

СПб ГУТ )))	МИНИСТЕРСТВО ЦИФРОВОГО РАЗВИТИЯ, СВЯЗИ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича» (СПбГУТ)
СМК-ДП-02/21	СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА



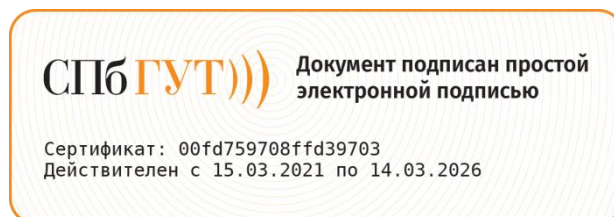
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

***ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ***

СМК-ДП-02/21

Версия 2.0



Санкт-Петербург, 2021

Документ введен в действие взамен ДП 4.3-2014 актуализированного согласно требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

## СОДЕРЖАНИЕ

1	НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ .....	4
2	НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ .....	4
3	ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
4	ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА.....	6
5	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ.....	11
	ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	14
	ПРИЛОЖЕНИЕ Б .....	15
	ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	16
	ПРИЛОЖЕНИЕ Г .....	17
	ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	18
	ПРИЛОЖЕНИЕ Е .....	19
	ПРИЛОЖЕНИЕ Ж .....	20
	ЛИСТ РАССЫЛКИ .....	21
	ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ РЕВИЗИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ .....	22

## 1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Документированная процедура «Внутренние аудиты» (далее – документированная процедура, процедура) устанавливает единый порядок, правила и ответственность при планировании и проведении внутренних аудитов, который направлен на определение соответствия установленным требованиям, оценку результативности и установление возможности совершенствования качества.

1.2 Документированная процедура является документом системы менеджмента качества, определяющим требования к организации внутренних аудитов в университете.

1.3 Общее руководство и контроль за процессом подготовки и проведения внутренних аудитов СМК в университете осуществляет директор ДОКОД, в филиале – лицо, назначенное ответственным по качеству в филиале.

1.4 Требования документированной процедуры являются обязательными для применения во всех подразделениях университета в части, касающейся исполнения их функционала в пределах системы менеджмента качества.

## 2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

2.1 ГОСТ Р ИСО 9000-2015. "Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь";

2.2 ГОСТ Р ИСО 9001-2015. "Системы менеджмента качества. Требования";

2.3 ГОСТ Р ИСО/МЭК 31010-2011. "Менеджмент риска. Методы оценки риска";

2.4 ГОСТ Р 57189-2016/ISO/TS 9002:2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Руководство по применению ИСО 9001:2015 (ISO/TS 9002:2016, IDT).

2.5 ГОСТ Р ИСО 19011-2012. «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»

## 3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины и определения, соответствующие ГОСТ Р ИСО

В документированной процедуре использованы термины и определения, соответствующие стандартам ГОСТ Р ИСО:

*Аудит*: Систематический, независимый и документируемый процесс получения объективных свидетельств и их объективного оценивания для установления степени соответствия критериям аудита.

*Комплексный аудит*: Аудит, проводимый в одной проверяемой организации для двух и более систем менеджмента одновременно.

*Программа аудита*: Совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели.

*Область аудита*: Объем и границы аудита. Область аудита обычно включает в себя указание мест проведения аудита, структурных единиц, видов деятельности и процессов.

*План аудита*: Описание деятельности и организационных мероприятий по проведению аудита.

*Критерии аудита:* Совокупность политик, процедур или требований, используемых для сопоставления с ними объективных свидетельств. Критерии аудита могут быть выбраны из законодательных требований или нормативных правовых требований

*Свидетельство аудита:* Записи, изложение фактов или другая информация, которые связаны с критериями аудита и являются верифицируемыми.

*Наблюдения аудита:* Результаты оценивания собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита. Наблюдения аудита могут указывать на соответствие или несоответствие, могут привести к определению возможностей улучшения или к записи/фиксации хорошего опыта. Если критерии аудита выбраны из законодательных требований или нормативных правовых требований, наблюдения аудита могут называться соответствиями или несоответствиями.

*Заключение по результатам аудита:* Выход аудита после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита.

*Группа по аудиту:* Одно или несколько лиц, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемых техническими экспертами. Один из аудиторов в группе по аудиту назначается руководителем группы. Группа по аудиту может включать в себя также аудиторов-стажеров.

*Аудитор:* лицо, проводящее аудит.

*Технический эксперт:* Лицо, которое предоставляет специальные знания или опыт группе по аудиту. Специальные знания или опыт относятся к организации, процессу или деятельности, подвергаемым аудиту, или к знанию языка и культуры страны. Технический эксперт не имеет полномочий аудитора в группе по аудиту.

*Наблюдатель:* Лицо, сопровождающее группу по аудиту, но не являющееся аудитором. Наблюдатель может быть сотрудником проверяемой организации, представителем контролирующего органа или другой заинтересованной стороны, который наблюдает за проведением аудита.

*Контрольный вопросник* – заранее составленный аудиторами систематизированный перечень вопросов, ответы на которые позволяют аудиторам получить необходимую информацию о степени соответствия состояния объекта установленным требованиям.

*Несоответствие:* невыполнение требования.

*Коррекция:* Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

*Корректирующее действие:* Действие, предпринятое для устранения причины несоответствия и предупреждения его повторного возникновения.

*Замечание:* выявленное отклонение в функционировании СМК, снижающее ее эффективность.

*Улучшение качества:* часть менеджмента качества, направленная на увеличение способности выполнить требования к качеству.

Сокращения:

- КД – корректирующее действие;
- ОМ – отдел мониторинга;
- СМК – система менеджмента качества;
- ДОКОД – департамент организации и качества образовательной деятельности;
- УМУ – учебно-методическое управление.

## 4 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

### 4.1. Общие положения

Внутренний аудит (далее – аудит) является средством оценивания результативности СМК с целью выявить риски и установить, выполняются ли требования.

Цель аудитов заключается в получении информации о результатах деятельности и результативности СМК с беспристрастной точки зрения, для обеспечения уверенности в том, что запланированные мероприятия выполнены и что СМК результативно внедрена и поддерживается.

Объектами аудитов являются все элементы СМК университета.

Внутренние аудиты должны оценивать все элементы СМК университета и анализировать документированную информацию (такую, как внутренние процедуры, чертежи, спецификации, стандарты; требования потребителей; законодательные и нормативные правовые требования; корпоративные системы менеджмента), а также наблюдать за лицами, которые выполняют работу.

Внутренние аудиты должны определить соответствие СМК университета требованиям ИСО 9001. Университет планирует и проводит аудиты в соответствии с требованиями СМК, проектов или процессов, а не конкретных разделов ИСО 9001.

Университет устанавливает, внедряет и поддерживает Программу внутренних аудитов (далее - Программу аудитов, Программу).

### 4.2. Программа аудитов

Программа аудитов нацелена на установление того, что СМК соответствует всем основным требованиям в области качества, внедрена результативно и поддерживается в рабочем состоянии. Программа составляется с учетом статуса и важности процессов и участков, подлежащих аудиту, а также результатов предыдущих аудитов.

Программа устанавливает мероприятия для аудитов, запланированных в конкретные сроки и направленных на обеспечение результативности СМК.

Программа включает в себя График проведения аудитов, в котором определена периодичность проведения аудитов университетом, а также План внутренних аудитов. При определении периодичности проведения аудита применяется риск-ориентированное мышление и учитывается как часто необходимо выполнять процесс аудита, как развит и как сложен процесс, в отношении которого проводится аудит, любые изменения в процессе, а также цели Программы. Более зрелые процессы, требуют менее частых внутренних аудитов, а более сложные процессы могут требовать более частых внутренних аудитов.

Перечень входных данных для рассмотрения при планировании аудитов включает, но не ограничивается:

- a) важность процессов;
- b) приоритеты руководства;
- c) результаты деятельности процессов;
- d) изменения, влияющие на организацию;
- e) результаты предыдущих аудитов;
- f) динамику претензий от потребителей;
- g) законодательные и нормативные правовые вопросы.

Программа аудитов также устанавливает методы, используемые для аудитов

(методы аудита). Методы аудита могут включать интервью, наблюдения, выборку и анализ информации.

Свидетельством реализации Программы аудитов являются результаты внутренних аудитов, которые должны регистрироваться и сохраняться в виде документированной информации. Примеры результатов аудитов: отчеты об аудитах, свидетельства предпринятых корректировок и корректирующих действий (например, обучение, актуализированная документированная информация).

Процедура аудитов включает в себя: планирование аудита; подбор аудиторов с соответствующей компетентностью для его проведения; проведение аудита; анализ результатов аудита; обсуждение и составление плана проведения предупреждающих и корректирующих мероприятий; контроль выполнения и анализ эффективности проведения корректировки.

#### 4.3. Планирование аудитов

Внутренние аудиты осуществляются в плановом и внеплановом порядке. Блок-схема проведения аудита приведена в Приложении А.

Плановые аудиты каждого процесса отражены в Программе аудитов и проводятся не реже 1 раза в год. Основанием для проведения внепланового аудита является решение высшего руководства университета (решение Ученого Совета или приказ ректора). План для проведения внепланового аудита составляется и утверждается отдельно.

Проект Программы внутренних аудитов (Приложение Б) составляет начальник Отдела мониторинга (далее – ОМ) в соответствии с Руководством по качеству.

Объектами рассмотрения при внутреннем аудите могут быть:

- процессы, проверка их результативности и эффективности;
- возможности процессов и постоянного улучшения;
- использование информационных технологий в университете;
- анализ данных о затратах на качество;
- анализ использования ресурсов университета;
- соответствие результатов ожиданиям;
- отношения с заинтересованными сторонами.

План аудита (Приложение В) включает:

- цели и критерии аудита;
- объем аудита, включая указания должностных лиц, подразделений и процессов, подлежащих проверке;
- дату и место проведения аудита;
- время и место проведения мероприятий, связанных с аудитом, в том числе вступительного и заключительного совещаний.

Прошедшая обсуждение Программа поступает на утверждение директора ДОКОД.

Непосредственное проведение внутреннего аудита в структурных подразделениях возлагается на группу по аудиту (далее – группа). Ответственность за управление Программой несет Руководитель группы.

Руководитель группы должен быть подготовлен к планированию аудита и к результативному использованию ресурсов в ходе аудита, к организации работы аудиторской группы на всех ее этапах. Необходимые компетенции руководителя группы должны быть подтверждены документами о прохождении соответствующей подготовки.

Группа по аудиту формируется с учетом компетенции участников и в зависимости

от целей аудита. В состав группы могут быть включены лица из числа административно-управленческого, профессорско-преподавательского состава университета, имеющие высокую квалификацию в проверяемой области. При формировании группы, помимо личных качеств, учитывается образование аудиторов, опыт работы в университете, а также на должностях, непосредственно связанных с менеджментом качества.

Компетенции участников группы должны быть подтверждены документами об образовании, о переподготовке или повышении квалификации в области менеджмента качества. В состав группы может входить технический эксперт, обладающий специфическими знаниями в проверяемой области. Для технического эксперта специальная подготовка в области менеджмента качества не является обязательной.

При назначении лиц для проведения аудитов должна быть обеспечена объективность и беспристрастность процесса аудита. По возможности внутренние аудиторы не должны проверять собственную работу. В некоторых случаях, особенно на площадках, где требуются специальные знания, лицу может потребоваться проверить его собственную работу. В этой ситуации назначается внутренний аудитор по работе с коллегой или должны быть результаты, проанализированные коллегой или руководителем для обеспечения беспристрастности результатов.

Назначение руководителя группы, а также состав группы по аудиту утверждается приказом. Проект приказа по составу группы аудита составляет начальник ОМ до 15 декабря текущего года, согласовывает его с директором ДОКОД и представляет на утверждение ректору. Информирование участников процесса осуществляется в порядке, предусмотренном внутренними нормативными актами СПбГУТ.

Приказ хранится в ОМ в папке «Материалы по внутреннему аудиту» в течение 3 лет.

На основании приказа и с учетом графика отпусков работников СПбГУТ начальник ОМ до 25 декабря текущего года составляет проект Программы аудитов, передает его на согласование и утверждение директору ДОКОД и ректору, соответственно.

Работник ОМ рассылает электронные версии программы ВА руководителям подразделений и копии графика работы аудиторов внутренним аудиторам.

#### 4.4. Подготовка к проведению аудитов

Перед началом проверки руководитель аудиторской группы должен провести организационное собрание, на котором определяются цели, области, критерии и содержание предстоящей работы, порядок ее проведения, указываются особенности предстоящей проверки, требования к конфиденциальности, отчетности и информированности. При необходимости определяется задание и участки (вопросы) для каждого участника группы, подтверждается график проведения аудита. Все вышеуказанные детали предстоящего аудита фиксируются в плане аудита (Приложение В).

План аудита составляет Руководитель группы по аудиту, исходя из Программы.

Время проведения проверки, ее содержание и организация согласуются руководителем группы по аудиту с руководителем проверяемого подразделения не позднее, чем за две недели до ее проведения.

За 5 рабочих дней до проведения аудита группа по аудиту прибывает в ОМ для ознакомления с документацией, представленной проверяемым подразделением.

Руководитель группы совместно с аудиторами анализируют полученные документы на адекватность, выявляют наиболее существенные вопросы, подлежащие квалифицированному обсуждению с сотрудниками подразделений, в которых будет



проходить аудит. На основании плана аудита и по согласованию с начальником ОМ группа составляет контрольный вопросник (приложение Г).

При выявлении несоответствий (виды несоответствий приведены в СМК-ДП-04/21 Управление несоответствиями) в документах руководитель группы сообщает начальнику ОМ о необходимости внесения изменений в документы. Внесение изменений должно быть проведено до начала аудита.

За 3 рабочих дня до проведения аудита работник ОМ согласовывает план аудита с руководителем подразделения.

При невозможности проведения аудита руководитель подразделения в графе «Примечание» указывает причины, препятствующие его проведению и предлагает другую дату. Начальник ОМ корректирует план аудита и уведомляет участников о внесенных изменениях.

На время проведения аудита оригинал плана остается у руководителя группы. Остальные необходимые бланки документов для проведения аудита составляет ОМ (Приложение Д, Приложение Е).

#### 4.5. Проведение аудита

Основными методами проведения внутреннего аудита являются:

- изучение документации соответствующего подразделения;
- изучение записей и отчетов, накопленных в результате функционирования процессов;
- наблюдение;
- беседы с лицами, ответственными за процессы.

При необходимости перед проведением аудита руководитель группы может провести предварительное совещание с участниками по схеме:

- приветствие, знакомство;
- уточнение целей, задач, объема аудита;
- обоснование причин, необходимости аудита (если требуется);
- определение преимуществ проведения аудита для подразделения, возможностей продвижения вперед, основываясь на результатах аудита;
- анализ имеющегося опыта участия в аудитах (негативного и позитивного), мотивирование на аудит, снятие страхов (если требуется);
- уточнение сроков, требуемых ресурсов, правил и порядка проведения аудита;
- обсуждение результатов предварительной проверки, снятие противоречий в их понимании (если это требуется);
- призыв к реальной поддержке.

Руководитель проверяемого подразделения должен представлять документы, запрашиваемые аудиторами, давать необходимые ответы и разъяснения на возникающие вопросы.

В ходе аудита предоставляется возможность наблюдать условия, которые удовлетворяют требованиям, но могут быть потенциально слабыми сторонами в СМК. В этом случае руководству предоставляется информация для принятия решения о необходимости инициирования действия по улучшению.

Возможности по улучшению, отмеченное несоответствие или замечание фиксируется в протоколе несоответствий для последующего обсуждения в группе и

принятия решения о внесении его в итоговый протокол.

В ходе проведения аудита аудиторы указывают факты, подтверждающие полученную информацию, и выводы путем заполнения в контрольном вопроснике граф «свидетельства аудита» и «наблюдения аудита». Аудиторы могут задавать дополнительные вопросы по мере их возникновения при условии, что они не выходят за рамки плана аудита. Данная информация находит отражение в приложении к контрольному вопроснику, которое заполняется в свободной форме аудитором и заверяется его подписью.

При выявлении несоответствий составляется протокол несоответствий по установленной форме (Приложение Д). Протокол является основанием для планирования последующих предупреждающих и корректирующих действий, оценки результативности и эффективности функционирования СМК, определения возможностей и путей ее улучшения.

По завершении аудита проводится заключительное совещание участников аудита, на котором оглашаются его результаты с необходимыми разъяснениями, с учетом значимости несоответствий. Ведет совещание руководитель группы.

В течение семи дней после проведения аудита руководитель группы обобщает весь фактический материал аудита и составляет отчет по аудиту с приложением к нему протоколов несоответствий (Приложение Е). Отчет по аудиту должен содержать полные, точные, сжатые и понятные записи по аудиту. В отчете излагаются цели, область и критерии аудита, выводы и заключения аудиторов по результатам проведения аудита. При необходимости в отчет могут быть включены документы, отражающие отличительные особенности проведения аудита (неопределенности, которые имели место, рекомендации по улучшению, заявления о конфиденциальности отчета, подтверждение достижения целей аудита). Руководитель подразделения подписывает протокол после ознакомления с ним, после чего получает на руки его копию.

После завершения каждого аудита его результаты должны быть сообщены соответствующему руководству. На основании этих результатов может потребоваться соответствующая коррекция или корректирующее действие.

На основании выявленных в процессе аудита и зафиксированных в протоколе несоответствий, руководитель подразделения совместно с руководителем группы аудита составляет План корректирующих действий (СМК-ДП-03/21), в котором фиксируется срок исполнения коррекций и корректирующих действий и ответственные за их проведение. Информация о выполнении Плана корректирующих действий доносится ответственным лицом до сведения руководителя подразделения. Полностью выполненный План корректирующих действий передается в ОМ, который организует ознакомление с ним руководителя группы по аудиту и проведение анализа его выполнения.

Результаты внутренних аудитов должны регистрироваться и сохраняться в виде документированной информации как свидетельство реализации Программы аудита. Примеры результатов аудитов: отчеты об аудитах, свидетельства предпринятых коррекций и корректирующих действий (например, обучение, актуализированная документированная информация). Результаты внутренних аудитов необходимы как входные данные для анализа со стороны руководства. Оригиналы протоколов несоответствий, плана аудита и отчета по аудиту передаются в ОМ в день окончания проведения аудита, копия отчета по аудиту предоставляется руководителю подразделения. При повторных проверках копия предъявляется по запросу руководителя группы по аудиту.

#### 4.6. Верификация устранения несоответствий

В срок, установленный в протоколе несоответствий, руководитель группы по аудиту проверяет устранение несоответствий, вносит запись о проведенном контроле в оригинал протокола несоответствий или в План корректирующих действий. В случае невыполнения коррекций, корректирующих действий руководитель подразделения представляет начальнику ОМ объяснительную записку о причинах невыполнения.

Результативность коррекций, корректирующих действий оценивается на последующем аудите.

Сводный отчет о результатах внутренних аудитов рассматривается на *Совете по качеству*. Решения *Совета по качеству* в виде протокола доводятся до исполнителей решений в сроки, установленные *Советом по качеству*. Начальник ОМ осуществляет контроль за исполнением решений.

Руководители структурных подразделений исполняют решения совета по качеству и служебной запиской ставят в известность начальника ОМ о выполнении.

#### 4.7. Мониторинг программы аудита

Начальник ОМ один раз в квартал осуществляет анализ результативности внутренних аудитов по установленным в программах аудитов критериям:

- выполнение программы;
- количество выявленных аудиторами областей для улучшения;
- эффективность устранения несоответствий;
- уменьшение количества несоответствий выявленных органом по сертификации.

Результаты анализа результативности внутренних аудитов являются материалами для включения в сводный отчет о результатах внутренних аудитов с целью анализа со стороны руководства.

В случае, если устранение несоответствий требует участие нескольких подразделений и выделения ресурсов, разрабатывается проект плана КД, который рассматривается на Совете по качеству. Члены Совета по качеству дают свои рекомендации по разработке и реализации КД, определяют сроки и назначают ответственных лиц из членов Совета по качеству за устранением несоответствия.

Квалификационные требования, которым должны соответствовать аудиторы, утверждаются в установленном порядке.

## 5 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

Этап процедуры	Должностное лицо
Проектирование и разработка	Начальник отдела мониторинга и контроля
Обсуждение и согласование	Первый проректор – проректор по учебной работе
Утверждение	Ректор
Рассылка	Специалист отдела менеджмента качества
Хранение КЭ	Специалист отдела менеджмента качества
Внесение изменений	Специалист отдела менеджмента качества

### **Ректор СПбГУТ:**

- утверждает программу аудита;
- утверждает мероприятия по устранению несоответствий, выявленных при проведении ВА, для устранения которых требуются ресурсы;
- оценивает результативность мероприятий по устранению несоответствий;
- проводит анализ и оценку результативности аудита;
- использует данные, полученные в ходе анализа аудита для принятия управленческих решений.

### **Первый проректор- проректор по учебной работе:**

- утверждает план аудита;
- утверждает отчеты по аудиту;
- представляет информацию ректору СПбГУТ для анализа и оценки результативности деятельности по внутренним аудитам;
- определяет оптимальное число аудиторов в СПбГУТ;
- организывает обучение и аттестацию аудиторов в установленном порядке.

### **Начальник ОМ:**

- разрабатывает проект Программы внутренних аудитов;
- обеспечивает проведение аудитов в СПбГУТ;
- регистрирует и хранит материалы по аудитам;
- контролирует полноту и своевременность заполнения документации по внутренним аудитам;
- ведет учет выявленных несоответствий и действий по устранению причин выявленных несоответствий.

### **Руководитель группы по аудиту:**

- разрабатывает план аудита;
- проводит подготовительную работу по сопровождению плана аудита;
- организует и проводит аудит в соответствии с планом аудита;
- обеспечивает независимость и компетентность при проведении аудитов;
- обеспечивает достижение целей аудита, объективность и достоверность его результатов;
- составляет отчет по результатам аудита;
- участвует в разработке Плана корректирующих действий и обеспечивает контроль за своевременностью его выполнения;
- проводит оценку результативности корректирующих действий.

### **Аудитор:**

- при проведении аудита основывается на принципах этичности поведения; беспристрастности; рассудительности; независимости; подхода, основанного на свидетельствах участвует в проведении аудита в установленные сроки и в указанном объеме;
- обеспечивает объективную оценку положения дел и предоставления достоверной информации по результатам аудита;
- заполняет всю необходимую документацию в процессе и по итогам аудита.

**Руководитель проверяемого подразделения:**

- участвует в проведении аудита лично;
- назначает для работы с аудиторами компетентных сотрудников;
- предоставляет аудиторам возможность для проведения аудита;
- представляет внутренним аудиторам необходимые документы и информацию;
- при наличии выявленных несоответствий руководит разработкой Плана корректирующих действий по их устранению;
- обеспечивает результативность корректирующих действий;
- хранит материалы по аудиту в соответствии с требованиями настоящей ДП.

СОГЛАСОВАНО

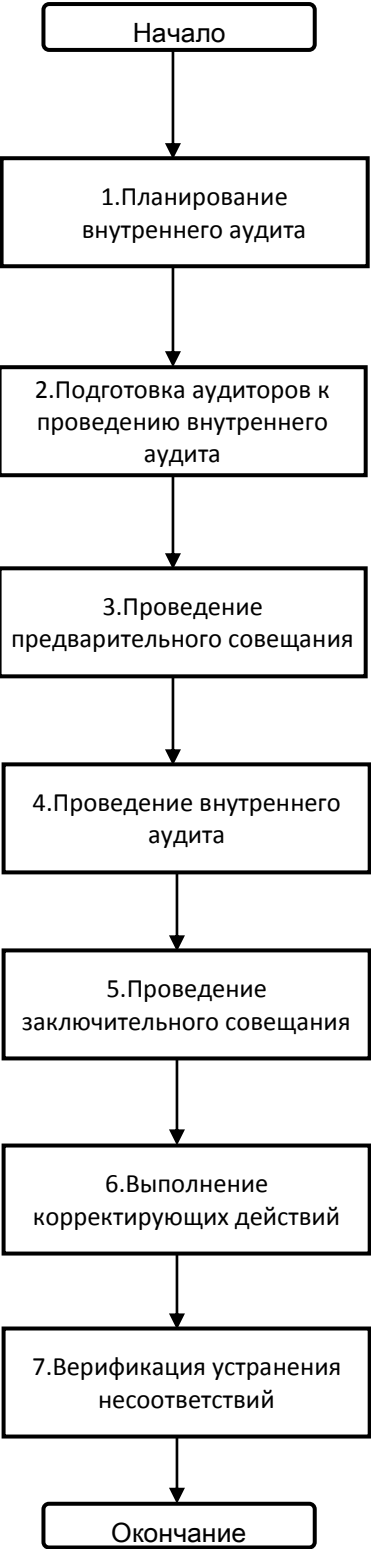
Первый проректор – проректор по учебной работе \_\_\_\_\_ Г.М. Машков

« 26 » 04 2021 г.

Директор ДОКОД \_\_\_\_\_ С.И. Ивасишин

« 23 » 04 2021 г.

**Графическое описание процедуры внутреннего аудита**

Входные данные	Операции процесса	Выходные данные	Примечания и ссылки
	 <pre> graph TD     Start([Начало]) --&gt; Step1[1.Планирование внутреннего аудита]     Step1 --&gt; Step2[2.Подготовка аудиторов к проведению внутреннего аудита]     Step2 --&gt; Step3[3.Проведение предварительного совещания]     Step3 --&gt; Step4[4.Проведение внутреннего аудита]     Step4 --&gt; Step5[5.Проведение заключительного совещания]     Step5 --&gt; Step6[6.Выполнение корректирующих действий]     Step6 --&gt; Step7[7.Верификация устранения несоответствий]     Step7 --&gt; End([Окончание])             </pre>		

СОГЛАСОВАНО  
 Первый проректор-  
 проректор по учебной работе  
 \_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
 \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

УТВЕРЖДАЮ  
 Ректор СПбГУТ  
 \_\_\_\_\_ С.В. Бачевский  
 \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Программа ВА на \_\_\_\_\_ год

**Цель:** Поддержание адекватности и результативности СМК.

**Показатели достижения цели:**

1. Выполнение программы аудита в установленные сроки.
2. Количество выявленных аудитором областей для улучшения и степень их реализации.
3. Эффективность устранения несоответствий, выявленных при ВА.

Ресурсы определены в графике ВА, дополнительных ресурсов не требуется. Процедура внутреннего аудита определена в ДП 4.3-2017.

№ п/п	Подразделение должностное лицо	Критерии аудита		Цель аудита	Руководитель группы по аудиту	Аудиторы	Дата аудита
		Документы	Пункт ГОСТ Р ISO 9001-2015				
1	2	3	4	5	6	7	8

Начальник ОМ

\_\_\_\_\_  
 Подпись, дата

\_\_\_\_\_  
 Ф.И.О.

УТВЕРЖДАЮ  
 Первый проректор-  
 проректор по учебной работе  
 \_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
 \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПЛАН ВНУТРЕННЕГО АУДИТА**

Цель аудита: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Область аудита (процесс, подразделение) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Дата // время аудита \_\_\_\_\_ //

Критерии аудита: Документы СМК и требования ГОСТ Р ИСО 9001-2015  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Группа аудиторов:

Руководитель группы по аудиту: \_\_\_\_\_

Аудиторы: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Дата	Время	Должность проверяемого	Что проверяется		
			критерии	процесс	подразделение

\_\_\_\_\_  
 (подпись, дата)

СОГЛАСОВАНО:

Директор ДОКОД: \_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О.) (подпись, дата)

Руководитель АП: \_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О.) (подпись, дата)

ПРИМЕЧАНИЕ: \_\_\_\_\_



**Контрольный опросник внутреннего аудита**

Область аудита (процесс, подразделение) \_\_\_\_\_

**Группа аудиторов:**

Руководитель группы по аудиту: \_\_\_\_\_

Аудиторы:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Участники аудита:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

№ п/п	Критерии аудита	Содержание вопроса	Свидетельства аудита	Наблюдения аудита

Аудитор: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись, дата)

СОГЛАСОВАНО:

Первый проректор – проректор по учебной работе: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись, дата)

Начальник ОМ: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись, дата)

**ПРОТОКОЛ НЕСООТВЕСТВИЯ**

Объект внутреннего аудита \_\_\_\_\_

Место и дата внутреннего аудита \_\_\_\_\_

Основания для внутреннего аудита \_\_\_\_\_

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

Аудиторы \_\_\_\_\_

Руководитель аудируемого подразделения \_\_\_\_\_

Установленное несоответствие \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Коррекции и корректирующие мероприятия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Срок исполнения \_\_\_\_\_

Руководитель аудируемого подразделения \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Устранение несоответствий и результативность проверены:

\_\_\_\_\_

(дата, подпись аудитора)

Руководитель аудируемого подразделения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Руководитель группы по аудиту \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ОТЧЕТ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ**

Рег. № аудита	Дата аудита	Аудитируемое подразделение	Процесс	Руководитель подразделения	Руководитель группы по аудиту	Аудиторы
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Цель аудита: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Критерии аудита: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Количество выявленных несоответствий \_\_\_\_\_

Коррекции требуются ДА/НЕТ

Корректирующие действия требуются ДА/НЕТ

Деятельность АП соответствует установленным нормам ДА/НЕТ

Инспекционный аудит требуется ДА/НЕТ

Результативность устранения несоответствий, выявленных при предыдущем ВА \_\_\_\_\_

Рекомендации по улучшению \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Руководитель группы по аудиту \_\_\_\_\_

Аудиторы \_\_\_\_\_

**СВОДНЫЙ ОТЧЕТ О РЕЗУЛЬТАТАХ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ**

№ п/п	Аудитируемое подразделение	Дата проведения	Критерии ВА	Несоответствие		Деятельность АП соответствует установленным требованиям, является результативной, требует улучшения
				Количество о выявленных х	Кол-во устраненных х	
1	2	3	4			9

Начальник ОМ \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

## ЛИСТ РАССЫЛКИ

№ п/п	Наименование подразделения	Дата рассылки
1.	Ректорат	
2.	Административно-кадровое управление	
3.	Учебно-методическое управление	
4.	Деканаты	
5.	Кафедры	
6.	Военный учебный центр	
7.	Управление информационно-образовательных ресурсов	
8.	Управление организации научной работы и подготовки научных кадров	
9.	Отдел международного сотрудничества	
10.	Управление по воспитательной и социальной работе	
11.	Управление маркетинга и рекламы	
12.	Управление информатизации	
13.	Отдел мониторинга	
14.	Санкт-Петербургский колледж телекоммуникаций	
15.	Архангельский колледж телекоммуникаций (филиал) СПбГУТ	
16.	Смоленский колледж телекоммуникаций (филиал) СПбГУТ	
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		

Документ	Версия	Разработал/актуализировал	Экземпляр	Вид рассылки	Всего страниц
СМК-ДП-04/21	2.0	Начальник отдела менеджмента качества Е.В. Григорьева _____		электронная	22

## ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ РЕВИЗИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ

№ п/п	Дата ревизии	Изменение/дополнение +/-	Номер листа	Краткое содержание изменения, дополнения	Основание для внесения изменения, дополнения	Ф.И.О., подпись
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						