



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО РЫБОЛОВСТВУ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

СМК АГТУ. ПП – 03.2016

**ПОЛОЖЕНИЕ
ПО ПРОЦЕДУРЕ ПРОВЕДЕНИЯ
ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ**

ПРЕДИСЛОВИЕ

1. РАЗРАБОТАНО в Центре образовательной политики (ЦОП) Астраханского государственного технического университета.
2. УТВЕРЖДЕНО И ВВЕДЕНО в действие приказом ректора № 394 от 01.11.2016
3. ИЗДАНИЕ № 11.
4. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ № **СМК АГТУ. ПП – 03.2016.**
5. ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ПРОВЕРКА проводится один раз в 12 месяцев.
6. ИЗМЕНЕНИЯ разрабатываются по результатам применения, аудитов, законодательных, нормативных, структурных или других изменений в АГТУ.

Лист изменений

Номер изменения	Дата	Страницы с изменениями	Перечень откорректированных пунктов
1.	21.12.2005	Стр.6	П. 2
		Стр. 8	П. 5
		Стр. 9	П. 5
		Стр. 10	П. 6.2
		Стр. 13	П. 6.5
		Стр. 15	П. 6.6
		Стр. 19	Приложение 3
2.	11.12.2008	Стр. 9	П.5
		Стр. 11	П. 6.2
		Стр. 12	П. 6.3
		Стр. 13, 14	П. 6.5,
		Стр. 16	Приложение 1,
		Стр. 17	Приложение 2
		Стр. 18	Приложение 3
3.	22.11.2010	Стр. 6	П. 2
		Стр. 7	П. 3
		Стр. 8	П. 5
		Стр. 10	П. 6.1.
		Стр. 11	П. 6.2.
		Стр. 12	П. 6.4
		Стр. 13	П. 6.5
		Стр. 14	П. 6.6
		Стр.16	Приложение 1
4.	01.02.2011	Стр. 13	П. 6.5
		Стр. 19	Приложение 3
5.	12.01.2012	Стр. 9, 10, 12	П. 5, 6.1, 6.4
6.	12.04.2013	Стр. 7	П.3
7.	05.11.2013	Стр. 6	П.1
8.	19.11.2013	Стр. 6	П.1, 2
		Стр. 7, 8	П.3
		Стр. 8	П. 4
		Стр. 9	П. 5
		Стр. 10	П. 6, п. 6.1
		Стр. 11, 12	П. 6.2
		Стр. 15	П. 6.7, 6.8
9.	20.01.2015	Стр. 9	П. 5
		Стр. 10-12	П. 6.2
		Стр. 16	П. 6.8
10.	25.12.2015	Стр. 10	П. 6
		Стр. 12	П. 6.3
		Стр. 13	П. 6.4
		Стр. 15	П. 6.5
		Стр. 18	Приложение 3
11	01.11.2016	Стр. 6, 7,10, 13, 15, 17, 18, 20	П.2, 3, 6.1., 6.4., 6.6., Приложения 1, 2, 4

Лист периодических проверок

[illegible]

Лист ознакомления

[illegible]

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

1. НАЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Процедура устанавливает порядок и правила проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества (СМК) АГТУ (включая филиалы и обособленное структурное подразделение (ОСП) «Волго-Каспийский морской рыбопромышленный колледж»).

Цели проведения аудитов:

- установление соответствия или несоответствия процессов СМК установленным требованиям и применению;
- определение эффективности внедренной СМК с точки зрения целей, установленных в области качества;
- получение данных для улучшения СМК;
- проверка выполнения и оценка эффективности корректирующих и предупреждающих мероприятий по результатам предыдущих проверок;
- удовлетворение нормативных требований.

Настоящая Процедура устанавливает:

- порядок подготовки документов по аудиту;
- порядок действий при проведении аудитов;
- порядок действий аудиторов по результатам аудита.

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Аудиту подвергаются процессы СМК, документация СМК и записи о регистрации качества.

Основанием для выполнения процедуры являются:

- приказ ректора АГТУ (директора филиала, ОСП) по проведению плановых внутренних аудитов СМК в соответствии с графиком (или внеплановой проверки);
- утвержденный График внутренних аудитов на текущий год;
- утвержденная программа внутреннего аудита (прил. 1).

Объектами внутренних проверок в АГТУ являются:

- степень соответствия функционирующей СМК собственному Руководству по качеству (РК), процедурам СМК;
- соответствие оказываемых услуг внешним документам, регламентирующим эту деятельность: ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) и ФГОС ВО и СПО;
- применение и выполнение всех требований к услугам и продукции АГТУ, в т. ч. потребителей/заказчиков;
- удовлетворенность потребителя и других заинтересованных сторон;
- адекватность внутренних нормативных документов СМК АГТУ действиям персонала.

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ

В настоящей процедуре используются следующие группы стандартизированных терминов:

- термины, относящиеся к аудиту (см. МС ИСО 9000:2015 (ГОСТ Р ИСО 9000-2015), раздел 3, подраздел 3.13; МС ИСО 19011:2002 (ГОСТ Р ИСО 19011-2012) раздел 3, подразделы 3.1, 3.2, 3.5, 3.8, 3.9, 3.11, 3.12, 3.13, 3.14);
- термины, относящиеся к данным, информации и документам (см. МС ИСО 9000:2015 (ГОСТ Р ИСО 9000-2015, раздел 3, подраздел 3.8);
- термины, относящиеся к качеству (см. МС ИСО 9000:2015 (ГОСТ Р ИСО 9000-2015), раздел 3, подраздел 3.6.2);
- термины, относящиеся к менеджменту (см. МС ИСО 9000:2015 (ГОСТ Р ИСО 9000-2015), раздел 3, подраздел 3.3.3, 3.3.4.).

Определения этих терминов см. МС ИСО 9000:2015 (ГОСТ Р ИСО 9000-2015) Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь, МС ИСО 19011:2011 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента (ГОСТ Р ИСО 19011-2012).

Внутренний аудит –	Аудит своей собственной СМК и ее документации.
Аудитор –	Лицо, назначенное приказом ректора (директора филиала, ОСП) проводить аудиты качества.
Руководитель аудиторской группы –	Лицо, назначенное приказом ректора (директора филиала, ОСП) руководить группой аудиторов при аудите отдельного подразделения.
Главный аудитор –	Лицо, назначенное приказом ректора (директора филиала, ОСП) руководить группами аудиторов.
Вопросник –	Письменный набор вопросов для проведения аудита, составляемый аудитором.
Рассмотрение документации –	Просмотр действующей документации, регламентирующей функционирования процесса/подразделения.
Продукция –	Результат процесса.
Процесс –	Набор связанных и взаимодействующих видов деятельности, который преобразует входящие элементы в выходящие.
Услуга(и) –	Категория продукции.
Процедура –	Определенный документированный способ выполнения вида деятельности или процесса.
Несоответствие –	Невыполнение требования.
Градация –	Степень несоответствия.
Корректирующее действие –	Действие, предпринятое для устранения

причины установленного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Коррекция – Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Сокращения:

СМК АГТУ – Система менеджмента качества в АГТУ (включая филиалы и ОСП).

ПР – Представители руководства в СМК АГТУ (головного вуза, филиалов и ОСП).

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ

Процедура проведения внутренних аудитов действует постоянно (пока существует СМК в АГТУ).

Периодичность аудитов в АГТУ – не реже одного раза в 12 месяцев. Возможно проведение повторных (внеплановых) аудитов по распоряжению ректора АГТУ (директора филиала, ОСП) и представлению ПР. Основание: повторяющиеся несоответствия в повседневной деятельности или наблюдения, свидетельствующие о том, что впоследствии на каком-либо участке деятельности может возникнуть несоответствие, если не разработать и не принять своевременно корректирующих и предупреждающих действий.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Ректор АГТУ (директор филиала, ОСП):

- рассматривает и утверждает графики проведения внутренних проверок качества, по представлению ПР издает распоряжения (приказы) о составе групп аудиторов, утверждает (распоряжением или приказом) распорядительный документ о необходимости внеплановой проверки;
- гарантирует финансирование подготовки аудиторов;
- рассматривает результаты аудитов и утверждает решения Координационного совета (советов по качеству в филиалах и ОСП) системы менеджмента качества по устранению несоответствий.

Руководители процессов:

- несут ответственность за подготовку участников своего процесса к внутреннему аудиту;
- несут ответственность за предоставление всех необходимых средств для успешной проверки;
- обеспечивают доступ к оборудованию, персоналу, материалам;
- разрабатывают и внедряют корректирующие действия по несоответствиям, обнаруженным при внутренних аудитах по вопросам, относящимся к их компетенции, и организуют их исполнение.

Представители руководства в СМК (ПР) головного вуза, филиалов и ОСП:

- руководят проведением внутренних аудитов СМК;

- организуют формирование Графика аудитов на календарный год, приказов на проведение аудитов и Программ плановых аудитов;
- определяют и оценивают риски, связанные с программой аудита;
- проверяют отчет Главного аудитора по результатам внутренних аудитов СМК и передают его руководству;
- участвуют в разработке корректирующих действий по результатам аудитов и контролируют сроки их выполнения;
- регулируют возникшие спорные отношения между аудиторами и проверяемым подразделением/персоналом.

Главный аудитор:

- готовит перечень вопросов по Программе аудита подразделений (кафедр, отделений СПО, деканатов, дирекций институтов);
- оценивает риски, связанные с программой аудита;
- готовит и согласует с ПР График проведения аудитов на год, приказы о проведении аудитов;
- готовит и комплектует документы по планируемому аудиту;
- проводит общее совещание аудиторов перед проверкой, где знакомит аудиторов с планом проверки;
- принимает непосредственное участие в аудите;
- формирует общий отчет о результатах аудитов подразделений и передает его ПР;
- обеспечивает хранение и защиту документов, содержащих конфиденциальную или частную информацию.

Руководитель аудиторской группы (первый аудитор в приказе):

- проводит распределение функций аудиторов;
- участвует в подготовке перечня вопросов по Программе аудита процессов (подпроцессов) СМК;
- проводит анализ несоответствий предыдущего аудита;
- проводит в проверяемом подразделении предварительное совещание, на котором согласовывает Программу аудита с руководителем проверяемого подразделения;
- принимает непосредственное участие в аудите;
- отвечает за сохранность документации, относящейся к проверке;
- участвует в оформлении отчетных документов по результатам внутренних проверок.

Аудитор внутренней проверки:

- участвует в подготовке перечня вопросов по Программе аудита процессов (подпроцессов) СМК;
- производит внутреннюю проверку качества;
- участвует в оформлении отчетных документов по результатам внутренних проверок.

6. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Процедура включает в себя:

- планирование аудитов СМК;
- подготовку, включая подготовку аудиторов;
- проведение внутреннего аудита;
- оформление результатов;
- проверку выполнения действий по результатам аудитов.

Сроки проведения устанавливаются Графиком аудитов, приказом ректора (директора филиала, ОСП) о проведении проверки и Программой проверки.

Объем внутренних аудитов СМК охватывает все основные процессы.

6.1. Входные данные процесса проведения внутренних проверок

Входные данные:

- результаты предыдущих внутренних аудитов (особенно, если были несоответствия);
- принятые (приемлемые) в СМК требования: ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015);
- приказ ректора АГТУ (директора филиала) по проведению плановых внутренних аудитов СМК в соответствии с графиком (или внеплановой проверки);
- утвержденный График внутренних аудитов на календарный год;
- утвержденная Программа внутреннего аудита.

Для осуществления проведения внутренних аудитов качества должна быть получена информация по ранее выявленным несоответствиям (по итогам предыдущей проверки и в повседневной деятельности) и о выполнении корректирующих действий (Акты несоответствий – прил. 4);

6.2. Планирование

Документы по планированию аудитов:

- График проведения аудитов СМК;
- Программа аудита подразделений;
- Приказ о создании групп аудиторов для конкретной проверки, назначение главного аудитора для проведения аудита.

Этапы планирования внутренних аудитов	Ответственный
Подготовка персонала для реализации Графика аудитов	ПР, Главный аудитор
Подготовка Графика аудитов на текущий год и приказов по аудиту	ПР, Главный аудитор
Утверждение Графика аудитов и издание приказов по аудиту	Ректор (директор филиала, ОСП)
Подготовка Программы аудита подразделений	ПР, Главный аудитор
Идентификация и оценка рисков	ПР, Главный аудитор

Этапы планирования внутренних аудитов	Ответственный
Анализ несоответствий предыдущего аудита	Главный аудитор, руководитель аудиторской группы
Подготовка и комплектование документов по планируемому аудиту	Главный аудитор
Ознакомление членов группы с планом аудита, распределение функций аудиторов	Главный аудитор, руководитель аудиторской группы
Ознакомление с планом аудита проверяемого	Руководитель аудиторской группы
Выделение ресурсов для аудита	Ректор (директор филиала, ОСП)

В соответствии с Графиком проведения проверок качества Главный аудитор готовит на утверждение ректору АГТУ (директору филиала, ОСП) проект приказа о проведении аудитов. В приказе оговариваются сроки проведения внутренних аудитов, назначение лиц для проведения конкретной проверки. В зависимости от объема проверки в группу проверки может входить один или несколько человек. Приказ согласуется с ПР и утверждается ректором (директором филиала, ОСП).

Главный аудитор при разработке Программы аудита рассматривает риски, связанные с разработкой, внедрением, мониторингом и анализом аудита.

№ п/п	Описание риска	Коррекция /корректирующие действия	Предупреждающие действия	Записи, подтверждающие проведение действий
1	Ошибка в планировании, связанная с постановкой соответствующих целей аудита и определением объема программы аудита	Модификация программы аудита - внесение корректировок или изменений.	Согласование с руководством наиболее актуальных вопросов проверки и содействие реализации политики и целей СМК целям программы аудита.	Служебные записки руководству
2	Выделение недостаточного периода времени для разработки программы аудита или проведения аудита	Координация и календарное планирование аудитов	Обеспечение проведения аудитов в соответствии с программой аудита и в установленные сроки.	График аудитов
3	Недостаточная компетентность аудиторов для эффективного проведения аудита	Внесение изменений в состав группы по аудиту.	Участие аудиторов в мероприятиях по постоянному повышению своего профессионального уровня. Постоянный профессиональный рост включает в себя поддержание и улучшение компетентности путем регулярного участия в аудитах системы менеджмента, обучения, самоподготовки, посещений совещаний или других видов деятельности. Поддержание	Документы о повышении квалификации. Приказы о назначении аудиторов

№ п/п	Описание риска	Коррекция /корректирующие действия	Предупреждающие действия	Записи, подтверждающие проведение действий
			на должном уровне своих знаний и навыков, необходимых для достижения целей аудита. Выполнение требований п. 6.8. Положения по процедуре проведения внутренних аудитов. Планирование, осуществление и документальное оформление оценки компетентности аудиторов. Формирование групп по аудиту, обладающих необходимой компетентностью.	
4	Неэффективное доведение и получение информации по программе аудита	Разъяснение положений программ аудита аудиторам и проверяемой стороне.	Проведение совещания аудиторов перед аудитом. Проведение предварительного совещания с проверяемой стороной.	Подписи руководителя проверяемого подразделения и аудиторов в программе аудита
5	Недостаточное обеспечение необходимой защиты записей аудита	Сообщение Главному аудитору об утере документов по аудиту. Ксерокопия сохранившихся экземпляров документов по аудиту.	Передача отчетных документов аудиторами в течение двух дней после окончания аудита Главному аудитору. Хранение документов в шкафах, снабженных замками.	Подпись Главного аудитора на отчете о внутренней проверке качества
6	Неэффективный мониторинг результатов программы аудита	Проведение анализа осуществления корректирующих действий по результатам аудита. Обсуждение результатов аудитов на КС СМК АГТУ с принятием управленческих решений.	Своевременное ознакомление руководства с результатами аудитов для принятия управленческих решений	Отчет о результатах аудита. Протоколы КС СМК АГТУ. Приказ по результатам аудита

Приказом ректора (директора филиала, ОСП) не позже, чем за неделю до начала проверки проверяемый руководитель подразделения/процесса (подпроцесса) СМК извещается о сроках проведения проверки и о составе аудиторской группы. Сотрудники проверяемого подразделения (участники процесса (подпроцесса)) готовят необходимые документы для предстоящей проверки. При отсутствии возможности (по уважительной причине) проведения аудита в сроки, указанные в приказе, аудит может быть перенесен на другой срок по согласованию с ПР.

6.3. Вступительное совещание

Проведение проверки начинается со вступительного совещания Руководителя аудиторской группы (или, по его поручению, аудитора) с персоналом проверяемого подразделения (участниками процесса (подпроцесса) СМК). На этом совещании производится обзор задач и методов проверки, уточняются детали намеченной программы, определяются конкретные места и

порядок проверки.

Во вступительном совещании участвуют все участники проверки: аудиторы, руководитель проверяемого подразделения/процесса (подпроцесса) СМК и сотрудники.

Цель совещания:

- сформулировать задачи и методы проверки;
- уточнить план и очередность проверки;
- выслушать и учесть замечания и пожелания проверяемого персонала.

Руководителю проверяемого подразделения/процесса (подпроцесса) СМК передается бланк (прил. 2), в котором фиксируются результативность деятельности подразделения/процесса (подпроцесса) за проверяемый период, а также потенциал для улучшения деятельности по результатам аудита. Перечень результатов деятельности вносит руководитель проверяемого подразделения/процесса (подпроцесса), потенциал формируется совместно с аудитором(ми).

6.4. Проведение аудита

В ходе проверки производится сбор объективных доказательств посредством опроса персонала или руководителя проверяемого подразделения/процесса (подпроцесса) СМК, изучения документов и проведения наблюдений.

Продолжительность проведения планового аудита не более трех астрономических часов, повторного аудита – как правило, не более одного часа.

При этом производится проверка соблюдения установленного порядка контроля за качеством работ, выполняемых в ходе исполнения видов деятельности или непосредственно после них. Все данные, полученные при проверке, фиксируются. Форма записей выбирается аудиторами самостоятельно, т. к. эти данные являются рабочими и применяются впоследствии для оформления результатов проверки.

Обнаруженные несоответствия фиксируются, анализируются и аргументируются положениями ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015), ФГОС ВО и СПО, внутренними документами СМК, нормативными и иными документами. При описании и анализе несоответствия необходимо всегда подтверждать его объективным доказательством, делая ссылки на соответствующую нормативную документацию.

Указывается градация несоответствий. В СМК приняты два вида несоответствий:

- значительные;
- малозначительные.

Значительным считается несоответствие, если полностью отсутствует или нарушается выполнение элемента ФГОС ВО и СПО, процедуры или положения РК.

Малозначительным считается наблюдаемое упущение в

функционировании СМК или в документации, которое может повлиять на качество процессов или услуг.

Наличие значительных или более 10 малозначительных несоответствий характеризует СМК как несоответствующую.

В конце проверки члены проверяющей группы уединяются для суммирования итогов проверки, проводят совещание, после которого согласуются формулировки записей в Актах о несоответствиях с руководителем проверяемого подразделения/процесса (подпроцесса) СМК (прил. 4). Руководитель подразделения/процесса (подпроцесса) СМК расписывается в Актах несоответствия.

Завершается проверка проведением *заключительного совещания* аудиторов, руководителя подразделения и персонала до оформления отчетных документов. На этом совещании аудиторы знакомят проверяемых с результатами проверки, уточняются неясные детали, выясняются мнения сторон.

Руководитель подразделения/процесса разрабатывает *корректирующие действия и коррекции*, обсуждаются и назначаются сроки исполнения по каждому несоответствию, что отражается в актах о несоответствиях.

6.5. Оформление результатов проверки/выходные данные

Результаты проверки СМК оформляются в виде Отчета о внутренней проверке качества (прил. 3).

Отчету присваивается номер, состоящий из 2 групп цифр, разделенных знаком «/».

Первая группа состоит из цифр, являющихся порядковым номером подразделения в Номенклатуре дел АГТУ.

Вторая группа – две последние цифры года проверки.

Например: Приложение к отчету № 09/10.

Если при проверке выявлены несоответствия, то по каждому из них составляется Акт о несоответствии (прил. 4), где должностное лицо, ответственное за выявленное нарушение, формулирует предполагаемые коррекции - действия, предпринятые для устранения обнаруженного несоответствия и корректирующие действия - действия, предпринятые для устранения причины обнаруженного несоответствия.

Если в Акте о несоответствии указывается наблюдение аудитора, то корректирующее действие не обязательно, но может быть разработано проверяемым с целью улучшения процесса и предупреждения возможного возникновения несоответствия.

Формулировка несоответствий, коррекций и корректирующих действий в Актах о несоответствиях должна быть четкой, недвусмысленной и носить конкретный характер.

Корректирующие действия должны быть направлены на выявление причин возникновения несоответствия и их устранение с целью недопущения его повторного возникновения. При этом записи несоответствий и

корректирующих действий должны выполняться четким разборчивым почерком, без пропуска полей и помарок. Срок устранения несоответствий и выполнения корректирующих действий обычно не более 3 месяцев.

При обнаружении в деятельности проверяемого подразделения/процесса (подпроцесса) несоответствий, причиной которых является деятельность в рамках СМК другого подразделения/процесса (подпроцесса), оформляются Акты несоответствий этому подразделению/процессу (подпроцессу) с привлечением его руководителя для выработки корректирующих действий.

При оформлении акта о несоответствии в правом верхнем углу в области «Приложение к отчету №____» указывается номер отчета, приложением к которому он является (порядок нумерации отчетов см. выше в этом разделе). Нумерация Актов о несоответствии осуществляется в сквозном порядке (1, 2, 3, ...).

Акты о несоответствиях прилагаются к Отчету о внутренней проверке качества. Оригиналы Отчетов о проверках и Актов о несоответствиях, заполненные до раздела «Устранение причины», передаются для анализа и хранения Главному аудитору, копии – остаются в подразделении. В случае утери актов (оригиналов или копий) делается ксерокопия сохранившихся экземпляров.

Руководителем проверяемого подразделения/процесса (подпроцесса) СМК заполняется поле результативности в бланке «Результативность деятельности и потенциал для улучшения» (прил. 2). Поле потенциала для улучшения деятельности по результатам аудита формируется руководителем совместно с аудитором(ми). Заполненный бланк «Результативность деятельности и потенциал для улучшения» прилагается к Отчету о проверке.

Комплект отчетных документов по проверке оформляется аудиторами в течение **двух дней** после окончания аудита. Главный аудитор визирует отчетные документы после их проверки.

Учет отчетных документов ведется Главным аудитором.

6.6. Действия по результатам проверки

Исполнитель, назначенный руководителем проверенного подразделения/процесса СМК, или сотрудник, в деятельности которого выявлены несоответствия, разрабатывают и проводят своевременные корректирующие действия в соответствии с «Процедурой проведения корректирующих действий» до полного устранения несоответствий.

При проведении следующего (планового) или повторного (внепланового) аудитов аудиторы получают комплект оригиналов Актов о несоответствиях предыдущей проверки у Главного аудитора, знакомятся с их содержанием и во время аудита проверяют выполнение корректирующих действий по ним.

Повторный аудит проводится по Актам несоответствий, выявленным при предыдущей проверке. В программу повторного аудита вносятся пункты стандарта ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015), Руководства по качеству, по которым были обнаружены несоответствия.

Результаты документируются в Актах о несоответствиях в поле «Устранение причины» в *оригинале и в копии*, хранящейся в подразделении. Оригиналы Отчетов о внутренней проверке качества и полностью заполненных Актов о несоответствиях передаются Главному аудитору, копии хранятся в подразделении. Срок хранения 3 года. По результатам проверки процессов (подпроцессов) Главный аудитор составляет Отчет и передает его ПР (по его распоряжению – всем заинтересованным сторонам).

6.7. Проверки, контроль

Проверка Процедуры проведения внутренних аудитов СМК контролируется со стороны руководства АГТУ (включая филиалы и ОСП). Данные о реализации процедуры и результатах аудитов являются записями СМК, управляются как записи и предоставляются на анализ СМК со стороны руководства.

Процесс проведения внутренних аудитов СМК и настоящая Процедура являются объектами проверки в ходе внешних аудитов третьей стороной.

6.8. Требования к ресурсам

Главным требованием является подготовленный персонал. Общие требования к внутренним аудиторам (на основе рекомендаций ИСО 19011):

- наличие высшего образования и опыта работы в университете (филиале, ОСП) не менее 3 лет;
- наличие специальной подготовки по проведению внутренних аудитов и сертификата (удостоверения) внутреннего аудитора;
- знание требований нормативных документов СМК по принципам, процедурам и методам внутренних аудитов;
- умение устанавливать личные контакты, коммуникабельность, уравновешенность, умение владеть собой;
- реалистичность и объективность, умение аналитически и гибко мыслить, целеустремленность;
- умение устно и письменно выражать свои мысли, тактичность, работоспособность.

Внутренние аудиторы должны проявлять осмотрительность при использовании и обеспечении защиты и сохранности информации, полученной ими при проведении аудита. Информация, полученная при проведении аудита, не должна использоваться ненадлежащим образом для получения личной выгоды аудитором.

Внутренний аудитор несет ответственность в рамках выполняемой деятельности за выполнение плана аудита, достоверность информации по внутреннему аудиту. Аудиторы внутренних проверок СМК должны пользоваться поддержкой руководства учебного заведения.

Аудиторы должны поддерживать свою компетентность в области аудита, посредством регулярного участия в аудитах СМК и постоянного роста профессионализма, что обеспечивается с помощью дополнительного практического опыта, обучения, самоподготовки, посещения совещаний и

других видов деятельности.

При назначении внутренних аудиторов должен соблюдаться принцип их независимости от проверяемых подразделений. Аудиторы не должны проверять свою собственную работу. В связи с этим необходимо осуществлять ротацию персонала, проводящего внутренние проверки СМК, и для последующих внутренних проверок элементов системы управления качеством назначать не тех же самых, а иных внутренних аудиторов. Для этого необходим штат внутренних аудиторов, соответствующий размеру организации и объемам его деятельности в области СМК.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

«Утверждаю»

Представитель ректора в СМК АГТУ

_____ ФИО

«__» _____ 20__ г.

Программа внутреннего аудита

Цель и область внутреннего аудита:

Дата и время проведения аудита:

Аудитор(ы):

Объекты внутреннего аудита:

№	Проверяемые позиции Руководства по качеству (ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015)), регламента процесса (подпроцесса) и др.)	Аудитор

Главный аудитор _____ ФИО

Члены группы: _____ ФИО
_____ ФИО

С программой ознакомлен:

Руководитель процесса
(подпроцесса) _____ ФИО

Приложение 2

Результативность деятельности и потенциал для улучшения

Процесс (подпроцесс): _____

Сильные стороны - результативность деятельности (улучшения) за 20__ г. (заполняется руководителем процесса (подпроцесса), подразделения)

Слабые стороны (заполняется руководителем процесса (подпроцесса), подразделения)

Потенциал для улучшения

Аудиторы _____

Руководитель процесса (подпроцесса) _____

Приложение 3

Отчет принят:

Главный аудитор

_____/_____/

«____» _____ 20__ г.

ОТЧЕТ № _____
О ВНУТРЕННЕЙ ПРОВЕРКЕ КАЧЕСТВА

1. ОБЪЕКТ ПРОВЕРКИ: в соответствии с Программой аудита

Дата _____

2. ЦЕЛЬ ПРОВЕРКИ: _____ аудит _____
плановый (повторный) наименование процесса (подпроцесса),

подразделения

Документ, на соответствие которому проводится проверка

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ

Кол-во выявленных несоответствий _____

В том числе:

Значительных _____

Малозначительных _____

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОВЕРКИ

Достижение цели проверки

Необходимость повторной проверки да нет
Количество приложений (актов несоответствий)

Отчет предоставлен _____/_____/

_____/_____/

Приложение 4
Приложение к отчету № _____

АКТ О НЕСООТВЕТСТВИИ № _____

Подразделение (процесс):	Дата
Классификация (значительное/малозначительное)	
Факт несоответствия	
 Документальное подтверждение 1. п. _____ ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) 2. ...	
Проверяющий _____ Проверяемый _____	
Причина	
 Корректирующие действия – действия, предпринятые для устранения причины обнаруженного несоответствия	
 Коррекция (ии) – действия, предпринятые для устранения обнаруженного несоответствия	
 Срок проведения:	
Проверяемый _____	
Устранение причины: да/нет	
Комментарии по результату:	
Проверяющий _____ Дата _____	