



УТВЕРЖДЕН
решением Комитета по качеству,
стратегическому и международному
развитию Таразского университета
им. М. Х. Дулати Протокол № 9 от
«27» 09 2024 г

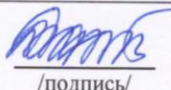
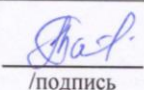
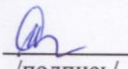
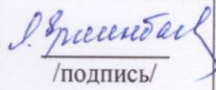


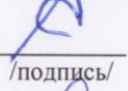
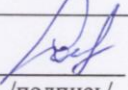
СТАНДАРТ УНИВЕРСИТЕТА «ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ»

СТУ 03-2024

Регистрационный № 19

ТАРАЗ 2024

ПРЕДИСЛОВИЕ

1. РАЗРАБОТЧИКИ	Руководитель управления стратегического развития Дарибаев Ж.Е.	 /подпись/	23.09.24 г.
	Руководитель отдела аккредитации, рейтинга и обеспечения качества Балкибаева Г.А.	 /подпись/	23.09.24 г.
2. ВНЕСЕНО	Отделом аккредитации, рейтинга и обеспечения качества		
3. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕРКИ	3 года		
4. ВВЕДЕН ВЗАМЕН	Стандарт университета «Внутренние аудиты» СТУ 03-2020 от 19.11.2020г., ред. 10		
5. РАССЫЛКА	Рабочий экземпляр, учтенный в настоящем УСТ, распространяется на всех проректоров, руководителей всех структурных подразделений, деканов, кафедр. Выдача копий учтенных рабочих экземпляров осуществляется в соответствии с УСТ 01.		
6. УТВЕРЖДЕНО И ВВЕДЕНО В ДЕЙСТВИЕ	Утвержден решением Комитета по качеству, стратегическому и международному развитию Таразского университета им.М.Х. Дулати, Протокол № 1 от « 27 » 09 2024 г.		
7. СОГЛАСОВАНО:	Член Правления – Проректор по стратегическому развитию и интернационализации Есимова Ш.А.	 /подпись/	26.09.24 г.
	Член Правления – Проректор по академической деятельности Еркинбаева Л.К.	 /подпись/	26.09.24 г.
	Член Правления – Проректор по науке и цифровизации Орынбаев С.А.	 /подпись/	25.09.24 г.
	Член Правления – Проректор по социально-культурному развитию Турлыбек А.Е.	 /подпись/	25.09.24 г.
	И.о. Проректор по развитию инфраструктуры Есмаханов Б.М.	 /подпись/	24.09.24 г.
	Руководитель юридической службы Самбетов С.Т.	 /подпись/	24.09.24 г.

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без разрешения Председателя правления-ректора НАО «Таразский 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 проведения внутреннего аудита.....	8
7. Планирование внутренних аудитов	8
8. Подготовка к аудиту	9
9. Подготовка к аудиту на месте	10
10. Проведение аудита.....	11
11. Оформление результатов проверки.....	11
12. Проверка и анализ отчета о проверке	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	19
18. Приложения	20
Приложение А. Форма годового плана проведения внутреннего аудита.....	20
Приложение Б. Форма программы проведения внутреннего аудита.....	21
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 ознакомления.....	29
Приложение К. Лист регистрации изменений.....	30

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 университете им. М.Х.Дулати (далее – университет Дулати). Положения настоящего стандарта обязательны для применения всеми подразделениями НАО «Таразский университет им. М.Х.Дулати» (далее – университет Дулати), входящими в систему менеджмента качества.

Положения настоящего СТУ обязательны для всех структурных подразделений университета.

Настоящий стандарт входит в состав ДСМК.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

2.1 Нормативные документы

В настоящем СТУ использованы ссылки на следующие нормативные документы:

ИСО 9000:2015	«Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
ИСО 9001:2015	«Системы менеджмента качества. Требования»;
МС ИСО 9001:2015	«Руководящие указания по аудиту системы менеджмента качества и/или системы экологического менеджмента»;
СТК РК 1157-2002	Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования
ИСО 19011:2018	Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента, третья редакция;
СТ РК ISO 19011 - 2019	Руководящие указания по аудиту систем менеджмента
Закон Республики Казахстан	Закон Республики Казахстан № 319-III «Об образовании» от 27.07.2007 №319-III ЗПК (с изменениями и дополнениями);
Кодекс	Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года № 414-V (с изменениями и дополнениями)
Правила	«Типовые правила деятельности организаций высшего и (или) послевузовского образования», Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан № 595 от 30.10.2018 (с изменениями и дополнениями);
Правила	«Правила организации учебного процесса по дистанционному обучению и в форме онлайн-обучения по образовательным программам высшего и (или) послевузовского образования», Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан № 374 от 28.08.2020 (с изменениями и дополнениями);
Стандарт	«Государственный общеобязательный стандарт высшего и послевузовского образования», Приказ Министра науки и высшего образования РК № 2 от 20.07.2022г. (с изменениями и дополнениями)
Устав	Устав Некоммерческого акционерного общества «Таразский университет имени М.Х.Дулати», утвержденный приказом председателя Комитета государственного имущества и приватизации Министерства финансов РК от 18.09.2024г. №660;
Программа	Программа развития Таразского университета им. М.Х.Дулати на 2024-2029 годы;
Политика	Академическая политика Таразского университета имени М.Х.Дулати;

Стандарт университета «Внутренние аудиты»	СТУ 03 - 2024	
---	---------------	--

РК 01	Руководство по качеству;
Концепция	Концепция системы обеспечения качества образования;
СТУ 01	Стандарт университета «Управление документированной информацией»;
СТУ 02	Стандарт университета «Требования к разработке, содержанию и оформлению документации системы менеджмента качества»;
СТУ 04	Стандарт университета «Управление персоналом»;
СТУ 05	Стандарт университета «Корректирующие действия»;
СТУ 06	Стандарт университета «Анализ со стороны руководства».

3. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ, СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

3.1 Основные термины

В настоящем СТУ применяются термины и определения в соответствии с МС ИСО 9001:2015, СТ РК ISO 19011-2019.

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;
Аудит	Систематический, независимый и документированный процесс для получения объективного свидетельства и его объективной оценки для определения степени, с которой выполнены критерии аудита;
Комбинированный аудит	Проводимый в одной проверяемой организации в отношении двух или более систем менеджмента;
Программа аудита	Мероприятия для одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели;
План аудита	Описание мероприятий и порядка проведения аудита;
Критерии аудита	Совокупность требований используемых как эталон, с которым сравнивается объективное свидетельство;
Заключение аудита	результат аудита формируемый после рассмотрения целей аудита и всех выводов аудита;
Группа по аудиту	Одно лицо или более, проводящее(их) аудит при поддержке, если необходимо, технических экспертов;
Риск	Влияние неопределенности;
Соответствие	Выполнение требования;
Несоответствие	Невыполнение требования;
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.

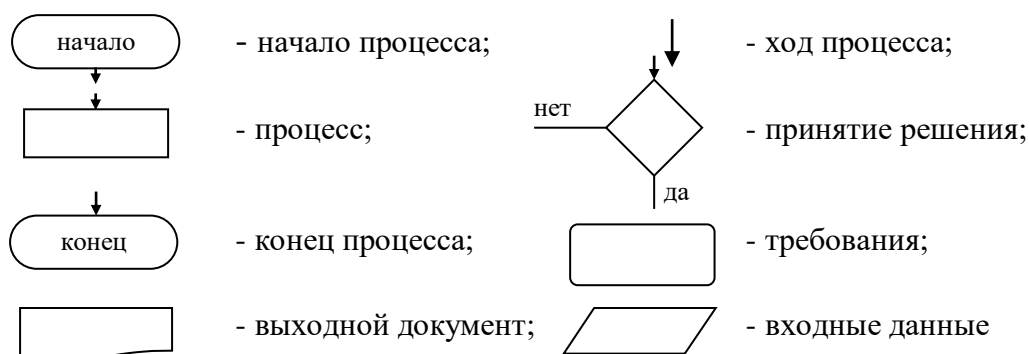
3.2 Сокращения

В настоящем СТУ используются следующие сокращения:

Университет Дулати	НАО «Таразский университет им. М.Х.Дулати»;
СТУ	Стандарт университета;
ИСО	Международная организация по стандартизации;
СТ РК	Стандарт Республики Казахстан;
МС	Международный стандарт;
СМК	Система менеджмента качества;
ДСМК	Документ системы менеджмента качества;
ГОСО	государственный общеобязательный стандарт образования;
РК	руководство по качеству;
МИ	Методическая инструкция;
РИ	Рабочая инструкция;
ПО	программное обеспечение;
ОАРИОК	Отдел аккредитации, рейтинга и обеспечение качества
РГА	Руководитель группы по аудиту;
ГА	Группа по аудиту;
АН	Акт о несоответствии;
ПСП	Положение о структурном подразделении;
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 Настоящий стандарт Университета Дулати обсуждается на заседаниях коллегиальных органов управления университета, оформляется протоколом (Комитет по качеству, стратегическому и международному развитию,) и утверждается решением коллегиального органа и публикуется на сайте университета, являясь доступной для широкой общественности.

4.2 Ответственность за соответствие настоящего стандарта требованиям стандарта СТУ 01 «Управление документированной информацией» несет разработчик документа.

4.3 Ответственность за работы по введению в действие настоящего стандарта, организацию процедур, мониторинга и контроля возлагается на Отдел аккредитации, рейтинга и обеспечения качества.

4.4 Разработка, оформление, согласование и утверждение, а также внесение в него изменений должны проводиться в соответствии с п.01 СТУ.

4.5 Ответственность за организацию и координацию деятельности по выполнению конкретных этапов процесса внутреннего аудита и за их окончательные результаты возлагается на АТЖ.

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

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

4.8 Руководитель Отдела аккредитации, рейтинга и обеспечения качества нечет ответственность:

- за подготовку годового плана аудитов;
- за подготовку программы аудита;
- за координацию и оказание помощи АТЖ на всех этапах аудита;
- за анализ результатов аудита качества.

4.9 Руководитель СП ответственен:

- за своевременное представление всех необходимых материалов для проведения аудита качества;
- за заполнение акта о несоответствиях.

4.10 АТЖ несет ответственность:

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

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

4.12 Ответственность за хранение, тиражирование, размещение на сайте и рассылку пользователям рабочего экземпляра данного стандарта университета возлагается на разработчика.

4.13 Новые рабочие экземпляры настоящего положения рассылаются по факультетам и структурным подразделениям. Ответственность за тиражирование стандарта несет директор издательства «Dulaty university».

4.14 Внесённые в документ СМК изменения должны регистрироваться в «Листе регистрации изменений».

4.15 Ответственность за хранение контрольного экземпляра настоящего положения университета возлагается на руководителя Отдела аккредитации, рейтинга и обеспечения качества.

5. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ АУДИТА

5.1 Основной целью проведения внутренних аудитов является подтверждение эффективности функционирования СМК и удостоверение того, 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 19011-2019 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 АРиОК 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;
- объекты аудита;
- область аудита (подразделения, функции, процессы СМК, которые подвергаются аудиту, период времени аудита);
- Ф.И.О. членов РГА/аудиторов;

7.6 Годовой план проведения внутренних аудитов утверждается Проректором по стратегическому развитию и интернационализации.

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;
- при изменении сроков проведения аудита.

7.8 Периодичность (частота) внутренних аудитов устанавливается в зависимости от статуса и важности осуществляемых СП процессов, 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 на основании приказа о проведении в университете внутреннего аудита, с учетом компетентности аудиторов, необходимой для достижения целей аудита, и независимости аудиторов от деятельности проверяемого СП. 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 19011-2019.

8.4 В соответствии с годовым планом внутренних аудитов руководитель отдела АРиОК - 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 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 АРиОК уведомляет об аудите РГА и состав группы аудиторов не позднее, чем за 7 дней до проведения внутреннего аудита.

8.8 Согласно утвержденной программе, представитель руководства по качеству и главный аудитор проводят открывающее собрание до начала аудита. В собрании принимают участие деканы факультетов и руководители структурных подразделений. На собрании проводится разъяснение задач и методов аудита.

8.9 В проверяемые СП могут быть представлены следующие документы:

- утвержденный план проведения внутреннего аудита;
- 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:

- политика и цели в области качества, утвержденные руководством университета;
- 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 руководителем отдела АРиОК.

8.13 В случае, когда аудит осуществляется группой 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 должна провести анализ документации, представленной подразделением по пункту 8.10 с целью определения готовности проверяемого подразделения и процессов СМК к аудиту.

9.2 В случае, если документация СМК подразделения признана неадекватной и не соответствующей области аудита или его критериям, РГА представляет отчет руководителю ОАриОК, 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, Председатель правления-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 АРиОК 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 Должны быть собраны и проверены данные, соответствующие целям, области и критериям аудита, включая информацию по взаимодействию между функциями, деятельностью, процессами. Только проверенная информация является свидетельством аудита. Свидетельства аудита должны быть записаны.

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 полную, точную и понятную запись по аудиту по следующей схеме:

- 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 АРиОК в установленный программой аудита срок.

12.2 Руководитель отдела АРиОК 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 Руководитель отдела АРиОК 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 руководитель ОАриОК периодически на заседаниях Комитета по качеству (на заседаниях Ученого совета или ректората, заседаниях руководителей структурных подразделений) докладывает результаты анализа внутренних аудитов.

12.5.5 Результаты анализа внутренних аудитов должны использоваться отделом АРиОК 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 АРиОК.

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:

- в графу «Подразделение/объект проверки» записывается наименование подразделения и наименование объекта проверки согласно пункту стандарта МС ИСО 9001:2015;
- в графе «Пункт МС ИСО 9001:2015» указывается номер пункта стандарта, требование которого не выполняется;
- в графе «Аудитор» указывается Ф.И.О. членов группы аудиторов и проставляются их подписи;
- в графу «Дата обнаружения несоответствия» записывается дата обнаружения несоответствия (день, месяц, год);
- в графе «Несоответствие» представляется полное описание выявленного несоответствия с указанием наименования подразделения, в котором оно обнаружено. В этой строке также указывается источник получения информации;
- в графе «Градация» указывается категория несоответствия (значительное, незначительное), указывается номер пункта стандарта, требование которого не выполняется;
- в графе «Представитель/руководитель подразделения» указывается должность и Ф.И.О. лица, которому выставлено несоответствие;
- в графе «Причины несоответствия» отмечаются причины, вызвавшие несоответствие. При заполнении этой строки может быть использована информация о лице, которому выставлено несоответствие;
- в графе «Корректирующее действие» описываются пути устранения несоответствия, указываются исполнитель и дата исполнения. При заполнении этой графы учитывается мнение лица, которому выставлено несоответствие;
- в графе «Предполагаемая дата выполнения корректирующего действия» указывается дата устранения несоответствия (день, месяц, год);
- в графе «Корректирующие действия приняты» указывается Ф.И.О., должность лица, идентифицировавшего несоответствие, с подписью данного лица;
- в графе «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 ОАРИОК;
- 2) сотрудник отдела АРИОК 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 ОАРИОК 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 ОАРИОК контролирует ход выполнения работ по месту его 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 ОАРИОК 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 ОАРИОК контролирует ход выполнения работ по месту их проведения.

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

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

Хранение акта о несоответствии. Акт о несоответствии подлежит хранению в ОАРИОК 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), в соответствии с п. 7.2 вносит информацию в строки графы акта о несоответствии.

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

Регистрация и постановка на контроль акта о несоответствии. Сотрудник ОАРИОК регистрирует акт о несоответствии в журнале. Сотрудник ОАРИОК 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 ОАРИОК 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 ОАриОК 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 ОАриОК о результате работ (по телефону, электронной почте или через внутреннюю информационную сеть).

Проверка факта выполнения корректирующего действия. Сотрудник ОАриОК передает информацию о выполненном корректирующем действии руководителю ОАриОК. Руководитель ОАриОК принимает решение о проведении проверки СП силами ОАриОК или аудитора.

Снятие с контроля. После проверки СП проверяющий проводит анализ корректирующего действия. Сотрудник ОАриОК 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 коллегиальных органов управления университета сотрудник ОАриОК вносит следующую информацию в соответствующие графы акта о несоответствии.

Передача акта о несоответствии. Сотрудник ОАриОК передает один экземпляр акта о несоответствии руководителю СП (исполнителю).

Регистрация и постановка на контроль акта о несоответствии. Сотрудник ОАриОК регистрирует акт о несоответствии в ОАриОК. Сотрудник ОАриОК 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 ОАриОК 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 ОАриОК 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 ОАриОК о результате работ (по телефону, электронной почте или через внутреннюю информационную сеть).

Проверка факта выполнения корректирующего действия. Сотрудник ОАриОК передает информацию о выполненном корректирующем мероприятии руководителю ОАриОК. Руководитель ОАиОК принимает решение о проведении проверки СП силами ОАиОК или аудиторов.

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

Хранение акта о несоответствии. Акт о несоответствии подлежит хранению в ОАриОК 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 ИСО 19011-2019 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 руководитель отдела АРиОК, пользуясь одним или несколькими методами оценивания, указанными в п. 14.3.2. 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 15.1

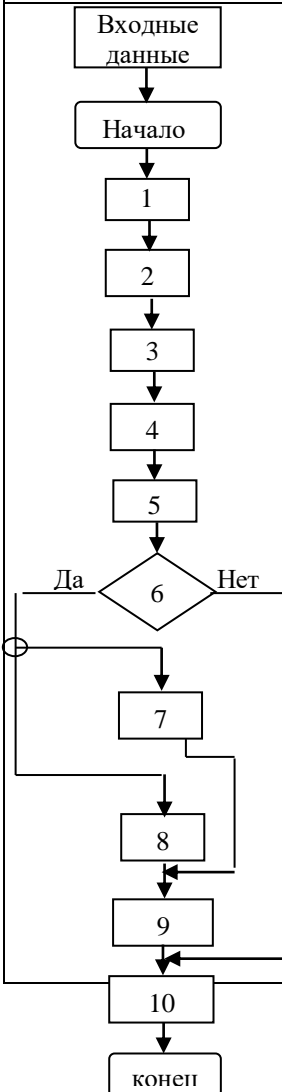
Таблица 15.1 – Выходные данные

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, менеджер СП по качеству
3. Состав аудиторских групп	Список/приказ	Отдел АРиОК
4. Программа аудита в соответствии с п. 9.2 МС ISO 9001:2015	Программа внутреннего аудита	Руководитель отдела АРиОК, РГА
5. Результаты анализа рекламаций (отзывов)	Отчет	Руководитель отдела АРиОК, ПРК
6. Анализ отчетов внутреннего аудита	Результаты анализа	Руководитель отдела АРиОК, ПРК

16. АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

16.1 Алгоритм проведения настоящего СТУ приведен в таблице 16.1

Таблица 16.1 – Алгоритм проведения процедуры

Алгоритм	Этапы Процесса	Ответственный	Участник	Получатель информации	Выходящие документы
	1. План внутренних аудитов	Руководитель отдела АРиОК	Отдел АРиОК	ПРК, руководители СП	План аудита
	2. Подготовка к аудиту. Составление программы аудита и подготовка приказа	Руководитель отдела АРиОК	Отдел АРиОК	Руководители СП	Программа аудита и приказ
	3. Проведение аудита	РГА	Аудиторы	Отдел АРиОК	-
	4. Составление отчета о внутреннем аудите	РГА	Аудиторы	Руководитель отдела АиОК, ПРК	Отчет об аудите
	5. Анализ отчета	РГА, Руководитель отдела АРиОК	ГА	Руководитель СП	
	6. Нужна ли коррекция?	РГА, Руководитель отдела АРиОК	Руководители СП	СП	
	7. Корректирующие действия	РГА, Руководитель СП	Отдел АРиОК	ПРК, отдел АРиОК	План
	8. Предупреждающие действия	РГА, Руководитель СП	Отдел АРиОК	ПРК, отдел АРиОК	План улучшений
	9. Верификация предпринятых мер	РГА	СП	ПРК, отдел АРиОК	Запись о выполнении в плане
	10				
	конец				

	10. Анализ внутренних аудитов	Руководитель отдела АРиОК	РГА, отдел АиОК	Председатель правления-ректор, ПРК	Результаты анализа
--	-------------------------------	---------------------------	-----------------	------------------------------------	--------------------

17. УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ

Таблица 17.1. Анализ нежелательного события. Оценка «Вероятность»

Балл	Описание
1	Маловероятно (практически невозможно)
2	Достаточно вероятно
3	Вероятно
4	Очень вероятно

Таблица 17.2 - Анализ нежелательного события. Оценка «Серьезность»

Балл	Описание
1	Очень низкая (последствия нежелательного события незаметны для внешних сторон)
2	Средняя (единичные случаи недовольства потребителей; незначительные затраты на устранение последствий; отсутствие ущерба репутации университета)
3	Высокая (штрафные санкции, значительные затраты для устранения последствий. Недовольство заинтересованных сторон)
4	Катастрофическая (приостановка деятельности, потеря репутации)

Таблица 17.3 - Шкала приемлемости риска

Вероятность \ Серьезность	Серьезность			
	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

Таблица 17.4 - Управление рисками

№	Процесс	Риск/нежелательное событие	Описание влияния риска на деятельность/процесс	Оценка риска			Мероприятия по снижению риска (обработка риска)	Ответственный	Сроки исполнения
				Вероятность/частота наступления нежелательного события (В)	Серьезность/потенциальные или реальные последствия нежелательного события (С)	Оценка (В*С)			
1									
2									
3									

18. ПРИЛОЖЕНИЯ**Приложение А**

Форма годового плана проведения внутреннего аудита

УТВЕРЖДАЮЧлен Правления – Проректор по
стратегическому развитию и
интернационализации_____
/подпись/ Ш. Есимова
/Ф.И.О./

«____» _____ 20__ г.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ
в Таразском университете им. М.Х. Дулати
в 20__-20__ учебном году

№	Цель аудита	Критерии аудита	Объекты аудита	Область аудита	Группа аудиторов	Срок аудита	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5	6	7	8
АКАДЕМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ							
НЕАКАДЕМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ							

План проведения внутренних аудитов в Таразском университете им. М.Х. Дулати в 20__-20__ учебном году обсужден на заседании Комитета по стратегическому развитию, международного развития и качества (Протокол №__ от __. _____. 20__ г.).

Руководитель Управления стратегического развития _____
 /подпись/ / Ф.И.О./

Руководитель Отдела аккредитации, рейтинга
и обеспечения качества _____
 /подпись/ / Ф.И.О./

Приложение Б

Форма программы проведения внутреннего аудита

НАО «Таразский университет имени М.Х.Дулати»

Приказ Председателя Правления – Ректора
НАО «Таразский университет имени
М.Х.Дулати» № _____
от «___» _____ 20___ года

ПРОГРАММА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА
в соответствии с п. 9.2 Международного стандарта ISO 9001:2015

Собрание по открытию внутреннего аудита	«___» _____ 20___ г. Корпус №___
Представитель руководства по качеству	Член Правления – Проректор по стратегическому развитию и интернационализации Ш.Есимова
Главный аудитор	Руководитель Управления стратегического развития Ж.Дарибаев

Стандарты и критерии ведения контроля аудиторскими группами в ходе аудита	
5.1.2 Ориентация на потребителя	8.1 Планирование деятельности на жизненных этапах производства продукции и оказания услуг
5.2.2 Доведение Политики в области качества	8.5.2 Инвентаризация и надзор
6. Планирование	8.5.6 Управление изменениями
6.1 Действия, связанные с рисками и возможностями	8.6 Өнімдер мен қызмет көрсетулер
6.2. Планирование достижения целей в области качества	8.7 Управление результатами несоответствия процессов. Оценка результатов деятельности
6.3 Планирование изменений	9. Оценка результатов деятельности
7. Средства обеспечения	9.1 Мониторинг, измерение, анализ и оценка
7.1.1. Общие положения	9.1.2 Удовлетворенность потребителей
7.1.2 Человеческие ресурсы	9.1.3 Анализ и оценка
7.1.3. Инфраструктура	9.3 Анализ со стороны руководства
7.1.4 Среда для функционирования процессов	10. Улучшение
7.2. Квалифицированность	
7.3 Осведомленность	
7.4 Ақпарат алмасу	

№	Аудиторские группы и аудиторы	Наименования структур	Время	Дата
АКАДЕМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ				
НЕАКАДЕМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ				

Примечание:

- 1) Отмеченный жирным шрифтом аудитор в аудиторской группе – координатор группы.
2) Координатор отвечает за оформление несоответствий, оформление актов устранения несоответствий, сдачу аудиторского отчета.

Руководитель Управления стратегического развития _____

/подпись/

/ Ф.И.О./

Руководитель Отдела аккредитации, рейтинга
и обеспечения качества

/подпись/

/ Ф.И.О./

Приложение В

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 ознакомления персонала с политикой в области качества?			
2. Специальные вопросы			
2.1 Определены ли процессы, необходимые для системы менеджмента качества?			
2.2 Установлена ли последовательность этих процессов?			
2.3 Определены ли критерии этих процессов?			
2.4 Как наблюдаются и измеряются эти процессы?			
2.5 Какие меры принимаются для достижения запланированных результатов?			
2.6 Включает ли документация СМК: <ul style="list-style-type: none"> - 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 качества и своевременности 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

Форма акта о несоответствии

АКТ О НЕСООТВЕТСТВИИ № _____

Подразделение / Объект проверки	_____ / (наименование подразделения)	Стандарт: ИСО 9001:2015

	(наименование объекта проверки согласно пункту стандарта ИСО 9001)	
Аудитор:	_____	Дата _____
	(Фамилия, И.О.) (подпись)	(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 _____ (день, месяц, год)
Корректирующие действия:		Представитель/руководитель подразделения _____ (Фамилия, И.О.) _____ (подпись)
1.		
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

Форма отчета о проверке

ОТЧЕТ О ПРОВЕРКЕ № _____

Дата составления: «__» _____ 20__ г.

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

Структурное подразделение и/или процессы _____
/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/элементовВ 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;

- ОАиОК.

Руководитель группы

/подпись/

/Ф.И.О./

Аудитор

/подпись/

/Ф.И.О./

Ознакомлены:

Руководитель проверяемого
структурного подразделения

/подпись/

/Ф.И.О./

Руководитель ОАиОК

/подпись/

/Ф.И.О./

Приложение Е

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	Незначительный недочет в пределах системы (результат человеческого фактора), который может быть быстро исправлен. Несколько незначительных несоответствий одного содержания (неправильное издание документации при применении в нескольких местах) демонстрирует развал системы, и поэтому они могут рассматриваться как одно значительное

Приложение Ж

Форма плана корректирующих действий

УТВЕРЖДАЮ

Представитель руководства по качеству

/подпись/

/Ф.И.О./

«_____» _____ 20__ г.

ПЛАН КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Регистрационный № отчета _____

К О Р Р Е К Т И Р У Ю Щ И Е Д Е Й С Т В И Я						
№	Описание несоответствия (пункт МС ИСО 9001:2015/или процесс)	Причина несоответствия	Корректирующее действие	Ответственный за устранение несоответствия	Срок выполне ния	Отметка о выполнен ии
1.						
2.						

Согласовано:

Руководитель
аудиторской группы

/подпись/

«_____» _____ 20__ г.

/Ф.И.О./

Руководитель
подразделения

/подпись/

«_____» _____ 20__ г.

/Ф.И.О./

Приложение К

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

[illegible]