

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 1 из 3
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

**ПРИНЯТО**

Ученым советом  
 ФГБОУ ВО «СГУВТ»

Протокол № \_\_\_\_ от 17.05.2021 г.

**УТВЕРЖДАЮ**

Ректор  
 ФГБОУ ВО «СГУВТ»

\_\_\_\_\_ Т.И. Зайко  
 «17» мая 2021 г.

## **ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

### **СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ**

Настоящий стандарт не подлежит воспроизведению, полному или частичному, без письменного разрешения Ректора Университета

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 2 из 3
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и  дополнительного профессионального об-  разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

## СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ .....	2
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ .....	3
УЧЕТ ЭКЗЕМПЛЯРОВ .....	4
1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ .....	4
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
3 ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....	5
3.1 Определения .....	5
3.2 Обозначения и сокращения .....	6
4 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.....	7
5 ТРЕБОВАНИЯ.....	8
5.1 Входные данные.....	8
5.2 Общие положения.....	9
5.2.1 Внутренние аудиты системы менеджмента .....	9
5.2.2 Внутренний аудитор.....	10
5.2.3 Компетентность и оценка аудиторов .....	11
5.3 Описание процесса .....	13
5.3.1 Описание этапов процесса .....	14
5.3.2 Внесение изменений, учет и хранение документации .....	23
5.4 Выходные данные процесса .....	23
5.5 Анализ, измерение и мониторинг процесса .....	24
ПРИЛОЖЕНИЕ А (рекомендуемое) .....	25
Комплексный метод оценки компетентности внутренних аудиторов.....	25
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (обязательное).....	27
Форма программы внутренних аудитов.....	27
ПРИЛОЖЕНИЕ В (обязательное) .....	28
Форма плана внутреннего аудита.....	28
ПРИЛОЖЕНИЕ Г (рекомендуемое).....	29
Пример опросного листа .....	29
ПРИЛОЖЕНИЕ Д (обязательное) .....	31
ПРИЛОЖЕНИЕ Е (обязательное) .....	32
Форма плана-отчета о выполнении КД.....	32
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж (обязательное) Журнал регистрации результатов аудита.....	33
Форма Журнала регистрации результатов аудитов .....	33
ПРИЛОЖЕНИЕ З (рекомендуемое) .....	34
Отчет по результатам внутреннего аудита .....	34

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 3 из 4
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и  дополнительного профессионального об-  разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

	Должность	Ф.И.О.	Дата, подпись
Разработал	Директор ИМА	Мочалин К.С.	

### ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Должность	Ф. И. О.	Дата, подпись
Проректор по УР	Глушец В.А.	
Проректор по научной работе	Палагушкин Б. В.	
Проректор по экономике	Чернышева Т.И.	

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 4 из 5
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

## УЧЕТ ЭКЗЕМПЛЯРОВ

С актуальной версией данного документа можно ознакомиться на страничке официального сайта (<http://smk.ssuwt.ru>) с любого компьютера, подключенного к внутренней сети Университета. Допускается распечатка копий данного документа или его отдельных разделов с указанного сайта для справочного использования.

### 1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. **Целью процесса «Внутренний аудит»** является получение информации о состоянии результативности процессов ФГБОУ ВО «СГУВТ» (далее СГУВТ, либо университет), сбор свидетельств выполнения запланированных мероприятий, соответствия требованиям ISO 9001, требованиям международной Конвенции и Кодекса ПДНВ, сведений об эффективности СМК университета и достаточности обеспечения ресурсами, последующий анализ этих сведений и доведение до сведения высшего руководства и всех сотрудников, вовлеченных в СМК.

1.2. Настоящий стандарт устанавливает порядок планирования и проведения внутренних аудитов процессов в университете, охватываемых СМК.

1.3. Положения настоящего стандарта обязательны для всех структурных подразделений и должностных лиц ФГБОУ ВО «СГУВТ», задействованных в СМК.

### 2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем стандарте использованы следующие нормативные документы:

- ИСО 9000:2015 Система менеджмента качества. Основные положения и словарь.
- ИСО 9001:2015 Система менеджмента качества. Требования.
- ИСО 9004:2018 Менеджмент качества. Качество в организации. Руководство по достижению устойчивого успеха.
- ИСО 19011:2011 Система менеджмента качества. Рекомендации по проведению внутренних проверок системы менеджмента качества и/или системы экологического менеджмента.
- Федеральный закон от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»:
- Международная конвенция о подготовке и дипломировании моряков и несении вахты 1978 года (ПДНВ) с поправками ([http://smk.ssuwt.ru/media/000/stcw\\_rus.pdf](http://smk.ssuwt.ru/media/000/stcw_rus.pdf));
- Устав Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Сибирский государственный университет водного транспорта» (<http://www.ssuwt.ru/sveden/document>);
- Локальными актами Университета, разработанными в соответствии с Уставом ([http://smk.ssuwt.ru/normativnye\\_pologeniya](http://smk.ssuwt.ru/normativnye_pologeniya)).

При пользовании настоящим стандартом организации целесообразно проверить действие ссылочных документов по официальным источникам, используя информационный указатель «Консультант плюс». Если ссылочный документ заменен (изменен), то при пользовании настоящим документом следует руководствоваться замененным (измененным) документом. Если ссылочный документ отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку».

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 5 из 6
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

### 3 ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

#### 3.1 Определения

В настоящем СТО применяются следующие термины с соответствующими определениями:

**Аудитор** – лицо, обладающее достаточной компетентностью и наделенное соответствующими полномочиями для проведения аудита;

**Аудиторская группа** – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, которым, при необходимости, помогают технические эксперты. Один из аудиторов, входящих в аудиторскую группу, назначается ее руководителем. Аудиторская группа может включать аудиторов, проходящих подготовку (стажеров);

**Аудит** – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективной их оценки с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита;

**Ведущий аудитор** – аудитор, осуществляющий руководство группой аудиторов, в конкретном подразделении;

**Внешние аудиты** – включают аудиты, обычно называемые «аудитами второй стороной» или «аудитами третьей стороной». Аудиты второй стороны проводятся организациями, заинтересованными в деятельности Университета, например, учредителем, надзорными ведомствами, потребителями или другими лицами от их имени. Аудиты третьей стороной проводятся внешними независимыми организациями по сертификации или освидетельствованию;

**Внутренние аудиты** – иногда называемые "аудитами первой стороной", проводятся обычно самой организацией или от ее имени, для внутренних целей и могут служить основанием для декларации о соответствии;

**Выявленное наблюдение** – свидетельство аудита, не носящий характер несоответствия, фиксируется с целью улучшения деятельности, процесса, либо предотвращения возможного появления несоответствия;

**Вход** – совокупность информационных данных или обучающихся, на любой из промежуточных стадий обучения, предназначенных для последующей обработки или преобразования посредством того или иного процесса;

**Выход** – совокупность информационных данных или обучающихся, на любой из стадий обучения, являющихся результатом обработки или преобразования посредством того или иного процесса;

**Заказчик аудита** – организация или лицо, инициирующая аудит. Заказчиком может быть сама проверяемая организация или любая другая организация, имеющая регламентирующее или контрактное право на заказ аудита;

**Компетентность** – продемонстрированная способность применять знания и навыки на практике;

**Корректирующее действие** – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации в процессе;

**Коррекция** – действие, направленное на устранение обнаруженного несоответствия;

**Критерии аудита** – совокупность политик, процедур или требований, используемых в качестве эталона (стандарта). Критерии могут включать Политику, процедуры, стандарты, законы, нормы, регламенты, требования к СМК, процессам СМК и требованиям Потребителя;

**Лист несоответствий** – результат оценки свидетельств аудита в соответствии с критериями аудита, в нем указываются несоответствия, возможности корректирующих или преду-

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 6 из 7
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

преждающих действий или улучшения;

**Наблюдения аудита** – результаты оценивания собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита;

**Несоответствие** – невыполнение установленных требований;

**Объем аудита** – содержание и границы аудита. Объем обычно включает описание физического расположения, организационных единиц, деятельности и процессов, а также охватываемый период времени;

**Область аудита** – объем и границы аудита, включает в себя указание мест проведения аудита, структурные подразделения, видов деятельности и процессов;

**Подпроцесс (этап процесса)** – составляющая часть процесса, совокупность работ, имеющих единую направленность, выполняемых одним или несколькими подразделениями;

**Предупреждающее действие** – действие, предпринятое для устранения причины возможного несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации;

**Продукция** – конечный результат процессов, проходящих в университете;

**Процесс** – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности (подпроцессов, этапов процесса), преобразующих входы в выходы;

**Программа аудита** – совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели. Программа аудита включает все виды деятельности, необходимые для планирования, организации и выполнения аудитов;

**План аудита** – описание видов деятельности и мероприятий аудита;

**Свидетельство аудита** – записи, документы, изложение фактов или другая информация, полученные в результате аудита, которые связаны с его критериями и могут быть проверены;

**Совместный аудит** – аудит, проводимый двумя или несколькими организациями совместно;

**Соответствие** – выполнение требования;

**Технический эксперт** – лицо, оказывающее содействие аудиторской группе, обладающее специальными знаниями или опытом в исследуемом процессе или процедуре. Специальные знания или опыт – это то, что относится к организации, процессу или деятельности, подлежащей проверке, языку или культуре страны. Технический эксперт не выступает в качестве аудитора в аудиторской группе.

### 3.2 Обозначения и сокращения

Обозначения и сокращения стандарта:

<b>ВА</b>	–	внутренний аудит;
<b>ДИ</b>	–	должностные инструкции;
<b>КД</b>	–	корректирующие действия;
<b>КПУ</b>	–	кадрово-правовое управление;
<b>М</b>	–	менеджмент;
<b>НД</b>	–	нормативные документы;
<b>ПД</b>	–	предупреждающие действия;
<b>ПП</b>	–	положение о подразделение;
<b>ПРК</b>	–	представитель руководства по качеству;
<b>ПЭО</b>	–	планово-экономический отдел;
<b>РК</b>	–	руководство по качеству;
<b>СМК</b>	–	система менеджмента качества;

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 7 из 8
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

<b>СТО</b>	–	стандарт организации;
<b>ЦДПО</b>	–	центр дополнительного профессионального образования;
<b>ИМА</b>	–	Институт «Морская академия»;
<b>УМО</b>	–	учебно-методический отдел.

#### 4 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Ректор	–	принятие решений о проведении внутренних аудитов, определение целей и акцентов проверки;
Представитель руководства по качеству	–	предоставление отчета по внутреннему аудиту руководству Университета, обеспечение соответствия установленным требованиям и результативности внутреннего аудита;
Начальник управления конвенционной подготовки и ДПО	–	<ul style="list-style-type: none"> <li>– организация исполнения процедуры внутреннего аудита;</li> <li>– своевременный мониторинг и анализ соответствия системы по результатам внутреннего аудита;</li> <li>– актуальность настоящего стандарта.</li> <li>– организация и координация работы группы аудиторов;</li> <li>– обеспечение точности, достоверности и доказательности заключения о результатах полного аудита;</li> <li>– разработка Программы и Плана проведения аудитов;</li> <li>– разработка всех, установленных настоящим стандартом, форм документов внутреннего аудита и чек-листов;</li> <li>– своевременность подготовки и предоставления отчетов по внутреннему аудиту представителю руководства по качеству;</li> <li>– выполнение требований настоящего стандарта группой аудиторов;</li> <li>– своевременность и объективность оценки аудиторов;</li> <li>– своевременность и соответствие требованиям настоящего стандарта оформляемых результатов аудита.</li> </ul>
Ведущий аудитор	–	<ul style="list-style-type: none"> <li>– обеспечение точности, достоверности и доказательности заключения о результатах аудиторской проверки;</li> <li>– подготовка и выполнение всех этапов аудиторской проверки и достижение целей аудита;</li> <li>– выполнение требований настоящего стандарта;</li> <li>– эффективное взаимодействие с руководителем и сотрудниками проверяемого подразделения;</li> <li>– своевременность представления данных по результатам внутреннего аудита директору института «Морская академия», а также всем заинтересованным лицам.</li> </ul>
Аудитор	–	<ul style="list-style-type: none"> <li>– разъяснение требований проверки персоналу;</li> <li>– выполнение программы и плана проверки;</li> <li>– сотрудничество с ведущим аудитором и оказание ему поддержки;</li> <li>– обеспечение собственной компетентности в вопросах, подлежащих проверке;</li> </ul>

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 8 из 9
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

Руководитель проверяе-  
мого подразделения

- обеспечение полноты собранных свидетельств, для наибольшей объективности заключения аудита;
  - достоверность, полноту и точность отражения свидетельств аудита в документах;
  - документирование наблюдений, обеспечение сохранности документов, относящихся к проверке;
  - анализ доказательств (соответствие требованиям принятых в Университете международных стандартов, Конвенции и Кодекса ПДНВ, Законодательства РФ и локальных актов), необходимых для составления заключения о проверяемых элементах системы менеджмента;
  - проявление объективности и беспристрастности при проведении аудита;
  - выполнение требований настоящего стандарта.
- информирование сотрудников о целях и области аудита (ознакомление сотрудников с Программой и Планом аудита);
  - назначение ответственных и компетентных сотрудников для работы с аудиторской группой, включая сопровождающих лиц;
  - обеспечение аудиторской группы соответствующим рабочим местом и необходимыми средствами для выполнения обязанностей;
  - информирование аудиторов о правилах техники безопасности, обеспечение их (при необходимости);
  - обеспечение доступа к документации, необходимому оборудованию и материалам;
  - сотрудничество с группой аудиторов для обеспечения объективности проверки;
  - недопущение любых действий, ограничивающих или сокращающих круг вопросов, подлежащих аудиту;
  - своевременное проведение действий для устранения обнаруженных несоответствий и причин, их вызывающих, согласно Листам несоответствий;
  - представление в институт «Морская академия» отчетных документов об устранении, несоответствий (Отчетов о выполнении корректирующих действий) в сроки, указанные в Листах несоответствий.

Ответственность за выполнение этапов процесса представлена в матрице ответственности (таблица 5.3).

## 5 ТРЕБОВАНИЯ

### 5.1 Входные данные

Основанием для выполнения внутренних аудитов является принцип действия СМК, описанный в РК.

Аудиторским проверкам подлежат подразделения, отвечающие за процессы СМК (см.

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 9 из 10
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

### СТО «Руководство по качеству»)

Входные данные и содержащие их документы изложены в таблице 5.1.

Таблица 5.1 – Входные данные процесса

Предшествующий процесс или внешний источник	Наименование документов	Ответственный за хранение и обработку
Российские и международные организации по стандартизации	Стандарты ИСО, Конвенция и Кодекс ПДНВ, Законы РФ, Подзаконные нормативные акты	Директор ИМА
Общий менеджмент	Результаты годового анализа функционирования СМК	Директор ИМА
Надзорные органы, директор ИМА, потребители	Результаты проверок (Акты, Заключения), претензии потребителей, отзывы (Отчет по маркетингу)	Директор ИМА
Общий менеджмент Университета	Приказы, распоряжения, решения советов	
Все процессы Университета (все СТО)	РК, СТО, положения, инструкции и иные локальные акты Университета ( <a href="http://smk.ssuwt.ru/normativnye_pologeniya">http://smk.ssuwt.ru/normativnye_pologeniya</a> )	Директор ИМА
Управление рисками. Предупреждающие действия (СТО)	Планы работы по видам деятельности и процессам Университета, планы работы подразделений	Директор ИМА
Корректирующие действия (СТО)	Отчеты по предыдущим ВА. Планы-отчеты о корректирующих действиях	Директор ИМА

## 5.2 Общие положения

### 5.2.1 Внутренние аудиты системы менеджмента

Внутренние аудиты (ВА) позволяют проверить собственную деятельность СГУВТ на соответствие требованиям к СМК, оценить достигнутые результаты в соотношении запланированным целям и задачам. Затем полученные данные оформляются в виде Отчета по аудиту и передаются в Ректорат и Ученый совет для анализа и принятия решений.

Внутренние аудиты являются одним из основных инструментов управления системой менеджмента качества университета, и преследуют следующие цели:

- проверка соответствия видов деятельности, процессов и процедур установленным требованиям (Законодательству РФ, требованиям МС ИСО 9001, ПДНВ, локальным актам Университета);
- определение причин обнаруженных несоответствий;
- определение предложений по улучшению (фиксируется в виде наблюдений);
- определение результативности выполнения Политики и целей в области качества (см. РК), а так же планов работы по видам деятельности, процессам и планов подразделений;
- получение данных для анализа результативности СМК со стороны руководства;

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 10 из 11
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

– проверка выполнения и оценка результативности корректирующих мероприятий по результатам предыдущих проверок.

**В ходе внутренних аудитов:**

- подтверждаются результаты устранения несоответствий, выявленных при проведении предыдущих проверок;
- определяется достаточность документов, обеспечивающих работу СМК подразделений и их соответствие требованиям внешних и внутренних нормативных документов (НД);
- проверяется фактическое выполнение требований НД;
- анализируются поступившие претензии сотрудников подразделений университета;
- проверяются процедуры по управлению документацией (оформление, учет, изъятие, хранение и т.п.);
- рассматриваются предложения по развитию и совершенствованию системы менеджмента качества.

Координатором внутренних проверок системы менеджмента качества является директор ИМА, ответственный за общее руководство групп аудиторов.

**Частота проведения внутренних аудитов** устанавливается Программой и Планами внутреннего аудита в зависимости от количества и значимости выявленных несоответствий в результате внутренних и внешних аудитов, влияния их на соответствие процессов, а также претензий потребителя.

В отчете по результатам внутреннего аудита директор ИМА формирует предложения по частоте проведения аудита в подразделениях и процессах.

Внеплановые аудиты могут проводиться в следующих случаях:

- при появлении замечаний или рекламаций со стороны потребителей;
- при изменении в организационную структуру СГУВТ;
- при изменении процессов или процедур СМК;
- наличия рисков для выполнения требований Законодательства РФ, требований Международной Конвенции или Кодекса ПДНВ, локальных актов Университета, Политики и целей СМК, планов по видам деятельности и процессам;
- для оценки исполнения и/или результативности КД, в случае, когда представленных со стороны подразделения свидетельств недостаточно;
- при отсутствии информации от подразделения о выполнении КД по результатам прошлого аудита;

Решение о проведении внеплановых внутренних аудитов принимает ректор Университета, о чем издается соответствующий приказ по представлению директора ИМА.

### 5.2.2 Внутренний аудитор

Проверку деятельности в области СМК проводят внутренние аудиторы, которые включены в реестр внутренних аудиторов университета приказом ректора.

Внутренние аудиторы должны пройти специальную подготовку для обеспечения компетентности при проведении и/или руководстве проверками в следующих областях:

- знание и понимание критериев аудита (требований и стандартов, на соответствие которым осуществляются проверки СМК);
- методы осмотра, опроса, оценки ключевых процессов и соответствия проверяемых видов деятельности (образовательной, научной и пр.).

Проверки проводятся группой аудиторов в составе, определяемом приказом, Программой и Планом аудита.

Для получения беспристрастной оценки состояния объекта, подведомственного аудиту,

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 11 из 12
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

экспертная группа формируется из аудиторов, не имеющих прямой зависимости, как от проверяемого подразделения, так и от результатов проверки (аудиторы не должны проверять собственную работу и/или являться сотрудниками проверяемого подразделения).

Внутренний аудитор должен:

- обладать надлежащей квалификацией (подтверждается наличием соответствующего обучения) и достаточным опытом (подтверждается соответствующей стажировкой) проведения аудитов;
- быть компетентным в вопросах нормативных требований к проверяемой деятельности (знать и понимать критерии аудита)
- понимать взаимосвязь проверяемой деятельности отдельного подразделения с процессом и видом деятельности Университета, Политикой и целями СМК;
- иметь навыки коммуникативного общения, планирования, организации и анализа.

Внутренний аудитор, назначенный для руководства группой аудиторов, называется ведущим аудитором и/или руководителем группы аудиторов и определяется Планом внутреннего аудита.

Ведущий аудитор несет ответственность за все этапы проверки, и наделен полномочиями принимать решения по определению свидетельств и наблюдений аудита как самостоятельно, так и на основании представлений аудиторов группы.

Если аудиторы в аудиторской группе не обладают необходимыми знаниями и опытом, в группу аудиторов включается технический эксперт для обеспечения общей компетентности аудиторской группы. Технические эксперты работают под руководством ведущего аудитора.

Аудиторы, не имеющие опыта проведения проверок, включаются в состав группы в качестве стажеров, и действуют только под руководством ведущего аудитора.

### 5.2.3 Компетентность и оценка аудиторов

Директор ИМА ежегодно при разработке Программы и Планов ВА анализирует компетентность аудиторов путем проверки наличия документов об образовании, повышении квалификации, отчетов по предыдущим ВА, штатного состава проверяемых подразделений. Кроме того, во внимание принимается наличие рекламаций и пожеланий от сотрудников подразделений.

### Требования к аудиторам

Аудиторы должны развивать, поддерживать, и повышать свою компетентность посредством постоянного профессионального развития (изучения нормативных требований и требований локальных актов Университета, специального обучения в области СМК, самообразования в области СМК, участия в советах, совещаниях и конференциях), регулярного участия в аудитах.

Группы аудиторов университета формируется директор ИМА из числа специалистов СГУВТ на основании личной инициативы, предложений руководителей и по согласованию с функциональным руководителем аудитора.

Реестр аудиторов составляется по результатам ежегодной оценки компетентности аудиторов и включается в программу проведения внутренних аудитов.

Требования, предъявляемые к образованию и опыту работы аудиторов, представлены в таблице 5.2.

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 12 из 13
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

Таблица 5.2 – Требования, предъявляемые к аудиторам

Компетентность	Аудитор	Ведущий аудитор/ руководитель группы	Технический эксперт
<i>Образование</i>	Законченное высшее	Как у аудитора	Среднее и /или высшее образование и/или ученая степень, звание по направлению проверяемой деятельности
<i>Опыт работы</i>	Не менее 3-х лет в университете или его филиалах.	Как у аудитора	Не менее 3-х лет в области проверяемой деятельности
<i>Подготовка в качестве аудитора</i>	Обучение по курсу «Внутренний аудитор СМК» - 24 часа (переподготовка каждые 5 лет), наличие сертификата.	Как у аудитора	-
<i>Опыт проведения аудитов</i>	Аудитор – не менее 4-х аудитов подразделений в качестве стажера	Не менее 10 аудитов подразделений в качестве аудитора	-

Аудитор должен знать и уметь применять принципы, процедуры и методы аудита.

Аудитор должен знать и понимать:

- требования настоящего стандарта;
- терминологию в проверяемой области;
- международный стандарт ИСО 19011;
- требования Международной конвенции и Кодекса ПДНВ;
- размер, структуру, функции и взаимоотношения в университете;
- общие бизнес-процессы и относящуюся к ним терминологию;
- требования Законодательства и локальных актов Университета, применимые к проверяемой деятельности.

Аудитор должен уметь:

- результативно планировать и организовывать свою работу (осуществлять анализ документов, подготавливать опросные листы и т.д.);
- проводить аудит в соответствии с Программой и Планом ВА;
- расставлять приоритеты и концентрироваться на наиболее важных объектах проверки;
- собирать информацию путем визуальных осмотров и наблюдений за деятельностью, интервью, анализа документов, включая записи и иные данные;
- проверять точность собранной информации путем поиска независимых источников;
- подтверждать достаточность и соответствие информации для обоснования свидетельств, наблюдений и заключений по результатам аудита;
- использовать опросные листы (чек-листы) и формы для регистрации действий по аудиту, если таковые установлены директором ИМА;
- проявлять лояльность и доброжелательность, а также честность и принципиальность по отношению к сотрудникам проверяемых подразделений и их деятельности;
- обеспечивать конфиденциальность и сохранность информации.

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 13 из 14
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

Ведущий аудитор (руководитель аудиторской группы) дополнительно к требованиям, предъявляемым к аудитору, должен уметь:

- планировать аудит и результативно использовать ресурсы в процессе аудита;
- направлять деятельность аудиторской группы;
- вести аудиторскую группу к достижению целей аудита;
- обеспечивать принципиальность и беспристрастность решений, принимаемых группой.
- предупреждать и разрешать конфликты.

Аудитору следует быть:

- этичным (нравственным), беспристрастным и сдержанным;
- дипломатичным, умеющим тактично вести себя с людьми;
- наблюдательным, активно познавать окружающую действительность;
- открытым, готовым рассматривать альтернативные идеи и точки зрения;
- обладать логическим мышлением, аналитическим складом ума и твердостью воли;
- принципиальным в принимаемых решениях.

### **Оценка аудиторов**

Ответственным за оценку аудиторов является директор ИМА. Систематическое оценивание аудиторов обеспечивает директор ИМА. Записи о компетенции и оценке аудиторов накапливаются и хранятся в ИМА в электронном и/или бумажном (копии документов об обучении, повышении квалификации и т.д.) виде.

Программа и планы аудитов разрабатывается директор ИМА с учетом результатов предыдущего аудита, результатов оценки аудиторов, пожеланий участников аудита, а также Программы внутренних аудитов.

### **5.3 Описание процесса**

Блок-схема процесса представлена на рисунке 5.1.

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 14 из 15
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и дополнительного профессионального образования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

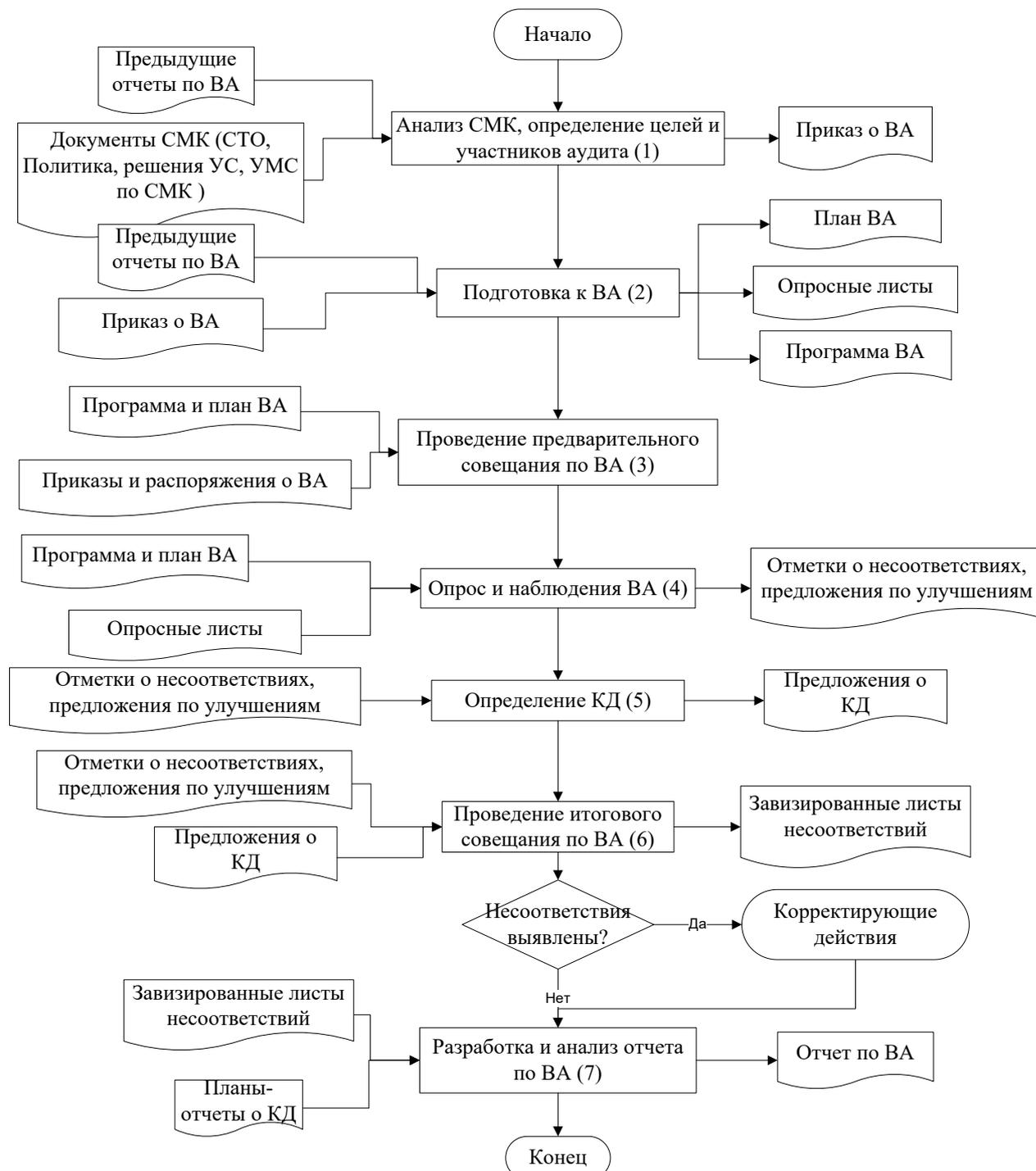


Рисунок 5.1 – Порядок организации и выполнения ВА

### 5.3.1 Описание этапов процесса

**На первом этапе**, на основании имеющейся информации о целях и задачах аудита, отчета о предыдущем внутреннем аудите, о наличии в штате сотрудников, компетентных в вопросах внутреннего аудита, а также технических экспертов по проверяемым процессам или их этапам, директор ИМА готовит приказ о ВА. Приказ распространяется во все задействованные подразделения в соответствии с СТО «Управление документированной информацией».

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 15 из 16
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

В приказ включается:

Указание о проведении, основные цели и сроки проведения внутреннего аудита;

Указание о планировании, организации и форме отчетности внутреннего аудита (работку программы и плана, чек-листов и отчета) и соответствующего ответственного лица;

Лица, назначенные внутренними аудиторами;

Лица, назначенные техническими экспертами;

Указание о допуске к объектам и полномочиях внутренних аудиторов и технических экспертов для аудита проверяемых подразделений.

Лицо, контролирующее выполнение приказа.

**На втором этапе** директор ИМА анализирует каждый процесс университета, включенный в СМК, с точки зрения сроков и продолжительности проведения внутреннего аудита.

Анализируется:

- сложность процесса (количество подпроцессов и операций);
- изменения, оказывающие влияния на процессы СГУВТ;
- количество и объем проверяемой документации;
- результаты предыдущих аудитов (внешних/внутренних);
- потребности анализировать объект аудита с точки зрения совершенствования/внедрения процедур, регламентов;
- задействованные подразделения;
- истекшего периода времени предоставления информации о выполнении корректирующих мероприятий, количества и характера выявленных несоответствий требующих проверки выполнения КД «на месте»;
- численность сотрудников проверяемых подразделений.

На основании такого анализа, модели СМК и матрицы ответственности подразделений (РК), и исходя из принципа проверки СМК, директор ИМА разрабатывает ежегодную Программу внутренних аудитов (**Приложение Б**). Программа анализируется и согласуется с заинтересованными лицами.

Директор ИМА осуществляет подготовку к ВА. Подготовка осуществляется на основании приказа ректора о ВА и в соответствии с разработанной программой ВА. На этом этапе директор ИМА совместно с внутренними аудиторами разрабатывает Планы внутренних аудитов подразделений (**Приложение В**). Планы рассылаются по подразделениям не позднее, чем за одну неделю до проведения проверки (ответственный за рассылку – директор ИМА).

В общем случае для достижения целей аудита в проверяемом подразделении аудиторам необходимо проанализировать следующие документы:

- штатное расписание подразделения, ПП, ДИ, цели и планы работы подразделения;
- РК, СТО, положения и другие документы, в области которых находится проверяемое подразделение;
- отчеты предыдущих аудитов, протоколы с информацией о выполнении корректирующих мероприятий по их результатам;
- предписания надзорных органов, касающихся данного подразделения;
- записи по качеству;
- протоколы советов, отчеты по показателям процессов.

Состав документов для анализа определяется исходя из установленных критериев аудита, перечня документов, регламентирующих работу подразделения.

При анализе документации определяется насколько деятельность в том виде, как она документирована, соответствует критериям аудита.

Проверка документов осуществляется по следующим позициям:

	<p>Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b></p>	<p>Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b></p>	<p>Стр. 16 из 17</p>
	<p>Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и дополнительного профессионального об- разования</b></p>	<p>Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a></p>	

- комплектность и полнота документов, соответствие установленным формам и требованиям к документированию ISO 9001, ПДНВ, СТО и иными локальными актами Университета;
- наличие отчетных документов, требуемых ISO 9001, ПДНВ, СТО и иными локальными актами Университета;
- соответствие названия, обозначений, структурного построения документа;
- наличие подписей, их расшифровок, дат и должностей разработчиков, согласующих и утверждающих документ;
- достаточность уровня детализации в описании процесса/процедуры (должен соответствовать компетентности персонала, выполняющего процесс/процедуру);
- использование точных и однозначных терминов и определений, отсутствие применений «общих фраз» при описании деятельности (такие места в тексте часто служат сигналом, что порядок осуществления этой деятельности не определен, или она вообще не выполняется). В этом случае аудитор должен проверить на месте, как фактически осуществляется эта деятельность;
- внесение изменений в документацию, архивирование, изъятие отмененных;
- обеспечение непрерывности при различных процессах;
- возможные противоречия между действующими и вновь введенными документами, в распределении ответственности (одинаковое определение ответственности в основополагающих документах СМК, процедурах по процессу и ДИ);
- наличие условий для функционирования СМК (документальные требования к деятельности и ее результатам, обученный персонал, ресурсы, документирование результатов, способы проверки и взаимодействие при выполнении процесса, установленная ответственность).

Выявленные несоответствия в документах заносятся аудитором в рабочие записи для последующего включения в Листы несоответствий.

После анализа информации, относящейся к аудиту и до начала аудита «на месте» директор ИМА совместно с ведущими аудиторами в случае необходимости готовят Опросные листы (чек-листы) с перечнем вопросов (**Приложение Г**), позволяющих провести аудит наиболее полно. Опросные листы разрабатываются на основании установленных требований к проверяемой деятельности.

Опросный лист может быть передан руководителю аудируемого подразделения (по запросу) для ознакомления и подготовки к аудиту.

При составлении Опросного листа в его состав рекомендуется включить как минимум вопросы, касающиеся:

- аспектов деятельности подразделения по порученной аудитору задаче;
- рисков выполнения Международной Конвенции и Кодекса ПДНВ, нормативных требований, требований локальных актов;
- периодически повторяющихся проблем;
- несоответствий, выявленных в результате предыдущих проверок СМК и оценок со стороны внешних организаций;
- проблем, выявленных в ходе предшествующих проверок в других аналогичных подразделениях;
- выявленной в результате предварительного анализа документации неопределенности.

Вопросы по аудируемой деятельности строят по принципу «PDCA» – 1) вопросы по планированию, 2) вопросы по свидетельствам выполнения планов, 3) вопросы по отчетным документам (записям), 4) вопросы по действиям и документам оценки и анализа работы.

Опросный лист не ограничивает действия аудитора, если собранная при аудите информация, указывает на необходимость расширить проверку, необходимо задать дополнительные во-

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 17 из 18
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

просы. Опросный лист является рабочим документом аудитора, содержащим конфиденциальную информацию, и подлежит хранению в ИМА как документальное дополнение к Отчету об аудите.

Ведущий аудитор информирует директора ИМА о готовности группы к проведению аудита на месте.

**На третьем этапе** аудиторская группа под руководством ведущего аудитора проводит аудит на месте. Аудит начинается с предварительного совещания в проверяемом подразделении. На совещании объясняется цель проверки и порядок ее проведения, представляются технические эксперты, определяются сотрудники подразделений, выделенные для помощи аудитора.

Целью предварительного совещания является:

- представление группы аудиторов сотрудникам проверяемого подразделения;
- обзор области деятельности, целей и критериев проводимого аудита;
- краткое изложение методов и процедур, которые будут использованы при проведении аудита;
- подтверждение наличия ресурсов, необходимых для проведения аудита;
- подтверждение сроков заключительной беседы и любых промежуточных совещаний аудиторов с руководством проверяемого подразделения;
- предоставление возможности сотрудникам подразделения задать вопросы.

Перед тем, как аудиторы приступят к выполнению своих обязанностей, ВА должен убедиться (при необходимости), что аудиторы ознакомлены с правилами техники безопасности в помещениях подразделения (при наличии таковых).

В свою очередь, проверяемое подразделение получает всю необходимую информацию по предстоящей проверке, и возможно декларирует об уже выявленных несоответствиях и предлагаемых корректирующих и предупреждающих действиях.

**На четвертом этапе** проверка любого отдела или подразделения проводится по следующей схеме:

- с проверки выполнения и результативности корректирующих действий по результатам предыдущего аудита;
- проверка на соответствие критериям аудита;
- изучение документации подразделения (нормативные документы);
- опрос и заполнение опросных листов, проверка записей;
- фиксация наблюдений;
- документирование.

Документация подразделения проверяется непосредственно во время аудита или заблаговременно в зависимости от ее объема и сложности. При проверке документации следует обращать внимание:

- наличие номенклатуры дел подразделения и ее соответствие утвержденной номенклатуре дел университета (**СТО «Управление документированной информацией»**);
- наличие папок и документов в соответствии с номенклатурой дел подразделения;
- соответствие проверяемых документов последним версиям нормативных документов (законы РФ, устав СГУВТ, ГОС ВПО, положения и инструкции и т.п.), а также последним версиям СТО;
- легитимность документов (наличие всех необходимых утверждающих подписей и печатей);
- легкость доступа к документу (хорошим доступом считается предоставление документа в течение 5 минут).

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 18 из 19
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

Опрос проводится по разработанным опросным листам (**Приложение Г**) или без таковых. По результату опроса заполняются опросные листы или иные носители информации (блокноты, записные книжки, носители аналоговой или цифровой информации записи звука или изображения), тем самым создаются свидетельства аудита.

Вся информация, указывающая на возможность несоответствия, должна фиксироваться независимо от того, входит она в перечень контрольных вопросов или нет. Аудитор должен исходить только из обнаруженных фактов. Он также должен обсудить ситуацию с представителями проверяемого подразделения для подтверждения того, что свидетельства аудита верны и правильно истолкованы.

Наблюдения аудита формируются путем сравнение свидетельств аудита с критериями аудита (т.е. с требованиями, регламентирующими деятельность).

Наблюдения аудита могут указать на соответствие или несоответствие, на ситуацию, которая может привести к несоответствию, а также могут привести к определению возможностей улучшения или к записи предложения или применения хорошего опыта.

Все наблюдения должны фиксироваться в листах несоответствий. Наблюдения аудита, указывающие на невыполнение требований, должны быть тщательно рассмотрены аудиторской группой перед тем, как охарактеризовать их как несоответствия. Необходимо по возможности получить информацию из нескольких независимых источников.

Документирование аудита формируется путем заполнения листов несоответствий (**Приложение Д**), в которых указываются все выявленные несоответствия, на основе анализа возможных предупреждающих действий и формулируются наблюдения (предложения по улучшению деятельности, либо выявленная ситуация может в дальнейшем привести к несоответствию). Допускается немедленное исправления выявленного несоответствия, не носящего систематический характер, в этом случае несоответствие по решению ведущего аудитора может не фиксироваться. Если фиксируется несоответствие, обязательным является указание ссылки на нарушенное требование и документ, его содержащий (Конвенция, Закон, Стандарт, приказ, пункт, статья и т.п.). Во всех остальных случаях делается запись, поясняющая содержание наблюдения (что предлагается улучшить, описание ситуации и рисков, формулировка хорошей практики и т.п.) под общим названием – «наблюдение».

В случае, когда аудитор обнаружит **несоответствие, причина которого находится за пределами проверяемого подразделения**, аудитор делает запись в листе несоответствий, который подлежит вручению руководителю того подразделения, в чью компетенцию входит выполнение корректирующего действия. Недопустима ситуация, когда выявленное несоответствие не фиксируется.

**На пятом этапе** по окончанию запланированных мероприятий аудита «на месте», группа аудиторов рассматривает собранную информацию. Аудиторы должны обсудить и проанализировать наблюдения аудита с точки зрения целей аудита и сделать общие выводы.

Выявление большого числа несоответствий, постоянное выявление однотипных несоответствий, отсутствие доказательств выполнения корректирующих мероприятий по результатам прошлых проверок является основанием для проведения внепланового аудита подразделения и оценки результативности КД на месте, а также отражения данной ситуации в отчете по аудиту.

В случае если аудиторская группа приходит к выводу, что цель аудита не достигнута, то назначается дополнительное время для проведения аудита. Решение о продлении времени аудита принимает ведущий аудитор по согласованию с руководителем подразделения и ДИРЕКТОР ИМА, которое затем оформляется дополнением к приказу или без такового по соглашению сторон.

**На шестом этапе** проводится итоговое совещание по внутреннему аудиту, на котором официально оглашаются результаты ВА. Руководитель и сотрудники подразделения вправе

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 19 из 20
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

оспорить решение аудитора о несоответствии, однако окончательное решение принимает ведущий аудитор. После достижения согласия между внутренними аудиторами и руководителем подразделения сотрудники подразделения устанавливают наиболее оптимальные сроки проведения корректирующих действий и коррекций. Внутренние аудиторы делают соответствующие отметки в листах несоответствий (**Приложение Д**). Затем листы несоответствий подписываются ведущим аудитором, членами аудиторской группы и руководителем подразделения, ответственного за корректирующие действия.

Любые разногласия в отношении наблюдений аудита и/или заключений по результатам аудита должны быть обсуждены и, если возможно, разрешены. В противном случае руководитель подразделения излагает письменно свое несогласие с результатом аудита с четким обоснованием в рапорте и передает его директору ИМА. В спорной ситуации решение принимает ПРК по представлению информации от директора ИМА, аудиторов и/или руководителя подразделения.

Анализ причин несоответствий, разработка мероприятий по коррекции и корректирующим действиям по результатам аудита является **обязанностью руководителя подразделения или процесса**, ведущий аудитор лишь проверяет и согласует статус предлагаемых мероприятий (определяет - подпадает ли указанное мероприятие под определение «корректирующее действие»). Однако, по просьбе руководителя проверяемого подразделения, аудитор вправе оказать консультационную помощь в поиске причин несоответствий, дать рекомендации по корректирующим действиям, что не снимает соответствующей ответственности с руководителя подразделения. Информация о предполагаемых корректирующих действиях и коррекции, заносится в листы несоответствий (**Приложение Д**).

Планирование мероприятий по выполнению коррекции и корректирующих действий осуществляется до завершения аудита в подразделении. Сроки выполнения коррекций и корректирующих действий с момента выдачи листа несоответствия обычно не должны превышать одного месяца, в противном случае подразделение, ответственное за выполнение корректирующего действия, в оговоренный срок должно разработать и представить в ИМА план мероприятий, направленных на устранение самого несоответствия (если возможно) и причин его вызывающих, с указанием сроков соответствующих этапов его исполнения.

При определении сроков коррекций и корректирующих действий ведущий аудитор и руководитель проверяемого подразделения должны обеспечить, чтобы все необходимые действия выполнялись без излишней отсрочки. Сроки коррекций и корректирующих действий утверждаются ведущим аудитором.

Заполненный и подписанный руководителем подразделения подлинный экземпляр листа несоответствий остается в подразделении, а копия передается ВА в срок не позднее 5-ти рабочих дней с даты проведения аудита (если руководителю подразделения необходимо дополнительное время для разработки КД).

**Если выполнение корректирующих действий по результатам аудитов требует участия руководства СГУВТ, то соответствующие данные по результатам аудитов должны быть доведены руководству СГУВТ немедленно.**

Далее ответственные подразделения выполняют корректирующие действия, указанные в листах несоответствий (**СТО «Корректирующие действия»**).

Руководитель подразделения или владелец процесса (объекта аудита) обеспечивает своевременное устранение обнаруженных несоответствий и их причин. Для каждого несоответствия, выявленного внутренним аудитом, руководитель подразделения или процесса проводит коррекцию, затем КД в согласованные с аудитором сроки.

После проведения коррекций и КД руководители объектов аудита проводят проверку исполнения и оценивают результативность предпринятых мер, в установленный срок направляют

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 20 из 21
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

План – отчет о выполнении корректирующих действий в ИМА с предоставлением подтверждающих документов (**Приложение Е**).

Если запланированные мероприятия (коррекция и КД) не были проведены в установленные строки, то в плане отчете в разделе отметка о выполнении, обосновывается причина невыполнения, и определяются дальнейшие действия (составляется отдельный план устранения, происходит перенос сроков, изменение корректирующих действий).

Директор ИМА контролирует предоставление план отчетов с отметкой о выполнении, вносит записи о выполнении мероприятий в соответствующий раздел Журнала регистрации результатов аудита качества (**Приложения Ж**).

При наличии отметки в плане-отчете о выполнении корректирующих действий, предоставлении подразделением достаточных свидетельств выполнения мероприятий аудит считается завершенным. Проверка выполнения коррекции, КД и оценка результативности осуществляется в рамках проведения последующих проверок по данному направлению деятельности.

**Внеплановая проверка выполнения КД «на месте» допускается:**

- по предложению ведущего аудитора на основании анализа результатов внутреннего аудита качества;
- в случае отсутствия информации о выполнении КД по истечении срока, указанного в листе несоответствий.

Внеплановый аудит устанавливается отдельным приказом ректора либо дополнением к приказу с указанием причин, сроков и ответственных лиц. При удовлетворительных результатах внепланового аудита – несоответствие закрывается. Если действие признано неудовлетворительным (выявлены несоответствия того же характера) выписывается новый лист несоответствия с отметкой «повторно». В этом случае вопрос о причинах несоответствия выносится руководителю процесса, а результат фиксируется в Отчете по ВА.

**На седьмом этапе** после проведения всех аудиторских проверок директор ИМА совместно с внутренними аудиторами на основании листов несоответствий и планов-отчетов КД готовят Отчет по ВА (**Приложение К**). Цель составления Отчета – обобщение, интеграция и анализ информации, полученной во время внутренних аудитов, в удобной форме, которая призвана упростить восприятие информации заинтересованными сторонами. На основании фактов и выводов аудиторской группы, изложенных в отчете, а также, используя предложения по КД и улучшениям, руководство СГУВТ принимает управленческие решения.

**Деятельность аудиторской группы считается завершенной, когда все процедуры по Программе и Плану проведения аудита СМК выполнены, а все документы предоставлены директору института «Морская академия».**

Сотрудники ИМА вносят записи в электронный Журнал регистрации результатов внутренних аудитов по форме (**Приложения Ж**). Информация по наличию несоответствий, контрольных сроков предоставления информации об устранении, статусу КД по каждому подразделению доступна всем заинтересованным лицам в Журнале регистрации результатов аудитов качества, расположенном по адресу <http://smk.ssuwt.ru/audit>.

Корректирующие действия, которые не могут быть выполнены конкретным подразделением, требующие решения руководства СГУВТ (требующие финансовых вложений, не достигшие консенсуса с владельцами процессов), фиксируются в Отчете по ВА отдельно и выносятся ректору и/или в Ученый совет для принятия решений.

По окончании внутреннего аудита директор ИМА по предоставленным данным аудиторских групп, обобщает выявленные несоответствия по элементам и процессам, оценивает тенденции изменения процессов с использованием статистических методов, выявляет элементы СМК с низким уровнем функционирования, дает общую оценку функционирования СМК, готовит предложения по корректирующим действиям, функционированию и улучшению СМК.

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-012-2021</b>	Стр. 21 из 22
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и          дополнительного профессионального об-          разования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/op_7">http://smk.ssuwt.ru/op_7</a>	

Все вышеизложенные данные формируются в Отчете о внутреннем аудите СМК, и представляется на анализ ПРК и ректора, анализируются на учебно-методическом и далее – на Ученом совете университета (**Руководство по качеству**).

Отчет о Внутреннем аудите оформляют в соответствии с **Приложением 3**. Срок выпуска Отчета – 30 дней с момента завершения последнего аудита. Подготовленный отчет директор ИМА рассылает владельцам процессов, руководству СГУВТ.

Директор ИМА выкладывает обобщенную информацию по внутреннему аудиту на сайт университета в разделе СМК по адресу: <http://smk.ssuwt.ru/audit>.



Таблица 5.3 – Внутренний аудит. Этапы процесса, делегирование полномочий, сроки выполнения

Наименование процесса	Сроки исполнения процессов	Ответственное под-разделение	Ответственность за выполнение								
			Ректор	Проректор по УР	ПРК (Директор ИМА)	Директор ИМА	Ведущие аудиторы	Аудиторская группа, техн. эксп.	СП, кафедра		
									Начальник подразделения	Ответственный за СМК	
1 Анализ процессов СМК, определение целей и участников аудита	Ноябрь-декабрь (ежегодно)	ИМА	Р	У	У	О	В	В	-	-	
2 Подготовка к ВА	За две недели до начала ВА	ИМА	-	-	-	Р	О	В	-	-	
3 Проведение предварительного совещания по ВА	Согласно программы и плана ВА	ИМА, подразделения	-	-	-	-	Р,О	В	В	В	
4 Опрос и наблюдения ВА	Согласно программы и плана ВА	ИМА, подразделения	-	-	-	-	Р,О	В	В	В	
5 Формирование выводов	До итогового совещания ВА	ИМА, подразделения	-	-	-	-	-	-	Р,О	В	
6 Обсуждение результатов аудита	По плану ВА	ИМА, подразделения	-	-	-	-	Р,О	В	О	В	
7 Разработка и анализ отчета по ВА	В течение двух недель после сбора КД (либо 30 дней после окончания последнего аудита)	ИМА	-	-	-	Р	О,В	В	-	-	
<b>Условные обозначения:</b>											
Р – Руководит, принимает решения, несет ответственность за конечные результаты;											
О – Одиректор ИМАнизует исполнение работ, готовит решения, несет ответственность за правильное и своевременное исполнение работ, подготовку решений;											
У – Принимает непосредственное участие в принятии решений;											
В – Осуществляет внедрение принятых решений в подчиненных подразделениях, несет ответственность за правильное и своевременное внедрение решений											



### 5.3.2 Внесение изменений, учет и хранение документации

Изменение программы аудита должно быть оформлено документально по форме основного документа не позднее, чем за 2 недели до начала аудита, к которому принято изменение.

Изменение вводится в действие после уведомления руководителя подразделения приказом об изменении предыдущего приказа, утвержденной программы проведения внутреннего аудита на год.

Рассылка приказов об изменении и новой программы, учет, регистрация и хранение документа в подразделениях СГУВТ, осуществляется в том же порядке, что и основной документ.

ИМА ведет централизованный учет, хранение и регистрацию программ ВА, листов несоответствий и отчетов по аудитам по общим правилам управления документацией СМК (**см. СТО «Управление документированной информацией»**).

Каждое подразделение ведет хранение и регистрацию листов несоответствий с отметками о КД и предложениями по улучшению (документы размещаются в папке СМК подразделения). Срок хранения документов – 3 года, но не менее срока выполнения КД, указанного в листах несоответствий.

## 5.4 Выходные данные процесса

Таблица 5.4 –Выходные данные процесса

Последующий процесс или внешний потребитель	Наименование содержащих документов	Ответственный за хранение и обработку
Анализ СМК со стороны руководства (РК)	Отчет по ВА	Директор ИМА
Общий менеджмент (РК)	Отчет по ВА	Директор ИМА
Корректирующие действия (СТО)	Листы несоответствий	Директор ИМА
Управление рисками. Предупреждающие действия (СТО)	Листы несоответствий	Директор ИМА

Все перечисленные документы ведутся и хранятся в ИМА и в соответствующих подразделениях университета в соответствии с **СТО «Управление документированной информацией»**.



### **5.5 Анализ, измерение и мониторинг процесса**

Таблица 5.5 – Критерии оценки процесса

Цель критерия	Единицы измерения	Методы контроля	Ответственный за анализ
Снизить число не выявленных, или не устраненных несоответствий в подразделениях	Ед.	Подсчитывается по числу несоответствий, обнаруженных при внешнем аудите	Директор ИМА
Снизить число неточно выставляемых несоответствий	Ед.	Подсчитывается при составлении плана отчета по ВА путем анализа листов несоответствий	Директор ИМА
Уменьшить число неверно сформулированных корректирующих действий	Ед.	Подсчитывается при составлении плана отчета по ВА путем анализа листов несоответствий	Директор ИМА
Улучшить работу внутренних аудиторов	Ед.	Подсчитывается по числу несоответствий, обнаруженных при внешнем аудите в подразделениях, проверенных конкретным внутренним аудитором	Директор ИМА
Повысить «принесенную» ценность аудита	Ед.	Оценивается числом предложений по улучшению в отчете по ВА	Директор ИМА
Соответствие программе проведения аудитов качества	Ед.	План факт анализ	Директор ИМА

Оценка показателей проводится 1 раз в год. Разработкой и оценкой критериев и целевых показателей занимаются директор ИМА и руководители ответственных подразделений с привлечением как внутренних, так и внешних специалистов.

Представитель руководства по качеству контролирует выполнение требований данного стандарта, утвержденных программ и планов аудита.



**ПРИЛОЖЕНИЕ А (рекомендуемое)**  
**Комплексный метод оценки компетентности внутренних аудиторов**

№	Критерии оценивания	Баллы	Методы оценивания
	<b>Личные качества</b>		
1.1	Открытость (восприятие и разработка альтернативных идей и точек зрения, способность поиска решений)	0 1 2 3 4 5	Наблюдение, опросы мнений
1.2	Дипломатичность (умение устанавливать взаимоотношения, способность выслушивать собеседника, недопущение конфликтных ситуаций)	0 1 2 3 4 5	Наблюдение, опросы мнений
1.3	Наблюдательность (умение увидеть процесс в целом и отдельно его элементы, системное мышление)	0 1 2 3 4 5	Наблюдение, опросы мнений
1.4	Объективность (умение оценивать без влияния личного отношения и окружающих, основываясь на представленные свидетельства)	0 1 2 3 4 5	Наблюдение, анализ записей по аудиту, опросы мнений
1.5	Решительность (уверенность)	0 1 2 3 4 5	Наблюдение, опросы мнений
	<b>Знание и навыки</b>		
2.1	Ориентация в системе СГУВТ (знание требований стандартов к СМК, документации СМК СГУВТ, принципов и методик качества, знание аудитуемой деятельности, задач и функций подразделений)	0 1 2 3 4 5	Наблюдение, анализ отчетов об аудите
2.2	Способность к анализу глубина (качество) выводов по результатам аудитов	0 1 2 3 4 5	Наблюдение
2.3	Предложения по улучшению деятельности, оптимизации процессов	0 3 5	Наблюдение, опросы мнений, отчетов об аудите
2.4	Умение вести беседу (выстраивание логических связей и последовательности задаваемых вопросов)	0 1 2 3 4 5	Наблюдение, опросы мнений
2.5	Стремление к повышению компетентности (стремление к образованию, освоение нового, расширение кругозора)	0 1 2 3 4 5	Наблюдение, опросы мнений, отчетов об аудите
	<b>Выполнение процедур аудита</b>		
3.1	Полнота и своевременность проведения процедуры аудита (проверка всех элементов и достижение цели аудита)	0 3 5	Анализ записей по аудиту (опросный лист, листы несоответствий)
3.2	Качество записей - Свидетельство -разумная основа для достижения надежных и воспроизводимых заключений (выводов)(полнота и достаточность ведения записей)	0 3 5	Анализ записей по аудиту
3.3	Предоставление отчетных документов: 0-не в срок и не в полном объеме, 3- не в срок, но в полном объеме или в срок, но не в полном объеме, 5- в срок в полном объеме	0 3 5	Анализ записей по аудиту (опросный лист, листы несоответствий)
4	<b>Аудиторская работа</b> (количество проведенных проверок): 0-участие только в одном ПВА, 3- участие в двух ПВА, но менее чем в 4-х аудитах в одном ПВА; 5-Участие не менее чем в 4-х аудитах в каждом ПВА в течение года	0 3 5	Анализ записей об участии в аудитах
Общая сумма баллов:			



Система Менеджмента Качества  
**ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

Шифр документа:  
**СМК.СТО.ОП7-012-20**

Подразделение, ответственное за разработку  
**Управление конвенционной подготовки и дополнительного  
профессионального образования**

По итогам оценки аудиторов:

**62-50 баллов – ВА;**

**34-49 баллов – аудитор;**

**22-33 баллов – стажер**

	<b>Способность к руководству*</b>		
5.1	Умение планировать проведение аудита (предварительная договоренность, оповещение всех участников, проведение вводного и заключительного совещания, оценка времени проведения)	0 1 2 3 4 5	
5.2	Умение ставить задачи и контролировать их выполнение в ходе аудита	0 3 5	
5.3	Организованные навыки по отношению к аудиторам и стажерам	0 3 5	
5.4	Расстановка людей в группе аудиторов в соответствии с их специализацией, квалификацией	0 3 5	
5.5	Умение полно и достоверно документировать результаты аудита, глубоко проводить анализ проверяемой деятельности	0 3 5	
5.6	Умение (оценивать) анализировать аудиторов/стажеров	0 3 5	
<b>Общая сумма баллов:</b>			
<b>28-30 баллов - директор ИМА</b>			
<b>23-27 баллов – ведущий аудитор</b>			

Наблюдение - проводится в процессе аудитов.

Опросы мнений - проводятся в личной беседе с руководителем аудируемого подразделения, либо по телефону.

\* проводится оценка для ведущих аудиторов



Система Менеджмента Качества  
**ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

Шифр документа:  
**СМК.СТО.ОП7-012-20**

Подразделение, ответственное за разработку  
**Управление конвенционной подготовки и дополнительного  
профессионального образования**

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б (обязательное)

### Форма программы внутренних аудитов

Приложение к приказу № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

#### Программа проведения внутреннего аудита СМК № 12

Наименование проверяемого подразделения	Проверяемые процессы (в соответствии с приказом №311/общ, от 20 сентября 2016г.)	Состав группы аудита	Дата	Время

Директор ИМА

Мочалин К.С.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.



Система Менеджмента Качества  
**ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

Шифр документа:  
**СМК.СТО.ОП7-012-20**

Подразделение, ответственное за разработку  
**Управление конвенционной подготовки и дополнительного  
профессионального образования**

## ПРИЛОЖЕНИЕ В (обязательное)

### Форма плана внутреннего аудита

#### План внутреннего аудита СМК № \_\_\_\_\_

Проверяемое подразделение (объект аудита)	
ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ	
Группа внутренних аудиторов	

Дата, время	Мероприятия	Участники внутренней проверки	
		Представители подраз- делений	Аудиторы
	Предварительное совещание		
	Проверка деятельности подраз- деления по элементам: 1 2 3 4 5 6		
	Подведение итогов		

Директор ИМА \_\_\_\_\_



## ПРИЛОЖЕНИЕ Г (рекомендуемое)

### Пример опросного листа

#### Чек-лист минимального перечня вопросов аудита кафедры (выпускающей, конвенционной)

№	Содержание	Требование	Да/ нет	Наличие несоответствия
1	Знакомы ли сотрудники кафедры с политикой и стратегическими целями СМК Университета: Заведующий кафедрой? ППС, УВП?	[1,2,3]		
2	Знают ли сотрудники кафедры, какие виды деятельности и процессы выполняются на кафедре, какие документы их регламентируют и где с ними можно познакомиться: Заведующий кафедрой? ППС, УВП?	[1,2,3, 15]		
3	Имеются ли актуальные локальные акты, регламентирующие деятельность кафедры в отношении: <ul style="list-style-type: none"><li>• Общих вопросов?</li><li>• Распределения нагрузки?</li><li>• Разработки ОПОП, РП, методического обеспечения?</li><li>• Разработки РП ДПО?</li><li>• ГИА?</li><li>• Участия кафедры в советах Университета, исполнения решений?</li></ul>	[6,7, 15, 18-24]		
4	Имеются ли утвержденные, заполненные и оформленные надлежащим образом планы работы кафедры и индивидуальные планы преподавателей за предыдущий год? (проверить наличие и содержание выборочно)	[19]		
5	Выполняются ли индивидуальные планы? (проверить выполнение выборочно)	[19]		
6	Имеются ли рабочие программы и учебно-методическое обеспечение дисциплин кафедры? Они соответствуют актуальным учебным планам, расположенным на сайте? (проверьте выборочно несколько дисциплин).	[6,22, 27]		
7	Ведутся ли журналы контроля успеваемости и посещаемости занятий студентами по дисциплинам кафедры? Проверьте выборочно несколько дисциплин.	[26]		
8	Ведутся ли электронные ведомости контроля успеваемости и посещаемости дисциплин кафедры. Проверьте наличие доступа и соответствие заполнения выборочно дисциплин кафедры.	[26]		
9	Имеются ли планы воспитательной и кураторской работы кафедры?	[28]		



Система Менеджмента Качества  
**ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

Шифр документа:  
**СМК.СТО.ОП7-012-20**

Подразделение, ответственное за разработку  
**Управление конвенционной подготовки и дополнительного профессионального образования**

№	Содержание	Требование	Да/нет	Наличие несоответствия
	Они согласуются с планом работы кафедры?			
10	Имеется ли доступ сотрудников кафедры к решениям советов Университета (Ученого совета, Учебно-методического совета, Ученого совета факультета)	[1,2,20,21]		
11	Курсовые проекты, работы и дипломные работы хранятся в соответствии с утвержденной номенклатурой дел?	[17]		
12	Соответствует ли имеющееся учебно-лабораторное оборудование кафедры требованиям ФГОС к ООП?	[5]		
13	Соответствует ли имеющееся оборудование кафедры требованиям МК ПДНВ, Минтранса РФ, Росморречфлота (для кафедр, ведущих дисциплины морских специальностей)?	[13,14]		
14	Соответствует ли имеющееся оборудование кафедры требованиям к обеспечению дисциплины, указанным в РП, исправно ли работает это оборудование, выполняется ли его обслуживание (необходимо проверить выборочно по отдельным РП)?	[1-6]		
15	Имеются ли регламенты обслуживания оборудования (выборочно проверить - технические паспорта, графики осмотров, инструкции по наладке и/или настройке, заявки на ремонты и т.п.)?	[31]		
16	Измерительное оборудование кафедры, используемое в научных целях, имеет актуальные свидетельства о калибровке или поверке?	[1,2]		
17	Отчеты, протоколы испытаний, иные записи о научной работе кафедры хранятся в соответствии с установленной номенклатурой дел? (предварительно необходимо запросить перечень хозяйственных работ в НИС)	[1,2]		
18	Все ли преподаватели кафедры, ведущие дисциплины прошли своевременно процедуру выборов? Имеется ли подтверждение выполнения требований к компетентности ППС, выполняющих работу на условиях почасовой оплаты, установленных в ФГОС и локальных актах Университета?	[26]		
19	Приказы и распоряжения ректора, проректоров и деканов хранятся в соответствии с утвержденной номенклатурой дел?	[17]		
20	Выполняются ли приказы, распоряжения ректора, проректоров и деканов, решения советов Университета? (проверить выборочно)	[15,32]		
21	Имеется ли план заседаний кафедры, утвержденный заведующим кафедры и деканом? Проводятся ли заседания кафедры в соответствии с планом? Оформляются ли решения заседаний кафедры надлежащим образом?	[1,2,15,28]		



## ПРИЛОЖЕНИЕ Д (обязательное)

### Форма листа несоответствий

### ЛИСТ НЕСООТВЕТСТВИЙ

Наименование проверяемого подразделения:	№ аудита	Дата:
--	----------	-------

п/п №	Нарушенный регламент	Описание обнаруженного несоответствия	Причина несоответствия	Источник причины несоответствия (указывается подразделение и/или должностное лицо).	Предлагаемая коррекция, корректирующие действия, сроки их проведения, рекомендации по улучшению

Ведущий аудитор \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Руководитель подразделения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Аудитор \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Аудитор \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



## ПРИЛОЖЕНИЕ Е (обязательное)

### Форма плана-отчета о выполнении КД

### ПЛАН-ОТЧЕТ О ВЫПОЛНЕНИИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Наименование проверяемого подразделения:	№ аудита	Дата:
--	----------	-------

п/п №	Нарушен-ный регла-мент	Описание несоответствий	Причины несо-ответствия	Коррекция, сроки вы-полнения	Корректирующие действия, сроки вы-полнения	Отметки об устранении несоответствий

Директор ИМА \_\_\_\_\_ /

/

Руководитель подразделения \_\_\_\_\_ /

/



	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-010-2017</b>	Стр. 34 из 35
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и дополнительного профессионального образования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/_media/security/stp/va.pdf">http://smk.ssuwt.ru/_media/security/stp/va.pdf</a>	

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3 (рекомендуемое)

### Отчет по результатам внутреннего аудита

УТВЕРЖДАЮ  
 Представитель  
 руководства по качеству  
 ФГБОУ ВО «СГУВТ»

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### Отчет по результатам внутреннего аудита № \_\_\_\_\_

Цель аудита: (Устанавливается из программы проведения аудитов качества)

Основание для аудита: ( Указывается программа аудитов качества)

Критерии аудита, ссылочные документы: (Документы, на соответствие которым осуществляется аудит – внешние и внутренние стандарты, цели в области качества, Планы развития (качества) и др.)

Дата проведения аудита: (Период проведения)

Состав аудиторской группы: (ФИО, должность ведущего аудитора, аудиторов, стажеров, экспертов)

#### **I. Результаты аудита**

1.1 Указывается перенос сроков и причины неисполнения в полном объеме программы проведения аудита;

1.2 Основные мероприятия, проведенные в течении аудитуемого периода по результатам предыдущих аудитов. Проверка выполнения коррекции, КД, ПД по результатам прошлого внешнего и /или внутреннего аудита, принятые во внимание предложения по улучшению;

1.3 Информация по выявленным несоответствиям, статистика в сравнении с предыдущими периодами;

При проведении аудита выявлены следующие несоответствия:

Проверяемое подразделение	Обнаруженные несоответствия	Предложения по улучшению	Пункты ISO 9001, ПДНВ, и др	Корректирующие действия	Сроки проведения КД	Ответственный	Отметка о выполнении, результативность

1.4 Наблюдения аудиторов в ходе проверки (информация, на что необходимо обратить при последующем аудите;

	Система Менеджмента Качества <b>ВНУТРЕННИЙ АУДИТ</b>	Шифр документа: <b>СМК.СТО.ОП7-010-2017</b>	Стр. 35 из 35
	Подразделение, ответственное за разработку <b>Управление конвенционной подготовки и дополнительного профессионального образования</b>	Адрес: <a href="http://smk.ssuwt.ru/_media/security/stp/va.pdf">http://smk.ssuwt.ru/_media/security/stp/va.pdf</a>	

## **II. Приоритетные проблемы, пути их решения.**

*Вопросы и проблемы, решение которых напрямую влияет на улучшение работы подразделения, но не зависят от подразделения. Проблема подразумевает различные виды ситуаций. По сути проблема представляет собой расхождение между существующей и желаемой ситуацией, т.е. между тем, что есть, и тем, что должно быть. Проблема, требующая решения со стороны владельца процесса, либо Совета. Слово «ПРОБЛЕМА» может означать что:*

- *произошел какой-то сбой в работе;*
- *изменились ожидания;*
- *произошли оба события, например, ухудшились показатели на фоне повысившихся ожиданий;*
- *необходимы улучшения в какой-то сфере, например при соответствующих изменениях система сможет работать более продуктивно, возможно потому, что раньше она никогда продуктивно не работала.*

## **III. Выявленные улучшения**

*Передовой опыт или достижения: (Прогресс, в деятельности подразделения, который можно применить в других подразделениях, реализованные проекты, принесшие пользу, ноу-хау и т.п.):*

## **IV. Выводы по аудиту**

**Настоящий раздел формируется при наличии полного и ясного представления о системе, наличии собственных умозаключений о ситуации и является одним из критериев качества проведенного аудита.**

### **Итоги функционирования процессов СМК.**

*Выводы будут представлять собой оценки (суждения) о ситуации, сделанные аудиторами на основе анализа результатов аудита (Положительная динамика изменения в подразделении, отрицательные моменты в работе, акценты, требующие внимания).*

*Здесь формируется видение аудитором причин проблем и их обоснование.*

**Выводы должны логично следовать из проведенного вами анализа результатов аудита.**

**Анализ документации.** *В данном разделе перечисляются внутренние документы требующие пересмотра, либо актуализации.*

**Анализ частоты проведения аудита** *(Рекомендации к повторному проведению внутреннего аудита в данном подразделении, процессе).*

## **V. Предложения аудитора (КД, ПД и улучшения)**

*Здесь приводят предложения конкретных действий, необходимых для создания желаемой ситуации. На этом этапе необходимо вернуться к вопросам, которые аудиторы себе задавали, когда формулировали несоответствия, наблюдения: чего хотим достичь, как должно быть и т.п. Какие выводы аудиторы сделали по результатам анализа результатов аудита? Этот раздел на 100% должен быть увязан с результатами и выводам (если они есть).*

*Если аудиторы продуманно подошли к предложениям, оцениваются преимущества их реализации для университета или подразделений, это поможет понять читающему, что вы в первую очередь работаете на улучшение.*

Распространение отчета об аудите:

Отчет подготовил:

Руководитель группы аудиторов \_\_\_\_\_

(подпись, дата)

(Ф.И.О.)