УТВЕРЖДАЮ
Директор ГБПОУ ЮЭТ
_____ В.М. Тучин
«____» _____ 2021 г.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Внутренние аудиты

СМК. УП-4/РК-8.2.2

Версия 2.0

Южноуральск, 2021

Содержание документа

1. Назначение и область применения процедуры 3

2. Описание процедуры 3

2.1 Общие положения 3

2.2 Порядок проведения внутренних аудитов 4

2.3 Виды внутреннего аудита 5

2.4 Управление записями при проведении внутренних аудитов 6

2.5 Полномочия, обязанности, требования и ответственность внутренних аудиторов 7

2.6 Последовательность процедуры ..... **Ошибка! Закладка не определена.**

3. Ответственность и полномочия 8

4. Нормативные документы 9

5. Приложения 10

Приложение А Программа проведения внутренних аудитов 111

Приложение Б План внутреннего аудита 122

Приложение В Чек-лист 13

Приложение Г Содержание отчета по аудиту 14

Приложение Д Протокол о несоответствии 15

Приложение Е План корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита 16

Приложение Ж Отчёт о выполнении плана корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита 17

6. Лист регистрации изменений 18

Перечень сокращений и обозначений

УК – уполномоченный по качеству.

ПРК – представитель руководства по качеству

РСлК – руководитель Службы качества

СМК – система менеджмента качества

ООП (АООП) – основные образовательные программы (адаптированные основные образовательные программы)

1.Назначение и область применения процедуры

Настоящая процедура устанавливает порядок проведения внутренних аудитов в образовательном учреждении.

Требования процедуры обязательны для применения во всех подразделениях образовательного учреждения в части их деятельности, связанной с системой качества.

Цель регламентируемой деятельности – определение порядка и правил проведения внутренних аудитов (проверок) системы качества.

2. Описание процедуры

2.1 Общие положения

Систематически проводимые внутренние аудиты предназначены для обеспечения руководства предприятия объективной и своевременной информацией о степени соответствия деятельности в системе качества и ее результатов установленным требованиям. Для этого проверяется:

- соответствие описанной в СМК деятельности требованиям нормативный базы управления качеством в образовательном учреждении (стандарт ГОСТ Р ИСО 9001:2015 и иные стандарты и нормативные акты, определяющие требования к системе качества образовательного учреждения);
- соответствие описанной в СМК деятельности подразделения – фактической.

Программа внутренних аудитов СМК ежегодно составляется РСлК (форма 8.2 Ф 02, приложение Б) и представляется на утверждение руководителю образовательного учреждения. В существенных, с точки зрения качества случаях, программа внутренних аудитов может корректироваться в оперативном порядке.

В образовательном учреждении внутреннему аудиту подлежат следующие процессы:

- проектирование и разработка основных образовательных программ (также адаптированных), качество проектирования и качество основных образовательных программ (также адаптированных) и учебно-методического комплекса;
- реализация основных образовательных программ (также адаптированных);
- проектирование и реализация программ дополнительного общеразвивающих образовательных программ;
- условия реализации основных образовательных программ (также адаптированных);
- результатов освоения обучающимися ООП (АООП);
- воспитательная и внеучебная работа со студентами;
- менеджмент персонала;
- управление образовательной средой;
- библиотечное и информационное обеспечение;
- управление инфраструктурой и производственной средой;

– обеспечение безопасности жизнедеятельности.

Внутренний аудит отдельных процессов или видов деятельности в рамках процессов может по решению руководства образовательного учреждения заменяться иными формами контроля:

– периодические проверки (плановые или внеплановые) подразделений, отдельных сотрудников и видов деятельности в рамках процессов образовательного учреждения;
– инспекции подразделений или видов деятельности в рамках процессов образовательного учреждения;
– комиссии по анализу эффективности деятельности подразделений и результативности видов деятельности в рамках процессов образовательного учреждения.

При документировании результатов указанных видов контроля используются формы документов внутреннего аудита, приведенные в Приложениях Б-Д:

– Форма 8.2 Ф-03. План внутреннего аудита СМК.
– Форма 8.2 Ф-04. Чек – лист.
– Форма 8.2 Ф-06. Протокол несоответствия.
– Форма 8.2 Ф-05. Состав отчета по аудиту.

Графическое описание процедуры приведено в приложении А к данному документу.

2.2 Порядок проведения внутренних аудитов

2.2.1 Подготовка внутреннего аудита

Подготовка внутреннего аудита включает:

– руководителем аудиторской группы является уполномоченное лицо, руководитель проверяемого процесса;
– уточнение состава группы аудиторов и обязанностей аудиторов;
– разработку «Плана внутреннего аудита» форма 8.2 Ф 03, содержащего цели, объем и критерии аудита (приложение Б);
– проверку выполнения и результативности корректирующих действий предыдущих аудитов и дополнение разрабатываемого плана внутреннего аудита по результатам этой проверки;
– согласование плана, состава группы и сроков проведения с руководителем проверяемого подразделения;
– утверждение РСлК плана аудита не позднее, чем за 5 дней до проведения проверки;
– обеспечение группы аудиторов необходимой документацией СМК и формами 8.2 Ф-03 «План внутреннего аудита СМК», 8.2 Ф-04 «Чек-лист» (приложение В) и Форма 8.2 Ф-06 «Протокол несоответствия» (приложение Д);
– анализ аудиторами соответствующей документации СМК.

2.2.2 Проведение аудита

Проведение аудита состоит из следующих этапов:

– проведение вступительного совещания;
– сбор и проверка информации, которая состоит из:

– проверки наличия и доступности всех документов СМК, обязательных для деятельности данного подразделения (процесса);

– проверки соответствия деятельности подразделения требованиям, установленным в документации СМК;

– проверки компетентности персонала.

На этом этапе в формах 8.2 Ф-04 «Чек – лист» и 8.2 Ф-06 «Протокол несоответствия» регистрируются свидетельства проверок. При установлении несоответствия критериям аудита, несоответствие вносится в проект «Отчета по аудиту» форма 8.2 Ф-05 (приложение Г), в раздел «Наблюдения аудита».

- подготовка аудиторской группой заключения по результатам аудита, которое заносится в последствии в «Отчет по аудиту». При формулировании заключения аудита констатируется, достигнуты ли цели аудита в соответствии с его планом.
- проведение заключительного совещания, на котором доводятся сведения наблюдений аудита и заключение по результатам аудита до руководителей проверяемых подразделений.

2.2.3 Подготовка, утверждение и рассылка отчета по аудиту

Отчет по аудиту должен содержать (см. приложение Г):

1. Цель аудита;
2. Объем аудита (область аудита и сроки);
3. Сведения о руководителе и составе аудиторской группы;
4. Критерии аудита;
5. Наблюдения аудита;
6. Заключения по результатам аудита;
7. Рекомендации по улучшению;
8. Лист рассылки отчета по аудиту.

В течение одной недели после проведения аудита, руководитель аудиторской группы направляет РСлК отчет для утверждения и хранения. РСлК рассылает копии отчета всем проверенным подразделениям. После получения «Отчета по аудиту» руководители подразделений по выявленным несоответствиям обязаны организовать деятельность в соответствии с документированной процедурой СМК.УП-6/РК-8.5.2-3 «Корректирующие и предупреждающие действия» и учесть рекомендации по улучшению.

2.3 Виды внутреннего аудита

2.3.1 Проверка документации СМК (аудит адекватности)

Проверка документации СК осуществляется в соответствии с программой и планом аудита. Документация СМК должна удовлетворять требованиям документированных процедур СМК-УП.2/РК-4.2.3 «Управление документацией» и СМК.УП-3/РК-4.2.4 «Управление записями».

При аудите адекватности проверка документов осуществляется по следующим позициям:

- проверка комплектности и полноты документов;
- внешний вид документов;

- соответствие документов установленным правилам оформления;
- соответствие названия, обозначений, структурного построения документа;
- наличие подписей, их расшифровок, дат и должностей разработчиков, проверяющих, согласующих и утверждающих документ;
- использование точных и однозначных терминов и определений;
- обеспечение непрерывности при различных процессах (деятельности);
- описание процесса с достаточным уровнем детализации (оно должно соответствовать компетентности персонала, выполняющего процесс);
- наличие условий для функционирования системы качества (деятельность, документальные требования к деятельности и ее результатам, обученный персонал, ресурсы, документирование деятельности, способы проверки и взаимодействие при выполнении процесса, установленная ответственность персонала);

- соответствие федеральным законам, федеральным государственным образовательным стандартам, иным нормативно-правовым актам РФ.

Выявленные несоответствия в документах аудитором заносятся в протоколы.

2.4 Управление записями при проведении внутренних аудитов

Ежегодная программа проведения аудитов содержит перечень планируемых внутренних аудитов с указанием сроков их проведения. Программа разрабатывается на год. Планирование осуществляется таким образом, чтобы каждое подразделение было проверено в течение года не менее одного раза.

Программа формируется руководителем Службы качества с учетом предложений и по согласованию с руководителями подразделений.

Ежегодная программа проведения аудитов представляется по форме Приложения А и после утверждения рассылается во все подразделения.

План проведения внутреннего аудита составляется руководителем Службы качества – на основе программы проведения внутренних аудитов (приложение А).

Выявленные в результате аудита несоответствия, регистрируются в протоколах несоответствия (Приложение Д). Там же руководителем подразделения записываются предлагаемые корректирующие и/или предупреждающие действия.

По окончании аудита главным аудитором составляется отчет. Состав отчета приведен в Приложении Г. Отчет должен содержать полную, точную и однозначно понимаемую информацию по проведенному аудиту. Этот отчет является одним из видов записей по качеству и необходим для оценки СМК и принятия решений об улучшении ее. Копии отчета направляются руководителям подразделений.

Отчеты и другие документы по внутренним аудитам хранятся (в соответствии с требованиями документированной процедуры СМК.УП-3/РК-4.2.4 «Управление записями») в течение 3 лет, а затем передаются в архив образовательного учреждения.

2.5 Полномочия, обязанности, требования и ответственность внутренних аудиторов

Внутренние аудиторы назначаются приказом директора.

Внутренние аудиторы не могут проверять свою собственную деятельность.

Аудит может проводить один аудитор, или группа аудиторов. Руководителем группы аудиторов, в этом случае, является Руководитель Службы качества.

Общие требования к внутренним аудиторам (на основе рекомендаций ГОСТ Р ИСО 19011):

- наличие высшего образования и опыта работы не менее 3 лет;
- знание требований нормативных документов по СМК (в том числе ГОСТ Р ИСО серий 9000, документов СМК), по принципам, методам и организации внутренних аудитов;
- умение устанавливать личные контакты, коммуникабельность, уравновешенность, умение владеть собой;
- реалистичность и объективность, умение аналитически и гибко мыслить, целеустремленность;
- умение устно и письменно выражать свои мысли, тактичность, работоспособность.

Внутренние аудиторы должны ответственно подходить к сохранению конфиденциальной информации, если она имеется.

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

Внутренний аудитор не может проверять членов коллектива, с которыми потенциально возможна ситуация конфликта интересов (близкие родственники, супруги.

2.6 Последовательность процедуры

1. РСлК разрабатывает и утверждает у директора программу внутренних аудитов.

При разработке программы внутреннего аудита учитываются: требования потребителей, претензии и рекламации на продукцию образовательного учреждения, указания руководства и предложения подразделений образовательного учреждения.

2. На основании программы аудитов и настоящей документированной процедуры РСлК и руководитель группы аудиторов организуют подготовку и утверждение плана и критериев аудита.

3. Перед началом аудита руководитель аудиторской группы проводит вступительное совещание, на котором присутствуют аудиторы.

Руководитель аудиторской группы информирует присутствующих о плане и программе аудита.

4. Аудиторы осуществляют сбор и проверку информации в соответствии с программой, целями и задачами аудита.

Результаты работы фиксируются в чек-листе (форма 8.2 Ф-04). Выявленные несоответствия фиксируются в протоколе несоответствий (форма 8.2 Ф-06).

5. Руководитель группы аудиторов готовит отчет по результатам аудита. В процессе подготовки отчета используются рабочие материалы аудиторов (чек-листы, протоколы несоответствий, предложения аудиторов в отчет и другие).

6. Проверяемый должен быть ознакомлен с результатами аудита. При несогласии с зафиксированными результатами, проверяемый имеет право оспорить результаты аудита, представить документацию, в случае непредставления доказательств и аргументов, аудитор подписывает чек-лист и фиксирует отказ проверяемого от подписи ознакомления. В отчете главного аудитора также фиксируется ситуация, информация поступает представителю Руководства по качеству.

7. После окончания аудита и составления отчета проводится итоговое совещание группы аудиторов, на котором результаты аудита доводятся до сведения руководителя проверяемого подразделения.

8. РСлК организует обсуждение итогов аудита, утверждение, рассылку и хранение отчета внутреннего аудита должностным лицам и подразделениями согласно списка рассылки (см. Приложение Е).

9. В зависимости от принятых по результатам аудита решений Руководитель проверенного подразделения организует следующие работы:

- устраняет несоответствия (протоколы 8.2 Ф 05);
- запускает процедуру корректирующих/предупреждающих действий (СМК.УП-6/РК-8.5.2-3);
- выполняет рекомендации по улучшению (8.2 Ф 06)

10. Результаты выполненных работ документируются и предоставляются в службу качества (руководителю Службы качества) в установленные сроки.

11. Руководитель службы качества в течение одной недели после проведения аудита направляет отчет для рассмотрения заместителям директора (в зависимости от процесса).

3. Ответственность и полномочия

Ответственным за организацию разработки и введение процедуры в действие является Руководитель службы качества.

Ответственность и полномочия подразделений и должностных лиц, участвующих в регламентированной настоящей процедурой деятельности, приведена в таблице 1.

Таблица 1. Распределение ответственности и полномочий

Наименование работ, мероприятий	Подразделение (должностное лицо)				
	Директор (ПРК)	РСлК	Руководитель аудиторской группы	Руководители подразделений	Аудиторы
1	2	3	4	5	6
Составление «Программы внутренних аудитов»	У	О	И	И	И
Назначение руководителя аудиторской группы	О	У	И	И	И
Разработка «Плана внутреннего аудита»		У	О	И	И
Информирование проверяемых подразделений		У	О	У	У
Обеспечение аудиторов необходимыми документами		У	О		
Составление отчета по аудиту		У	О	И	У
Хранение документов по аудиту		О			

Условные обозначения:

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

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

«И» – получает информацию о принятом решении.

4. Нормативные документы

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

4.1. Глоссарий (словарь) терминов, обозначений и сокращений, используемых в документации системы качества образовательного учреждения.

4.2. Руководство по качеству:

– раздел 8.2.2. Внутренние аудиты.

4.3. Документированная процедура СМК.УП-6/РК-8.5.2-3 «Корректирующие и предупреждающие действия».

5. Приложения

Приложение А. Форма 8.2 Ф-02. Программа проведения внутренних аудитов.

Приложение Б. Форма 8.2 Ф-03. План внутреннего аудита СМК.

Приложение В. Форма 8.2 Ф-04. Чек – лист.

Приложение Г. Форма 8.2 Ф-05. Отчёт о результатах аудита системы менеджмента качества

Приложение Д. Форма 8.2 Ф-06. Протокол о несоответствии

Приложение Е. Форма 8.2 Ф-07. План корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита системы менеджмента качества

Приложение Ж. Форма 8.2 Ф-08. Отчёт о выполнении корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита системы менеджмента качества

Приложение А
Форма 8.2 Ф-02

Программа проведения внутренних аудитов

УТВЕРЖДАЮ
Директор ГБПОУ
«Южноуральский
энергетический техникум»

_____ В.М. Тучин

«___» _____ 20____г.

Программа проведения внутренних аудитов на год

Объект проверки		Сроки проверки начало/ окончание (даты)	Ф.И.О. ответственного за проведение аудита
Структурное подразделение	Проверяемые процессы СК		

Приложение Б

Форма 8.2 Ф-03

План внутреннего аудита СК

УТВЕРЖДАЮ
Директор ГБПОУ
«Южноуральский
энергетический техникум»

_____ В.М. Тучин

«___» _____ 20____г.

План внутреннего аудита СМК

1 Основание для аудита_____
(программа, приказ)

2 Тип внутреннего аудита (плановый, внеплановый)

2 Руководитель группы аудиторов_____
(Фамилия, имя, отчество)

3 Цели аудита

Соответствие требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001:2015 (другое)

Критерии аудита	**Объем аудита**		**Аудиторы**	**Представители проверяемых подразделений**
	Область аудита (подразделение)	**Дата проведения аудита**		

Приложение В
Форма 8.2 Ф-04

Чек-лист №_____

к проведению внутреннего аудита

подразделение: отделение, отдел_____

критерии аудита: соответствие стандарту ГОСТ Р ИСО 9001:2015

вопросы:

свидетельства аудита:

КРИТЕРИИ И СВИДЕТЕЛЬСТВА АУДИТА* **	

*** критерии разрабатываются для каждого аудита на совещании Службы качетсва

Аудитор: ФИО_____ _____ «___» _____ 20__г.

(подпись)

Руководитель подразделения: с результатами аудита ознакомлен

ФИО_____ _____ «___» _____ 20__г.

(подпись)

Приложение Г

Форма 8.2 Ф-05

Заместителю директора ГБПОУ
«Южноуральский
энергетический техникум»

_____/_____/

«___» _____ 20____г.

ОТЧЕТ

о результатах аудита

Подразделение	Группа аудиторов	Проверяемые	Результаты аудита	Примечание

Выводы комиссии (наличие несоответствий, выявленных при аудите):

_____

_____

Предложения:_____

_____

Дата _____

6. Адреса рассылки:

1 экз. – руководителю проверяемого подразделения _____

2 экз. – представителю руководства по качества __ _____

Руководитель группы по аудиту _____

подпись Ф.И.О.

подписи Ф.И.О.

Приложение Д

Форма 8.2 Ф-06

Протокол о несоответствии

Аудит № Протокол № Дата:

Руководитель аудиторской группы: Ф.И.О.

Аудиторы: Ф.И.О.

Руководитель подразделения: Ф.И.О.

Объект аудита (подразделение):

Несоответствие:_____

_____

_____

_____

Значительное / незначительное (ненужное зачеркнуть)

Выявлено впервые / повторно (ненужное зачеркнуть)

Руководитель подразделения ознакомлен _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Аудиторы _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

_____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Руководитель аудиторской группы _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Приложение Е

Форма 8.2 Ф-07.

ПЛАН

корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита системы менеджмента качества

от «___»_____20___г.

Подразделение _____

Сроки выполнения плана _____

№	Задание	Ответственный	Сроки исполнения	Замечания

Руководитель подразделения_____

подпись ФИО .

Дата составления плана «___»_____ 20__г.

Приложение Ж

Форма 8.2 Ф-08.

ОТЧЕТ

о выполнении корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита системы менеджмента качества

от «___»_____20__г.

Подразделение _____

Сроки выполнения плана _____

№	Мероприятие	Ответственный за выполнение	Отметка о выполнении (заполняется руководителем подразделения с указанием срока выполнения)	Оценка выполнения плана (заполняется аудиторами при контроле)

Руководитель подразделения _____

подпись ФИО

Дата «___»_____20__ г.

6. Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номера листов			Основание для внесения изменений	Подпись	Расшифровка подписи	Дата	Дата введения изменения
	заменен-ных	новых	аннулиро-ванных					