	АО «Казахский университет технологии и бизнеса им. К. Кулажанова»
	СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
	Документированная процедура

УТВЕРЖДАЮ
Ректор
АО «КазУТБ им. К. Кулажанова»
Л.К. Байболова
«__» _____ 2026 г

НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ
КазУТБ-ДСР-ДП-10.2-2026-10

Астана, 2026

Версия: 2.0	**КЭ:** _____	**Регистрационный №**_____	**по ЭДО**

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящая ДП разработана Департаментом стратегического развития АО «КазУТБ им.К. Кулажанова».

Настоящая ДП утверждается Ректором личной подписью на титульном листе.

Настоящая ДП является обязательной для всех структурных подразделений АО «КазУТБ им.К. Кулажанова», в части их деятельности, связанной с системой менеджмента качества.

Периодическая проверка настоящей ДП производится директором Департамента стратегического развития с периодичностью не реже одного раза в три года.

Изменения к настоящей ДП вносятся по результатам ее применения в АО «КазУТБ им. К. Кулажанова» или при изменении требований документов.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 2
1 Термины и определения 4
2 Использованные сокращения и обозначения 6
3 Общие положения и описание процедуры 6
4 Классификация несоответствий 7
5 Выявление несоответствий, возникающих в образовательной деятельности 8
6 Выявление несоответствий, возникающих в научно-исследовательской деятельности 9
7 Порядок управления несоответствующей услугой / продукцией 9
8 Управление документированной процедурой 11
9 Ответственность и полномочия 12
10 Отчетность по результатам КД 12
11 Риски, связанные с процессом и действия по предупреждению рисков 12
12 Антикоррупционное положение 12
13 Конфиденциальность 12
Форма «Журнала регистрации несоответствий и КД» Ф.ДСР-10.2-2026-10-01 14
Форма Плана / отчёта корректирующих действий Ф. ДСР-10.2-2026-10-02 15
Форма «Статус корректирующих действий, проведённых в АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» Ф. ДСР-10.2-2026-10-03 16
Форма «Плана КД по аккредитации» Ф.ДСР-10.2-2026-10-01 14
Лист согласования Ф. ДСР-7.5-2026-01-02 (обязательное) 19
Лист ознакомления Ф. ДСР-7.5-2026-01-03 (обязательное) ……..19
Лист регистрации изменений Ф. ДСР-7.5-2026-01-04 (обязательное) 20
Лист учета периодических проверок Ф. ДСР-7.5-2026-01-05 (обязательное) ……..20

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термин	Определения
Антикоррупционная политика АО «КазУТБ им. К.Кулажанова»	Правовые, административные и организационные меры, направленные на снижение коррупционных рисков, формирование антикоррупционной культуры, повышение доверия общества к деятельности АО «КазУТБ им. К.Кулажанова»
Анализ менеджмента	- оценка возможностей улучшения и потребности в изменениях системы менеджмента качества организации
Аудит	- систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита
Аудитор	- лицо, проводящее аудит
Внутренний аудит	иногда называют «аудитом первой стороной» - аудит, проводимый самой организацией или в её интересах
Внешние аудиты	- аудиты, проводимые сторонами, заинтересованными в деятельности университета, например, потребителями или другими лицами от их имени. Аудиты, проводимые внешними независимыми организациями. Эти организации осуществляют аттестацию или аккредитацию на соответствие требованиям, например, требованиям Стандартов, ГОСТ РК ISO 9001 и др.
Высшее руководство вуза	- это президент, ректор и проректора по различным направлениям деятельности, директоры департамента, а также руководители управлений
Государственный общеобязательный стандарт образования	- документ, определяющий обязательный минимум содержания основных образовательных программ, максимальный объём учебной нагрузки обучающихся, требования к уровню подготовки выпускников
Документированная информация	– это информация, управлять и поддерживать которую должна организация, и носитель, на котором она содержится
Документированная процедура	- документ, устанавливающий единый для всего университета порядок описания процессов, полномочия и ответственность должностных лиц, информационные потоки, включая регистрацию данных и записей по качеству
Заключение аудита	– результат аудита, формируемый после рассмотрения целей аудита и всех выводов аудита
Заинтересованная сторона	- лицо или организация, которое может воздействовать на осуществление деятельности или принятие решения
Запись	- документ, содержащий достигнутые результаты, или свидетельства осуществленной деятельности
Информационная карта процесса -	- документ, содержащий информацию об основных атрибутах процесса, а именно о входах и выходах процесса, включая (цели процесса, измерение и анализ процесса, мероприятия для достижения целей процесса, взаимодействие процесса, ресурсы процесса, документы управления процессом)
Качество	- степень, с которой совокупность собственных характеристик выполняет требования

Коррекция	- действие по устранению *обнаруженного* несоответствия
Корректирующее действие	- действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации
Несоответствие	- невыполнение установленного требования
Несоответствие для процессов	- процесс не выполняет установленные для него требования, включая требования к продукции процесса
Нормативный документ	- документ, устанавливающий правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результаты
Образовательный процесс	- процесс формирования нового уровня теоретических знаний, практической умений, навыков и компетенций, осуществляемый путем организации активной познавательной деятельности обучающихся
Первопричина (Root Cause)	- глубинная причина, устранение которой предотвращает повторение несоответствия в аналогичных или смежных условиях.
Политика в области качества	- общие намерения и направление деятельности организации в области качества, официально сформулированные высшим руководством
Постоянное улучшение	- повторяющаяся деятельность по увеличению способности выполнить требования
Продукция	- выход организации, который может быть произведен без какого-либо взаимодействия между организацией и потребителем
Процесс	- совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующая входы и выходы
Реестр CAPA Log	- учет несоответствий и корректирующих действий.
Результативность	- результативность степень, с которой запланированные задачи выполнены и запланированные результаты достигнуты
Риск	- влияние неопределенности
Сдерживание (Изоляция)	- оперативные меры по предотвращению дальнейшего распространения несоответствующей продукции или услуги клиентам/в смежные процессы.
Стандарт	- нормативно-технический документ, содержащий комплекс норм, правил, требований к объекту стандартизации и утверждаемый компетентным органом
Соответствие	- выполнение требования
Цели в области качества	- цели, которых добиваются или к которым стремятся в области качества
Удовлетворенность потребителей	- восприятие потребителями степени выполнения их требований
Улучшение качества	- часть менеджмента качества, направленная на увеличение способности выполнить требования к качеству
Управление рисками	- процесс разработки и выполнения управленческих решений, призванных максимально снизить возможность наступления негативного результата и свести к минимуму возможные потери, связанные с его реализацией

Услуга	- выход организации с, по крайней мере, одним действием, обязательно осуществленным при воздействии организации и потребителя

2. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

Сокращение	Полное наименование
АО «КазУТБ им. К.Кулажанова»	Акционерное Общество «Казахский университет технологии и бизнеса имени К. Кулажанова»
КазУТБ-ДСР-ДП-7.5-2026-01	Документированная процедура «Документированная информация»
КазТБ-ДСР-ДП-9.2-2026-08	Документированная процедура «Внутренний аудит»
КазУТБ-ДСР -ДП-6.1-2026-03	Документированная процедура «Управление рисками»
ВА	Внутренний аудит
ГОСО РК	Государственный общеобязательный стандарт образования Республики Казахстан
ДП	Документирована процедура
КД	Корректирующее действие.
КЭД	Каталог элективных дисциплин
МС	Международный стандарт
Настоящая ДП	Документированная процедура «Несоответствия и корректирующие действия» КазУТБ-ДСР-ДП-10.2-2026-10
НИР	Научно-исследовательская работа
НМС	Научно-методический совет
ОСМК	Отдел системы менеджмента качества
ППС	Профессорско-преподавательский состав
СМК	Система менеджмента качества
СП	Структурное подразделение
ДСР	Департамент стратегического развития
УМК	Учебно-методический комплекс
УПОиПК	Управление правового обеспечения и противодействия коррупции

3. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

3.1 Настоящая ДП разработана в соответствии с требованиями пункта 10.2 МС ISO 9001:2016 и устанавливает единый порядок выявления, регистрации, изоляции несоответствий, проведения анализа причин их возникновения, а также разработки, реализации и оценки эффективности корректирующих действий в рамках СМК АО «КазУТБ им. К.Кулажанова».

3.2 Настоящая ДП применяется во всех СП и процессах СМК АО «КазУТБ им. К.Кулажанова», в деятельности которых обнаружено несоответствие, с целью не скрыть или исправить единичную ошибку, найти ее первопричину и сделать так, чтобы подобное не повторилось.

3.3 Процесс управления несоответствиями и КД включает: [1. Выявление] → [2. Сдерживание (Коррекция)] → [3. Анализ причин] → [4. Разработка КД] → [5. Оценка эффективности] → [6. Корректировка рисков].

3.4 Документированная информация о характере несоответствий и любых предпринятых действиях должны поддерживаться в рабочем состоянии согласно КазУТБ-ДСР-ДП-7.5-2026-01 «Документированная информация».

3.5 Несоответствия как невыполнение требований должны выявляться и идентифицироваться на всех стадиях процессов, оценивания знаний и аттестации обучаемых, а также при реализации управленческих, вспомогательных и обеспечивающих процессов.

3.6 К несоответствиям при осуществлении образовательной, научно-инновационной и управленческой деятельности различных уровней относятся выявленные отклонения от требований, установленных во внешней и внутренней нормативной документированной информации, а также с жалобами потребителей.

3.7 Любое несоответствие, обнаруженное в деятельности АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» и требующее КД, заносится в «Журнал регистрации несоответствий и КД» по форме **(Ф.ДСР-10.2-2026-10-01)** соответствующего СП.

4. КЛАССИИФИКАЦИЯ НЕСООТВЕТСТВИЙ

4.1 Классификация необходима для того, чтобы рационально распределять ресурсы АО «КазУТБ им. К.Кулажанова».

4.2 Ресурсы АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» в процессе своей деятельности – предоставление стейкхолдерам услуг, и различные виды продукции:

4.2.1 результаты всех видов образовательной деятельности: основные образовательные программы (высшее, послевузовское образование), программы дополнительного образования) – выпускники, обладающие компетенциями, соответствующими требованиям ГОСО РК и потребителей;

4.2.2 результаты научной и инновационной деятельности – научная, научно-техническая и научно-производственная продукция;

4.2.3 интеллектуальный продукт (ПО, информационные технологии, методики, ЦОР, патенты и др.);

4.2.4 результаты проектирования образовательных программ – учебные планы, КЭД, рабочие программы, УМК специальностей и дисциплин, методические разработки и т.д.

4.3 Целью управления несоответствиями является:

4.3.1 обеспечение уверенности в том, что несоответствующие продукция/услуги своевременно исправляются;

4.3.2 регистрация, анализ, исправление и предупреждение появления в дальнейшем аналогичной несоответствующей продукции/услуги.

4.4 Управление несоответствующей продукцией/услугами в АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» и КД осуществляются следующими способами:

4.4.1 посредством осуществления действий с целью устранения обнаруженного несоответствия;

4.4.2 посредством осуществления действий с целью предотвращения ее первоначального предполагаемого использования или применения;

4.4.3 путем санкционирования ее использования, выпуска или приёмки, если имеется разрешение на отклонение от соответствующего органа и, где это применимо, потребителя;

4.4.4 осуществлением действий, адекватных последствиям или потенциальным последствиям несоответствия, если несоответствующие продукция / услуги выявлены после ее предоставления или начала использования;

4.4.5 проведением работ по выявлению несоответствий продукции / услуг с целью их последующего анализа и исправления.

4.5 Документированная информация о характере несоответствий и любых последующих предпринятых действиях, включая полученные разрешения на отклонения, поддерживаются в рабочем состоянии. После исправления несоответствующая продукция/услуга подвергается повторной верификации для демонстрации соответствия

требованиям.

4.6 Установление факта несоответствий возможно на основании следующих источников:

4.6.1 информации (рекламации) потребителей и других заинтересованных сторон;

4.6.2 взаимодействия с потребителями АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» и другими заинтересованными сторонами;

4.6.3 внутренних проверок;

4.6.4 по результатам самооценки АО «КазУТБ им. К.Кулажанова»;

4.6.5 по результатам внешнего аудита АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» в ходе сертификации, лицензирования, аттестации и аккредитации.

4.7 Классификации несоответствий различается:

4.7.1 критические несоответствия (Major) - отклонения, которые напрямую влияют на конечную продукцию/услугу, финансовую стабильность, юридическую безопасность компании или безопасность жизни и здоровья людей.

4.7.2 значительные несоответствия (Moderate) - отклонения от установленных регламентов, технологий или стандартов, которые не вышли к конечному стейкхолдеру (перехвачены внутри), но создали локальный сбой или риск.

4.7.3 незначительные несоответствия (Minor) - мелкие разовые ошибки и погрешности, не влияющие на качество и функционал итоговой продукции/услуги.

4.8 Алгоритм принятия решения по категории (**Дерево решений**) - при обнаружении проблемы ответственный работник задает 3 последовательных вопроса:

4.8.1 Затронут ли стейкхолдеров в части - безопасность людей/ законы/ значительные финансовые расходы?

- Да: критическое несоответствие
- Нет: переход к вопросу 2.

4.8.2 Влияет ли это на работу других СП?

- Да: значительное несоответствие.
- Нет: переход к вопросу 3.

4.8.3 Это разовая ошибка (техническая, в части ошибок ДИ)?

- Да: незначительное несоответствие.

4.9 Ответственность за выявление несоответствий несёт руководитель соответствующего СП, при процедуре ВА, эта функция отведена аудитору.

5. ВЫЯВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

5.1 Контроль качества подготовки обучающихся на всех этапах образовательного процесса проводится с целью предотвращения выпуска специалистов, несоответствующих установленным требованиям ГОСО РК.

5.2 Выявление несоответствий в образовательной деятельности АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» осуществляется:

5.2.1 в ходе анализа результатов ВА образовательной деятельности СП, которые проводятся в соответствии с КазУТБ-ДСР-ДП-9.2-2026-08 «Внутренний аудит»;

5.2.2 при измерении и анализе характеристик образовательных услуг/продукции.

5.3 Измерение и анализ характеристик образовательных услуг/продукции происходит:

5.3.1 при оценке качества учебных занятий;

5.3.2 в ходе промежуточного и итогового контроля знаний обучающихся;

5.3.3 путем сбора статистической информации;

5.3.4 путем тестирования обучающихся (контроль остаточных знаний обучающихся);

5.3.5 путем анкетирования обучающихся и выпускников;

5.3.6 путем анкетирования работодателей;

5.3.7 при анализе учебных планов и рабочих программ в соответствии с ГОСО РК;

5.3.8 при рассмотрении жалоб и рекламаций, получаемых от потребителей, ППС и сотрудников АО «КазУТБ им. К.Кулажанова».

6. ВЫЯВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

6.1 Несоответствия в рамках научно-исследовательского процесса могут возникать вследствие ошибок, допущенных при формировании программ проведения научно-исследовательской деятельности, выделении необходимых ресурсов, а также по вине исполнителей, участвующих в научно-исследовательском процессе.

6.2 Несоответствия в бюджетных НИР могут быть выявлены при проведении контроля научными руководителями работ, а также заказывающими организациями.

6.3 Несоответствия в хоздоговорных НИР могут быть выявлены при проведении внутреннего контроля научными руководителями работ, а также при проведении внешнего контроля заказчиком.

6.4 Анализ причин появления несоответствий в НИР проводит ее научный руководитель.

7. ПОРЯДОК УПРАВЛЕНИЯ НЕСООТВЕТСТВЮЩЕЙ УСЛУГОЙ/ПРОДУКЦИЕЙ

7.1 **Порядок по управлению несоответствиями** состоит из следующих этапов:

7.1.1 [1. Выявление] - обнаружение, изоляция и первичная регистрация;

7.1.2 [2. Сдерживание (Коррекция)] - оперативная коррекция (сдерживание);

7.1.3 [3. Анализ причин] - анализ первопричины (Root Cause Analysis)

7.1.4 [4. Разработка КД] - разработка и утверждение Плана корректирующих действий;

7.1.5 [4. Разработка КД] - Реализация КД и контроль сроков;

7.1.6 [5. Оценка эффективности] - оценка эффективности корректирующих действий;

7.1.7 [6. Корректировка рисков] - пересмотр рисков и актуализация документированной информации.

7.2 **Обнаружение несоответствий.**

7.2.1 Несоответствия могут быть выявлены при проведении внутренних и внешних аудитов, иных проверок, в результате мониторинга и анализа процессов на всех этапах осуществления образовательной, научно-исследовательской и инновационной, воспитательной и иной деятельности в АО «КазУТБ им. К.Кулажанова».

7.2.1 С целью выявления несоответствий в АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» используется алгоритм «**Дерево решений**», указанный в настоящей ДП пункт 4.8.

7.2.2 Ответственность за выявление потенциальных проблем несёт лицо, непосредственно связанное с областью возникновения несоответствия.

7.3 Изоляция и первичная регистрация.

7.3.1 Все случаи отклонений, как установленные, так и потенциально возможные, в обязательном порядке регистрируются посредством заполнения «Журнала регистрации несоответствий и КД» **(Ф. ДСР-10.2-2026-10-01**) соответствующего СП.

7.3.2 Регистрация и идентификация несоответствия, выявленном в ходе ВА, описана в ДП КазУТБ-ДП-9.2-2025-20 «Внутренний аудит.

7.3.3 Продукция / услуга, признанная несоответствующей требованиям нормативных документов, должна быть отделена от соответствующей этим требованиям продукции /услуги для исключения возможности ее непреднамеренного использования или передачи на следующие стадии процесса. Способ отделения (изоляции) устанавливается руководителем СП, в котором выявлено несоответствие. После исправления несоответствующая продукция подвергается повторной верификации и утверждению для демонстрации соответствия требованиям.

7.4 Анализ первопричины (Root Cause Analysis).

7.4.1 Анализ несоответствий и их причин проводится с целью оценки значимости и степени их влияния на качество продукции/услуги, а также установления затрат, необходимых для их устранения

7.4.2 Для **критических** и **значительных несоответствий** владелец процесса формирует рабочую группу и проводит анализ базовой причины отклонения в течение *5 рабочих дней* с использованием обязательных методик по установленным формам настоящей ДП **Ф. ДСР-10.2-2026-10-05**: «**Метод «5 Почему?» (5 Whys)» -** последовательное задавание вопроса «Почему?» до выявления системной, организационной или человеческой причины**;**

7.5 **Разработка и утверждение Плана КД**

7.6.1 На основе выявленной первопричины разрабатывается План КД. Каждое КД должно отвечать критериям SMART (конкретно, измеримо, достижимо, релевантно, ограничено по времени).

7.6.2 Основанием для разработки КД является документально зафиксированное отклонение от установленных требований, предъявляемых к услугам/продукции или процессам в виде заполненного акта о несоответствии (**Ф. ДСР-9.2-2026-10-02**) или записи в «Журнале регистрации несоответствий и КД» (**Ф.ДСР-10.2-2026-10-01**).

7.6.3 При необходимости проведения КД, затрагивающих другие процессы СМК, или недостатке внутренних ресурсов для реализации корректирующих мероприятий вопрос решается с высшим руководством АО «КазУТБ им. К.Кулажанова».

7.7 Реализация КД и контроль сроков

7.7.1 На основании результатов анализа несоответствий и их причин определяются возможные варианты устранения несоответствий.

7.7.2 В случае обнаружения несоответствия продукции / услуги потребителем в процессе ее применения и предъявления им претензий по качеству производятся действия по управлению жалобами потребителя. При этом регистрируется поступившая от потребителя претензия, обеспечивается немедленное получение необходимой информации от потребителя, проводится анализ несоответствия, потребителю сообщаются результаты анализа и принятое решение и, при необходимости, производится замена продукции / услуги на соответствующую.

7.7.3 Все случаи отклонений, как установленные, так и потенциально возможные, в обязательном порядке регистрируются посредством заполнения «Журнала регистрации несоответствий и КД» **(Ф.ДСР-10.2-2026-08-01)** соответствующего СП.

7.7.4 Руководитель СП устанавливает причину несоответствия и разрабатывает план/отчет КД, определяет конкретных исполнителей и сроки устранения несоответствий **(Ф.ДСР-10.2-2026-10-02)**.

7.8 Оценка эффективности корректирующих действий

7.8.1 После устранения несоответствия руководитель СП проверяет факт его устранения с записью в «Журнале регистрации несоответствий и КД» и в соответствующей графе журнала ставит подпись, подтверждающую выполнение и дату проверки.

7.8.2 Руководитель СП анализирует результативность всех предпринятых КД:

- Повторилось ли аналогичное несоответствие?
- Привели ли принятые меры к улучшению целевых показателей процесса?

7.8.3 Контроль над исполнением КД и результативность выполненных КД с отметкой в журнале осуществляется на ВА внутренним аудитором. Внутренний аудитор проверяет фактические даты устранения несоответствий в «Журнале регистрации несоответствий и КД» и документированную информацию (в том числе протоколы заседаний), подтверждающие выполнение КД, в соответствующей графе делается запись, ставится подпись, подтверждающую проверку выполнение и дату.

7.8.4 КД считаются эффективным в том случае, если в результате их реализации больше не возникает аналогичное несоответствие. Появление несоответствия повторно рассматривается как отсутствие требуемой результативности проведенного КД. Если

несоответствие повторилось, проведенный анализ признается неверным, Акт возвращается на 7.5 настоящей ДП.

7.9 **Пересмотр рисков и актуализация документированной информации**

7.9.1 После подтверждения эффективности КД владелец процесса обязан:

- Актуализировать Реестр рисков и возможностей СМК (раздел 6.1 ISO 9001);
- Внести изменения в карту процесса, регламенты, рабочие инструкции (раздел 8.1 / 10.3 ISO 9001);
- Провести ознакомление и переобучение персонала.

8. УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТИРОВАННОЙ ПРОЦЕДУРОЙ

8.1 Управление ДП, как документированной информацией СМК АО «КазУТБ им. К.Кулажанова», осуществляется в порядке, установленной ДП **КазУТБ-ДСР-ДП-7.5-2026-01** «Документированная информация».

8.2 Документированная информация о характере несоответствий и любых последующих предпринятых действиях, должны поддерживаться в рабочем состоянии.

8.3 Общими показателями результативности настоящей ДП являются:

8.3.1 своевременность выявления и устранения несоответствия;

8.3.2 отсутствие случаев непреднамеренного использования несоответствующей продукции /услуги или передачи на следующие стадии процесса;

8.3.3 своевременность представления предложений по запуску КД.

8.4 В каждом СП АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» должен вестись «Журнал регистрации несоответствий и КД» ***(*Ф.ДСР-10.2-2026-10-01*)***. Когда несоответствующий результат исправлен, он должен быть подвергнут повторной верификации для подтверждения соответствия требованиям. Если несоответствующий результат выявлен после начала непрерывных действий, то необходимо предпринять действия, адекватные последствиям (или потенциальным последствиям) несоответствия и оформить соответствующую документированную информацию.

9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

СП / должностное лицо	Полномочия
Ректор	- утверждение настоящей ДП и новых версий в случае возникновения изменений; - принятие решений по данным анализа несоответствий; - определение должностного лица, ответственного за осуществление КД при системном несоответствии; - эффективность процессов СМК АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» и своевременное принятие решения о необходимости КД.
Проректора по направлениям деятельности	- своевременное проведение КД по устранению выявленных и потенциальных несоответствий по курируемым процессам.
Директор ДСР	- разработка и внедрение настоящей ДП; - общее руководство и контроль соблюдения данной процедуры. - предоставление отчетов о функционировании процесса высшему руководству. - организация и координация деятельности по выполнению конкретных этапов процесса управление несоответствиями; - анализ данных и подготовка сводного отчета менеджмента.
Руководитель ОСМК	- актуализация настоящей ДП и новых версий в случае возникновения изменений; - проверка настоящей ДП на соответствие требованиям

	стандартов в области качества; - методологическая помощь при проведении анализа первопричин. - организация и проведение проверки эффективности выполненных КД. - обеспечение всех СП бланками журналов по форме **Ф. ДСР-10.2-2025-10-01;** - архивирование документированной информации СМК.
Руководители СП и владельцы процессов	- обнаружение и предотвращение несоответствий и качественное выполнение работ по устранению несоответствий; - определение и выполнение необходимых КД в полном объёме и в указанный срок; - проведение анализа несоответствия в СП / процессе; - анализ результативности предпринятых КД; - составление отчёта и предложений по улучшению СМК; - поддержание в рабочем состоянии и хранение документированной информации, подтверждающей выполнение процедуры.

10. ОТЧЕТНОСТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ

10.1 На основании документированной информации по КД руководитель ОСМК подводит результаты КД и формирует отчёт**.** Данные этого отчёта включаются в анализ менеджмента по форме **Ф. ДСР-10.2-2025-10-03.**

11. РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРОЦЕССОМ И ДЕЙСТВИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РИСКОВ

11.1 Риски связанные с:	**11.2Действия по предупреждению рисков:**
- некорректной идентификацией причин несоответствий, что может повлечь повторное возникновение несоответствий; - ненадлежащим управлением документированной информацией по процессу; - несоответствующей коммуникацией, плохо работающими каналами внутреннего и внешнего обмена документированной информации; - некомпетентностью персонала, например, внесением отметки о выполнении КД при не полном наличии свидетельств, доказывающих его выполнение.	- оказывать консультативную и практическую помощь сотрудникам СП по идентификации причин несоответствий; - обращать внимание на более детальный анализ возможных действий по выявлению причин несоответствий; - осуществлять дополнительный контроль над заполнением «Журнала регистрации несоответствий и КД» со стороны руководителя СП; - определять и выполнять необходимые КД в полном объёме и в указанный срок; - проводить дополнительное информирование сотрудников о правилах документирования несоответствий и КД, своевременным оформлением документированной информации по процессу, обеспечить доступ всех сотрудников к настоящей ДП.

12. АНТИКОРРУПЦИОННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

12.1 В целях соответствия требованиям международного стандарта МС ISO 37001:2016 организация обязана выявлять и устранять несоответствия в системе антикоррупционного менеджмента.

12.2 Обнаруженные нарушения и жалобы подлежат анализу с определением причин и разработкой корректирующих действий. Принятые меры фиксируются и контролируются, а

их результативность используется для повышения эффективности антикоррупционной политики.

13. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

13.1 Настоящая ДП является внутренним нормативным документом АО «КазУТБ им. К.Кулажанова» и не подлежит представлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов при проведении сертификационного аудита, потребителей-партнеров с разрешения ректора АО «КазУТБ им. К.Кулажанова».

Ф. ДСР -10.2-2026-10-01 (обязательное)

ФОРМА «ЖУРНАЛА РЕГИСТРАЦИИ НЕСООТВЕТСТВИЙ И КД»

	АО «Казахский университет технологии и бизнеса им. К. Кулажанова»	
	СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	
	Журнал регистрации несоответствий и корректирующих действий»	**МС ISO 9000:2015** **МС ISO 9001:2016**
	Ф.ДСР-10.2-2026-10-01 (обязательное)	**Дата введения: «____»_____ 20___ г**

«Журнал регистрации несоответствий и корректирующих действий»

_____

_____

(Полное наименование структурного подразделения)

НАЧАЛО «_____»_____20_____ГОД

ОКОНЧАНИЕ «_____»_____20_____ГОД

ОТВЕТСТВЕННЫЙ_____

АСТАНА, 20__ Г.

Ф. ДСР-7.5-2026-10-01 (обязательное)

«ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ НЕСООТВЕТСТВИЙ И КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ»

№ п/п	Содержание несоответствия	Ф.И.О., должность лица, обнаружившего несоответствие	Мероприятия по устранению причин несоответствий (корректирующие действия)	Исполнители Ф.И.О.	Предполагаемая дата исправления / дата исправления	Результативность	Ф.И.О. контролирующего выполнение КД/ подпись/ дата
1							
2							

Ф. ДСР-10.2-2026-10-02 (обязательное)

ФОРМА ПЛАНА / ОТЧЕТА КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

План / отчет корректирующих действий

Основание_____

Структурное подразделение _____

№	Выявленное несоответствие	Корректирующее действие	Сроки исполнения	Ответственный исполнитель	Отметка о выполнении (заполняется руководителем СП с указанием срока выполнения)	Результативность
1						

Руководитель (название СП) _____(подпись и расшифровка подписи)

Дата составления плана / отчета «_____» _____20____г.

Ф. ДСР-10.2-2026-10-03

ФОРМА «СТАТУС КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В АО «КАЗУТБ ИМ. К. КУЛАЖАНОВА» ЗА _____УЧЕБНЫЙ ГОД»

№	Несоответствие	Проверяемое СП	Пункт ISO 9001:2016	Предполагаемые сроки устранения	Статус КД и сроки устранения
1					
2					

Директор ДСР_____(подпись и расшифровка подписи)

Дата составления отчета «_____» _____20____г.

Ф. ДСР-10.2-2026-10-04

ФОРМА «ПЛАН КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ ПО ИТОГАМ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ/СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ АО «КАЗУТБ ИМ. К. КУЛАЖАНОВА»

УТВЕРЖДАЮ:
Ректор АО «КазУТБ
им. К.Кулажанова»
ФИО

_____
«___» _____ 2026г.

«ПЛАН КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ ПО ИТОГАМ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ/СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ АО «КАЗУТБ ИМ. К. КУЛАЖАНОВА»

№ п/п	**Наименование процесса**	**Наименование риска** *(рекомендации)*	**Уровень риска** *(Высокий уровень риска 15-25 баллов, Средний уровень риска 5-12 баллов)*	**Мероприятия по устранению риска** *(по реализации рекомендаций)*	**Ответственный Ф.И.О.**	**Сроки реализации**	**Подтверждающая документированная информация, содержащая информацию по устранению риска**

Согласовано:
Проректор по АВ
ФИО

_____
«___» _____ 2026г.

Проректор по НиИ
ФИО

_____
«___» _____ 2026г.

Проректор по ВиСР
ФИО

_____
«___» _____ 2026г.

Ф. ДСР-10.2-2026-10-05

Метод «5 Почему?»
Протокол «5 Почему?»:

1. ***Почему произошло несоответствие?*** **- _____**
2. ***Почему?*** **- _____**
3. ***Почему?*** **- _____**
4. ***Почему?*** **- _____**
5. ***Почему? (Глубинная первопричина):*** **- _____**

Ф. ДСР-7.5-2026-01-02 (обязательное)

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись
Проректор по АВ	Аскарбеков Э. Б	09.09.2026	
Проректор по НиИ	Айбульдинов Е. К.	09.09.2026	
Проректор по ВиСР	Бердіғалиұлы С.	09.09.2026	
Директор ДСР	Оразалина Д. К.	09.09.2026	
Руководитель ОСМК	Эрнст А.	09.09.2026	

Ф. ДСР-7.5-2026-01-03 (обязательное)

ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись

Ф. ДСР-7.5-2026-01-04 (обязательное)

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

Номер изменения	Номер извещения об изменении	Номер листов (страниц)				Всего листов (после изменений)	Дата внесения	ФИО, осуществляющего внесение изменений	Подпись, вносившего изменения
		измененных	заменённых	новых	аннулированных				

Ф. ДСР-7.5-2026-01-05 (обязательное)

ЛИСТ УЧЁТА ПЕРИОДИЧЕСКИХ ПРОВЕРОК

Дата проверки	Ф.И.О. лица, выполнившего проверку	Подпись лица, выполнившего проверку	Формулировки замечаний