

ALIKHAN BOKEIKHAN UNIVERSITY		
Документ СМК 2 уровня	Редакция № 6 от 02.11.2021	ДП.10.05/2021
Документированная процедура	взамен редакции № 5 от 01.10.2018	

**Документированная процедура
«Порядок проведения внутреннего аудита»
ДП.10.05/2021**

Семей
2021

СОДЕРЖАНИЕ

1 Назначение и область применения	3
2 Нормативные ссылки	3
3 Документы, относящиеся к процедуре	3
4 Определения терминов, обозначения и сокращения	3
4.1 Термины и определения	3
5 Описание процесса	4
5.1 Общие положения	4
5.2 Планирование аудита	4
5.3 Подготовка внутреннего аудита	4
5.4 Проведение аудита	5
6 Документирование и архивирование	6
7 Информация по процессу	8
7.1 Входящая информация	8
7.2 Исходящая информация	8
8 Приложения	9
9 Лист регистрации изменений	12

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура системы менеджмента качества разработана в соответствии с требованиями СТ РК ИСО 9001:2016 и регламентирует порядок планирования, проведения внутреннего аудита (проверки).

Настоящая документированная процедура применяется при проведении внутреннего аудита (проверки) всех направлений деятельности университета в структурных подразделениях и отделениях университета. Оригиналом настоящей документированной процедуры является бумажный носитель.

1.2 Требования настоящей документированной процедуры распространяются на все подразделения университета.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

2.1 При разработке данной документированной процедуры использованы следующие нормативные документы:

ИСО 9000:2017 Системы менеджмента качества – Основные положения и словарь.

СТ РК ИСО 9001-2016. Системы менеджмента качества. Требования.

СТУ 141-02-2021 Документообеспечение

ДП.10.02/2021 Порядок управления документацией

ДП.10.03/2021 Порядок управления записями по качеству.

3 ДОКУМЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПРОЦЕДУРЕ:

График проверки подразделения – Ф 01 – ДП.10.05/2021

Контрольный лист по проведению внутренней проверки –
Ф 02 – ДП.10.05/2021

План корректирующих и предупреждающих действий –
Ф 03 – ДП.10.05/2021

4 ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

4.1 Термины и определения

Аудит (проверка) - систематический, независимый документированный процесс получения свидетельств аудита (проверки) и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита (проверки).

График проверки - описание видов деятельности и мероприятий аудита (проверки).

Объем аудита (проверки) - содержание и границы аудита (проверки).

Контрольный лист - заранее составленный систематизированный перечень вопросов, ответы на которые позволят специалисту, который проводит внутренний аудит, получить в ходе аудита (проверки) необходимую информацию о степени соответствия состояния объекта установленным требованиям.

Процедура - установленный способ осуществления деятельности или процесса.

Требование - потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

Соответствие - выполнение требования.

Несоответствие - невыполнение требования.

Корректирующее действие - действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Предупреждающее действие - действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

5.1 Общие положения

Цель внутреннего аудита (проверки):

- оценку эффективности функционирования СМК и определение возможностей и путей ее улучшения;
- выявление несоответствий в СМК (процедурах, процессах, продукции) установленным требованиям;
- определение всех причин выявленных несоответствий (основных, дополнительных, сопутствующих).

5.2 Планирование аудита (проверки)

5.2.1 Аудиты (проверки) осуществляются специалистами структурных подразделений по направлениям деятельности.

5.2.2 Аудиты (проверки) СМК подразделяются на плановые и внеплановые (оперативные).

Плановые аудиты (проверки) планируются на основе статуса и важности проверяемой деятельности на основе графика проведения внутреннего аудита (проверки) Форма Ф 01 – ДП.10.05/2021.

Внеплановые проверки проводятся по указанию ректора университета, а так же по результатам предыдущих аудитов (проверок).

5.2.3 Каждый аудит (проверка) включает в себя следующие этапы:

- подготовка контрольных листов;
- уведомление проверяемого структурного подразделения университета о предстоящем аудите (проверки);
- предварительное совещание с представителями проверяемого структурного подразделения;
- обследование объекта (проведение проверки);
- итоговое совещание с коллективом проверяемого подразделения;
- рекомендации по разработке корректирующих мероприятий для устранения выявленных несоответствий;
- завершение аудита (проверки);
- проведение последующих за аудитом (проверкой) действий.

5.3 Подготовка внутреннего аудита (проверки)

5.3.1 Подготовка внутреннего аудита (проверки) начинается с формирования вопросов контрольного листа.

При подготовке контрольных листов необходимо руководствоваться следующими рекомендациями:

- вопросы, приведенные в контрольном листе, должны быть сформулированы четко и предоставлять возможность для развернутых ответов;
- специалист должен иметь возможность записать полученные ответы.

Форма контрольного листа приведена в Ф 02- ДП.10.05/2021.

5.3.2 До проведения аудита (проверки) специалисты структурного подразделения обязаны провести самостоятельную подготовку, которая заключается в изучении нормативных документов в соответствии с планом аудита (проверки), подготовке контрольных листов.

5.3.3 Ответственность и обязанности ответственного лица за проведение внутреннего аудита (проверки).

Ответственные лица за проведение внутреннего аудита (проверки) несут ответственность за беспристрастность проверки и объективность заключений по результатам проверки.

В ходе проведения внутренней проверки специалист структурного подразделения должен:

- изучить проверяемое структурное подразделение университета, ознакомившись с характером выполняемой работы, должностными обязанностями сотрудников;
- анализировать необходимые для проведения проверки процедуры и рабочие инструкции.

5.4 Проведение аудита (проверки)

5.4.1 Перед началом аудита (проверки) проводится предварительное совещание с сотрудниками проверяемого структурного подразделения для разъяснения задач, методов и порядка проведения внутренней проверки и формирования позитивного отношения к проверке.

5.4.2 Обследование объекта (проведение проверки)

В ходе обследования объекта специалист структурного подразделения должен получить информацию, на основе которой можно будет сделать обоснованные выводы по следующим направлениям:

- состояние проверяемого объекта (процедуры, процесса) и причины несоответствий;
- наличие, правильное понимание и применение персоналом "Положения о структурном подразделении", должностных инструкций, стандартов университета, рабочей документации;
- соответствие применяемой нормативной и учебно-методической документации целям и Политике университета в области качества.

5.4.3 При обследовании объекта (структурного подразделения университета) проводится:

- 1) экспертиза документов;
- 2) общение с сотрудниками структурного подразделения;

3) наблюдение за процессами.

При проведении внутренней проверки применяются методы анализа, опроса и наблюдения.

Все наблюдения, полученные в ходе внутренней проверки, фиксируются в контрольном листе и анализируются.

При обнаружении несоответствий специалисты структурного подразделения совместно с руководителем проверяемого структурного подразделения анализируют их причины, разрабатывают корректирующие действия, определяют сроки, ответственных за реализацию.

Методология проведения внутреннего аудита (проверки) включает следующие операции:

- 1) проверку наличия документов;
- 2) проверку соответствия документов установленным требованиям;
- 3) проверку выполнения требований документов;
- 4) фиксацию несоответствий.

При проведении аудита (проверки) обнаруженное несоответствие должно быть зарегистрировано в контрольном листе (Ф 02 – ДП.10.05/2021).

Все выявленные несоответствия приводятся в плане корректирующих и предупреждающих действий (Ф 03 – ДП.10.05/2021).

В случае несогласия представителя подразделения данное несоответствие рассматривается на итоговом совещании.

5.4.4 После окончания аудита (проверки) проводится итоговое совещание. Его основная цель - представить и разъяснить все заносимые в контрольный лист результаты проверки, согласовать сроки проведения необходимых мероприятий. На совещании по всем выявленным несоответствиям даются необходимые пояснения для того, чтобы обеспечить четкое понимание руководством проверяемого подразделения существа несоответствий, их важности и влияния на стабильность качества образовательных услуг, процессов. При этом выясняется характер несоответствий (случайный или систематический), рассматриваются рекомендации по совершенствованию документации системы качества и разработке корректирующих мероприятий.

5.4.5 Подготовка итогового отчета

После проведения итогового совещания специалист структурного подразделения составляет план корректирующих и (или) предупреждающих мероприятий.

6 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

6.1 Подлинник документированной процедуры после окончания срока действия, аннулирования или замены хранится в департаменте по академическим вопросам.

6.2 К записям по качеству, образующимся в ходе работы по настоящей документированной процедуре, относится форма, приведенная в таблице 2.

Таблица 2

№	Название документа	Форма
1	Контрольный лист по проведению внутренней проверки	Ф 02– ДП.10.05/2021
2	План корректирующих и предупреждающих действий	Ф 03 –ДП.10.05/2021

6.3 Записи по качеству ведутся в соответствии с требованиями документированной процедуры ДП.10.03./2021 «Порядок управления записями по качеству».

7 ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРОЦЕССУ

7.1 Входящая информация

№ пп	Наименование документа	Ответственное лицо для составления	Срок предоставления	Примечание
1	Сводный список документов Системы менеджмента качества	Уполномоченный по качеству	В сроки согласно графику внутренней проверки	
2	Документация СМК, необходимая для управления процессом или функционирования структурного подразделения	Владелец процесса Руководитель структурного подразделения	В сроки согласно графику внутренней проверки	

7.2 Исходящая информация

№ пп	Наименование документа	Ответственное лицо для предоставления	Срок предоставления	Примечание
1	2	3	4	5
1	График внутренней проверки	Руководитель структурного подразделения	В сроки определенные графиком внутренней проверки	Ф 01 – ДП.10.05/2021
2	Контрольный лист по проведению внутренней проверки	Специалист структурного подразделения	До начала проверки	Ф 02 – ДП.10.05/2021
3	План корректирующих и предупреждающих действий	Специалист структурного подразделения	После заполнения контрольного листа проверки	Ф 03 – ДП.10.05/2021

8 ПРИЛОЖЕНИЯ

Форма Ф 01 – ДП.10.05/2021

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор, профессор

_____ Ф.И.О.

«__» _____ 20__ г.

ГРАФИК
проведения внутренней проверки на _____ учебный год

№	Наименование мероприятия	Период проверки

Проректор по направлению деятельности _____ Ф.И.О.

Форма Ф 02 – ДП.10.05/2021

Контрольный лист по проведению внутренней проверки

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ
по проведению внутренней проверки

наименование подразделения (объект проверки)

код и наименование документа

Контрольные вопросы	Пометки
Имеется ли в подразделении перечень документов, относящихся к системе качества	
Имеет ли перечень документов официальный статус (укажите в пояснении кем и когда утвержден)	
Назначено ли лицо, ответственное за поддержание перечня в рабочем состоянии и его ведение (укажите в пояснении кем, когда и каким документом это лицо назначено)	
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)	
Установлены ли документально требования к хранению, внесению изменений и изъятию документов (укажите в пояснении каким документом)	
Ознакомлен ли персонал подразделения с Политикой в области качества	
Имеется ли документальное подтверждение ознакомления персонала с Политикой в области качества	

Специалист _____
подпись, дата, расшифровка подписи

С результатами проверки ознакомлен: _____
подпись, дата, расшифровка подписи

Примечание: Перечень общих вопросов является рекомендуемым и может дополняться аудитором при составлении контрольного листа, исходя из цели и задач конкретного аудита (проверки).

Форма Ф 03 – ДП.10.05/2021

План корректирующих и предупреждающих действий

Утверждаю
Ректор _____ Ш.А. Курманбаева
" __ " _____ 20__ г.

**ПЛАН
КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ**

№ п.п.	Несоответствие	Мероприятие по устранению замечания	Ответственный за устранение несоответствия	Срок выполнения	Отметка о выполнении
1	2	4	5	6	7

**ПЛАН
ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ**

ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ					
№ п.п.	Предложение по совершенствованию деятельности подразделения	Обоснование предложения	Ответственный за исполнение	Срок выполнения	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5	6

