



Министерство образования и науки Российской Федерации  
 Сибирский федеральный университет  
 Лесосибирский педагогический институт -  
 филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения  
 высшего профессионального образования  
 «Сибирский федеральный университет»

**СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ**

СТО – 8.2-2 - 2012. СМК. Внутренние аудиты



СВЕРЖДЁН  
 приказом № 23 от 08.08.2012 г.  
 Директор \_\_\_\_\_ Л.Н. Храмова

**СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ**

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

**Внутренние аудиты**

СТО – 8.2-2 - 2012

шифр документа

Дата введения: «03» ноября 2012 г.

677-10

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Сибирский федеральный университет»

Лесосибирский педагогический институт -  
филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения  
высшего профессионального образования  
«Сибирский федеральный университет»  
(ЛПИ - филиал СФУ)

**П Р И К А З**

«23» ноября 2012 г.

№ 236-А

г. Лесосибирск

Об утверждении системной процедуры

В соответствии с Программой становления внутривузовской системы обеспечения качества образования и управления ее элементами в ЛПИ – филиале СФУ на 2010-2015 г.г. и руководствуясь п.8.2.2 Стандарта Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9001:2008

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить системную процедуру для системы менеджмента качества ЛПИ – филиала СФУ «СТО – 8.2-2-2012. Система менеджмента качества. Внутренние аудиты».
2. Заведующему лабораторией ТиМКО Л.С. Гавриленко обеспечить структурные подразделения института СТО – 8.2-2-2012. Система менеджмента качества. Управление записями. Срок до 01.12.2012 г.
3. Руководителям структурных подразделений в срок до 10.12.2012 г. ознакомить всех работников подразделения с утверждённой системной процедурой под подпись.
4. Уполномоченным по качеству в подразделениях организовать работу по функционированию системы менеджмента качества в строгом соответствии с утверждённой системной процедурой.
5. Заведующему общим отделом А.И. Орловой довести настоящий приказ до сведения поименованных в нем лиц.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор

Л.Н. Храмова

Орлова А.И.  
6-11-80






СТО – 8.2-2-2012

## СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

Внутренние аудиты

**Содержание**

- 1 Назначение и область применения стандарта организации
  - 2 Нормативные ссылки, сокращения, термины и определения
    - 2.1 Нормативные ссылки
    - 2.2 Сокращения
    - 2.3 Термины и определения
  - 3 Описание стандарта организации
    - 3.1 Общие положения
    - 3.2 Виды внутреннего аудита
    - 3.3 Порядок проведения внутренних аудитов
    - 3.4 Управление записями при проведении внутренних аудитов
  - 4 Требования к внутренним аудиторам. Ответственность, права, обязанности в рамках внутреннего аудита
- Лист согласования
- Приложение А Карта процесса «Внутренние аудиты»
- Приложение Б Форма программы внутренних аудитов
- Приложение В Форма плана внутреннего аудита
- Приложение Г Форма чек-листа
- Приложение Д Форма протокола о несоответствии
- Приложение Е Форма отчета о результатах внутреннего аудита
- Приложение Ж Форма плана корректирующих действий по результатам внутреннего аудита
- Лист ознакомления
- Лист регистрации изменений

Версия: 1.0	Стр. 3 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>
	Внутренние аудиты

## **1 Назначение и область применения стандарта организации**

1.1 Стандарт организации 8.2-2-2012 «Внутренние аудиты» (далее – СТО) регламентирует порядок и правила проведения внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества в ЛПИ – филиале СФУ.

1.2 Настоящий СТО является обязательной документированной процедурой системы менеджмента качества (СМК), функционирующей в ЛПИ – филиале СФУ в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2008.

1.3 Основная цель настоящего СТО состоит в том, чтобы обеспечить руководству института возможность систематического, независимого контроля соответствия требованиям СМК процедур, выполняемых работникам института по обеспечению реализации основных и обеспечивающих процессов. Это необходимо для проведения анализа, разработки корректирующих и предупреждающих действий и выявления возможности улучшения как отдельных процессов, так и СМК в целом.

1.4 Требования настоящего СТО обязательны для всех подразделений, должностных лиц и работников института в части их деятельности, связанной с системой менеджмента качества ЛПИ – филиала СФУ.

## **2 Нормативные ссылки, сокращения, термины и определения**

### **2.1 Нормативные ссылки**

В настоящем СТО использованы следующие нормативные ссылки:

- Закон Российской Федерации «Об образовании»;
- Федеральный Закон «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»;
- ГОСТ Р ИСО 9000:2008 – Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- ГОСТ Р ИСО 9001:2008 – Системы менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ Р ИСО 19011 – 2003 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента;
- ГОСТ Р ИСО 9004:2008 – Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности;
- ГОСТ Р 52614.2. Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001–2001 в сфере образования;
- Устав СФУ;
- Положение о ЛПИ – филиале СФУ;
- Руководство по качеству ЛПИ – филиала СФУ;
- СТО – 4.2-3 – 2011. «Управление документацией»;
- СТО – 4.2-4 - 2012. «Управление записями»;



- Программа становления внутривузовской системы обеспечения качества образования и управления ее элементами в ЛПИ – филиале СФУ на 2010-2015 г.г.

## 2.2 Сокращения

**Институт / ЛПИ – филиал СФУ** - Лесосибирский педагогический институт – филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет»;

**ГОСТ Р ИСО** - набор требований, направленный на СМК;

**ППС** – профессорско-преподавательский состав;

**СМК** – система менеджмента качества;

**СТО** – стандарт организации;

**ТыМКО** – лаборатория тестирования и мониторинга качества образования;

**УК** – уполномоченный по качеству в ЛПИ – филиале СФУ.

## 2.3 Термины и определения

В настоящем СТО применены термины ГОСТ Р ИСО 9000–2008, а также следующие термины с соответствующими определениями:


**Аудит** – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств о результатах деятельности института, его подразделений, процессов или отдельных образовательных программ на основе предоставленных документов, а также установление соответствия объектов исследования определённым критериям аудита, целям и задачам.

**Примечание** - объекты исследования: структурные подразделения института, процессы, образовательные программы, учебные планы, персонал, инфраструктура и пр.

**Аудитор** - уполномоченный руководством работник института, обладающий компетенцией для проведения внутреннего аудита, выполняющий документальную проверку деятельности института, его подразделений, процессов, отдельных образовательных программ и других объектов исследования на соответствие нормам ГОСТ Р ИСО, а также законодательным и/или нормативным требованиям.

**Выводы (наблюдения) аудита** - результаты оценивания собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита.

**Примечание** - выводы аудита могут указывать на соответствие или несоответствие критериям аудита или на возможности улучшения.

Версия: 1.0	Стр. 5 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>
	Внутренние аудиты

**Группа по аудиту (проверке) / аудиторская группа** - один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими экспертами.

**Заключение по результатам аудита** - выходные данные аудита, представленные группой по аудиту после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита.

**Запись по качеству** - документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности, который выполнен в письменном или электронном виде в целях доказательства соблюдения требований по качеству, наличия и действенности СМК.

**Карта процесса** - документ, содержащий информацию об основных атрибутах процесса, а именно о входах и выходах процесса, включая: цели процесса; измерение и анализ процесса; мероприятия для достижения целей (улучшения) процесса; взаимодействие процесса (поставщики/потребители); ресурсы процесса; документы управления процессом.

**Качество** - интегрированная совокупность функционально обусловленных свойств объекта, процесса или явления.

**Контрольный вопросник (чек-лист)** - заранее составленный аудитором систематизированный перечень вопросов, ответы на которые позволяют аудиторам получить необходимую информацию о степени соответствия состояния объекта установленным требованиям.

**Корректирующее действие** - действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия и его причины.

**Критерии аудита** - совокупность способов, приемов или требований, согласно которым аудитором осуществляется обработка полученных данных по объекту аудиторской проверки.

**П р и м е ч а н и е** - критерии аудита используют в виде основы для сравнения, по которой определяют соответствие. Требования могут включать политику, стандарты, нормы, регламенты, руководящие указания, специальные требования к организации, а также законодательные и/или нормативные требования.

**Наблюдения аудита** - см. выводы аудита.

**Несоответствие** - невыполнение требования, то есть отсутствие одной или нескольких характеристик качества, пунктов и/или подпунктов элементов СМК, либо их отклонение от установленных требований стандарта.

**Область аудита** - содержание и границы аудита (обычно описывает месторасположение, структурные подразделения, деятельность и процессы, которые подвергаются аудиту, а также сроки аудита).

**План аудита** - описание деятельности и мероприятий по проведению аудита.



**Предупреждающее действие** – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия.

**Программа аудита** - совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период и направленных на достижение конкретной цели. Программа аудита включает всю деятельность, необходимую для планирования, организации и проведения аудитов.

**Протокол аудита** – документ, представляющий объективное доказательство о проделанной работе или достигнутых результатах.

**Процедура** - установленный способ осуществления деятельности или процесса. Процедура может быть документированная или не документированная.

**Процесс** – последовательность исполнения функций, работ, направленных на создание результата, имеющего ценность для потребителя.

**Результативность** – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

**Рекомендация** - предложение, направленное на устранение выявленного несоответствия и/или его причин, не ухудшающего функционирование СМК. Разработка рекомендаций желательна, но не является обязательной.

**Руководитель группы аудита** - специалист из группы по проведению внутреннего аудита, назначенный руководством института для управления данным аудитом.

**Свидетельства аудита** - записи, изложение фактов или другая информация, которые связаны с критериями аудита и могут быть проверены.

**Примечание** - свидетельства аудита могут быть качественными или количественными.

**Соответствие** – выполнение требования.

**Стандарт организации** – внутренний нормативный документ СМК, устанавливающий единый для всего института порядок описания процесса, полномочия и ответственность должностных лиц.


**Чек-лист** – см. контрольный вопросник.

### 3 Описание стандарта организации

#### 3.1 Общие положения

3.1.1 Внутренние аудиты системы менеджмента качества в ЛПИ – филиале СФУ проводятся с одной или несколькими из следующих целей:

- обеспечение руководства института объективной и своевременной информацией о степени соответствия СМК или отдельных ее элементов критериям аудита;
- проверка соответствия описанной в СМК деятельности требованиям нормативной базы управления качеством в институте (стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-

Версия: 1.0	Стр. 7 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>
	Внутренние аудиты

2008 и иные стандарты, а также законодательные и нормативные акты, определяющие требования к системе качества образовательного учреждения; нормативная документация СФУ; локальные акты ЛПИ – филиала СФУ);

- оценка эффективности функционирования СМК или отдельных ее элементов и определение возможностей и путей её улучшения;
- оценка результативности СМК или отдельных ее элементов для достижения конкретных целей;
- выявление несоответствий в СМК или отдельных ее элементах установленным требованиям;
- определение причин выявленных несоответствий (основных, дополнительных, сопутствующих);
- проверка и оценка эффективности корректирующих мероприятий по результатам предыдущих аудитов;
- улучшение проверяемой деятельности в подразделениях;
- идентификация областей потенциального улучшения СМК.

3.1.2 Аудит СМК является всесторонней и исчерпывающей процедурой (т.е. план проверки охватывает все действия, относящиеся к СМК) и отвечает следующим требованиям:

- плановость и последовательность;
- объективность и обоснованность;
- понятность персоналу;
- повторяемость;
- обеспеченность системой отчетности и корректирующими мероприятиями с последующей проверкой выполнения этих мероприятий.

3.1.3 Внутренние аудиты в ЛПИ – филиале СФУ проводятся систематически в зависимости от сложности работ и количества обнаруженных несоответствий (но не реже одного раза в год) на основании программы внутренних аудитов СМК (см.п.3.4.1 и Приложение Б).

3.1.4 Основными объектами внутренних аудитов СМК являются:

- процессы СМК;
- качество результатов образовательной деятельности;
- функционирование СМК в институте и структурных подразделениях, включая регламентирующую и отчетную документацию.

3.1.4.1 Аудит состояния процессов СМК осуществляется для определения достижения цели процесса; определения способности процесса обеспечивать заданные требования по качеству; валидации вновь разработанных процессов.





## СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

## Внутренние аудиты

В ЛПИ – филиале СФУ внутреннему аудиту подлежат следующие процессы:

- проектирование, разработка и реализация основных образовательных программ;
- учебно-методическая деятельность профессорско-преподавательского состава;
- научно-исследовательская и инновационная деятельность;
- прием абитуриентов;
- управление образовательной средой;
- информационно-методическое обеспечение учебного процесса;
- воспитательная и внеучебная работа со студентами;
- проектирование, разработка и реализация программ дополнительного профессионального образования;
- материально-техническое обеспечение образовательного процесса.


3.1.4.2 Аудит качества результатов образовательной деятельности предназначен для определения соответствия их требованиям, установленным ГОС / ФГОС ВПО, а также договорами (контрактами), стандартами и другими нормативными документами, действие которых распространяется на образовательную деятельность. Аудит качества результатов образовательной деятельности проводится выборочно и может заменяться другими формами проверки (например, Интернет–экзаменом).

Аудит качества результатов образовательной деятельности может быть составной частью аудита процесса.

3.1.4.3 Аудит функционирования СМК в подразделениях (в рамках процессов) выполняется посредством проверки документации СМК и фактического выполнения требований, изложенных в ней.

3.1.5 В ходе внутреннего аудита в институте могут применяться следующие формы контроля деятельности подразделений, отдельных процессов или видов деятельности в рамках основных и обеспечивающих процессов:

- плановые аудиты (проверки), проводимые в соответствии с программой внутренних аудитов, утвержденной в институте;
- внеплановые аудиты (проверки), проводимые по указанию руководства института в связи с важными организационными мероприятиями и / или выявленными проблемами (появление / увеличение количества замечаний или рекламаций; изменения в организационной структуре института; изменение документации СМК и др.);
- внеплановые аудиты (проверки) на основании требований заказчиков;
- внутренний аудит перед проведением внешнего аудита третьей стороной с целью сертификации СМК.

Версия: 1.0	Стр. 9 из 29
	<p style="text-align: center;"><b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b></p> <p style="text-align: center;">Внутренние аудиты</p>
<b>СТО – 8.2-2-2012</b>	

3.1.6 В ходе аудита СМК все обнаруженные отклонения объектов аудита от требований ГОСТ Р ИСО 9001-2008, законодательных и/или нормативных требований и документов СМК института должны быть рассмотрены, классифицированы и задокументированы. При документировании аудитов используются формы документов внутреннего аудита, приведенные в Приложениях Б – Ж к настоящему СТО:

- Программа внутренних аудитов;
- План внутреннего аудита;
- Чек-лист;
- Протокол о несоответствии;
- Отчет о результатах внутреннего аудита;
- План корректирующих действий по результатам аудита.

3.1.7 Внутренние аудиты проводятся как сотрудниками лаборатории ТиМКО, так и специально создаваемыми группами аудиторов, состав которых утверждается приказом директора института. Внутренний аудит проводится сотрудниками, полностью независимыми от деятельности, подлежащей проверке, что гарантирует беспристрастность аудиторов. Аудиторы работают в сотрудничестве с персоналом, ответственным за ту область, в которой проводится внутренний аудит.

3.1.8 Результаты внутренних аудитов являются основными входными данными для анализа СМК со стороны руководства. Результаты внутренних аудитов используются также руководителями структурных подразделений для анализа эффективности, результативности СМК и определения возможностей и направлений совершенствования СМК как отдельного подразделения, так и института в целом.


3.1.9 Руководство института и структурных подразделений обеспечивает проведение в установленные сроки действий по устранению обнаруженных в ходе внутреннего аудита несоответствий и причин, их вызывающих, с последующей проверкой эффективности этих действий.

3.1.10 Графическое описание процедуры проведения внутренних аудитов (проверок) приведено в Приложении А к настоящему СТО.

## **3.2 Виды внутреннего аудита**

3.2.1 Аудит адекватности (проверка документации СМК).

При аудите адекватности проверяется удовлетворение требованиям документов СМК ЛПИ – филиала СФУ стандартам организации: «СТО – 4.2-3 - 2011. СМК. Управление документацией» и «СТО – 4.2-4 - 2012. СМК. Управление записями».

Версия: 1.0	Стр. 10 из 29
 СТО - 8.2-2-2012	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>  Внутренние аудиты

### 3.2.2 Аудит соответствия.

При аудите соответствия устанавливается степень, с которой СМК понята, внедрена и соблюдается работниками института (фактическое выполнение персоналом требований, установленных в документации СМК института).

## 3.3 Порядок проведения внутренних аудитов

### 3.3.1 Подготовка внутреннего аудита включает:


- назначение руководителя аудиторской группы;
- уточнение состава аудиторской группы и обязанностей аудиторов с учетом компетентности, необходимой для достижения целей аудита;
- проведение предварительного совещания с членами группы по аудиту и руководством проверяемых подразделений для выявления всех деталей аудита (при необходимости);
- разработку на основании программы внутренних аудитов (см.п.3.4.1 и Приложение Б) плана внутреннего аудита, содержащего цели, объем и критерии аудита (см.п.3.4.2 и Приложение В);
- проверку выполнения и результативности корректирующих действий предыдущих аудитов и дополнение разрабатываемого плана внутреннего аудита по результатам этой проверки (при необходимости);
- согласование плана внутреннего аудита, состава группы аудиторов и сроков проведения аудита с руководителем проверяемого подразделения;
- утверждение плана внутреннего аудита уполномоченным по качеству в ЛПИ – филиале СФУ не позднее, чем за 5 дней до проведения аудита;
- обеспечение группы аудиторов необходимыми формами документов внутреннего аудита: план внутреннего аудита СМК (Приложение В), чек-лист (Приложение Г), протокол о несоответствии (Приложение Д).

3.3.2 Оповещение руководителя проверяемого подразделения о предстоящем аудите осуществляется до начала аудита не позднее, чем за 2 дня до проведения аудита.

3.3.3 Проведение внутреннего аудита осуществляется группой аудиторов, которые в соответствии с программой, целями и критериями аудита осуществляют сбор и проверку информации, касающейся области и объектов внутреннего аудита. При этом учитывается, что только проверенная на объективность, непротиворечивость и адекватность информация может быть свидетельством аудита.

3.3.3.1 В качестве источников информации может использоваться:

- опрос работников проверяемого подразделения;

Версия: 1.0	Стр. 11 из 29
 <b>СТО – 8.2-2-2012</b>	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>  Внутренние аудиты


- собственные наблюдения аудиторов за деятельностью работников, функционированием процессов и условиями труда;
- данные обратной связи от потребителей;
- документы СМК.

3.3.3.2 При аудите адекватности проверка документов осуществляется по следующим позициям:

- соответствие требованиям, изложенным в Политике и целях в области качества, Руководстве по качеству, СТО и других документах, определяющих внедрение, развитие и улучшение СМК института;
- проверка наличия и состояния документации согласно номенклатуре дел ЛПИ – филиала СФУ;
- проверка доступности и наличия документации в местах ее применения;
- проверка комплектности и полноты документов;
- внешний вид документов и их соответствие установленным правилам оформления;
- соответствие названия, обозначений, структурного построения документа;
- наличие подписей, их расшифровок, дат, а также должностей разработчиков, проверяющих, согласующих и утверждающих документ;
- четкость изложения, использование точных и однозначных терминов и определений, формулировок требований;
- описание процесса с достаточным уровнем детализации (что должно соответствовать компетентности персонала, выполняющего процесс);
- обеспечение управления документацией на предмет утверждения, внедрения, внесения изменений, изъятия устаревшей и аннулированной документации;
- наличие условий для функционирования СМК (документальные требования к деятельности и ее результатам, обученный персонал, документирование деятельности, установленная ответственность персонала);
- ведение записей по качеству (СТО – 4.2-4 - 2012. СМК. Управление записями).

3.3.3.3 Аудит соответствия включает сбор и проверку информации, которая состоит из:

- проверки наличия и доступности всех документов СМК, обязательных для деятельности данного подразделения (процесса);
- проверки соответствия деятельности подразделения требованиям, установленным в документации СМК;
- проверки компетентности персонала.

Версия: 1.0	Стр. 12 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>  Внутренние аудиты

3.3.3.4 Свидетельства внутреннего аудита (результаты работы) фиксируются в чек-листе (Приложение Г), а выявленные несоответствия - в протоколе о несоответствии (см.п.3.4.3 и Приложение Д). При установлении несоответствия критериям аудита несоответствие вносится в проект отчета по аудиту (раздел «Наблюдения аудита»).

3.3.3.5 Во время внутреннего аудита руководитель аудиторской группы должен периодически обмениваться информацией о ходе аудита и обо всех связанных с этим вопросах с руководством и персоналом проверяемого подразделения.

3.3.3.6 По результатам внутреннего аудита аудиторской группой готовится заключение, которое заносится впоследствии в отчет о результатах внутреннего аудита. При формулировании заключения аудита констатируется, достигнуты ли цели аудита в соответствии с его планом. Сведения наблюдений аудита и заключение по результатам аудита доводятся до руководителей проверяемых подразделений.

3.3.3.7 Незрешенные проблемы или разногласия между аудиторской группой и проверяемым подразделением отражают в отчетах либо актах.

3.3.3.8 По окончании внутреннего аудита заведующим лабораторией ТиМКО составляется отчет о результатах внутреннего аудита (см.п.3.4.5 и Приложение Е), который в течение 2-х недель после проведения внутреннего аудита направляется уполномоченному по качеству в ЛПИ – филиале СФУ для согласования, утверждения и хранения (отчет подписывается также группой аудиторов). Копия отчета направляется директору.

3.3.3.9 Ответственность за точность, полноту и достоверность отчета несет руководитель группы аудиторов.

3.3.3.10 Заведующий лабораторией ТиМКО рассылает копии отчета о результатах внутреннего аудита всем проверенным подразделениям.

3.3.3.11 Внутренний аудит считается завершенным, если все процедуры, предусмотренные планом аудита, выполнены, и утвержденный отчет о результатах внутреннего аудита разослан.

3.3.3.12 При проведении следующей плановой или внеплановой проверки аудиторы проводят анализ выполнения корректирующих действий, указанных в протоколах о несоответствии.

3.3.3.13 Отчеты о проведенных внутренних аудитах анализируются в лаборатории ТиМКО. Результаты анализа состояния СМК и предложения по ее улучшению рассматриваются руководством института.

**3.3.4 Корректирующие и предупреждающие действия** (устранение обнаруженных несоответствий и причин, их вызывающих). Данные действия не

Версия: 1.0	Стр. 13 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>
	Внутренние аудиты

рассматриваются как часть внутреннего аудита, и вопрос об их проведении в согласованные сроки обычно решает проверяемое подразделение, которое должно информировать руководство института о состоянии выполнения этих действий.

3.3.4.1 После получения отчета о результатах внутреннего аудита руководители проверенных подразделений в зависимости от принятых по результатам аудита решений в установленные в отчете сроки обязаны организовать следующие работы:

- устранение несоответствий;
- разработка плана корректирующих действий и его реализация (см.п.3.4.4 и Приложение Ж);
- выполнение рекомендаций по улучшению.

3.3.4.2 Результаты выполненных работ документируются и представляются в лабораторию ТиМКО в установленные сроки.

3.3.4.3 Эффективность и полнота выполнения корректирующих действий проверяется руководителем группы аудиторов (группой аудиторов) или представителем лаборатории ТиМКО при проведении следующей плановой или внеплановой проверки.

3.3.4.4 Отчеты о проведенных внутренних аудитах анализируются в лаборатории ТиМКО. Результаты анализа состояния СМК и предложения по ее улучшению представляются для рассмотрения руководству института.

#### **3.4 Управление записями при проведении внутренних аудитов**


Выводы, заключения и другие записи по результатам внутреннего аудита должны отражать правдивую и точную деятельность по аудиту.

Документы по внутренним аудитам относятся к записям по качеству. Они комплектуются в специальном деле и хранятся с соблюдением условий конфиденциальности в лаборатории ТиМКО в соответствии с требованиями СТО – 4.2.4 - 2012. «Управление записями» в течение 6 лет, а затем передаются в архив института.

Состав материалов о внутренних аудитах включает следующие документы:

- программу внутренних аудитов (Приложение Б);
- план внутреннего аудита (Приложение В);
- протоколы о несоответствии (Приложение Д);
- отчет о результатах внутреннего аудита (Приложение Е);
- план корректирующих действий (Приложение Ж).

3.4.1 **Программа внутренних аудитов** разрабатывается ежегодно заведующим лабораторией ТиМКО, согласуется с уполномоченным по качеству в ЛПИ – филиале СФУ и утверждается директором института. В программе внутренних

Версия: 1.0	Стр. 14 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>  Внутренние аудиты

аудитов определяется перечень планируемых внутренних аудитов, область аудитов и сроки проведения аудитов. Планирование осуществляется таким образом, чтобы каждое подразделение было проверено в течение года не менее одного раза.

3.4.1.1 При разработке программы внутренних аудитов учитываются: требования потребителей, претензии и рекламации на деятельность института, указания руководства и предложения структурных подразделений института.

3.4.1.2 Критериями при формировании программы внутренних аудитов являются:

- важность и состояние процессов СМК;
- снижение показателей результативности процессов СМК;
- результаты предыдущих аудитов.

3.4.1.3 Доведение утвержденной программы внутренних аудитов до проверяемых подразделений осуществляется лабораторией ТИМКО посредством рассылки копий приказа об утверждении программы внутренних аудитов.

3.4.1.4 В существенных, с точки зрения качества, случаях программа внутренних аудитов может корректироваться в оперативном порядке.

3.4.2 План внутреннего аудита составляется заведующим лабораторией ТИМКО на основе программы внутренних аудитов.

3.4.2.1 План внутреннего аудита включает:

- цели аудита;
- основание для аудита;
- сроки и график проведения аудита;
- область аудита;
- проверяемые элементы СМК (пункты ГОСТ Р ИСО 9001-2008).
- роли и обязанности членов аудиторской группы и сопровождающих лиц.

3.4.2.2 Согласование плана с руководителем проверяемого подразделения производится до начала аудита.


3.4.2.3 План внутреннего аудита утверждается уполномоченным по качеству в ЛПИ – филиале СФУ.

3.4.3 Выявленные в ходе аудита несоответствия регистрируются в протоколах о несоответствии. При этом указываются шифр и пункт документа, требования которого не выполняются. Там же записываются предлагаемые корректирующие и/или предупреждающие действия.

3.4.4 Отчет о результатах внутреннего аудита должен содержать полную, точную и однозначно понимаемую информацию по проведенному аудиту. Этот отчет необходим для оценки СМК и принятия решений об ее улучшении.

3.4.4.1 Отчет о результатах внутреннего аудита включает:

- цель аудита;

Версия: 1.0	Стр. 15 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>
	Внутренние аудиты

- объем аудита (область аудита и сроки);
- сведения о руководителе и составе аудиторской группы;
- критерии аудита;
- наблюдения аудита (перечень выявленных отклонений: несоответствия с оформленными на них корректирующими действиями, замечания, рекомендации по устранению отклонений);
- заключение по результатам внутреннего аудита (степень соответствия или несоответствия требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008, эффективности и результативности проверенных процессов);
- предложения по улучшению, если таковые удалось выработать в результате аудита;
- заключение о необходимости проведения повторного аудита.
- лист рассылки отчета.

3.4.4.2 Каждое несоответствие, отраженное в отчете о результатах внутреннего аудита, должно иметь ссылку на ГОСТ Р ИСО 9001-2008, или стандарты ENQA, или на документы СМК института.

3.4.4.3 В отчет о результатах внутреннего аудита не включаются второстепенные замечания, которые устраняются в ходе проверки.

3.4.4.4 Отчет о результатах внутреннего аудита утверждается уполномоченным по качеству в ЛПИ – филиале СФУ. Копии утвержденного отчета о результатах внутреннего аудита направляются директору института, руководителям проверенных подразделений, а оригинал остается в лаборатории ТиМКО.

3.4.4.5 Члены группы аудита и все, кто получает отчет о результатах внутреннего аудита, должны соблюдать требования конфиденциальности содержимого отчета.

3.4.5 По результатам внутреннего аудита руководителем проверяемого подразделения разрабатывается **план корректирующих действий** с указанием в нем необходимых мероприятий по каждому указанному отклонению и срок их выполнения. План корректирующих действий представляется в лабораторию ТиМКО.

#### **4 Требования к внутренним аудиторам. Ответственность, права, обязанности в рамках внутреннего аудита**

Ответственным за организацию процедуры разработки настоящего СТО и введение его в действие является лаборатория ТиМКО.

4.1 Требования к внутренним аудиторам отражают рекомендации ГОСТ Р ИСО 19011 – 2003 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента.





4.1.1 Внутренние аудиторы независимы в своей деятельности и свободны от предубеждений и конфликтов интересов. Аудиторы сохраняют объективное мнение во время всего процесса внутреннего аудита с целью обеспечения того, что в основе выводов и заключений находятся только свидетельства аудита. Внутренние аудиторы не могут проверять свою собственную деятельность.

4.1.2 Аудиторская группа и ответственные за управление программой внутреннего аудита не должны раскрывать содержимого документов и другой информации, полученной во время внутреннего аудита, или отчетов о результатах внутреннего аудита любой другой стороне без ясного разрешения руководства института и, где это требуется, разрешения проверяемого подразделения.


4.1.3 Внутренние аудиторы должны иметь специальную подготовку по проведению внутренних аудитов и/или сертификат (удостоверение) внутреннего аудитора.

4.1.4 Для адекватного применения критериев аудита знания и навыки аудиторов в этой области должны охватывать:

- взаимодействие элементов системы менеджмента качества;
- требования нормативных документов по СМК (в том числе ГОСТ Р ИСО серии 9001), по принципам, методам и организации внутренних аудитов;
- законы, нормативные правовые акты и регламенты, относящиеся к области аудита;
- применение ссылочных документов к различным ситуациям при внутреннем аудите.

4.1.5 Для того чтобы внутренний аудитор имел возможность систематического проведения аудита надлежащим образом, он должен быть готов к выполнению следующих действий:

- применение принципов, процедур и методов аудита;
- результативное планирование и организация работ;
- проведение внутреннего аудита в течение установленного срока;
- установление приоритетов и ориентация на существенные моменты;
- сбор данных посредством результативного опроса, выслушивания, наблюдений и анализа документов, записей и данных;
- понимание соответствующих методов и результатов выборочного исследования для внутреннего аудита;
- проверка точности собранных данных;
- подтверждение достаточности и приемлемости свидетельств внутреннего аудита для подкрепления выводов аудита и заключений;
- оценка факторов, влияющих на достоверность выводов и заключений по результатам внутреннего аудита;

Версия: 1.0	Стр. 17 из 29
	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>
	Внутренние аудиты

- использование рабочих документов для записи деятельности при внутреннем аудите;

- подготовка отчетов о результатах внутреннего аудита;
- сохранение конфиденциальности данных.

4.1.6 Внутренний аудитор несет ответственность в рамках выполняемой деятельности за выполнение плана внутреннего аудита, достоверность и объективность информации по внутреннему аудиту.

4.2 Уполномоченный по качеству в ЛПИ – филиале СФУ оказывает методическую помощь и осуществляет контроль всего процесса внутреннего аудита:

- руководит разработкой программы внутренних аудитов;
- утверждает планы внутренних аудитов;
- определяет персональный состав аудиторских групп;
- руководит подготовкой отчетов о результатах внутреннего аудита и утверждает их;
- организует проведение анализа результатов внутренних аудитов.

4.3 Ответственность за планирование, организацию проведения и окончательное документирование внутренних аудитов (проверок) в институте возлагается на заведующего лабораторией ТиМКО:

- формирование программы и планов внутренних аудитов;
- организация работы внутренних аудиторов;
- составление отчета о результатах внутреннего аудита;
- аудит устранения выявленных несоответствий;
- ведение и хранение документации по внутренним аудитам.

4.4 Руководители всех подразделений (процессов) института несут ответственность:

- за информирование персонала подразделений о целях и объемах внутреннего аудита;
- за организацию и сопровождение проверки в своем подразделении;
- за предоставление внутренним аудиторам всех необходимых данных в соответствии с утвержденным планом;
- за доброжелательное отношение к внутренним аудиторам и содействие в их работе;
- за эффективное и своевременное выполнение корректирующих и предупреждающих действий.

4.5 Во время проведения внутреннего аудита сотрудники проверяемого подразделения обязаны предоставлять все затребованные и имеющие отношение к проверке документы.



4.6 Ответственность и полномочия подразделений и должностных лиц, участвующих в деятельности, регламентированной настоящим СТО, приведены в нижеследующей таблице.

**Распределение ответственности и полномочий  
в рамках внутренних аудитов (проверок)**


Наименование работ, мероприятий	Должностное лицо					
	Директор	УК	Заведующий лабораторией ТпМКО	Руководитель аудиторской группы	Аудиторы	Руководители подразделений
Разработка программы внутренних аудитов	О	У	И			
Утверждение состава аудиторской группы и назначение ее руководителя	ОИ	У	У			
Разработка плана внутреннего аудита		О	И	У	У	У
Информирование проверяемых подразделений			ОИ	У		У
Обеспечение аудиторов документацией по аудиту			ОИ	У		
Подготовка подразделений к внутреннему аудиту						ОИ
Сбор и анализ данных, ведение записей по аудиту		У	У	ОИ	И	У
Составление протокола о несоответствии			У	ОИ	И	
Формирование отчета о результатах внутреннего аудита		У	И	О	У	
Утверждение отчета о результатах внутреннего аудита		ОИ	У			
Рассылка отчета о результатах внутреннего аудита			ОИ			
Анализ отчета о результатах внутреннего аудита	ОИ	У				И
Разработка плана корректирующих и предупреждающих действий, их выполнение и регистрация						ОИ
Информирование заинтересованных сторон об устранении несоответствий						ОИ
Хранение документов по аудиту			ОИ			

Условные обозначения:

«О» – руководит работами, координирует работу исполнителей и принимает решение, обобщает результаты работ, несет ответственность за конечные результаты;

«У» – участвует в проведении работ, несет ответственность за качество выполняемой работы в касающейся его сфере;

«И» – организует исполнение (исполняет)

Версия: 1.0	Стр. 19 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ
	Внутренние аудиты

РАЗРАБОТЧИК:  
Зав.лабораторией ТимКО

Л.С. Гавриленко



## Приложение А

## Карта процесса «Внутренние аудиты (проверки)»

Входные данные	Блок-схема	Операция (этап) процесса	Выходные данные
Информация о необходимости проведения внутренних аудитов подразделений, процессов и др. объектов аудита	<pre> graph TD     Start([Начало]) --&gt; 1[1]     1 --&gt; 2[2]     2 --&gt; 3[3]     3 --&gt; 4[4]     4 --&gt; 5{5 несоответствия}     5 -- Да --&gt; 6[6]     5 -- Нет --&gt; End([Конец])     6 --&gt; 5           </pre>	1. Планирование и подготовка внутреннего аудита	Программа внутренних аудитов, приказ директора, план внутреннего аудита, чек-листы
Программа внутренних аудитов, приказ директора, план внутреннего аудита, чек-листы		2. Информирование проверяемых подразделений	Данные (информация, документация и пр.), подготовленные к аудиту
Данные (информация, документация и пр.), подготовленные к аудиту		3. Сбор и анализ данных	Выводы по аудиту Протокол о несоответствии
Выводы по аудиту Протокол о несоответствии		4. Составление отчета о результатах внутреннего аудита	Отчет о результатах внутреннего аудита
Отчет о результатах внутреннего аудита		5. Анализ отчета о результатах внутреннего аудита	План корректирующих и предупреждающих действий
План корректирующих и предупреждающих действий		6. Устранение несоответствий	Записи, подтверждающие выполнение корректирующих и предупреждающих действий

## Примечание:

1. В блок-схеме приняты следующие обозначения:

- выполнение операции; внутри прямоугольника – номер операции (этапа).
- выбор решения в зависимости от некоторых переменных условий (Да, Нет); внутри ромба – номер операции (этапа) для принятия решения;
- символ, обозначающий начало или конец процесса (работы).

2. Стрелками указан порядок выполнения каждой операции (этапа).

Версия: 1.0	Стр. 21 из 29
 <b>СТО - 8.2-2-2012</b>	<b>СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ</b>  Внутренние аудиты

Приложение Б

**Форма программы внутренних аудитов**

Гриф утверждения

**ПРОГРАММА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА**  
**системы менеджмента качества**  
Лесосибирского педагогического института –  
филиала Сибирского федерального университета  
 на 201 / уч.год

1. ЦЕЛЬ АУДИТА
2. ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ АУДИТА
3. СОСТАВ ГРУППЫ АУДИТА

Председатель

Члены группы

4. ОБЪЕКТЫ АУДИТА

№	Проверяемые подразделения	Проверяемые процессы, виды деятельности и элементы СМК	Дата аудита	Ответственный	Представитель проверяемого подразделения

5. ГРАФИК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

201 год

Проверяемое подразделение	Месяцы											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12


РАЗРАБОТЧИК:

Подпись

СОГЛАСОВАНО:

Уполномоченный по качеству в ЛПИ - филиале СФУ

Руководители проверяемых подразделений

Версия: 1.0	Стр. 22 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ
	Внутренние аудиты

Приложение В

Форма плана внутреннего аудита

Гриф утверждения


**ПЛАН**  
аудита системы менеджмента качества

1. Основание
2. Проверяемое подразделение
3. Дата (сроки) проведения аудита
4. Объекты, подлежащие аудиту
5. Цель и объем аудита
  - 5.1. Соответствие требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2001
  - 5.2. Соответствие действующим нормативным документам системы менеджмента качества, процедурам, положениям, инструкциям и т.д.
  - 5.3. Выявление несоответствий установленным требованиям системы менеджмента качества.
6. Группа аудита

ФИО	Должность	Обязанности

7. Отчёт о результатах аудита направляется:

- 1 экз. – директору
- 2 экз. – уполномоченному по качеству в ЛПИ – филиале СФУ
- 3 экз. – зав. лабораторией ТиМКО
- 4 экз. - руководителю проверяемого подразделения

Версия: 1.0	Стр. 23 из 29
	СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ
СТО - 8.2-2-2012	Внутренние аудиты

Приложение Г

Форма чек-листа

Чек-лист  
к проведению внутреннего аудита

Область аудита (деятельность/процесс/подразделение)

Критерии аудита

№ п/п	Пункт стандарта ИСО 9001:2008	ВОПРОСЫ	Свидетельства аудита (записи: соответствует, частично, не соответствует)
1.			
2.			
3.			

Аудитор: ФИО \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись)

Руководитель подразделения: с результатами аудита ознакомлен  
ФИО \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись)

Документы СМК:

Деканат: номенклатура дел; миссия, политика, цели в области качества, руководство по качеству, извлечение из книги процессов. Документы по прошлому аудиту: отчет аудиторских групп, план корректирующих мероприятий, свидетельства о выполнении корректирующих мероприятий.

Кафедры: номенклатура дел кафедры, миссия, политика, цели в области качества, руководство по качеству, извлечение из книги процессов.

Наличие процедур: управление записями, управление документацией, управление несоответствиями, корректирующие мероприятия и предупреждающие действия, организационная структура, вузовский план корректирующих мероприятий, приказ о внедрении СМК, план внедрения СМК.

Документы по прошлому аудиту: отчет аудиторских групп, план корректирующих мероприятий, свидетельства о выполнении корректирующих мероприятий.





СТО - 8.2-2-2012

## СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ


Внутренние аудиты

## Приложение Д

## Форма протокола о несоответствии

## ПРОТОКОЛ О НЕСООТВЕТСТВИИ №

Подразделение	Вид деятельности	Дата	Отчет №
Процедура	Ссылка на документ СМК	Пункт ГОСТ Р ИСО 9001-2008	
Аудиторы (ФИО)	Руководитель подразделения/ процесса		(ФИО)
<b>Несоответствие</b>			
Краткое содержание:			
Подпись руководителя группы аудита:			
Причина несоответствия:			
<b>Корректирующие действия</b>			
Меры по исправлению (коррекции) несоответствия:			
Подпись руководителя подразделения:			Предполагаемая дата выполнения:
<b>Подтверждение устранения несоответствия</b>			
Устранено: ДА/НЕТ ( <i>подчеркнуть</i> )			
Замечания:			Фактическая дата выполнения:
Подпись аудитора:			
<b>Анализ результативности устранения несоответствия</b>			
Корректирующие действия оценены как удовлетворительные ДА/НЕТ ( <i>подчеркнуть</i> )			
Несоответствие переведено в категорию «значительное» ДА/НЕТ ( <i>подчеркнуть</i> )			
ФИО аудитора:	подпись аудитора:	Дата:	

Версия: 1.0	Стр. 25 из 29
 СТО – 8.2-2-2012	СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ
	Внутренние аудиты

Приложение Б

Форма отчета о результатах внутреннего аудита

Гриф утверждения

ОТЧЁТ

о результатах внутреннего аудита системы менеджмента качества

Дата \_\_\_\_\_

1. Цель аудита
2. Основание
3. Период проверки
4. Подразделение
5. Состав группы аудита
6. Объекты, подлежащие аудиту
7. Результаты аудита
8. Заключение по проведенному аудиту
9. Предложения
10. Адреса рассылки:
  - 1 экз. - директору
  - 2 экз. – уполномоченному по качеству в ЛПИ – филиале СФУ
  - 3 экз. – зав. лабораторией ТиМКО
  - 4 экз. - руководителю проверяемого подразделения

Руководитель группы аудита

подпись

Члены группы аудита  
подписи



## Форма итогового отчета о результатах внутреннего аудита

Гриф утверждения

**ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ**  
по результатам внутренних аудитов (проверок)  
системы менеджмента качества  
ЛПИ – филиала СФУ  
за 201\_ год

1. Цели аудитов (проверок)
2. Период аудитов (проверок)
3. Нормативная база аудитов
4. Проверенные подразделения
5. Проверенные объекты СМК
6. Описание несоответствий
7. Описание неустраненных несоответствий
8. Принятые корректирующие действия
9. Заключение по проведенным аудитам
10. Предложения по улучшению функционирования СМК
11. Адреса рассылки:
  - 1 экз. – директору ЛПИ – филиала СФУ
  - 2 экз. – уполномоченному по качеству в ЛПИ – филиале СФУ
  - 3 экз. – зав. лабораторией ТИМКО

РАЗРАБОТЧИК:

Подпись

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель группы аудита

подпись



