу в целом;

специалист по обеспечению качества – по дочерней организации или филиалу;

2) в рамках требований по деятельности медицинских организаций – специалист по обеспечению качества;

3) в рамках требований к информационной безопасности, противодействию коррупции и взяточничеству, а также к охране здоровья и техники безопасности, в том числе пожарной безопасности – ответственное лицо по корпоративной безопасности;

4) за документы 04 уровня – ответственные лица (структурные подразделения), установленные настоящей Процедурой и другими внутренними нормативными документами Общества, в том числе дочерних организаций и филиалов.

Общую ответственность за управление нормативной документацией в дочерних организациях и филиалах несут их руководители.

144. Ответственность за разработку, актуализацию и пересмотр внутренних документов СМК несут:

6) руководители структурных подразделений (в рамках своей компетенции и зоны ответственности, определенной настоящей Процедурой и иными внутренними нормативными документами СМК) Общества за документы СМК, регламентируемые международными стандартами, а также иные документы, регламентирующие их сферу деятельности (ответственности) и распространяющиеся на подразделения Общества.

7) дочерние организации и филиалы несут ответственность за разработку документов СМК, регламентируемые нормативными правовыми актами и стандартами в области организации и оказания медицинской помощи и распространяющиеся на деятельность дочерних организаций и филиалов.

8) топ-менеджеры (за исключением председателя Правления), уполномоченный по качеству, менеджер по корпоративной безопасности, руководители дочерних организаций и филиалов несут ответственность за разработку, пересмотр и актуализацию своих должностных инструкций, а также положений о подразделениях и должностных инструкций руководителей

подотчетных структурных подразделений (согласно организационной структуре) в порядке, определенном настоящей Процедурой и другими внутренними нормативными документами Общества;

9) все руководители, заместители руководителей (в случае отсутствия руководителя) структурных подразделений Общества (в том числе дочерних организаций и филиалов) несут ответственность за разработку должностных инструкций подотчетных работников.

Менеджер по правовым вопросам совместно с филиалами несут ответственность за разработку положений о филиалах (за исключением положений структурных подразделений филиалов).

Ответственным лицом по кадровому обеспечению Общества и руководителем Департамента медицинского сопровождения совместно с руководителями дочерних организаций и филиалами несут ответственность за разработку должностных инструкций руководителей дочерних организаций и филиалов, а также их заместителей;

10) дочерние организации и филиалы несут ответственность за разработку документов, предусмотренных подпунктами 1) и 4) настоящего пункта и других документов, установленных настоящей Процедурой, а также принимают непосредственное участие в разработке иных документов 01-03 уровней путем внесения предложений к проектам документов в установленном в настоящей процедуре порядке.

145. Ответственные лица, установленные пунктом 87. настоящей Процедурой обеспечивают распространение, сохранность, изъятие и уничтожение контролируемых документов 01-03 уровней (на бумажных носителях) в рамках компетенции и зоны ответственности, определенной настоящей Процедурой.

Ответственность за сохранность стратегии развития Общества несет уполномоченный по качеству Общества.

146. Менеджер по информационным технологиям и курирующий его топ-менеджер обеспечивает и своевременно принимает необходимые меры по сохранности документированной информации СМК в электронном виде, размещенной в архиве СЭД.

147. Ответственность за разработку, внедрение, обучение по документам СМК и управление ею в подразделениях Общества, а также своевременное ознакомление подотчетных работников с документами СМК несут непосредственно руководители структурных подразделений.

148. Уполномоченный по качеству и ответственное лицо по обеспечению качества несут ответственность за проверку оформления и построения документации, наличия и достоверности перекрестных ссылок (на внутренние нормативные документы СМК), за присвоение документу идентификационного номера согласно настоящей процедуре.

Уполномоченный по качеству также обеспечивает общую координацию по исполнению требований настоящей Процедуры.

149. Ответственное лицо по кадровому обеспечению Общества несет ответственность за своевременную разработку, пересмотр и актуализацию положений о подразделениях и должностных инструкций работников Общества, а также своевременное ознакомление работников с документами, указанными в настоящем пункте.

За своевременную разработку, пересмотр и актуализацию положений о подразделениях и должностных инструкций медицинских работников дочерних организаций и филиалов ответственность также несет руководитель Департамента медицинского сопровождения проектов совместно с ответственным лицом по кадровому обеспечению.

При приеме работника, кадровом перемещении (переводе) и т.д. ответственность за ознакомление работника с действующими внутренними нормативными документами СМК Общества (регулирующие его деятельность) несет руководитель структурного подразделения, курирующий топ-менеджер и ответственное лицо по кадровому обеспечению Общества (ответственное лицо по кадровому обеспечению дочерней организации или филиала).

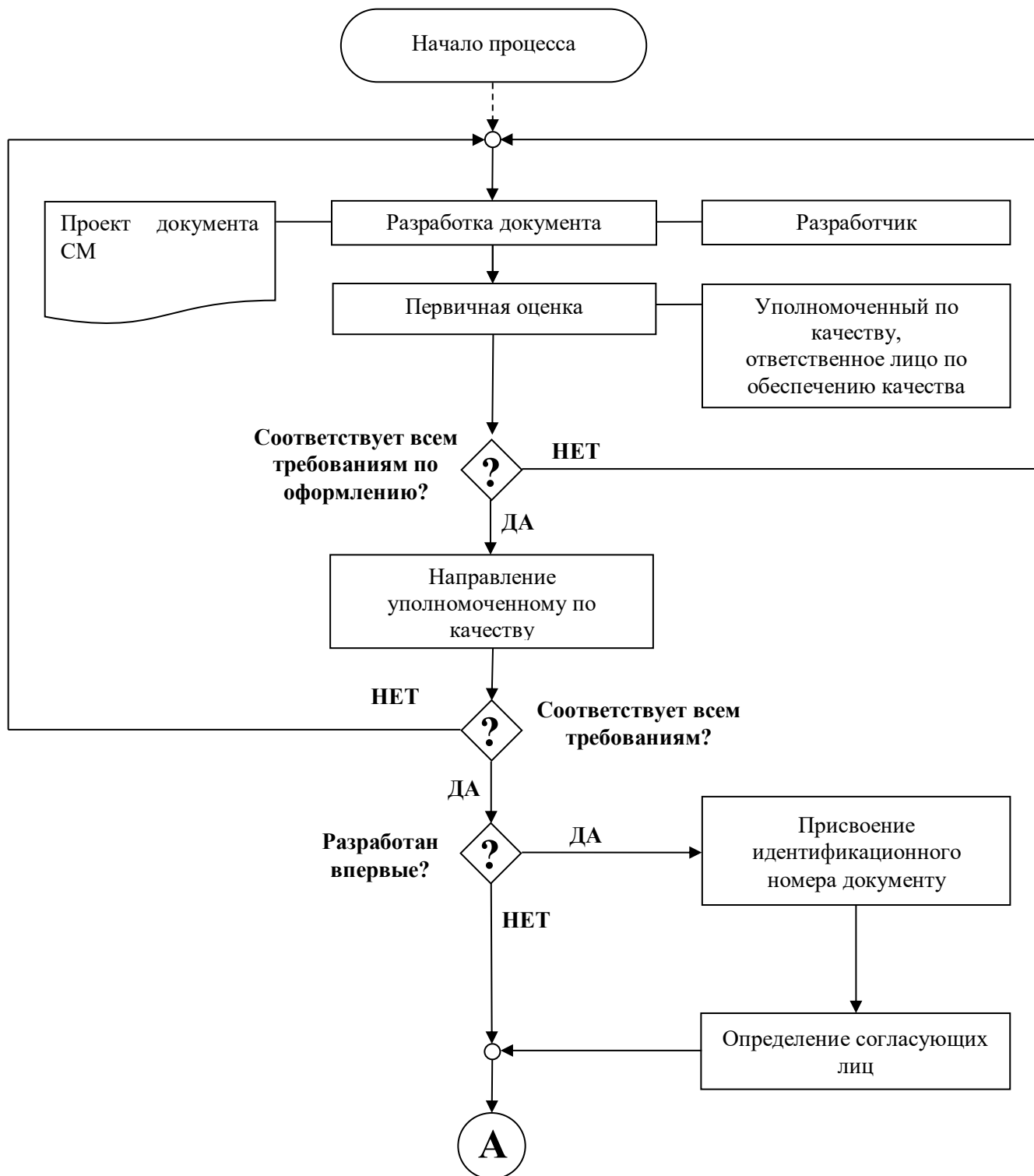
150. Менеджер по правовому обеспечению несет ответственность за проверку документов и соответствия их требованиям нормативных правовых актов Евразийского экономического союза, законодательства Республики Казахстана, а также иных нормативных правовых актов и международных соглашений (договоров), действующих на территории Республики Казахстан.

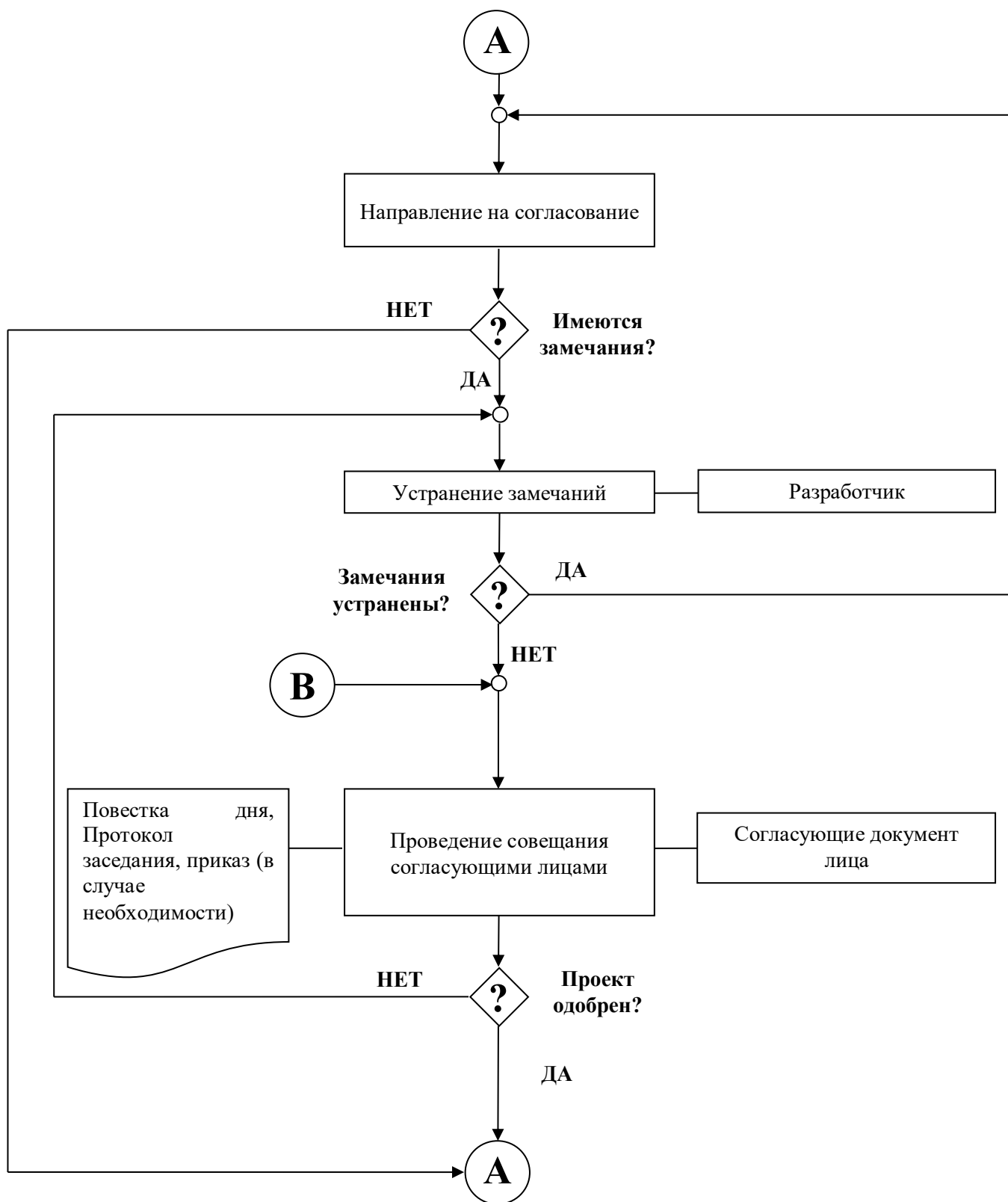
151. Ответственность за персональное ознакомление работников с введенными в действие документами СМК путем поставки личной подписи работника в листах ознакомления возлагается непосредственно на руководителя структурного подразделения.

152. Ответственность за сохранность записей несет исполнитель, ответственный за ведение записей, и его непосредственный руководитель.

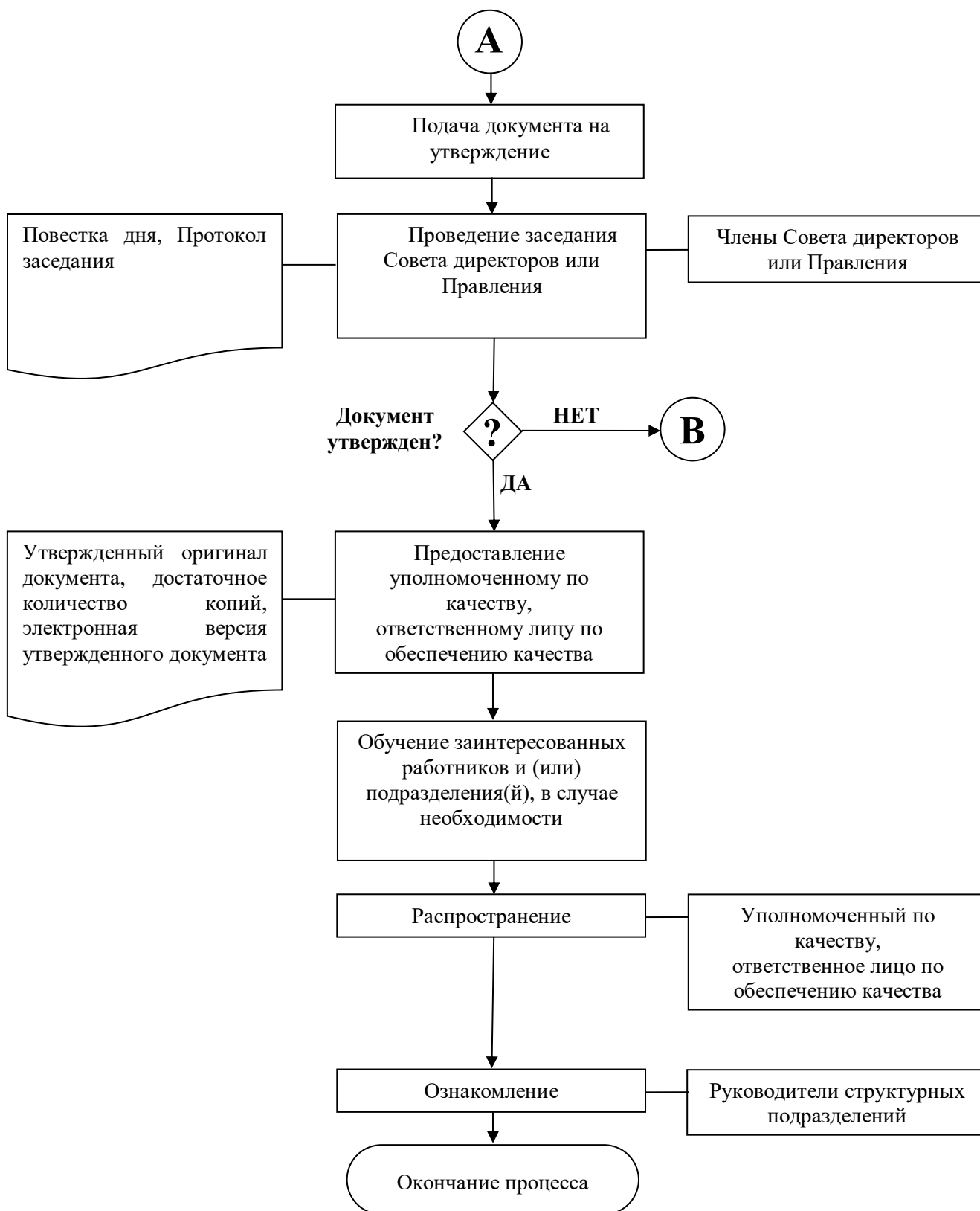
## Приложение 1 (обязательное)

### Блок-схема «Разработка, согласование и утверждение документов СМК»



**Приложение 1**  
(продолжение)

## Приложение 1 (продолжение)

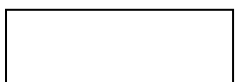


## Приложение 2 (обязательное)

### Символы, используемые при построении Ландшафтных карт, Карт процессов и блок-схем



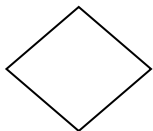
Начало (окончание) процесса



Процесс (действие или ответственные)



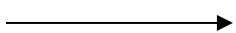
Группа процессов



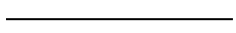
Решение (условный переход)



Документирование



Переход, последовательность процессов



Ответственные за процесс

Примечание. Данный перечень символов не является исчерпывающим. При разработке Ландшафтной карты, Ларты процесса или блок-схемы разработчик сам вправе определить дополнительные символы в зависимости от описываемого процесса, но не может изменять применение (предназначение) уже определенных настоящим Приложением символов.

**Приложение 3**  
(обязательное)

**Правила заполнения отдельных видов записей**

№	Категория записи	Правила заполнения
1	2	3
1.	Общие записи	Данные вводятся при выполнении процессов (действий) или сразу же по их окончанию
2.	Даты	Даты заполняются без помарок. Вводятся полностью или в краткой форме, например: «12 августа 2022 года» или «12.08.2022г.» или «12.08.22»
3.	Время	Формат времени указывается в 24-м международном интервале, например: «09:10» или «21:40».
4.	Расчеты и округления	Формы, которые требуют расчета, заполняются сразу же после ввода всех данных, необходимых для выполнения такого расчета
5.		При любых расчетах и промежуточных вычислениях применяются, количество цифр после запятой берется на порядок больше цифр после запятой (чем указано в требовании) для окончательного результата. Конечный результат приводится из среднеарифметического значения из результатов параллелей в соответствии с количеством значащих цифр, указанном в требовании путем округления значений
6.		Для определения окончательной цифры результата, последний показатель округляется вверх или вниз (в зависимости от величины, если 5 или больше, то округляется в большую сторону; если 4 или меньше указанной величины округляется в меньшую сторону). Округление чисел выполняется до порядка значащихся цифр по требованиям
7.	Запись данных	Все данные вносятся в формы записей чисто и аккуратно, используя шариковую ручку синего цвета. Карандаши, фломастеры или маркеры не используются
8.	Подписи	Подпись работника ставится с указанием инициала имени и фамилии полностью. Допускается ставить подпись без ее расшифровки на внутренних документах СМК, в случае использования идентификатора подписей работников подразделения, если не оговорены иные требования

F-QR-Q02-01-02	Парақ 104 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	----------------------	--------------------

**Приложение 4**  
(информационное)

**Матрица оценки рисков для периодичной проверки записей**

<b>Фактор оценки</b>	<b>Низкий риск</b>	<b>Средний риск</b>	<b>Высокий риск</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Частота внесения данных	<u>1-3 раза в месяц</u>	<u>1-3 раза в неделю</u>	<u>Ежедневно</u>
Длительность периода, на протяжении которого осуществляется ведение записи	Ведется более трех лет	Ведется более года, но менее трех лет	Ведется менее года (новая запись)
Опыт персонала в ведении записей	Работники, осуществляющие контроль документации	Руководители структурных подразделений	Менеджеры, специалисты, врачи, средний и младший медицинский персонал, обслуживающий персонал и др.
Критичность данных, вносимых в запись	Данные используются только для фиксации выполнения некритических операций	Данные не используются при принятии решений по качеству оказания услуг, но могут использоваться при оценке соответствия СМК	Данные используются при принятии решений по качеству оказания услуг и (или) при оценке соответствия СМК

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

F-QR-Q02-01-02	Парақ 105 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	----------------------	--------------------

**Приложение 5**  
(обязательное)

**Матрица распределения ответственности и полномочий при управлении записями**

№	Процедуры (вид работ)	Участники процесса				
		УК, ОК	ОД	ГА / А	Руководитель СП	Работники СП
1	2	3	4	5	6	7
1.	Разработка, согласование и утверждение формы записи	С		С	О, Р	Р
2.	Идентификация формы записи и введение в действие	Р	С		О, Р	Р
3.	Учет и хранение форм записей	О, Р	С			
4.	Ведение записей, их защита, хранение, восстановление и изменение	О, Р				О, Р
5.	Проверка и актуализация форм записей	С, Р		Р		Р
6.	Отмена записей, изъятие из обращения, передача на архивное хранение или уничтожение	С, Р	Р	Р	Р	Р
7.	Систематизация и унификация форм записей	О, Р	С		С	Р
8.	Мониторинг и оценка результативности управления записями	О, Р	С			С

**Условные обозначения:**

- А - аудиторы
- ГА - главный аудитор
- О - ответственный, руководит работой и отвечает за конечный результат (владелец процесса)
- ОД - ответственное лицо по делопроизводству
- ОК - ответственное лицо по обеспечению качества
- Р - проводит работу, несет ответственность за качество выполняемой работы
- С - содействует в проведении работы

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

F-QR-Q02-01-02	Парақ 106 – 107 лист	Нұсқа / Версия: 01
----------------	----------------------	--------------------

СП - структурное(ые) подразделение(я)

УК - уполномоченный по качеству

QR-Q02-01	Құжатталған ақпаратты басқару / Управление документированной информацией
-----------	---

## ТАНЫСУ ПАРАҒЫ / ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

Бөлімше / Подразделения	Лауазымы / Должность	Аты-жөні / И. Фамилия	Қолы / Подпись	Күні / Дата
1	2	3	4	5
Жігіштік департаменті	Жетекші менеджер	Т. Тұрғусыбаев		01.02.2023
ДП, ТСП	главный менеджер	Б. Қарасартов		01.02.2023
	м. мен. по кадр. об.	Н. Аршадбаева		01.02.2023
ДНС	директор	С. Чукуньова		01.02.2023
ДМРР	Директор	Түсетбаев Ә.		01.02.23
ДМТР	м. менеджер	Самришбаев		01.02.23
БелТР	м. менеджер	Аманжолбаев		01.02.23
ДМТД	директор	Д. Қарашай		01.02.23
ДМТД	м. менеджер	С. Мұқытова		01.02.23
ДМТД	м. менеджер	Ысғарбаева Ә.Б.		01.02.2023
ДМТД	м. менеджер	Темешев Ә.С.		01.02.2023
ДМТД	м. менеджер	Есен А.К.		01.02.2023
ДМТД	м. менеджер	Балабаев Г.О.		01.02.23
ДМТД	м. менеджер	Құрманжанов		01.02.23
ДМТД	директор	Мерова Г.К.		01.02.23
ДБҮ и БП	м. менеджер	Сағымбаев А.М.		01.02.23
ДБ	дир. департаменті	Мақсұмов		01.02.23
ДБҮ и БП	дир. департаменті	Вотяева А.М.		01.02.23
Ақп. департаменті	м. менеджер	Әбішев Ә.С.		01.02.23
	зам. през. Правл.	Алиев А.А.		01.02.23
ДМТД	м. менеджер	Алиев О.С.		01.02.23
	зам. през. Правл.	Хасанов А.М.		01.02.23

ІРПОШНУРОВАНО,  
ІПРОУМЕРОВАНО Һ  
СРПИЛЕНО ПЕЧАТЪЮ

108 (ano) *for* ) ИСТОБ

« 01 » 02 2023 года

Turar Healthcare

