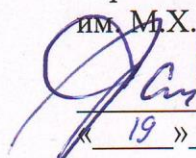


УТВЕРЖДАЮ

И.о. Председателя Правления-Ректора
Таразского регионального университета
им. М.Х. Дулати


« 19 » _____ 2020 г.
М.Н. Сарымбеков



СТАНДАРТ УНИВЕРСИТЕТА «ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ»

СТУ 03-2020

Регистрационный № 215

ТАРАЗ 2020

© Является интеллектуальной собственностью НАО «Университет им. М.Х. Дулати».
Перепечатка и /или дальнейшая передача третьим лицам запрещается.

ПРЕДИСЛОВИЕ

- 1. РАЗРАБОТАН** отделом аккредитации и менеджмента качества
Руководитель рабочей группы – начальник отдела к.ф.н., доцент Г.К. Абдрахман
- 2. ВНЕСЕН** отделом аккредитации и менеджмента качества
Начальник отдела - к.ф.н., доцент Г.К. Абдрахман
- 3. УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ** приказом И.о. Председателя Правления-Ректора НАО «Таразский региональный университет им. М.Х. Дулати»
от 19.11.2020 г. № 152
- 4. РАЗРАБОТЧИКИ:**
 - директор Департамента по академической политике А.Малибеков
 - начальник отдела аккредитации и менеджмента качества Г.К. Абдрахман
- 5. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕРКИ:** 3 года
- 6. ВВЕДЕН ВЗАМЕН** девятой редакции СТУ 03-2019 от 31.01.2019г. Стандарт университета «Внутренние аудиты»

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без разрешения ректора НАО «Таразский региональный университет имени М.Х. Дулати».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Область применения.....	4
2. Нормативные ссылки.....	4
2.1 Нормативные документы	4
3. Основные термины, сокращения и обозначения.....	5
3.1 Основные термины	5
3.2 Сокращения.....	6
3.3 Обозначения.....	6
4. Ответственность и полномочия.....	7
5. Цели и задачи аудита	7
6. Перечень ресурсов, необходимых для внутреннего аудита.....	7
7. Планирование внутренних аудитов	8
8. Подготовка к аудиту	8
9. Подготовка к аудиту на месте	10
10. Проведение аудита.....	10
11. Оформление результатов проверки.....	11
12. Проверка и анализ итогового отчета.....	12
13. Работа с актом о несоответствии.....	13
14. Компетентность внутренних аудиторов.....	16
15. Анализ выходных данных	17
16. Алгоритм проведения процедуры	17
17. Управление рисками	18
18. Изменения СТУ.....	19
19. Согласование, хранение и рассылка	19
20. Приложения	19
Приложение А. Форма годового плана проведения внутреннего аудита.....	21
Приложение Б. Форма программы проведения внутреннего аудита.....	22
Приложение В. Форма опросного листа о состоянии СМК.....	23
Приложение Г. Форма акта о несоответствии	25
Приложение Д. Форма отчета о проверке.....	26
Приложение Е. Классификация несоответствий	27
Приложение Ж. Форма плана корректирующих действий	28
Приложение И. Лист согласования	29
Приложение К. Лист регистрации изменений.....	30
Приложение Л. Лист рассылки.....	31

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящий стандарт университета (далее - СТУ) устанавливает ответственность и требования к планированию и проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества (далее - СМК) в Таразском региональном университете им. М. Х. Дулати (далее - университет).

1.2 Положения настоящего СТУ обязательны для всех структурных подразделений университета.

1.3 Настоящий стандарт входит в состав документов СМК университета.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

2.1 Нормативные документы

В настоящем СТУ использованы ссылки на следующие нормативные документы:

МС ИСО 9000:2015	«Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
МС ИСО 9001:2015	«Системы менеджмента качества. Требования».
МС ИСО 19011:2015	Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента.
Закон Республики Казахстан Кодекс	«Об образовании» от 27.07.2007г. (с изменениями и дополнениями от 04.07.18г..)
Правила	Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года № 414-V (с изменениями и дополнениями от 06.04.2016 г.)
Правила	Типовые правила деятельности организаций высшего и послевузовского образования, утвержденные постановлением Правительства РК № 595 от 30.10.2018г.
Правила	Правила организации учебного процесса по кредитной технологии обучения. Утверждены приказом МОН РК от 31.10.2018 г. №604
Правила	Правила организации учебного процесса по дистанционным образовательным технологиям. Утверждены постановлением Правительства РК от 30.05.2016 года №343
ГОСО РК	ГОСО РК высш. обр.(пр. МОН РК №604 от 31.10.18г.)
Правила	П 11/1.25-2020 Академические правила организации учебного процесса в Таразском региональном университете им. М.Х.Дулати
Программа	Программа развития Таразского регионального университета им.М. Х. Дулати на 2020-2025 годы
СТ РК 1157-2002	«Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования. Основные положения».
Стандарты институциональной аккредитации высших учебных заведений, реализующих программы высшего и послевузовского образования НААР от 24.02.2017г.	Стандарт 1. Стратегическое развитие и обеспечение качества. Стандарт 2. Руководство и менеджмент. Стандарт 3. Управление информацией и отчетность. Стандарт 4. Разработка и утверждение образовательной программы. Стандарт 5. Постоянный мониторинг и периодическая оценка образовательных программ. Стандарт 6. Студентоцентрированное обучение, преподавание и оценка успеваемости. Стандарт 7. Обучающиеся. Стандарт 8. Профессорско-преподавательский состав.

Стандарты специализированной (программной) аккредитации организаций высшего образования НАОКО от 30.06.2019г.	Стандарт 9. Научно-исследовательская работа.
	Стандарт 10. Финансы.
	Стандарт 11. Образовательные ресурсы и системы поддержки студентов.
	Стандарт 12. Информирование общественности.
	Стандарт 1. Цели образовательных программ и политика в области обеспечения качества
	Стандарт 2. Разработка, утверждение образовательных программ и управление информацией
	Стандарт 3. Студентоцентрированное обучение, преподавание и оценка
	Стандарт 4. Прием студентов, успеваемость, признание и сертификация
	Стандарт 5. Профессорско-преподавательский состав
	Стандарт 6. Учебные ресурсы и поддержка студентов
РК 01-2019 П 13.02-2013	Стандарт 7 Информирование общественности
	Стандарт 8. Непрерывный мониторинг и периодическая оценка образовательных программ, периодическая аккредитация
СТУ 01	Руководство по качеству
	«Документирование и управление документацией в Таразском региональном университете им. М.Х. Дулати».
СТУ 05	«Системы менеджмента качества. Стандарт университета. Управление документированной информацией».
	«Системы менеджмента качества. Стандарт университета. Корректирующие действия».
Программа	Программа развития Таразского регионального университета им. М.Х. Дулати

3. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ, СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

3.1 Основные термины

В настоящем СТУ применяются термины и определения в соответствии с МС ИСО 9015, МС ИСО 19011:2015, СТ РК 1157-2002.

Ниже представлены наиболее часто применяемые в настоящем СТУ термины и определения:

Стандарт университета	документ СМК. Документ, разработанный в университете и утвержденный должностным лицом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, руководящие принципы и характеристики различных видов деятельности, или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения деятельности в определенной области;
Форма	шаблон документа СМК;
Запись по качеству	документ СМК, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществления деятельности, оформленный на бумажном носителе или в электронном виде;
Согласование документа	способ предварительного рассмотрения и оценки проекта документа всеми заинтересованными структурными подразделениями университета (должностными лицами);

Утверждение документа	способ удостоверения документа, санкционирующий распространение положений документа на определенный круг должностных лиц университета (структурных подразделений);
Регистрация документа	запись учетных данных о документе по установленной форме, фиксирующая факт его создания, отправления или получения;
Уничтожение документа	полная ликвидация документа;
Номенклатура дел	систематизированный перечень наименований дел, принятых в университете (подразделении), с указанием сроков их хранения, оформленный в установленном порядке.

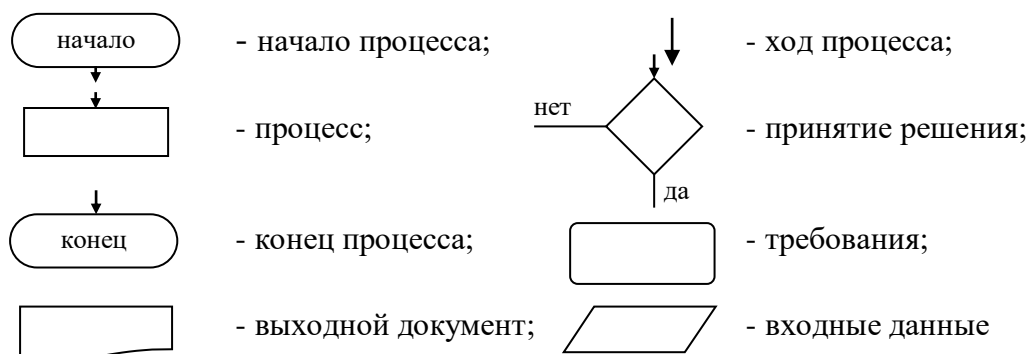
3.2 Сокращения

В настоящем СТУ используются следующие сокращения:

Университет	НАО «Таразский региональный университет им. М. Х. Дулати»;
ГОСО	государственный общеобязательный стандарт образования;
РК	руководство по качеству;
СТУ	стандарт университета;
МИ	методическая инструкция;
РИ	рабочая инструкция;
ПСП	положение о структурном подразделении;
СМК	система менеджмента качества;
ДСМК	документ системы менеджмента качества;
ПО	программное обеспечение;
ОАиМК	Отдел аккредитации и менеджмента качества
РГА	руководитель группы по аудиту;
ГА	группа по аудиту;
АН	Акт о несоответствии;
СП	структурное подразделение;
НСП	начальник (руководитель) структурного подразделения;
ВР	высшее руководство;
ПРК	представитель руководства по качеству.

3.3 Обозначения

В настоящем СТУ используются следующие обозначения:



4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

4.1 Ответственность за утверждение СТУ несет ректор.

4.2 Ректор несет ответственность за утверждение годового плана аудитов качества.

4.3 Ответственность за внедрение и управление процедурой несут ПРК и начальник отдела АиМК.

4.4 Руководителем процедуры является начальник отдела АиМК.

4.5 Ответственность за организацию и координацию деятельности по выполнению конкретных этапов процесса внутреннего аудита и их конечные результаты несет РГА.

4.6 Ответственность за проведение корректирующих и предупреждающих действий по устранению выявленных и потенциальных несоответствий и их причин по результатам внутреннего аудита несут руководители проверяемых СП.

4.7 Ответственность за качество выполнения работ по конкретным этапам аудита несут члены ГА.

4.8 Начальник отдела АиМК несет ответственность:

- за разработку годового плана аудитов;
- за разработку программы аудита;
- за координацию и помощь РГА на всех этапах аудита качества;
- за проведение анализа результатов аудита качества.

4.9 Руководитель СП несет ответственность:

• за своевременное предоставление всех необходимых материалов для проведения аудита качества;

- за заполнение акта о несоответствии.

4.10. РГА несет ответственность:

- за подготовку и проведение всех этапов аудита качества;
- за оформление отчета о проверке;
- за заполнение акта о несоответствии.

4.11 Член ГА (аудитор) несет ответственность за качественное проведение аудита в СП.

5. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ АУДИТА

5.1 Основной целью проведения внутренних аудитов является подтверждение эффективности функционирования СМК и удостоверения, что СМК действует результативно.

5.2 Основными задачами при проведении внутренних аудитов являются:

- оценка степени соответствия СМК требованиям МС ИСО 9001:2015 и другим критериям аудита (СТУ, ГОСО, контракту и т.д.);
- оценка эффективности функционирования СМК и определение возможностей и путей ее улучшения (идентификация области потенциального улучшения СМК);
- установление соответствия и несоответствия СМК установленным требованиям;
- оценка способности СП (университета) выполнять требования контрактов (договоров);
- определение всех причин выявленных несоответствий (основных, дополнительных, сопутствующих);
- проверка и оценка эффективности корректирующих и предупреждающих (улучшающих или совершенствующих) действий по результатам предыдущих проверок.

6. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

6.1 К ресурсам, необходимым для проведения аудита относятся:

- человеческие, временные и материально-технические (бумага, принтер) ресурсы;
- методы и средства улучшения аудита и повышения компетентности аудиторов.

7. ПЛАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

7.1 Проведение внутренних аудитов должно осуществляться в соответствии с МС ИСО 9001:2015 и МС ИСО 19011:2011 по разработанному, внедренному, результативно и эффективно поддерживаемому годовому плану аудита (Приложение А).

7.2 Цель годового плана аудита – спланировать вид и количество аудитов, идентифицировать и обеспечить ресурсами, необходимыми для их проведения.

7.3 Каждый аудит должен базироваться на документированных целях, области и критериях, которые должны входить в годовой план аудита.

7.4 Годовой план проведения внутренних аудитов СМК должен разрабатываться отделом АиМК с учетом:

- статуса и важности процессов и участков, подлежащих аудиту;
- результатов предыдущих аудитов;
- указаний высшего руководства;
- целей аудитов (как всей СМК, так и ее отдельных требований);
- динамики появления несоответствий образовательной услуги;
- актов, составленных по результатам сертификации и инспекционного контроля;
- проведения структурных или других организационных изменений (изменение структуры управления, формы собственности и т.п.).
- изменения требований ГОСО, других нормативных документов и требований потребителей.

7.5 Годовой план внутренних аудитов СМК должен содержать:

- цели аудита;
- критерии аудита;
- область аудита (подразделения, функции, процессы СМК, которые подвергаются аудиту, период времени аудита);
- Ф.И.О. РГА/аудиторов;

7.6 Годовой план проведения внутренних аудитов утверждается ректором.

7.7 Изменения в годовой план проведения внутренних аудитов вносятся по решению ПРК в следующих случаях:

- при введении в действие новых документов СМК;
- при поступлении информации от потребителей или контролирующих внешних организаций о несоответствии качества продукции установленным требованиям;
- при наличии конкретных рекомендаций аудиторов.

7.8 Периодичность (частота) внутренних аудитов устанавливается в зависимости от статуса и важности процессов СП, но не реже одного раза в год.

7.9 Назначение области аудита (глубины и границ аудита) зависит от целей и вида аудита (плановый или неплановый).

8. ПОДГОТОВКА К АУДИТУ

8.1 Проведение внутреннего аудита осуществляется в соответствии с утвержденным годовым планом.

8.2 РГА и состав группы аудиторов назначается начальником отдела АиМК (руководителем процедуры) с учетом компетентности аудиторов, необходимой для достижения целей аудита, и независимости аудиторов от деятельности СП, которое должна проверяться. Если аудит осуществляет один аудитор, он должен выполнять и обязанности

РГА.

8.3 Процесс оценивания компетентности аудиторов должен осуществляться в соответствии с разделом 7 МС ИСО 19011.

8.4 В соответствии с годовым планом внутренних аудитов начальник отдела АиМК - составляет программу аудита; РГА осуществляет проведение конкретных аудитов, а именно:

- распределяет обязанности между членами группы по аудиту;
- извещает проверяемое подразделение и членов группы о времени и объектах аудита.

8.5 Программа внутреннего аудита разрабатывается на основании годового плана внутренних аудитов СМК и включает:

- наименование проверяемого структурного подразделения и/или процессов СМК;
- основание для аудита;
- цели, критерии, объемы данного аудита;
- состав группы аудиторов и сопровождающих лиц;
- график и сроки работы, включая совещания;
- сроки обобщения и согласования результатов аудита;
- распределение ресурсов для проведения аудита;
- ссылки на соответствующие стандарты, методические и рабочие документы.

Форма программы внутреннего аудита приведена в приложении Б.

8.6 Объектами аудита служат:

- область применения СМК;
- соответствие качества продукции требованиям ГОСО и требованиям потребителей;
- полнота и точность отражения требований МС ИСО 9001:2015 в документах СМК;
- функционирование СМК, с точки зрения фактического выполнения требований документов системы, и обеспечение ее результативности в соответствии с МС ИСО 9001:2015.

8.7 Программа внутреннего аудита должна быть согласована со всеми проверяемыми подразделениями и утверждена начальником отдела АиМК.

8.8 РГА уведомляет об аудите руководителя проверяемого СП и аудиторов в срок, не позднее, чем за 7 дней до проведения аудита.

8.9 Руководителю проверяемого СП может предоставляться:

- утвержденная программа аудита;
- опросный лист (при необходимости);
- запрос на необходимые материалы, имеющие отношение к конкретному аудиту.

8.10 К материалам или документам, которые могут быть запрошены аудиторской группой, относятся:

- цели подразделения в области качества;
- положение о СП;
- должностные инструкции руководителя и сотрудников СП;
- нормативные документы, используемые в работе подразделения (стандарты, положения, инструкции и т.д.);
- материалы по предыдущим внутренним аудитам и другие данные, характеризующие работу СП.

8.11 Пример опросного листа по проведению внутреннего аудита приведена в приложении В.

8.12 Решение об использовании опросного листа принимает РГА по согласованию с начальником отдела АиМК.

8.13 В случае, когда аудит осуществляет группа из нескольких лиц, РГА должен распределить обязанности между ними по аудиту с учетом следующих требований:

- обеспечения независимости аудитора;
- аудитор не должен проверять свою собственную работу;
- компетентности аудитора;

- эффективного использования ресурсов.

8.14 В ходе аудита для достижения цели аудита РГА может вносить изменения в распределение обязанностей аудиторов.

9. ПОДГОТОВКА К АУДИТУ НА МЕСТЕ

9.1 РГА должен провести анализ документации, представленной подразделением по пункту 8.10, с целью определения готовности проверяемого подразделения и процессов СМК к аудиту.

9.2 В случае, когда документация СМК подразделения признана неадекватной и не может соответствовать области аудита или его критериям, РГА представляет отчет начальнику ОАиМК, в которой указывает выявленные несоответствия.

9.3 РГА устанавливает срок устранения несоответствий и их причины, а также меры воздействия на руководителей СП и ответственных должностных лиц, по вине которых имеются несоответствия.

9.4 Руководитель РГА совместно с руководителем проверяемого СП, назначает необходимые корректирующие действия.

9.5 Если это целесообразно, ректор издает приказ о мерах административного воздействия на ответственных лиц за нарушения в области СМК.

9.6 Группа по аудиту должна подготовить следующие рабочие документы для проведения аудита на месте:

- «Акт о несоответствии» (приложение Г);
- «Отчет о проверке» (приложение Д).

9.7 Любые записи свидетельств и наблюдений аудита должны храниться до завершения аудита у РГА.

9.8 Хранение документов после завершения аудита производится в отделе АиМК в соответствии с номенклатурой дел.

10. ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТА

10.1 При аудите РГА в СП проводится предварительное совещание вместе с руководителем проверяемого СП и с участием ответственных лиц за проверяемые функции и процессы.

10.2 На предварительном совещании объявляются цели проведения аудита, объясняется его характер и указываются сопровождающие лица.

10.3 Сопровождающие лица должны содействовать группе по аудиту, но они не должны оказывать влияние на проведение аудита. В их обязанности входит:

- обеспечение контактов в назначенное время для бесед;
- обеспечение посещений определенных участков (лабораторий, аудиторий и др.);
- обеспечение безопасности и ознакомление группы по аудиту с правилами безопасности.

10.4 Данные, соответствующие целям, области и критериям аудита, должны быть собраны и проверены, и включать информацию по взаимодействию между функциями, деятельностью, процессами. Только проверенная информация является свидетельством аудита. Свидетельства аудита должны быть записанными.

10.5 В ходе аудита на месте должны использоваться следующие методы аудита:

- опросы сотрудников;
- наблюдения за деятельностью, окружающей и производственной средой и условиями;
- анализ документов.

10.6 Собранные свидетельства аудита должны быть оценены по критериям аудита с

тем, чтобы получить достоверные результаты аудита.

10.7 В случае выявленных несоответствий критериям аудита должна быть заполнена форма «Акт о несоответствии» на каждое выявленное несоответствие. Классификация несоответствий приведена в приложении Е.

10.8 Несоответствие анализируется в СП и заполняется «План корректирующих действий», в качестве предупреждающих действий может также составляться план мероприятий по улучшению.

10.9 Подготовка отчета по результатам аудита включает следующее:

- анализ наблюдений аудита на соответствие его целям;
- согласование отчета;
- подготовка рекомендаций, если это предусмотрено целями аудита.

10.10 Отчет по результатам аудита может охватывать следующее:

- степень соответствия СМК критериям аудита;
- эффективность внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК;
- пригодность, адекватность и результативность процессов СП.

10.11 На заключительном совещании в СП РГА должны быть изложены результаты аудита.

11. ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕРКИ

11.1 РГА несет ответственность за подготовку и содержание отчета по внутреннему аудиту.

11.2 Отчет о проверке (приложение Д) должен содержать следующую полную, точную и понятную запись по аудиту:

- дату и место проведения аудита;
- идентификацию членов группы аудита;
- идентификацию проверяемого СП;
- критерии аудита;
- контакты в ходе аудита;
- выставленные несоответствия и замечания (наблюдения по аудиту);
- описание выявленного несоответствия;
- заключение (рекомендации);
- список рассылки;
- приложения (при необходимости).

В приложении может быть представлена информация:

- статистические данные по аудиту;
- описание препятствий при проведении аудита;
- неразрешенные проблемы между группой аудита и проверяемым СП;
- рекомендации по последующим аудитам и т.д.

В разделе «Заключение» итогового отчета дается оценка того, насколько проверяемое подразделение способно обеспечить достижение целей в области качества; насколько деятельность персонала соответствует требованиям СМК; эффективны ли корректирующие мероприятия по результатам предыдущих проверок; какова оперативность устранения несоответствий (в случае их наличия).

В разделе «Рекомендации» указывается:

- необходимость и срок разработки корректирующих действий на уровне подразделения или организации;
- несоответствия, которые необходимо устранить до разработки плана корректирующих действий;
- предложения для включения в план корректирующих действий;
- рекомендации по совершенствованию документов СМК.

12. ПРОВЕРКА И АНАЛИЗ ОТЧЕТА О ПРОВЕРКЕ

12.1 РГА должен представить отчет о проверке в отдел АиМК в установленный программой аудита срок.

12.2 Начальник отдела АиМК анализирует отчет о проверке совместно с РГА.

«План корректирующих действий» (приложение Ж), при необходимости для предупреждающих действий - план мероприятий по улучшению деятельности составляется руководителем проверяемого СП и согласовывается с РГА.

12.3 Руководители соответствующих СП должны обеспечить, чтобы действия персонала для устранения обнаруженных несоответствий и вызвавших их причин предпринимались без излишней отсрочки.

12.4 Верификация корректирующих и предупреждающих действий.

12.4.1 Верификация результатов корректирующих и предупреждающих действий включает:

- проверку и подтверждение того, что рекомендованные корректирующие действия осуществлены и эффективны;
- при невыполнении корректирующих и предупреждающих действий в установленные сроки – оформление служебной записки, которая передается ПРК.

12.4.2 Проверка выполнения корректирующих и предупреждающих действий в СП осуществляется РГА.

12.4.3 Запись о выполнении в «Плане корректирующих действий» производит РГА.

При составлении плана мероприятий по улучшению деятельности или процессов в целях предупреждающих действий - руководитель подразделения или менеджер по качеству подразделения.

12.4.4 Порядок и правила выполнения корректирующих и предупреждающих действий приведены в СТУ 05 «Корректирующие и предупреждающие действия».

12.5 Анализ внутренних аудитов.

12.5.1 Начальник отдела АиМК периодически (но не реже одного раза в год) анализирует результаты внутренних проверок и представляет их в виде отчета для утверждения и принятия решений.

12.5.2 В отчет включают следующую информацию:

- результаты проверок, сгруппированные по подразделениям;
- оценку динамики изменения зарегистрированных данных;
- среднее количество несоответствий, приходящихся на одну проверку;
- описание повторяющихся значительных несоответствий, место их выявления;
- анализ эффективности корректирующих и предупреждающих мероприятий;
- предложения по совершенствованию СТУ и другой документации СМК;
- оценку эффективности функционирования СМК;
- предложения по совершенствованию СМК.

12.5.3 Результаты анализа внутренних аудитов являются входными данными для анализа со стороны высшего руководства СМК с целью обеспечения ее постоянной пригодности, адекватности и эффективности.

12.5.4 ПРК или начальник ОАиМК периодически на совещаниях по качеству (на заседании Ученого совета или ректората, заседании руководителей структурных подразделений) докладывает результаты анализа внутренних аудитов.

12.5.5 Результаты анализа внутренних аудитов должны использоваться отделом АиМК и другими подразделениями при разработке текущих и перспективных планов, планов по повышению качества обучения и удовлетворению потребностей и ожиданий заказчиков.

12.6 Ведение, хранение документации и записей по аудиту.

12.6.1 Записи по аудиту должны управляться в соответствии СТУ 01 «Управление документированной информацией».

12.6.2 Сроки хранения документов по аудиту устанавливаются номенклатурой дел отдела АиМК.

13. РАБОТА С АКТОМ О НЕСООТВЕТСТВИИ

Для отражения информации о несоответствиях в университете используется акт о несоответствии (приложение Г). Акт о несоответствии заполняется в электронном виде и оформляется на бумажном носителе.

Процесс работы с актом о несоответствии включает в себя в общем случае следующие подпроцессы:

- заполнение акта о несоответствии;
- передача акта о несоответствии;
- выполнение мероприятия по устранению обнаруженного несоответствия;
- текущий контроль выполнения мероприятия по устранению обнаруженного несоответствия;
- планирование корректирующего действия;
- выполнение корректирующего действия;
- текущий контроль выполнения корректирующего действия;
- проверка факта выполнения корректирующего действия;
- снятие с контроля корректирующего действия;
- анализ корректирующего действия;
- хранение акта о несоответствии.

13.1 Типы заполнения акта о несоответствии

Несоответствующая продукция (услуга) может быть выявлена:

- при работе с жалобами потребителей;
- при проведении внутреннего аудита;
- при анализе СМК со стороны руководства.

По типу заполнения акта о несоответствии все источники выявления несоответствующей продукции (услуги) можно объединить в группы:

- Группа 1 - несоответствия, выявленные при исполнении должностных обязанностей сотрудниками подразделений университета, и несоответствия, выявленные на основе жалоб потребителей;

- Группа 2 - несоответствия, выявленные в ходе внутренних аудитов качества;

Группа 3 - несоответствия, выявленные в ходе проведения анализа СМК со стороны руководства университета

13.1.1 Работы по несоответствиям группы 1

Заполнение акта о несоответствии. Сотрудник университета, обнаруживший или получивший информацию о несоответствии, заполняет соответствующие строки акта о несоответствии.

Информация заносится в акт о несоответствии:

- графа «Подразделение/объект проверки» - записывается наименование подразделения и наименование объекта проверки согласно пункту стандарта МС ИСО 9001:2015 или пункты внутренних документов;
- графа «Пункт МС ИСО 9001:2015» – указывается номер пункта стандарта, требование которого не выполняется;
- графа «Аудитор» - указывается Ф.И.О. сотрудника, идентифицировавшего (обнаружившего) несоответствие, его подпись, должность и Ф.И.О.;
- графа «Дата обнаружения несоответствия» - записывается дата обнаружения

несоответствия (день, месяц, год);

- графа «Описание несоответствия» - представляется полное описание выявленного несоответствия с указанием наименования подразделения, в котором оно обнаружено. В этой строке также указывается источник получения информации;
- графа «Градация» - указывается категория несоответствия (значительное, незначительное), указывается номер пункта стандарта, требование которого не выполняется;
- графа «Представитель/руководитель подразделения» - указывается должность и Ф.И.О. лица, которому выставлено несоответствие;
- графа «Причины несоответствия» - отмечаются причины, вызвавшие несоответствие. При заполнении этой строки может быть использована информация лица, которому выставлено несоответствие;
- графа «Предполагаемая дата выполнения корректирующего действия» - указывается дата устранения несоответствия (день, месяц, год);
- графа «Корректирующее действие» - описываются пути устранения несоответствия, указывается исполнитель и дата исполнения. При заполнении этой графы учитывается мнение лица, которому выставлено несоответствие.
- Графа «Корректирующие действия приняты» - указывается Ф.И.О., должность лица, идентифицировавшего несоответствие, с подписью данного лица;
- Графа «Корректирующее действие результативно» - указывается факт выполнения или невыполнения корректирующих действий.

Передача акта о несоответствии. Передача акта о несоответствии осуществляется в следующей последовательности:

1) после заполнения соответствующих строк и граф акта о несоответствии сотрудник университета сохраняет у себя акт о несоответствии и передает его в электронном и на бумажном носителе в ОАиМК;

2) сотрудник отдела АиМК университета регистрирует акт о несоответствии в ОАиМК и ставит на контроль мероприятие по устранению обнаруженного несоответствия.

Выполнение мероприятия по устранению обнаруженного несоответствия. Выполнение мероприятия включает в себя реализацию следующих работ:

- на основании информации в акте о несоответствии исполнитель проводит мероприятия по устранению несоответствия;
- после выполнения мероприятия исполнитель информирует ОАиМК университета о результате работ (по телефону, электронной почте или через внутреннюю информационную сеть).

Текущий контроль выполнения мероприятия по устранению обнаруженного несоответствия. В соответствии с запланированной датой выполнения мероприятия по выявленному несоответствию сотрудник ОАиМК контролирует ход выполнения работ по месту их проведения.

Планирование корректирующего действия. Должностное лицо, (которому выставлено несоответствие) проанализировав причины несоответствия, распоряжается о мероприятиях по устранению причин этого несоответствия. Назначает исполнителя и срок выполнения корректирующего действия. Эти сведения записываются в графу акта о несоответствии “Корректирующее действие”.

Выполнение корректирующего действия. На основании информации в акте о несоответствии исполнитель выполняет корректирующее действие. После выполнения корректирующего действия исполнитель информирует ОАиМК о результате работ (по телефону, электронной почте или через внутреннюю информационную сеть).

Текущий контроль выполнения корректирующего действия. В соответствии с запланированной датой выполнения корректирующего действия по выявленному несоответствию сотрудник ОАиМК контролирует ход выполнения работ по месту их проведения.

Проверка факта выполнения корректирующего действия. Сотрудник ОАиМК передает информацию о выполненном корректирующем действии начальнику ОАиМК. Начальник ОАиМК принимает решение о проведении проверки структурного подразделения с привлечением сотрудников ОАиМК, аудиторов и/или лица идентифицировавшего несоответствие.

Снятие с контроля. На основании проведенной проверки СП сотрудник ОАиМК или аудитор (лицо идентифицировавшего несоответствие) делает отметку о выполнении корректирующего действия.

Хранение акта о несоответствии. Акт о несоответствии подлежит хранению в ОАиМК в электронном виде или на бумажном носителе.

13.1.2 Работы по несоответствиям группы 2

Заполнение акта о несоответствии. На основании несоответствия выявленного в ходе внутреннего аудита, лицо, участвующее в проверке (аудитор), вносит информацию в строки графы акта о несоответствии в соответствии с п. 6.2.1

Передача акта о несоответствии. Лицо, участвующее в проверке (аудитор) сохраняет акт о несоответствии в ОАиМК и передает один экземпляр акта о несоответствии в СП, в котором проводился аудит.

Регистрация и постановка на контроль акта о несоответствии. Сотрудник ОАиМК регистрирует акт о несоответствии в ОАиМК. Сотрудник ОАиМК ставит на контроль мероприятие по устранению обнаруженного несоответствия.

Выполнение мероприятия по устранению обнаруженного несоответствия. На основании данных в акте о несоответствии исполнитель (сотрудник СП) выполняет мероприятие по устранению несоответствия, после его выполнения исполнитель информирует ОАиМК о результате работ (по телефону, электронной почте или через внутреннюю информационную сеть).

Текущий контроль мероприятия по устранению обнаруженного несоответствия. В соответствии с запланированной датой выполнения мероприятия по выявленному несоответствию сотрудник ОАиМК контролирует ход выполнения работ по месту работ.

Планирование корректирующего действия. Руководитель СП проанализировав причины несоответствия, распоряжается о назначении мероприятия по устранению причин. Назначает исполнителя и сроки выполнения корректирующего действия.

Выполнение корректирующего действия. На основании информации в акте о несоответствии исполнитель выполняет корректирующее действие. После выполнения корректирующего действия исполнитель информирует ОАиМК о результате работ (по телефону, электронной почте или через внутреннюю информационную сеть).

Проверка факта выполнения корректирующего действия. Сотрудник ОАиМК передает информацию о выполненном корректирующем действии начальнику ОАиМК. Начальник ОАиМК принимает решение о проведении проверки СП силами ОАиМК или аудитора.

Снятие с контроля. После проверки СП, проверяющий проводит анализ корректирующего действия. Сотрудник ОАиМК или аудитор на основании результатов анализа делает отметку о выполнении корректирующего действия.

Хранение акта о несоответствии. Акт о несоответствии подлежит хранению в ОАиМК в электронном виде или на бумажном носителе.

13.1.3 Работы по несоответствиям группы 3

Заполнение акта о несоответствии. На основании решения ректората (Ученого совета) сотрудник ОАиМК вносит следующую информацию в соответствующие графы акта о несоответствии.

Передача акта о несоответствии. Сотрудник ОАиМК передает один экземпляр акта

о несоответствии руководителю СП (исполнителю).

Регистрация и постановка на контроль акта о несоответствии. Сотрудник ОАиМК регистрирует акт о несоответствии в ОАиМК. Сотрудник ОАиМК ставит на контроль мероприятие по устранению обнаруженного несоответствия.

Выполнение мероприятия по устранению обнаруженного несоответствия. На основании информации в акте о несоответствии исполнитель выполняет мероприятие по устранению несоответствия, после его выполнения исполнитель информирует ОАиМК о результате работ (по телефону и/или электронной почте).

Текущий контроль мероприятия по устранению обнаруженного несоответствия. В соответствии с запланированной датой выполнения мероприятия по выявленному несоответствию сотрудник ОАиМК контролирует ход выполнения работ по месту их проведения.

Выполнение корректирующего действия. На основании информации в акте о несоответствии исполнитель выполняет корректирующее мероприятие. После проведения корректирующего действия исполнитель информирует ОАиМК о результате работ (по телефону, электронной почте или через внутреннюю информационную сеть).

Проверка факта выполнения корректирующего действия. Сотрудник ОАиМК передает информацию о выполненном корректирующем мероприятии начальнику ОАиМК. Начальник ОАиМК принимает решение о проведении проверки СП силами ОАиМК или аудиторов.

Снятие с контроля. После проверки СП, начальник ОАиМК проводит анализ корректирующего действия. Сотрудник ОАиМК или аудитор на основании результатов анализа делает отметку о выполнении корректирующего действия.

Хранение акта о несоответствии. Акт о несоответствии подлежит хранению в ОАиМК в электронном виде или на бумажном носителе.

14. КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВНУТРЕННИХ АУДИТОРОВ

14.1 Требования к внутренним аудиторам.

14.1.1 Внутренние аудиторы должны иметь:

- знания и навыки в области СМК и аудита;
- определенные личные качества;
- образование и практический опыт;
- опыт проведения аудита.

14.1.2 Внутренний аудитор должен знать:

- требования МС ИСО серии 9000;
- принципы, процедуры и методы аудита по МС ИСО 19011:2011 и настоящего СТУ;
- организационную структуру и функциональную деятельность университета;
- содержание законов, норм и другие требования, относящиеся к деятельности университета.

14.1.3 РГА должны иметь дополнительные знания и навыки, которые должны включать:

- планирование внутренних аудитов и эффективное использование ресурсов;
- организацию и распределение работ между членами группы по внутреннему аудиту;
- принятие заключений по внутреннему аудиту;
- предупреждение и разрешение конфликтов;
- подготовку отчета по внутреннему аудиту.

14.1.4 Внутренние аудиторы должны иметь специальные знания и навыки:

- о методах и технологиях, имеющих отношение к качеству;
- по продукции, услугам и процессам деятельности университета.

14.1.5 Внутренний аудитор должен обладать следующими личными качествами: быть

открытым, дипломатичным, наблюдательным, восприимчивым, решительным, уверенным и уметь сосредотачиваться на достижении цели.

14.2 Поддержание и повышение уровня профессионализма внутренних аудиторов.

14.2.1 Должен поддерживаться постоянный рост профессионализма внутренних аудиторов посредством приобретения опыта, обучения, стажировок, участия в совещаниях, семинарах, конференциях, путем самообразования.

14.2.2 Внутренние аудиторы должны поддерживать и демонстрировать свою компетентность в проведении аудитов посредством постоянного участия в аудитах СМК университета.

14.3 Процесс оценивания внутренних аудиторов.

14.3.1 Оценивание внутренних аудиторов проводится в следующем порядке:

- первоначальная оценка лиц, желающих стать внутренними аудиторами;
- регулярная оценка характеристик внутренних аудиторов.

14.3.2 Методы оценки уровня подготовки и компетентности внутренних аудиторов:

- анализ записей об образовании, обучении, работе и опыте по аудиту;
- беседы по оценке личных качеств, знаний и навыков;
- устные и письменные экзамены, психометрическое тестирование;
- анализ обратной связи (письменные свидетельства, жалобы и т.д.).

14.3.3 Оценивание внутренних аудиторов должен осуществлять начальник отдела АиМК (или ПРК), пользуясь одним или несколькими методами оценивания, указанными в п. 13.3.2. Оценивание деятельности внутренних аудиторов при необходимости должно производиться не реже одного раза в год.

15. АНАЛИЗ ВЫХОДНЫХ ДАННЫХ

15.1 Выходные данные настоящего стандарта представлены в таблице 14.1

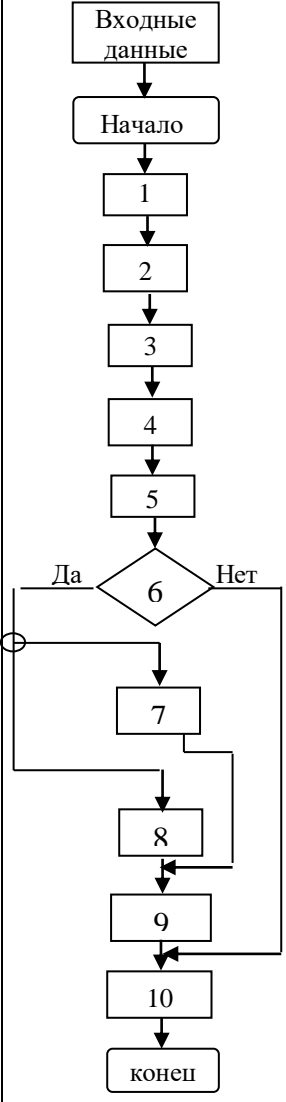
Таблица 15.1 – Выходные данные

Наименование выходных данных	Содержание выходных данных или документ, созданный при выполнении процедуры	Должностное лицо, ответственное за выходные данные
1. Отчет о проведении аудита (в том числе акты о несоответствии)	Отчет, акты о несоответствии	РГА
2. Результаты верификации предпринятых мер по предыдущему аудиту, корректирующим и предупреждающим действиям	Отметка в планах корректирующих действий, планах мероприятий по улучшению деятельности/процессов	РГА, НСП, менеджер по качеству СП
3. Список аудиторов	Список/приказ	Отдел АиМК
4. Цели и программа аудита	Программа	Начальник отдела АиМК, РГА
5. Результаты анализа рекламаций (отзывов)	Отчет	Начальник отдела АиМК, ПРК
6. Анализ отчетов внутреннего аудита	Результаты анализа	Начальник отдела АиМК, ПРК

16. АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

16.1 Алгоритм проведения настоящего СТУ приведен в таблице 15.1

Таблица 16.1 – Алгоритм проведения процедуры

Алгоритм	Этапы Процесса	Ответствен ный	Участник	Получатель информации	Выходящие документы
	1. План внутренних аудитов	Начальник отдела АиМК	Отдел АиМК	ПРК, руководители СП	План аудита
	2. Подготовка к аудиту. Составление программы аудита	Начальник отдела АиМК РГА	Отдел АиМК, ГА	Руководители СП	Программа аудита
	3. Проведение аудита	РГА	Аудиторы	Отдел АиМК	-
	4. Составление отчета о внутреннем аудите	РГА	Аудиторы	Начальник отдела АиМК, ПРК	Отчет об аудите
	5. Анализ отчета	РГА, начальник отдела АиМК	ГА	Руководитель СП	
	6. Коррекция нужна?	РГА, начальник отдела АиМК	Руководитель СП	СП	
	7. Корректирующие действия	РГА, Руководитель СП	Отдел АиМК	ПРК, отдел АиМК	План
	8. Предупреждающие действия	РГА, Руководитель СП	Отдел АиМК	ПРК, отдел АиМК	План улучшений
	9. Верификация предпринятых мер	РГА	СП	ПРК, отдел АиМК	Запись о выполнении в плане
	10. Анализ внутренних аудитов	Начальник отдела АиМК	РГА, отдел АиМК	Ректор, ПРК	Результаты анализа

17. УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ

Оценка вероятности риска

Вероятность	Описание
1 - Маловероятно (0 – 10%)	Рисковое событие вряд ли произойдет
2 – Низкая вероятность (11-25%)	Вероятность рискованного события невелика, но возможна
3 - Вероятно (26-50%)	Рисковое событие, вероятно, произойдет
4 - Очень вероятно (50-100%)	Рисковое событие очень вероятно

Таблица Управление рисками

№	Описание риска	Описание влияния риска	Оценка риска «низкий», «умеренный», «высокий»	Вероятность риска (от 0 до 50%)	Мероприятия по снижению риска	Ответственный	Сроки исполнения
1	1. Уменьшение аудиторов (увольнение аудиторов, уход в декретный отпуск)	1. Снижение полноты охвата видов работ, выполненных ППС. 2. Снижение объективности определения качества работ	«низкий»	(11-25%)	Распределение работ другим аудиторам	Начальник ОАиМК Руководитель и СП, Заведующие кафедрами	В отчетный период
2	Нарушение трудовой дисциплины и норм общественной нравственности	1. Снижение эффективности процесса образовательной деятельности университета. 2. Невыполнение плановых работ, предусмотренные Стратегией развития университета.	«высокий»	(26-40%)	Распределение работ другим аудиторам	Начальник ОАиМК Руководитель и СП, Заведующие кафедрами	В отчетный период
3	Несоблюдение зав. кафедрой требований НПА из-за халатности или из-за незнания	1. Недостовверные сведения в рейтинговой карте. 2. Снижение действенности положения	«низкий»	(11-25%)	Проверка сведений о деятельности преподавателя на достоверность	Заведующий кафедрой	В отчетный период
	Предоставление преподавателем недостоверных сведений о своей деятельности	1. Недостоверные сведения	«умеренный»	(26-30%)	Проверка сведений о деятельности преподавателя на достоверность	Заведующий кафедрой	В отчетный период

18. ИЗМЕНЕНИЯ СТУ

18.1 Разработку, оформление, согласование настоящего СТУ, а также внесение в него изменений производят в соответствии с СТУ 01.

19. СОГЛАСОВАНИЕ, ХРАНЕНИЕ И РАССЫЛКА

19.1 Согласование настоящего СТУ осуществляется с должностными лицами и оформляется в «Листе согласования».

19.2 Рабочие экземпляры настоящего СТУ рассылаются отделом АиМК в структурные подразделения университета.

19.3 Ответственность за передачу настоящего СТУ (первого экземпляра) на хранение в отдел АиМК несет руководитель группы разработчиков.

19.4 Ответственность за хранение и рассылку СТУ возлагается на отдел АиМК. Ответственность за тиражирование СТУ несет директор издательства «Тараз университеті».

20. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А. Форма годового плана проведения внутреннего аудита.

Приложение Б. Форма программы проведения внутреннего аудита.

Приложение В. Форма опросного листа о состоянии СМК.

Приложение Г. Форма акта о несоответствии.
Приложение Д. Форма отчета о проверке.
Приложение Е. Классификация несоответствий.
Приложение Ж. Форма плана корректирующих действий.
Приложение И. Лист согласования.
Приложение К. Лист регистрации изменений.
Приложение Л. Лист рассылки.

**Начальник отдела аккредитации
и менеджмента качества**



Г.К. Абдрахман

Приложение А

(справочное)

Форма годового плана проведения внутреннего аудита**УТВЕРЖДАЮ**И.о. Председателя Правления-Ректора
Таразского регионального университета
им. М.Х. Дулати_____
/регалии/_____
/подпись/_____
/Ф.И.О./

« ____ » _____ 20__ г.

ПЛАН**проведения внутренних аудитов****в Таразском региональном университете им. М.Х. Дулати****в 20__-20__ учебном году**

№ п/п	Цель аудита	Критерии аудита	Область аудита	Аудиторы	Сроки аудита	Отметка о выполнен ии
1	2	3	4	6	7	8

Начальник отдела аккредитации
и менеджмента качества_____
/подпись/_____
/Ф.И.О./

Приложение Б

(справочное)

Форма программы проведения внутреннего аудита**УТВЕРЖДАЮ**

Начальник отдела аккредитации и МК

/подпись/

/Ф.И.О./

«__» _____ 20__ г.

ПРОГРАММА

проведения внутреннего аудита системы менеджмента качества
Таразского регионального университета

1. Структурное подразделение и/или процессы СМК _____

/наименование/

2. Основание для аудита _____

/годовой план, указания высшего руководства/

3. Цель аудита _____

4. Состав группы аудиторов _____

5. Область и критерии аудита _____

Проверяемые функции и/или процесс СМК (объекты аудита)	Критерий аудита (пункт МС ИСО 9001 или другое требование)	Дата аудита	Аудитор (Ф.И.О.)	Представитель подразделения (Ф.И.О.)
1	2	3	4	5
А. Согласование Программы				
Б. Предварительное совещание				
1.				
2.				
В. Обобщение наблюдений аудита				
Г. Заключительное совещание				
Д. Оформление итогового отчета				

Согласовано:

Руководитель подразделения

РГА

/подпись/

/Ф.И.О./

/подпись/

/Ф.И.О./

«__» _____ 20__ г.

«__» _____ 20__ г.

Приложение В

(рекомендуемое)

Форма опросного листа о состоянии СМК

ЛИСТ ОПРОСА О СОСТОЯНИИ СМК

Область аудита _____
/наименование СП, документа СМК/

Контрольные вопросы	Ответ		Пояснение
	да	нет	
1. Общие вопросы			
1.1 Имеется ли в СП перечень документов, относящихся к системе качества?			
1.2 Имеет ли перечень документов официальный статус? (Укажите в пояснении, кем и когда утвержден)			
1.3 Назначено ли лицо, ответственное за поддержание перечня в рабочем состоянии и его ведение? (Укажите в пояснении, кем, когда и каким документом это лицо назначено).			
1.4 Установлен ли документальный порядок ознакомления персонала с документами, включенными в перечень и относящимися к выполняемой ими работе? (Укажите в пояснении, каким документом установлен этот порядок)			
1.5 Установлены ли документально требования к хранению, внесению изменений и изъятию документов (Укажите в пояснении, каким документом)			
1.6 Ознакомлен ли персонал отдела с политикой в области качества?			
1.7 Имеется ли документальное подтверждение ознакомление персонала с политикой в области качества?			
2. Специальные вопросы			
2.1 Определены процессы, необходимые для системы менеджмента качества?			
2.2 Установлена последовательность этих процессов?			
2.3 Определены критерии этих процессов?			
2.4 Эти процессы как наблюдаются и измеряются?			
2.5 Какие меры принимаются для достижения запланированных результатов?			
2.6 Включает ли документация СМК - документально оформленные заявления о политике и целях в области качества? - документированные процедуры, требуемые МС ИСО 9001: 2015? - документы, необходимые для эффективного планирования, работы и управления процессами? - записи о качестве?			
2.7 Как проводится актуализация документов?			
2.8 Как проводится идентификация документов?			
2.9 Как хранятся и уничтожаются документы?			

2.10 Имеется ли положение о подразделении?			
2.11 Ознакомлен персонал с Положением о подразделении?			
2.12 Имеется ли в подразделениях номенклатура дел?			
2.13 Как идентифицируются, хранятся и изымаются записи о качестве?			
2.14 Как поддерживаются связи с поставщиками?			
2.15 Каким образом выполняются требования потребителей?			
2.16 Как осуществляется планирование по процессам в подразделении?			
2.17 Определены ли ответственность и полномочия внутри подразделения?			
2.18 Каким образом осуществляется анализ деятельности в подразделении?			
2.19 Чем можете подтвердить компетентность персонала ?			
2.20 Каким образом проводятся корректирующие и предупреждающие действия подразделения ?			
2.21 Проводится ли проверка предпринятых мер ?			
2.22 Какие методы мониторинга и измерения процессов СМК применяются в подразделении?			
2.23 Как улучшается эффективность СМК и посредством чего?			

Примечание – Приведенный перечень общих вопросов является рекомендуемым и может дополняться аудитором при составлении опросного листа в соответствии с целью и задачами конкретного аудита

Приложение Г
(справочное)
Форма акта о несоответствии
АКТ О НЕСООТВЕТСТВИИ №

Подразделение / Объект проверки		Стандарт: ИСО 9001:2015
	(наименование подразделения)	
	(наименование объекта проверки согласно пункту стандарта ИСО 9001:2015)	
Аудитор:	(Фамилия, И.О.) (подпись)	Дата _____ (день, месяц, год)
Несоответствие		
		Градация: значительное <input type="checkbox"/> незначительное <input type="checkbox"/>
		Пункт стандарта _____
		Руководитель группы _____ (подпись)
		Представитель/руководитель подразделения _____ (подпись)
Причины несоответствия / Корректирующие действия		
Причина несоответствия:		Предполагаемая дата выполнения _____
Корректирующие действия: 1.		Представитель/руководитель подразделения _____ (Фамилия, И.О.) _____ (подпись)
2.		
3.		
Корректирующие действия приняты _____ (Фамилия, И.О. аудитора) (подпись аудитора)		
Подтверждение устранения несоответствия		
Корректирующее действие результативно: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Дата _____ (день, месяц, год)
Аудитор: _____ (Фамилия, И.О.) (подпись)		
Примечание*:		

* привести объективные свидетельства, на основании которых было принято решение о подтверждении устранения несоответствия

Приложение Д
(справочное)
Форма отчета о проверке
ОТЧЕТ О ПРОВЕРКЕ № _____

Дата составления: «___» _____ 20__ г.

Сроки проверки: «___» - «___» _____ 20__ г.

Структурное подразделение и/или процессы СМК _____
/наименование/

Контакты в ходе аудита _____

Аудиторская группа: Руководитель группы _____

Аудиторы: _____

Основание для аудита _____
/план, указания высшего руководства/**1. Общая информация**

Цель проверки _____

Область и критерии аудита (из программы аудита) _____

2. Состояние и характеристика фактически проверенных процессов/элементов

В ходе проверки были проверены следующие процессы и документы подразделения _____

2. Выявленные несоответствия

/ выставленные значительные/ незначительные несоответствия/

4. Заключение и рекомендации

В ходе проверки установлено _____

5. Рассылка

- Руководителю проверяемого структурного подразделения;

- ОАиМК.

Руководитель группы _____
/подпись/ _____ /Ф.И.О./Аудитор _____
/подпись/ _____ /Ф.И.О./

Ознакомлены:

Руководитель проверяемого
структурного подразделения _____
/подпись/ _____ /Ф.И.О./Начальник ОАиМК _____
/подпись/ _____ /Ф.И.О./

Приложение Е
(справочное)
КЛАССИФИКАЦИЯ НЕСООТВЕТСТВИЙ

Наименование несоответствий	Содержание несоответствий
Значительные несоответствия	Полный элемент системы (требование стандарта) или значительная часть элемента пропущен или неэффективен, или если законченный продукт не соответствует установленным требованиям
Незначительные несоответствия	<p>Незначительный недочет в пределах системы (результат человеческого фактора), который может быть быстро исправлен.</p> <p>Несколько незначительных несоответствий одного содержания (неправильное издание документации при применении в нескольких местах) демонстрирует развал системы, и поэтому они могут рассматриваться как одно значительное</p>

Приложение Ж
(справочное)
Форма плана корректирующих действий

УТВЕРЖДАЮ

Представитель руководства по качеству

_____ /подпись/	_____ /Ф.И.О./
« »	20 г.

ПЛАН КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Регистрационный № отчета

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ						
№	Описание несоответствия (пункт МС ИСО 9001:2015/или процесс)	Причина несоответствия	Корректирующее действие	Ответственный за устранение несоответствия	Срок выполнения	Отметка о выполнении
1.						
2.						

Согласовано:

Руководитель
группы по аудиту

«_____» 20 ____ г. _____ /подпись/


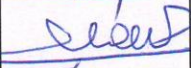
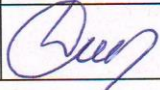
/Ф.И.О./

Руководитель
подразделения

/подпись/
« » 20 г.

/Ф.И.О./



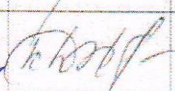

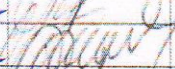

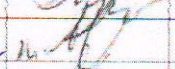


Приложение И
(обязательное)
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Должность	Ф.И.О.	Подпись	Дата
Согласовано:			
И.о. первого проректора	Е.Әмірбекулы		__ . __ . __ Г.
Директор департамента по академической политике	А.Малибеков		__ . __ . __ Г.
Руководитель службы управления персоналом	Д.Джилкибаева		__ . __ . __ Г.

Приложение К
(обязательное)
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

[illegible]

Приложение Л
(обязательное)
ЛИСТ РАССЫЛКИ

	Наименование отдела или должностного лица	Ф.И.О., должностного лица	Номер экземп ляра	Дата получени я	Подпись	Примеча ние
1.	Первый проректор	Әмірбекұлы Е.		16.11.2020		
2.	Директор института «ВХЭиС»	Бейсембин К.Р.		16.11.2020		
3.	Директор института «Ұстаз»	Джолдасова О.К.		16.11.2020		
4.	Декан ФЭиП	Ернишев К.А.		16.11.2020		
5.	Декан ФГСН	Турарова А.Н.		16.11.2020		
6.	Декан ФНГиМ	Шилибек К.К.		16.11.2020		
7.	Декан ТФ	Аймен А.Т.		16.11.2020		
8.	Декан ФИТАиТ	Муратова Г.И.		16.11.2020		
9.	Декан ФДО	Бекмуратов М.М.		16.11.2020		
10.	Начальник ОАиМК	Абдрахман Г.К.		16.11.2020	