



جمعية الاستقامة الخيرية الإسلامية العالمية
International Istiqama Muslim Charitable Association

دليل الجودة

الإصدار الأول



جدول المحتويات

5	مقدمة
5	تمهيد
6	مبادئ الجودة
6	منهجية العمليات
8	المجال
9	المراجع المعيارية
10	التعريفات والمصطلحات
11	سياق الجمعية
11	مجال عمل الجمعية
12	نبذة عن الجمعية
12	الرسالة
12	الرؤية
12	المؤثرات الداخلية والخارجية للجمعية
12	احتياجات وتوقعات الأطراف المعنية (المهتمة)
12	مجال تطبيق نظام إدارة الجودة
13	نظام إدارة الجودة والعمليات المنبثقة عنه
14	القيادة
14	القيادة والالتزام
14	التركيز على العميل
15	سياسة الجودة
15	تحديد المسؤوليات والأدوار والصلاحيات الإدارية

16	التخطيط
16	الإجراءات المتبعة لتحديد المخاطر والفرص في الجمعية
16	أهداف الجودة والتخطيط لتحقيقها
17	التخطيط للتغيرات
18	الدعم
18	الموارد
19	الكفاءات
19	التوعية
20	الاتصال الداخلي والخارجي
20	المعلومات الموثقة
21	التشغيل
21	تخطيط وضبط عمليات التشغيل
21	متطلبات الخدمات
22	تصميم الخدمات
22	ضبط العمليات والخدمات والمنتجات التي تتم من خلال مزود خارجي
22	تقديم الخدمات
23	الإفراج عن الخدمات
23	التحكم في المخرجات غير المطابقة
24	تقييم الأداء
24	المراقبة والقياس والتقييم
25	التدقيق الداخلي
25	مراجعة الإدارة
27	التحسين والتطوير
27	عام



27	حالات عدم المطابقة والإجراءات التصحيحية
28	التحسين المستمر
29	الإجراءات
	إجراء التحكم في المعلومات الموثقة
	إجراء التدقيق الداخلي
	إجراء قسم الجودة والمتابعة
49	الملحقات
49	سجل المؤثرات الداخلية والخارجية
50	قائمة الوثائق الخارجية
51	قائمة الوثائق الرئيسية
52	قائمة الوثائق لسجل المخاطر/الفرص
54	ملف أصحاب العلاقة
61	ملحق - جدول التعديلات على دليل الجودة

مقدمة

تمهيد

تبنّت جمعية الاستقامة الخيرية الإسلامية العالمية ثقافة الجودة كخيار استراتيجي للتحسين والتطوير المستدام المستمر، ولتقييم الأداء وتصحيح المسار، وتعظيم النتائج المتميزة

ومن هذا المنطلق يأتي إعداد هذا الدليل ليتلاءم ومواصفة الأيزو 9001:2015، وليسلط الضوء على نظام إدارة الجودة في الجمعية ابتداءً من سياق عمل الجمعية وانتهاءً بالتحسين المستمر الذي تتبناه كقيمة عليا وثقافة راسخة



مبادئ الجودة

تبنت الجمعية مبادئ الجودة، وتعتبرها القاعدة الأساسية التي يبنى عليها نظام الإدارة ومن غير هذه المبادئ التي يمكن تحقيق معايير الجودة بفاعلية، وهذه المبادئ هي:

- التركيز على العميل
- مشاركة العاملين
- القرار المبني على الأدلة
- القيادة
- التحسين
- إدارة العلاقات

منهجية العمليات

عام

يعتمد بناء نظام إدارة الجودة في الجمعية على منهجية العمليات، كنموذج فعال أثبت فعاليته في القدرة على ضبط أنشطة الإدارات ابتداءً من تحديد مدخلاتها وانتهاءً بمخرجاتها مروراً بتقييم كفاءتها من خلال مؤشرات لقياس أدائها من أجل تحسينها وتوجيهها نحو الأهداف التي تطمح الإدارات لتحقيقها

وتعطي الإدارات أهمية عالية عند وضع وتأسيس المخاطر التي يمكن أن تقع أثناء إنجاز الأنشطة المختلفة وما هي الآثار المترتبة على ذلك وكيفية إدارتها وإيجاد الخيارات البديلة وإمكانية تحويلها إلى فرص تصب في مصلحة الجمعية



دورة العمليات (PDCA)

إدارة المخاطر في الجمعية

لقد تم بناء نظام إدارة الجودة في الجمعية على أساس منهجية مبنية على التفكير المبني على المخاطر وإدارة التعامل معها استجابة للمتغيرات السريعة والمفاجئة التي قد تؤدي إلى انحراف عن الأهداف المخطط لها وانخفاض الآتية:

1. تحديد المخاطر المتوقعة والتي قد تؤثر على الإدارات سلبيًا أو إيجابيًا (المخاطر والفرص)
2. تحليل المخاطر من حيث مدى تأثيرها على الإدارات واحتمالية وقوعها، لتصنيف المخاطر وتحديد الأولويات
3. التكامل مع أنظمة إدارية أخرى

إن نظام إدارة الجودة تم بناؤه ليتوافق مع أنظمة الجودة الأخرى مثل

.ISO9000:QualityManagementSystem-Fundamental&Vocabulary

.ISO9004:ManagingfortheSustainedSuccessofanOrganization



المجال

حرصاً من الجمعية على تطوير أدائها وتحسين خدماتها المقدمة للمستخدمين ولجميع الجهات ذات العلاقة سعياً وراء تحقيق رضا هذه الأطراف وتجاوز تطلعاتها، فقد حرصت الجمعية على تطبيق المواصفة الدولية الأيزو **9001:2015** في سبيل تحقيق هذه الغاية.

المراجع المعيارية

المواصفة القياسية الدولية الآيزو 9001:2015 - المتطلبات
المواصفة القياسية ال آيزو 9000 - المفاهيم والمصطلحات



التعريفات والمصطلحات

يكون للكلمات التالية الدلالات المعرفة بها حيثما وردت في الدليل: -

الجمعية

جمعية مرخصة من وزارة الشؤون الاجتماعية و فرعها الرئيسي في مسقط .

سياسة الجودة

التزام الإدارة العليا والعاملين في الجمعية بقيم الجودة مثل التركيز على العميل والتحسين المستمر ... وغيرها. وهي وثيقة معتمدة وموقعة من قبل الرئيس التنفيذي للجمعية ، كما تم نشرها وإيصالها إلى جميع العاملين في الجمعية.

الهدف

يصف شيئاً يجب إنجازه أو نقطة من النقاط المستهدف الوصول إليها، وينبغي أن يكون الهدف يصف شيئاً ذكياً smart ، أي انه: (قابل للقياس -واقعي -محدد -مرتبط بزمن).

المؤثرات الداخلية

العوامل الداخلية الإيجابية أو السلبية التي تؤثر على توجهات الجمعية الاستراتيجية والنتائج المخطط لها مثل (قيم الجمعية، ثقافة العاملين في الجمعية، المعرفة التي يمتلكها العاملون وآلية تداولها، أداء الجمعية) .

المؤثرات الخارجية

العوامل الخارجية الإيجابية أو السلبية التي تؤثر على توجهات الجمعية الاستراتيجية والنتائج المخطط لها مثل (عوامل البيئة الخارجية -اقتصادية، قانونية، تقنية، تنافسية، اجتماعية... وغيرها) .

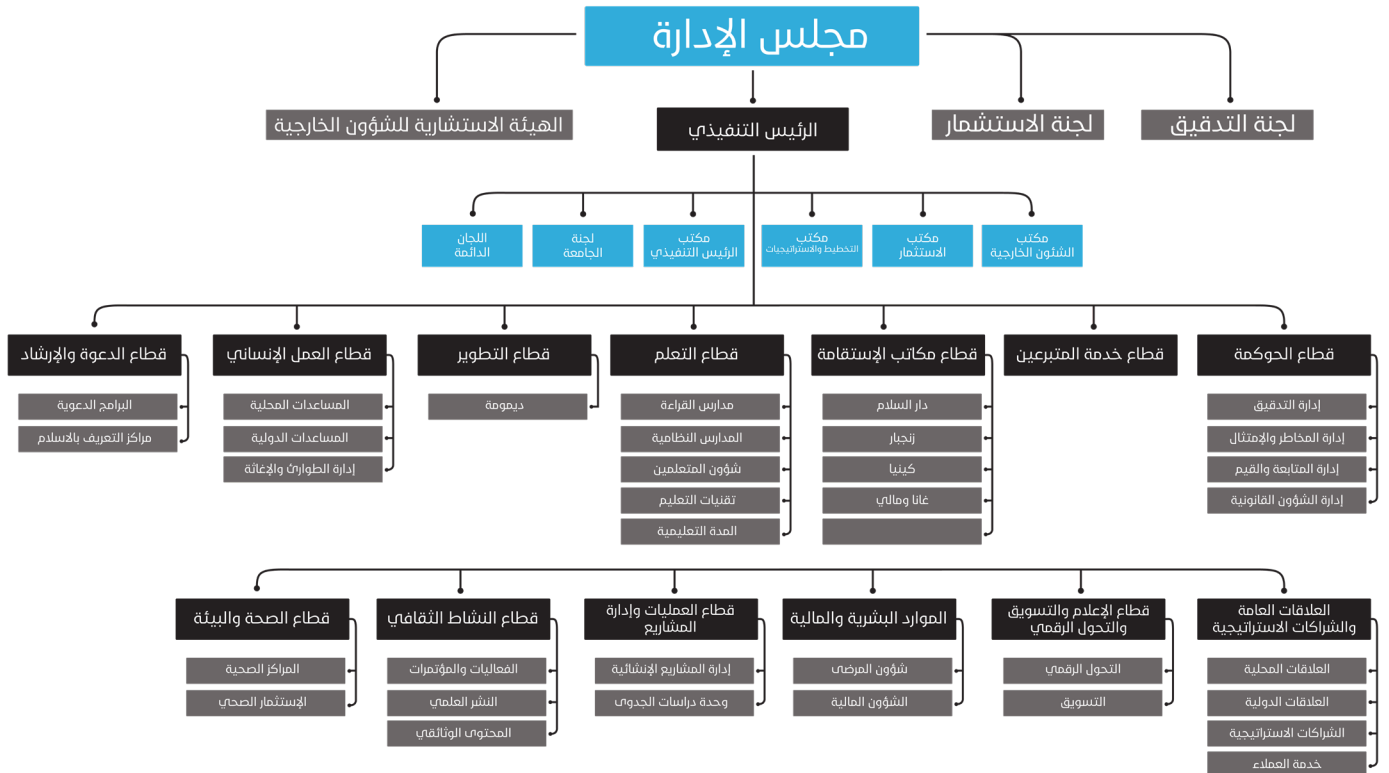
سياق الجمعية

مجال عمل الجمعية

مجالات الجمعية :

- برنامج سقيا الماء
- برنامج الأوقاف
- برنامج المساجد
- برنامج فك كربة
- مشاريع موسمية
- البرنامج التعليمي
- برنامج الكفالات
- البرنامج الدعوي
- مبادرة ديمومة

الهيكل التنظيمي لجمعية الاستقامة





نبذة عن الجمعية:

أنشئت جمعية الاستقامة الخيرية الإسلامية العالمية في عام ١٤١٦ هجرياً الموافق له ١٩٩٥م بسلطنة عمان وتقدم الجمعية خدماتها التطوعية داخل سلطنة عمان ودول شرق أفريقيا

الرؤية:

تحويل المجتمعات الفقيرة من الرعوية الى التنمية .

الرسالة:

توفير بيئة تعليمية وخدمية ومعرفية متكاملة وبناء مجتمع قائم على سد حاجته المعرفية الى جانب سد حاجته الغذائية وتغيير ثقافة المجتمعات ونقلهم من الإحتياج الى الإنتاج ومن الإعتماد الى الإستقلال ومن الإلتماس الى الإكتفاء

المؤثرات الداخلية والخارجية للجمعية:

تتأثر الجمعية بعدد من العوامل الداخلية والخارجية تؤثر إيجاباً وسلباً على توجهاتها الاستراتيجية والنتائج التي تطمح لتحقيقها وقد تم تحديدها ويتم تحديثها بشكل مستمر

احتياجات وتوقعات الأطراف المعنية (المهمة)

قامت الجمعية بتحديد الأطراف التي تؤثر على عملها أو تتأثر بها، ومن ثم حددت احتياجات كل طرف.

مجال تطبيق نظام إدارة الجودة

يتم تطبيق جميع متطلبات المواصفة القياسية الدولية الأيزو ٩٠٠١:٢٠١٥

نظام إدارة الجودة والعمليات المنبثقة عنه

قامت الجمعية بإنشاء نظام إدارة الجودة وتطبيقه على كافة الإدارات، مع مراقبته بشكل دوري ومستمر من أجل تحسينه وتطويره.

قامت الجمعية ببناء نظام الجودة من خلال منهجية العمليات على النحو الآتي: -

- تحديد العمليات الرئيسية والمساندة في الجمعية.
- تحديد مدخلات ومخرجات كل عملية.
- تحديد تداخل هذه العمليات وتكاملها.
- تحديد آليات لمراقبة وضبط العمليات وقياس فعاليتها وكفاءتها.
- تحديد الموارد اللازمة لكل عملية.
- تحديد الصلاحيات والمسؤوليات في كل عملية.
- تحديد المخاطر والفرص المؤثرة على العمليات.
- تقييم العمليات بناء على المؤشرات المحددة لكل عملية لتحسينها.

تم تحديد العمليات التي تندرج تحت كل معيار من معايير المواصفة القياسية الأيزو ٩٠٠١ من خلال الجدول الملحق بالخارطة .

خارطة العمليات في الجمعية بناء على المواصفة القياسية للأيزو ٩٠٠١:٢٠١٥ ، حيث تتوزع العمليات على المعايير كما

رقم المعيار	اسم المعيار	العمليات التي تندرج تحت هذا المعيار
٤	سياق الجمعية	
٥	القيادة	
٦	التخطيط	
٧	الدعم	
٨	العمليات التشغيلية	
٩	تقييم الأداء	
١٠	التحسين	

قامت الجمعية لدعم نظام إدارة الجودة وتيسير مراقبته وضبطه بما يلي:

- المحافظة على المعلومات الموثقة اللازمة لدعم العمليات (إجراءات، سجلات، أدلة عمل، نماذج... الخ) .
- المحافظة على المعلومات الموثقة اللازمة لمراقبة وقياس أداء العمليات كما خطط لها .

كما قامت بإعداد إجراءات تبين كيفية تنفيذ العمليات في الجمعية.



القيادة

القيادة والالتزام

عام

إن قيادة الجمعية أخذت على عاتقها الالتزام بدعم وقيادة نظام إدارة الجودة بشكل مستدام من خلال:

1. المتابعة الدقيقة لضمان فعالية نظام الإدارة: (التقارير الدورية، المراجعة الإدارية...الخ).
2. التأكد من إن سياسة الجودة وأهداف الجودة قد تم تحديدها بناء على توجهاتها الاستراتيجية: (انظر سياسة الجودة).
3. تكامل نظام إدارة الجودة مع كافة أعمال وأنشطة الجمعية.
4. ترسيخ الثقافة المبنية على إدارة العمليات وتوقع المخاطر: (حصر المخاطر بشكل دوري والتخطيط للتعامل معها وتقليل أثرها)
5. التأكد من توفر الموارد اللازمة لنجاح عمل الجمعية: (توفير الموارد المالية والتقنية والمعرفية والبشرية).
6. التأكد من تحقيق نظام الإدارة للنتائج المخطط لها.
7. مشاركة ودعم المستفيدين وتوجيههم للمساهمة في رفع كفاءة نظام الإدارة في الجمعية (من خلال الاجتماعات واللقاءات وفرق العمل، الخ)
8. ترويج التحسين كقيمة وثقافة (كالجودة والتميز وتحسين بيئة العمل والتطوير...الخ).
9. أية أدوار قيادية أخرى تساهم في تطبيق ودعم نظام الجودة .

التركيز على العميل

تهتم الجمعية وتعطي أولوية خاصة لخدمة المستفيدين ويتجلى ذلك من خلال: -

1. معرفة احتياجات المستفيدين والجهات ذات الصلة (وزارة التنمية الاجتماعية - المؤسسات الداعمة والجمعيات المتعاونة) من خلال اللقاءات والزيارات المتكررة والاجتماعات فضلا عن الاستبيانات واستطلاعات الرأي والاقتراحات .
2. تقييم المخاطر والفرص التي تؤثر على سير العمليات وإيجاد البدائل والحلول .
3. تقييم رضا المستفيدين والعمل على رفع مستوى الرضا والاستجابة السريعة لشكاوى المتعاملين .

سياسة الجودة

وضع سياسة الجودة: -

وضعت الإدارة العليا في الجمعية سياسة الجودة بما يتناسب مع سياقها العام والتوجه الاستراتيجي للجمعية، وبما يساهم في تحديد الأهداف والالتزام بالمتطلبات وترسيخ ثقافة التحسين المستمر .

نص السياسة: -

تلتزم الجمعية بوضع وتطبيق وتوثيق منظومة إدارية للجودة وفقا لمتطلبات المواصفة القياسية الدولية (ISO 9001/2015) مما يتيح للجمعية موائمة أهدافها الاستراتيجية مع نظام الإدارة المطبق بهدف تحسين الأداء مع استمرارية التطوير لما يحقق هدفنا الأسمى برفع كفاءة العنصر البشري وتقديم خدمة ذات جودة عالية تضمن رضا المستفيدين وجميع الأطراف المعنية ذات الصلة الداخلية والخارجية .

وتلتزم الإدارة العليا بتبليغ سياسة الجودة إلى جميع موظفي الجمعية والعمل على تنفيذها عن طريق وسائل التواصل المتاحة بالجمعية .

نشر سياسة الجودة: -

قامت الإدارة العليا في الجمعية بإيصال سياسة الجودة من خلال: -

- 1 . توثيق سياسة الجودة واعتمادها.
- 2 . نشر سياسة الجودة من خلال قنوات التواصل المختلفة مع توضيح المفاهيم المنبثقة عنها من أجل العمل بها .
- 3 . توفير سياسة الجودة للأطراف المعنية حيثما كان ذلك مناسباً .

تحديد المسؤوليات والأدوار والصلاحيات الإدارية

قامت الإدارة العليا في الجمعية بتحديد الأدوار الوظيفية والمسؤوليات والصلاحيات من خلال الهيكل التنظيمي والوصف



التخطيط

الإجراءات المتبعة لتحديد المخاطر والفرص في الجمعية

من خلال تحديد المؤثرات الداخلية والخارجية التي تؤثر على الجمعية، بالإضافة إلى تحديد الأطراف المعنية (المهتمة) بالجمعية، فإن الجمعية تراجع بشكل دوري المخاطر والفرص المؤثرة، وذلك من أجل:

1. ضمان أن نظام إدارة الجودة قد حقق النتائج المرجوة.
2. تعظيم الفرص واستغلالها.
3. تقليل الآثار السلبية للمخاطر
4. تحقيق التحسين المستمر.

قامت الإدارة العليا لمواجهة المخاطر في إطار الحوكمة بما يلي:

1. وضع الخطط الكفيلة بالتعامل مع المخاطر المحتملة.
2. إدراج هذه الخطط ضمن الإجراءات والأنشطة في نظام إدارة متكامل وشامل.
3. تقييم مدى فعالية هذه الأفعال المتبعة لمواجهة المخاطر بشكل دوري

أهداف الجودة والتخطيط لتحقيقها

قامت الجمعية بوضع أهداف للجودة تتوافق مع التوجه الاستراتيجي للمؤسسة، ومنسجمة مع سياسة الجودة للجمعية. تضمن هذه الخطة مجموعة من الأهداف الذكية (SMART) لتحقيق مستويات متقدمة من رضا المستفيدين والجهات المهتمة ذات العلاقة.

يتم مراقبه وقياس هذه الأهداف بشكل دوري من خلال تقارير الإنجاز التي تناقش بشكل فصلي. تقوم لجنة الجودة بالجمعية بمتابعة تقارير الإنجاز ودعم الإدارات المختلفة لتحقيق الأهداف .

التخطيط للتغيرات

تتعامل الجمعية مع عملية التغيير في نظام إدارة الجودة من خلال:

- 1 . تحديد الحاجة الحقيقية للتغيير ومدى أثارها المحتملة على العملية التشغيلية .
- 2 . مدى توفر الموارد اللازمة للتغيير.
- 3 . تحديد المسؤوليات والصلاحيات لإدارة عملية التغيير .



الدعم

الموارد

عام:

قامت الجمعية ممثلة بإدارتها العليا بتحديد وتوفير الموارد اللازمة لتطبيق نظام إدارة الجودة وتحسينه، من خلال:

- الأخذ في الاعتبار كفاية الموارد الداخلية في الجمعية والقيود التي من الممكن أن تؤثر في توفير تلك الموارد .

العاملون في الجمعية :

تعتمد الجمعية على مجموعة من الكوادر ذو الكفاءة اللازمة لتحقيق متطلبات نظام إدارة الجودة وتشغيل والتحكم في العمليات .

البنية التحتية:

تتوفر في الجمعية بنية تحتية تضمن تنفيذ العمليات وتقديم الخدمات بجودة عالية وتشمل البنية التحتية في:

- مقرات التشغيل في مسقط وباقي المدن التي بها مكاتب مساندة
- أجهزة الحواسيب في الإدارة و ما تحتويه من برامج مساندة
- مكاتب

البيئة العامة لتشغيل العمليات:

يتم تنفيذ العمليات داخل الجمعية ضمن بيئة عمل تتميز بما يلي:

- متوافقة مع متطلبات الايزو 9000
- آمنة، مريحة.
- خالية من التعقيدات النفسية

موارد المراقبة والقياس اللازمة

تقوم الجمعية متمثلة في إدارة الجودة والمتابعة بتحديد عمليات المراقبة والقياسات المطلوب تنفيذها لإعطاء البرهان على مطابقة الخدمات للمتطلبات المحددة.

إدارة المعرفة

يتم إدارة وتداول المعرفة في الجمعية من خلال :

- البريد الإلكتروني ومن خلال اللقاءات وورش العمل.
- أنظمة إدارة المشاريع والتعليم.

الكفاءات

تقوم الجمعية للتحقق من كفاءة العاملين في مواقعهم بما يلي:

1. تحديد الكفاءات المطلوبة لتنفيذ الأنشطة المتعلقة بالعمليات.
2. تغطية الاحتياجات التدريبية وتنفيذ خطة تدريبية للموظفين.
3. حفظ السجلات التي تتعلق بكفاءة الكادر ومؤهلاتهم وخبراتهم لاستخدامها في التخطيط لتأمين الكفاءات اللازمة بشكل مستمر وعند الطلب

التوعية

تحرص الجمعية على توعية العاملين بما يلي :

- أهداف الجودة
- سياسة الجودة
- الآثار السلبية لعدم تطبيق مبادئ الجودة.
- مدى مساهمة العاملين كافة في رفع أداء الجمعية وتحقيق النجاح المستدام.

يتم ذلك من خلال الاجتماعات الدورية واجتماع مراجعة الإدارة والذي يعرض فيه سياسة وأهداف الجودة ومؤشرات الأداء.



الاتصال الداخلي والخارجي

إن الجمعية قامت بتحديد احتياجات التواصل الداخلي والخارجي من خلال تحديد الجهات المعنية وآليات التواصل والأوقات المحددة لذلك مع تحديد المسؤوليات والموارد اللازمة لذلك.

المعلومات الموثقة

عام :

يتضمن نظام إدارة الجودة في الجمعية جميع الوثائق التي تؤثر في أداء إدارات الجمعية وتساهم في التحسين المستمر (سياسة الجودة، الإجراءات، السجلات، تعليمات العمل، الوثائق الخارجية...الخ)

إنشاء وتحديث الوثائق :

- لدى إنشاء الوثائق في الجمعية، يتم تعريفها وتمييزها من خلال نظام ترميز معتمد من لجنة الجودة في الجمعية.
- يتم الاحتفاظ بالوثائق بنسخة ورقية وإلكترونية عند لجنة الجودة.
- يتم مراجعة الوثائق من قبل مالكي الوثائق واعتمادها من الرئيس التنفيذي.

ضبط المعلومات الموثقة :

- يتم ضبط المعلومات الموثقة في الجمعية حسب إجراء التحكم في المعلومات الموثقة.
- جميع الإدارات في الجمعية مسؤولة عن الاحتفاظ بالمعلومات الموثقة الخاصة بالعمليات ذات العلاقة وأية وثائق تؤثر في نظام إدارة الجودة.

التشغيل

تخطيط وضبط عمليات التشغيل

- تتم إدارة أنشطة الجمعية وتقديم الخدمات من خلال إجراءات مخططة ومتسلسلة تبدأ من تحديد متطلبات المستفيدين والجهات المهتمة.
- يتم التحقق من توفر كافة الموارد اللازمة لتنفيذ الأنشطة وتقديم الخدمات.
- يتم الاحتفاظ بكافة الوثائق المتعلقة بالإجراءات ضمن المدة المقررة للتحقق من مدى فعاليتها والعمل على تحسينها.
- في حالة حدوث أي تغييرات يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان عدم حدوث أي آثار غير مرغوبة قد تؤثر على جودة العمليات أو على رضا المستفيدين أو الجهات ذات العلاقة.

متطلبات الخدمات

التواصل مع المستفيدين والجهات المهتمة :

- يتم التواصل مع مستفيدي الجمعية والجهات المهتمة والمستهدفين من خلال البرامج التنموية والحقوقية من أجل :
- تحديد متطلبات الخدمات المقدمة.
 - استلام الطلبات والتغيرات وتحديد كيفية التعامل مع تلك التغيرات.
 - استقبال أي ملاحظات أو شكاوى أو اقتراحات حول الخدمات المقدمة.

تحديد متطلبات الخدمات

تقوم الجمعية بتحديد متطلبات الخدمات المقدمة للمستفيدين ويتم التأكد من أن :
 متطلبات الخدمات تم تعريفها شاملة المتطلبات القانونية و التشريعية ذات العلاقة والمتطلبات المعمول بها في الجهة المشرفة على الجمعية.

مراجعة متطلبات الخدمات :

تقوم الجمعية بمراجعة كافة المتطلبات المتعلقة بالخدمات قبل تقديمها، وتشمل هذه المتطلبات :



- احتياجات المستفيدين والجهات المهتمة المتفق عليها.
- أية متطلبات ضرورية لتنفيذ أنشطة الجمعية حتى وإن لم يتم ذكرها في الاتفاقيات والتفاهات.
- متطلبات تتعلق بأنظمة وزارة التنمية الاجتماعية وسياساتها.
- المتطلبات القانونية (مثل لوائح الجمعية والأنظمة الحكومية).

التغييرات على متطلبات الخدمات :

عندما يتم إحداث أي تغيير على متطلبات الخدمات، يتم التحقق من وصول الوثائق ذات العلاقة إلى الأشخاص المعنيين من خلال التنسيق بين الإدارات ذات العلاقة.

تصميم الخدمات:

ضبط الأنشطة المتعلقة بتقديم الخدمات :

تقوم الجمعية بتخطيط وتنفيذ عمليات تقديم الخدمات تحت شروط محددة تشمل :

- 1 . إتاحة المعلومات الموثقة التي تحدد مميزات وخصائص الخدمات والعمليات المنفذة وكذلك النتائج المرجوة.
- 2 . إتاحة واستخدام موارد المراقبة والقياس المناسبة.
- 3 . تطبيق أنشطة المراقبة والقياس للتحقق من مدى تحقيق معايير القبول.
- 4 . توفير البنية التحتية وبيئة التشغيل المناسبة لتنفيذ عمليات التشغيل بما يضمن مطابقة المنتجات والخدمات.
- 5 . تعيين الكفاءات المطلوبة لتقديم الخدمات.
- 6 . تطبيق الإجراءات المناسبة لمنع الأخطاء البشرية وذلك عن طريق التدريب المستمر.

الممتلكات الخاصة بالعملاء والمزودين الخارجيين

تقوم الجمعية بالاحتفاظ والتأكد من سلامة الممتلكات الخاصة بالعملاء الذين ساهموا أو أعادوا الجمعية والممتلكات لفترة محدودة .

أنشطة ما بعد التسليم :

تقوم الجمعية بالتواصل المستمر مع أصحاب الممتلكات والمزودين، لضمان استدامة التواصل معهم وتحقيق أكبر قدر من العطاء المتجدد مع المستفيدين.

ضبط التغييرات:

لدى إحداث أي تغييرات في الخدمات المقدمة يتم ضبط هذا التغيير من خلال التنسيق بين الإدارات ذات العلاقة، ويتم الاحتفاظ بالوثائق المطلوبة لذلك.

الإفراج عن الخدمات :

هذا البند غير قابل للتطبيق وفق مجال العمل.

التحكم في المخرجات غير المطابقة

يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة للتحكم في الخدمات غير المطابقة للمواصفات المحددة لمنع تأثير النتائج على المستفيدين حتى ولو بغير قصد ويتم التعامل مع هذه الحالات غير المطابقة طبقاً لإجراء التحكم في الخدمات غير المطابقة والأفعال التصحيحية.

يتم الاحتفاظ بالوثائق التي تبين نوع الخدمات غير المطابقة وكيفية التعامل معها لتقليل أثرها، مع تحديد الشخص المخول بالتعامل مع هذه الحالات.



تقييم الأداء

المراقبة والقياس والتقييم

عام:

تقوم الجمعية لغايات المراقبة والقياس بتحديد ما يلي :

- النقاط الحاكمة في النظام والمطلوب قياسها (نسب إنجاز أهداف الجودة، رضا المستفيدين والجهات الخارجية، مؤشرات أداء العمليات، حالات عدم المطابقة).
- آليات وأدوات القياس الفعالة (الاستبانات، التقارير الفصلية، اللقاءات المخصصة للقياس والتقييم، التدقيق الداخلي والخارجي).

رضا العملاء :

تقوم الجمعية بجمع البيانات الخاصة بمستوى رضا المستفيدين ومتلقي الخدمة عن الخدمة المقدمة كما تقوم الجمعية بجمع البيانات الخاصة برضا الجهات المعنية (المهتمة) وتقوم بمتابعة الشكاوى ودراسة أسبابها وتحديد أسلوب معالجتها وتلافيها.

التحليل والتقييم :

يتم استخدام البيانات الناتجة من الاستبانات واللقاءات وتحليلها بطريقة منهجية استنادًا إلى قواعد دراسات المسح الإحصائي وذلك بهدف تقييم :-

1. مدى مطابقة الخدمات.
2. مدى رضا المستفيدين والموظفين.
3. مدى فعالية نظام إدارة الجودة لها .
4. مدى تحقيق الأهداف الاستراتيجية المخطط لها.
5. مدى فعالية الإجراءات المتخذة لمواجهة المخاطر المحتملة.
6. مدى الحاجة للتطوير والتحسين.

التدقيق الداخلي

يتم إجراء التدقيق الداخلي في الجمعية بشكل سنوي :-

1. مدى مطابقة نظام الإدارة للمعايير والمتطلبات سواء متطلبات الجمعية أو ما يتعلق بمواصفة الأيزو 9001 : 2015.
2. مدى فعالية الإجراءات المطابقة في الجمعية.

تشمل خطة التدقيق الداخلي على العناصر التالية :-

1. تحديد مجال التدقيق والمعايير المطلوب مراجعتها.
2. تحديد المدققين الداخليين لضمان الموضوعية والحيادية.
3. إرسال تقارير التدقيق للجهات ذات العلاقة للتحسين والتطوير.
4. اتخاذ إجراءات التصحيح فورًا دون تأخير مع متابعة الأفعال التصحيحية لمعالجة حالات عدم المطابقة من جذورها.

مراجعة الإدارة:

عام :

تقوم الإدارة العليا بالجمعية بمراجعة نظام إدارة الجودة بشكل سنوي للتحقق من استدامة و فعالية النظام ومدى موائمته مع السياسات واللوائح والتوجهات الاستراتيجية للجمعية.

مدخلات مراجعة الإدارة :

1. حالة الإجراءات المتخذة في المراجعة السابقة (ما تم إغاله وما لم يتم).
2. أية تغييرات في المؤثرات الداخلية والخارجية ذات العلاقة بنظام إدارة الجودة.



3. معلومات تتعلق بأداء الجمعية والاتجاهات السلبية أو الإيجابية في المجالات التالية :-

- مدى تحقيق الأهداف.
- رضا المستفيدين والجهات ذات العلاقة ، بالإضافة للتغذية الراجعة من الأطراف المعنية.
- حالات عدم المطابقة والأفعال التصحيحية.
- تقييم أداء ممولين الخارجيين.
- قياس أداء العمليات ومدى الخدمات للمتطلبات.
- نتائج التدقيق الداخلي.

4. مدى كفاية الموارد.

5. فعالية الإجراءات المتخذة لمواجهة المخاطر وتعظيم الفرص.

6. الفرص الممكنة للتحسين (من خلال الاقتراحات والملاحظات من العاملين والمتعاملين والأطراف المعنية).

مخرجات مراجعة الإدارة :-

لضمان نجاح مراجعة الإدارة ، تتخذ الجمعية قرارات وإجراءات تتعلق بما يلي :-

1. الفرص الممكنة للتحسين والتطوير.
2. تغييرات مهمة في نظام الإدارة.
3. توفير الموارد المختلفة واللازمة لتنفيذ العمليات.

التحسين والتطوير

عام :

تحرص الجمعية على تحديد فرص التحسين والتطوير الكفيلة بتحسين العمليات ورفع رضا المتعاملين مع الجمعية.

وتشمل هذه الفرص :-

1. تحسين الخدمات المقدمة وما يتعلق بهما من خدمات مساندة، بما يلبي المتطلبات الحالية للجهات المستفيدة مع توقع المتطلبات المستقبلية .
2. تقليل الأخطاء و حالات عدم المطابقة، وتصحيح المسار.
3. رفع كفاءة نظام إدارة الجودة لتحقيق الأهداف وتلبية المتطلبات .

حالات عدم المطابقة والإجراءات التصحيحية :

عند حدوث حالة عدم مطابقة في أي موقع أو نشاط في الجمعية :-

- تقوم الجهة المعنية بالتفاعل السريع مع الحالة لتصحيحها والسيطرة عليها لتقليل آثارها، مع دراسة العواقب المترتبة على هذه الحالة.
- تقوم الجهة المعنية وبالتنسيق مع إدارة الجودة بإتخاذ إجراءات منشأها ضمان عدم تكرار الحالة في أي مكان من الجمعية مثل :-
- تحليل الحالة ودراستها بعمق.
- تحديد الأسباب التي أدت لحدوثها.
- دراسة مدى وجود حالات عدم مطابقة مشابهة أو توقع حدوث مثيلاتها.
- يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية و تنفيذها بالسرعة الممكنة.



- يتم تقييم الإجراءات التصحيحية ومدى فاعليتها في معالجة الحالة.
- يتم مراجعة جداول المخاطر والفرص التي تم التخطيط لها على ضوء حالات عدم المطابقة.
- قد يتطلب الأمر تغييرات في نظام إدارة الجودة لمنع وتقليل حالات عدم المطابقة.

يتم الاحتفاظ بمعلومات موثقة عن :

- حالة عدم المطابقة من حيث طبيعتها وما هي الأفعال التصحيحية المتخذة حيالها.
- النتائج المترتبة على هذه الأفعال.

التحسين المستمر:

تحرص الجمعية على التحسين المستمر لنظام إدارة الجودة ومدى قوته وثباته ومطابقتها للمتطلبات.

تستند عملية التحسين بالأساس إلى التغذية الراجعة ونتائج التقييم والتحليل للنظام لتحديد مدى الحاجة للتغيير وتصحيح المسار نحو تحقيق الأهداف المرجوة من نظام إدارة الجودة.

الإجراءات

التحكم في المعلومات الموثقة	اسم الإجراء :
P-1	رقم الإجراء :

الهدف: ضبط آلية نظام إعداد وتعديل ومراجعة واعتماد وإصدار وتنظيم المعلومات الموثقة لنظام إدارة الجودة.

النطاق: يغطي عملية إعداد وتعديل ومراجعة واعتماد وإصدار وتنظيم جميع أنواع الوثائق والإجراءات ذات الصلة بنظام إدارة الجودة للجمعية.

المسؤولية :

- 1. الرئيس التنفيذي
- 2. مديرو الإدارات
- 3. قسم الجودة والمتابعة والتقييم
- 4. لجنة الجودة

تعريفات : 1. الإجراءات : طريقة محددة لتنفيذ نشاط أو عملية.

وتتكون الإجراءات من خطوات مرحلية متتابعة توضح أنشطة إنجاز العمل المطلوب مع تحديد الإدارة والموظف المسؤولة عن إنجاز كل خطوة من الإجراءات، وهذه الإجراءات عادة تشترك في إنجازها عدة إدارات أو إدارة واحدة

2. الوثائق الخاضعة للضبط : تعتبر الوثيقة / النموذج الذي يستخدم أكثر من نسخة منه والذي يضبط الأنشطة المهمة المهمة أو المهام المتعلقة بنظام إدارة الجودة.

المدخلات : طلب إصدار / تعديل / إلغاء وثيقة

المخرجات : تنفيذ الطلب + تحديث سجل المعلومات المعلومات الموثقة

الإجراء:



م	النشاط	المسؤول	النماذج
7.1.	طلب إصدار أو تعديل أو إلغاء الوثائق		
7.1.1.	عند ظهور الحاجة لاستحداث وثيقة جديد أو طلب تعديل أو إلغاء وثيقة معتمدة، يتم استكمال النموذج		
	إصدار وثيقة	مقدم	F-P1-01-R0
	تعديل وثيقة	الطلب	F-P1-02-R0
	إلغاء وثيقة		F-P1-03-R0
7.1.2.	يتم إرسال الطلب لمدير الإدارة لمراجعة الطلب والتنسيق مع الإدارات ذات العلاقة بالوثيقة لإبداء ملاحظات حسب الحاجة.	مقدم الطلب	
7.1.3.	عند استلام الملاحظات، يتم مناقشة الطلب مع رئيس لجنة الجودة بالجمعية وفي حالة الموافقة على الطلب المقدم من قبل الإدارة المعنية، يجب تحديد زمن استكمال وتطبيق التغيير بحيث لا تتعدى المدة خمس أيام للبند في إعداد المسودة (بند 7.2)	مدير الإدارة رئيس لجنة الجودة	
	في حالة رفض الطلب المقدم من الإدارة ذات العلاقة، يجب تحديد سبب الرفض في الطلب وإبلاغ الإدارة المعنية بالطلب.	مدير الإدارة رئيس لجنة الجودة	

7.2. إعداد ومراجعة مسودة الوثائق المستحدثة أو المعدلة

7.2.1.	في حالة استحداث وثيقة جديدة، يجب على المعد أن يحصل من مدير الإدارة / رئيس لجنة الجودة بالجمعية على عنوان ترميز خاصين بالوثيقة المقترحة، ويجب أن يقوم "عضو الجودة / رئيس لجنة الجودة" بوضع عنوان ورقم للوثيقة حسب نظام الترميز المعتمد.	مقدم الطلب
7.2.2.	للوّائق المعدلة (عدا النماذج) يسجل التعديل في جدول التعديلات، وفي حالة الوصول إلى خمس تعديلات للوثيقة يتم إصدار الوثيقة مرة أخرى مع تغيير رقم الإصدار للرقم التالي.	مقدم الطلب
	أما في حالة النماذج يتم إصدار الوثيقة مع تغيير رقم الإصدار للرقم التالي.	رئيس لجنة الجودة
7.2.3.	في حالة تعديل وثيقة، يتم إرسال طلب تعديل من الوثيقة المراد تعديلها للإدارة الطالبة للتعديل .	رئيس لجنة الجودة
7.2.4.	إعداد مسودة الوثيقة الجديدة أو التعديل على النسخة من الوثيقة المراد تعديلها، ومن ثم إرسالها لعضو الجودة بالإدارة (مرفق معها طلب الاستحداث / التعديل) للمراجعة ومناقشتها مع رئيس لجنة الجودة والإدارات ذات العلاقة بالوثيقة (حسب الحاجة).	مقدم الطلب
7.2.5.	في حالة الموافقة، يتم التأشير على الوثيقة من قبل الإدارة ذات العلاقة وإعادة الإرسال للإدارة الطالبة للبدء في الاعتمادات حسب 7.3	أعضاء لجنة الجودة
7.2.6.	في حالة وجود تباين في وجهات النظر بين الإدارة الطالبة والإدارات ذات العلاقة يتم عقد اجتماعات بينهم حتى يتم الاتفاق على الصيغة النهائية ويكون الأمر النهائي للرئيس التنفيذي.	أعضاء لجنة الجودة



7.3. اعتماد الوثائق المستحدثة أو المعدلة

7.3.1.		
الوثيقة	إعداد ومراجعة	اعتماد
دليل نظام الجودة	رئيس لجنة الجودة	الرئيس التنفيذي مجلس الإدارة
الإجراءات الإدارية		
7.3.2.		
في حالة الوثيقة المشتركة مع عدة إدارات أخرى، التأكد من موافقة وتأشير جميع الإدارات على الإجراء.		
7.3.3.		
حفظ أصل الوثائق المعتمدة في ملف خاص.		
7.3.4.		
في حالة تعديل وثيقة، يتم سحب أصل الوثيقة القديمة من ملف الوثائق (بند 7.3.4 من الإجراء) وتحديث الملف بأصل الوثيقة المعدلة ذات الإصدار/ التعديل الجديد.		
يتم التعامل مع الوثائق الملغاة حسب بند 7.4 من هذا الإجراء		
7.3.5.		
مراجعة اعتمادات الوثائق طبقاً للبند من 7.3.1		
7.3.6.		
يسري الإجراء الإداري اعتباراً من تاريخ اعتماده.		
7.3.7.		
تحديث قائمة الوثائق الرئيسية وإبلاغ جميع المعنيين عن طريق البريد الإلكتروني		
7.3.7.		
مدير إدارة الجودة رئيس لجنة الجودة		

7.4. التعامل مع الوثائق الملغاة

7.4.1.	استلام طلب إلغاء وثيقة (حسب بند 7.1)، ومناقشتها مع رئيس لجنة الجودة والإدارات ذات العلاقة بالوثيقة المطلوب إلغاؤها حسب الحاجة.	أعضاء لجنة الجودة
7.4.2.	في حالة الموافقة، يتم التأشير على الوثيقة المطلوب إلغاؤها من قبل الإدارات ذات العلاقة.	أعضاء لجنة الجودة
7.4.3.	في حالة وجود تباين في وجهات النظر بين الإدارة الطالبة والإدارات ذات العلاقة يتم عقد اجتماعات بينهم حتى يتم الاتفاق.	أعضاء لجنة الجودة
7.4.4.	في حالة الموافقة يتم مراجعة الموافقات من قبل الإدارة الطالبة والإدارات ذات العلاقة والرفع إلى الرئيس التنفيذي للموافقة ثم الاعتماد النهائي بالتنسيق مع مجلس الإدارة.	رئيس لجنة الجودة
7.4.5.	الوثائق الملغاة يتم إلغاؤها من الموقع وحفظها في سجل الوثائق الملغاة.	مدير إدارة الجودة
7.4.6.	تحديث قائمة الوثائق الرئيسية وإبلاغ جميع المعنيين عن طريق البريد الإلكتروني.	مدير إدارة الجودة
7.4.7.	يتم سحب أصل الوثيقة الملغاة من ملف الوثائق (بند 7.3.4 من الإجراء) وحفظها في ملف الوثائق الملغاة.	رئيس لجنة الجودة



الوثائق خارجية المنشأ :

7.5.

رئيس لجنة الجودة	إشعار جميع أعضاء لجنة الجودة بطلب تحديث الوثائق الخارجية (المواصفات العالمية / المواصفات المحلية / اللوائح والأنظمة) مع مسؤولي العمليات داخل الإدارات ذات العلاقة.	7.5.1.
عضو لجنة الجودة	متابعة تحديث الوثائق الخارجية (المواصفات العالمية / المواصفات المحلية / اللوائح والأنظمة) مع مسؤولي العمليات داخل الإدارة.	7.5.2.
مدرء الإدارات F1804-R1	تحديث قائمة الوثائق خارجية المصدر.	7.5.3.
عضو لجنة الجودة	مراسلة رئيس لجنة الجودة بالتحديثات عن طريق البريد الإلكتروني	7.5.4.
	طبع وتوزيع الوثائق (الأدلة والإجراءات والإرشادات)	7.6.
رئيس لجنة الجودة	الأصل في توزيع الوثائق أن تتم الكترونياً عن طريق الإيميل. وتعتبر الوثائق (عدا النماذج) المطبوعة غير مراقبة والنسخة الورقية المراقبة محفوظة في إدارة الجودة	7.6.1.
رئيس لجنة الجودة	في حالة التدقيق الداخلي يقوم رئيس لجنة الجودة بضمان توافر الوثائق المحدثة لدى المدققين.	7.6.2.

7.7. تنظيم وضبط المعلومات الموثقة (سجلات الجودة)

7.7.1	الاحتفاظ بجميع المعلومات الموثقة التي تبرهن على تنفيذ العمليات المتعلقة بالإدارة مع تحديد مدة حفظ المعلومات الموثقة ومكان وأسلوب الحفظ (ورقي / إلكتروني)	مسؤولي العمليات لكل الإدارة
7.7.4	التأكد من الدخول الآمن والاستخدام المنظم للمعلومات الموثقة، وأن يتأكد أيضاً من كونها واضحة ومقروءة وجاهزة للاستخدام وأيضاً من إمكانية تتبع مصدرها.	مسؤولي العمليات لكل إدارة
7.7.5	مدة الاحتفاظ بالمعلومات الموثقة يتم توضيحها في بند المرفقات في الإجراءات	عضو لجنة الجودة رئيس لجنة الجودة
7.2.	آلية الترميز المعتمدة	
7.2.1.	الرمز المستهدف P إجراء عمل procedure QM دليل الجودة "Quality manual" F / نموذج "Form"	رئيس لجنة الجودة



7.2.1.

رئيس لجنة الجودة	نوع الوثيقة	الرمز	التفسير
	دليل الجودة	QM-XX	رقم اصدار دليل الجودة XX :
	دليل	P-00	رقم مسلسل الإجراء : 00
	إجراء	F-ZZ-00-Rx	رقم مسلسل الإجراء = ZZ الأعمال أو تعليمات العمل المنسوب إليها النموذج Rx رقم الإصدار للنموذج 00: رقم مسلسل للنموذج

المرفقات :

م	المرفق / النموذج	رقم النموذج	مدة الاحتفاظ بالسجل
1	طلب إصدار وثيقة	F-P1-01-R0	3 سنوات
2	طلب تعديل وثيقة	F-P1-02-R0	3 سنوات
3	طلب إلغاء وثيقة	F-P1-03-R0	3 سنوات
4	قائمة الوثائق الرئيسية	F-P1-04-R0	مستمر ويحدث
5	قائمة الوثائق خارجية المصدر	F-P1-05-R0	مستمر ويحدث

اسم الإجراء :	التدقيق الداخلي
رقم الإجراء :	P-2

الهدف:

- لتحديد ما إذا كان نظام إدارة الجودة مطابق للمتطلبات المواصفة وأهداف الجمعية
- لتحديد ما إذا كان نظام إدارة الجودة مطبق بفاعلية ويتم الحفاظ عليه
- لضمان أن العمليات المختلفة ضمن نظام إدارة الجودة تتم تنفيذها، متابعتها ومراجعتها بانتظام.
- تحديد واكتشاف حالات عدم المطابقة وفرص التحسين، وضمان تنفيذ وتطبيق الإجراءات التصحيحية المناسبة.
- لضمان فعالية الإجراءات التصحيحية والإجراءات الوقائية وللتأكد من مراجعة الفوائد المتحققة من التحسينات المختلفة.

النطاق: يغطي هذا الإجراء عمليات التدقيق الداخلي لنظام إدارة الجودة في الجمعية.

المسؤولية: • رئيس الجودة • مدراء الإدارات • لجنة الجودة • المدقق الداخلي

تعريفات:

- التدقيق: عملية منهجية ومستقلة لاختبار وفحص مدى تطابق الأنشطة المختلفة والنتائج المتعلقة بها مع متطلبات نظام إدارة الجودة.
- التدقيق الداخلي : تدقيق يتم إجراؤه داخلياً بواسطة فريق المدققين الداخليين بهدف تقييم مدى الالتزام بتطبيق الإجراءات المعتمدة، وأيضاً مدى فعالية تطبيق هذه الإجراءات.
- التدقيق الخارجي: تدقيق يتم إجراؤه بواسطة جهة خارجية بهدف تقييم الأنشطة والعمليات والإجراءات.
- خطة التدقيق الداخلي : مستند يحتوي على تاريخ ووقت التدقيق بالإضافة إلى اسم الإدارة والإجراء المدقق عليه.
- عدم المطابقة: الحيود عن تطبيق متطلبات نظام إدارة الجودة طبقاً للوثائق المعتمدة أو بنود مواصفة الأيزو 9001 أو اللوائح والتشريعات القانونية.
- فرص التحسين: عندما يقوم المدقق بلفت الانتباه إلى فرص تحسين في النظام.



المدخلات: التخطيط لتنفيذ المراجعة الداخلية

المخرجات: تقارير نتائج التقرير الداخلي + تنفيذ المراجعة الداخلية

المرفقات :

م	المرفق /النموذج	رقم النموذج	مدة الاحتفاظ بالسجل
1	طلب إصدار وثيقة	F-P1-01-R0	3 سنوات
2	طلب تعديل وثيقة	F-P1-02-R0	3 سنوات
3	طلب إلغاء وثيقة	F-P1-03-R0	3 سنوات
4	قائمة الوثائق الرئيسية	F-P1-04-R0	مستمر ويحدث
5	قائمة الوثائق خارجية المصدر	F-P1-05-R0	مستمر ويحدث

7. الإجراء

م	النشاط	المسؤول	النماذج
7.1.	إعداد برنامج التدقيق الداخلي العام		
7.1.1.	- إعداد خطة التدقيق الداخلي مع بداية كل عام على أن يتم : - التأكد من تدقيق جميع العمليات ضمن نظام إدارة الجودة على الأقل مرة سنوياً. - الأخذ في الاعتبار حالة وأهمية العمليات. - التغيرات المؤثرة على نشاط الجمعية. - نتائج التدقيق السابقة.	رئيس لجنة الجودة	P-2-01-RO
7.1.2.	- التاريخ المبرمج للتدقيق على الإدارات. - الإدارات التي سيتم التدقيق عليها. - معايير التدقيق مثل : - الإجراءات - تعليمات العمل / التشغيل - اللوائح والتنظيمات الخاصة بالجمعية - المعلومات الموثقة ضمن نظام إدارة الجودة	رئيس لجنة الجودة	



م	النشاط	المسؤول	النماذج			
7.1.3.	تحديد رقم تقرير التدقيق الداخلي لكل إدارة (تقرير المراجعة) على أن يكون كالتالي :	رئيس لجنة الجودة	P-2-01-R0			
<table><tr><td>مسلسل التدقيق خلال العام</td><td>سنة التدقيق</td><td>رقم الإدارة</td></tr></table>				مسلسل التدقيق خلال العام	سنة التدقيق	رقم الإدارة
مسلسل التدقيق خلال العام	سنة التدقيق	رقم الإدارة				
7.1.4.	يتم اختيار فريقا التدقيق من قائمة المدققين المؤهلين داخل الإدارات مع التأكد أن تتم عملية التدقيق بحيادية وموضوعية على أن يتم تحديث القائمة دوريًا.	رئيس لجنة الجودة	P-2-02-R0			
7.1.5.	إرسال خطة للتدقيق الداخلي لمدراء الإدارات لمناقشتها	رئيس لجنة الجودة				
7.1.6.	إبداء الملاحظات (إن وجدت على خطة التدقيق الداخلي) من قبل مدراء الإدارات	مدراء الإدارات				
7.1.7.	اعتماد الخطة للتدقيق الداخلي	رئيس لجنة الجودة				
7.1.8	عرض خطة التدقيق الداخلي على الرئيس التنفيذي للمراجعة النهائية	رئيس لجنة الجودة الرئيس التنفيذي				
7.1.9.	إرسال خطة التدقيق الداخلي بعد اعتماده لمدراء الإدارات.	رئيس لجنة الجودة				

م	النشاط	المسؤول	النماذج
7.2	تجهيز وثائق التدقيق الداخلي		
7.2.1	إعداد قائمة الأسئلة للتدقيق بما يتوافق مع الإجراء والعملية التي سيتم التدقيق عليها.	المدقق	P-2-03-R0
7.2.2	مخاطبة المدقق عليه لتحديد الموعد النهائي للتدقيق وفي حالة تغير التاريخ المخطط سابقا في برنامج التدقيق يقوم بإبلاغ مدير الإدارة بالتاريخ الجديد .	المدقق	



م	النشاط	المسؤول	النماذج
7.3.	إجراء التدقيق الداخلي		
7.3.1.	البدء بإجراء لقاء تمهيدي مع العاملين أصحاب العلاقة لدى المدقق عليها، لمناقشة واستعراض هدف ومجال التدقيق ولمراجعة مسار عملية التدقيق	المدقق	
7.3.2.	إجراء التدقيق باستخدام قائمة الأسئلة للاسترشاد بها و لتسجيل الأدلة الموضوعية عليها، في المكان المخصص ” للملاحظات. “ يجب أن يتم تسجيل الوثائق التي يتم الاطلاع عليها، المناقشات والمعلومات التي ستكون مفيدة في إعداد تقرير التدقيق، وفي عمليات التدقيق المستقبلية.	المدقق	
7.3.3.	لدى استكمال عملية التدقيق، يجب استكمال قائمة الأسئلة مبيئاً تطابق أوعدم تطابق كل فقرة تم تدقيقها مع متطلبات المعلومات الموثقة.	المدقق	
7.3.4.	في حالة اكتشاف عدم مطابقة، يتم تسجيلها على نموذج عدم مطابقة تدقيق داخلي مع ذكر رقم خطوة الإجراء	المدقق	P-2-04-RO
7.3.5.	يجب الحصول على توقيع المدقق عليه على تقرير عدم المطابقة (في حالة اكتشاف عدم مطابقة على الإدارة المدقق عليها) وذلك لبيان أن موضوع عدم المطابقة واضح ومفهوم من قبل الإدارة المدقق عليها.	المدقق المدقق عليه	

م	النشاط	المسؤول	النماذج
7.3.6	إجراء الجلسة الختامية مع العاملين أصحاب العلاقة لدى المدقق عليها بوجود مدير الإدارة المعنية وذلك لتلخيص نتائج التدقيق من حيث توصيات التحسين وعدم المطابقة (إن وجد) وذلك للتأكد من وضوح نتائج المدقق عليها.	المدقق	
7.3.7	يتم توزيع تقرير عدم المطابقة على النحو التالي: • أصل التقرير للإدارة المدقق عليها لاستكمال التقرير. • نسخة من التقرير لمدير الإدارة • بنسخة من التقرير مع المدقق للمتابعة	المدقق	
7.4	إعداد تقرير التدقيق الداخلي		
7.4.1.	بعد الانتهاء من التدقيق على الإدارة المعنية، يتم إعداد تقرير التدقيق الداخلي ويتم إرساله إلى رئيس لجنة الجودة مع نسخة من تقرير حالة عدم المطابقة (إن وجد) وقائمة الأسئلة للحفظ.	المدقق	P-2-05-R0
7.5.	متابعة نتائج التدقيق الداخلي		
7.5.1	تسجيل حالات عدم المطابقة في سجل متابعة نتائج التدقيق الداخلي لتسهيل عملية المتابعة والمراجعة	رئيس لجنة الجودة	P-2-06-R0
7.5.2	متابعة حالة تنفيذ وإغلاق حالات عدم المطابقة الخاصة بالتدقيق الداخلي حسب التاريخ المقترح من الإدارة المدقق عليها ومن ثم إغلاق تقرير عدم المطابقة.	مدير الإدارة المدقق رئيس لجنة الجودة	
7.5.3	تحديث سجل متابعة نتائج التدقيق الداخلي	رئيس لجنة الجودة	



م	النشاط	المسؤول	النماذج
7.5.4	في حالة وجود حالات عدم مطابقة لم تغلق، يمكن جدولة تدقيق للمتابعة بشكل خاص لمراجعة طلبات الإجراءات التصحيحية غير المغلقة أو لتأجيل ذلك ليتم خلال التدقيق العادي القادم للإدارة المدقق عليها، وذلك تبعًا لطبيعة ومدى خطورة عدم التطابق و مدير الإدارة والمدقق بالقرار	رئيس لجنة الجودة	
7.5.5	إذا تبين من تدقيق المتابعة أن الإجراءات التصحيحية والوقائية لم تفي بالمطلوب 100% يجب عدم إغلاق الملف وتحويله للإدارة المدقق عليها والرئيس التنفيذي.	رئيس لجنة الجودة	
7.6.	تحليل البيانات		
7.6.1	البدء في تحليل البيانات الخاصة بالتدقيق الداخلي وذلك لمناقشتها في اجتماع مراجعة الإدارة على أن يشتمل تحليل البيانات : • عدد حالات عدم المطابقة الكلي. • عدد حالات عدم المطابقة لكل إدارة. • نسبة حالات عدم المطابقة الغير مغلقة. • نسبة حالات عدم المطابقة المغلقة. • موقف وحالة الأفعال التصحيحية • مقارنة نسبة حالات عدم المطابقة بموقف العام الماضي.	رئيس لجنة الجودة	
7.6.2.	إعداد تقرير شامل عن التدقيق الداخلي وعرضه على الرئيس التنفيذي	رئيس لجنة الجودة	

م	النشاط	المسؤول	النماذج
7.6.3.	إرسال نسخة من تحليل البيانات الخاصة بالتدقيق الداخلي لمدير إدارة الجودة.	رئيس لجنة الجودة	
7.6.4	حفظ ملفات التدقيق الداخلي والتي تشمل على : • برنامج التدقيق الداخلي. • أسئلة التدقيق الداخلي. • تقارير حالات عدم المطابقة. • تقارير التدقيق الداخلي • سجلات الإجراءات التصحيحية / حالات عدم المطابقة. • قائمة بأسماء المدققين الداخليين المعتمدين وصور شهاداتهم. • تقارير تحليل البيانات الخاصة بالتدقيق الداخلي.	رئيس لجنة الجودة	
7.7.	التدقيق غير المجدول		
7.7.1	يتم إجراء تدقيق غير مجدول عند ظهور الحالات التالية : • خلل واضح وخطير في نظام إدارة الجودة أثناء العمليات الاعتيادية. • طلب من قبل الإدارة العليا • شكاوى العملاء الحرجة	رئيس لجنة الجودة	



المرفقات :

م	المرفق / النموذج	رقم النموذج	مدة الاحتفاظ بالسجل
1	برنامج التدقيق الداخلي (خطة المراجعة الداخلية)	P-2-01-R0	3 سنوات
2	قائمة المدققين المؤهلين	P-2-02-R0	3 سنوات
3	قائمة الأسئلة	P-2-03-R0	3 سنوات
4	نموذج عدم مطابقة تدقيق داخلي	P-2-04-R0	3 سنوات
5	تقرير التدقيق الداخلي	P-2-05-R0	3 سنوات
6	سجل متابعة نتائج المراجعة الداخلية	P-2-06-R0	مستمر ويحدث

مؤشرات الأداء:

- تنفيذ التدقيق الداخلي طبقاً للخطة السنوية
- الإنتهاء من غلق حالات عدم المطابقة والتأكد من فاعلية الإجراءات التصحيحية في الوقت المحدد.

اسم الإجراء :	قسم الجودة و المتابعة
رقم الإجراء :	P-3

الهدف: يهدف هذا الإجراء إلى بيان تحقيق نتائج مؤشرات الخطة التشغيلية (الخطة السنوية).

النطاق: الإدارة التنفيذية وقسم الجودة والمتابعة

المسؤولية : منسقة المتابعة والتقييم والجودة

تعريفات: لا يوجد

جهات التوزيع: الرئيس التنفيذي ورئيس مجلس الإدارة.

وصف العملية

1 أولًا: المتابعة الشهرية (الخطة السنوية)

#	الإجراء	المسؤولية	الوثائق/السجلات	مدة الإنجاز
1	استلام التقارير من جميع الإدارات والعمل على اعداد التقرير الشهري وعرضه على الرئيس التنفيذي	مدير المتابعة والتقييم والجودة	التقرير الشهري	أسبوع
2	اعتماد التقرير من الرئيس التنفيذي يتم حفظ نسخة الكترونية وورقية في ملف التقارير الشهرية.	مدير المتابعة والتقييم والجودة		1س
3	إرسال نسخة للرئيس التنفيذي لإرسالها لجميع الأعضاء (نهاية كل شهر).	مدير المتابعة والتقييم والجودة		5د

2 ثانيًا : كتابة التقارير الربع سنوية (إنجازات الإدارة)

#	الإجراء	المسؤولية	الوثائق/السجلات	مدة الإنجاز
1	حصر جميع البيانات من خلال التقارير الشهرية	مدير المتابعة والتقييم والجودة	تقرير ربعي	أسبوعين
2	اعداد مسودة للتقرير وإرسالها وعرضها للرئيس التنفيذي بتاريخ 16 مع نهاية كل ربع	مدير المتابعة والتقييم والجودة		
3	اعتماد المحتوى من الرئيس التنفيذي	مدير المتابعة والتقييم والجودة		



3 ثالثاً: تقييم أداء الخطة السنوية (الخطة التشغيلية)

#	الإجراء	المسؤولية	الوثائق/السجلات	مدة الإنجاز
1	حصر جميع البيانات من خلال التقارير الشهرية وعمل تقرير مفصل من خلال تحديد القيمة المستهدفة والقيمة الفعلية.	مدير المتابعة والتقييم والجودة	تقرير ربعي	شهر
2	إعداد تقييم أداء الخطة السنوية (الخطة التشغيلية).	مدير المتابعة والتقييم والجودة		
3	يتم إرسال التقييم وعرضها على الرئيس التنفيذي.	مدير المتابعة والتقييم والجودة		

4 رابعاً: كتابة التقارير السنوية (إنجازات الجمعية)

#	الإجراء	المسؤولية	الوثائق/السجلات	مدة الإنجاز
1	حصر جميع لبيانات من خلال التقارير الشهرية والربع سنوية	مدير المتابعة والتقييم والجودة	التقرير السنوي	خلال الربع الأول
2	إعداد مسودة للتقرير وعرضها على الرئيس التنفيذي.	مدير المتابعة والتقييم والجودة		
3	بعد اعتماد التقرير من الرئيس التنفيذي يتم تحويله لإدارة العلاقات لإرساله لقسم التصميم حتى يتم تصميم الكتيب السنوي.	مدير المتابعة والتقييم والجودة		

5 خامسًا : إعداد احصائيات عن البرامج الاجتماعية والبرامج التعليمية عن الجمعية

#	الإجراء	المسؤولية	الوثائق/السجلات	مدة الإنجاز
1	القيام بأعداد إحصائية عن البرامج الاجتماعية والبرامج التعليمية.	مدير المتابعة والتقييم والجودة	نشرة ربعية	بشكل ربعي
2	إرسال مسودة محتوى للرئيس التنفيذي ليتم اعتمادها	مدير المتابعة والتقييم والجودة		
3	بعد اعتمادها يتم إرسالها لجميع الإدارات.	مدير المتابعة والتقييم والجودة		



الوثائق:

م	اسم الوثائق	نوعه	ملف الحفظ	مدة الحفظ	أرقام السجلات
1	ملف المتابعة الشهري للخطة السنوية	إلكتروني	مكتب قسم الجودة	دائم	F-P3-1-R0
2	ملف النشرة الربعية	إلكتروني	مكتب قسم الجودة	سنة	F-P3-2-R0
3	ملف التقرير الربعي بإنجازات الجمعية	إلكتروني	مكتب قسم الجودة	دائم	F-P3-3-R0
4	تقييم أداء الخطة السنوية (الخطة التشغيلية)	إلكتروني	مكتب قسم الجودة	3 سنوات	F-P3-4-R0
5	ملف التقرير السنوي للجمعية	إلكتروني	مكتب قسم الجودة	دائم	F-P3-5-R0
6	ملف محاضرات اجتماعات	إلكتروني	مكتب قسم الجودة	3 سنوات	رقم خاص بالإدارات

الملحقات

سجل المؤثرات الداخلية والخارجية

الإدارة :

التاريخ.....

#	نوع المؤثر	وصف المؤثر	وصف التأثير المحتمل	الأفعال اللازمة	المسؤول
1					
2					
3					
4					
5					
6					

