



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО РЫБОЛОВСТВУ**

**«Владивостокский морской рыбопромышленный колледж»**

**Федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования**

**«Дальневосточный государственный технический  
рыбохозяйственный университет»**

**(«ВМРК» ФГБОУ ВО «ДАЛЬРЫБВТУЗ»)**

УТВЕРЖДЕНО

Советом колледжа «ВМРК»  
ФГБОУ ВО «Дальрыбвтуз»  
от «16» апреля 2022 г.  
протокол № 4

Председатель Совета  
И.М. Пак



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА**

**ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ**

**ДП-4.1-01-2022**

Контролируемые экземпляры – 2

Экземпляр №

Владивосток  
2022

## ПРЕДИСЛОВИЕ

1 РАЗРАБОТАНА специалистом службы качества «ВМРК» ФГБОУ ВО «ДАЛЬРЫБВТУЗ».

2 УТВЕРЖДЕНА Советом Колледжа протокол № 4, от «16» апреля 2019 г.

3 ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ приказом начальника колледжа № 380 от «27» апреля 2022 г.

4 ВЗАМЕН ДП-4.1-01-2019 «Внутренние аудиты».

## СОДЕРЖАНИЕ

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ .....	4
2 НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ.....	4
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....	5
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	6
5 ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ.....	9
5.1 Процедура проведения внутреннего аудита.....	9
5.2 Разработка и утверждение программы внутренних аудитов СМК.....	9
5.3 Планирование внутреннего аудита .....	11
5.3.1 Риск - ориентированный подход при планировании аудита. ....	11
6 ПОДГОТОВКА К ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА .....	13
7 ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТОРСКОЙ ПРОВЕРКИ .....	15
8 ОФОРМЛЕНИЕ ОТЧЕТНЫХ ДОКУМЕНТОВ.....	18
9 ЗАВЕРШЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА .....	19
10 ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ .....	19
11. ТРЕБОВАНИЯ К КОМПЕТЕНТНОСТИ, ПРОЦЕДУРЕ ПОДГОТОВКИ АУДИТОРОВ, ОЦЕНКЕ ИХ КОМПЕТЕНТНОСТИ И РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ .....	20
ПРИЛОЖЕНИЕ А (справочное) Графическое описание процесса «Внутренний аудит».....	21
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (рекомендуемое) Форма программы внутреннего аудита .....	22
ПРИЛОЖЕНИЕ В (обязательное) Форма плана внутреннего аудита.....	23
ПРИЛОЖЕНИЕ Г (рекомендуемое) Форма чек-листа.....	24
ПРИЛОЖЕНИЕ Д (обязательное) Форма отчета о внутреннем аудите.....	25
ПРИЛОЖЕНИЕ Е(обязательное) Форма протокола о несоответствии.....	27
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж (рекомендуемое) Форма журнала регистрации несоответствий структурного подразделения.....	28
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ .....	29
ЛИСТ УЧЁТА ПЕРИОДИЧЕСКИХ ПРОВЕРОК .....	30
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	30

## 1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура (далее – Процедура) устанавливает единые требования к планированию, проведению и документированию внутренних аудитов СМК во «Владивостокском морском рыбопромышленном колледже» (обособленное структурное подразделение) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Дальневосточный государственный технический рыбохозяйственный университет» (далее – Колледж или «ВМРК» ФГБОУ ВО «ДАЛЬРЫБВТУЗ») качеству образовательного процесса.

1.2 Требования Процедуры обязательны для применения во всех подразделениях Колледжа, в части их деятельности, связанной с системой качества.

## 2 НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

В настоящей процедуре использованы следующие нормативные документы:

- МС ISO 9000:2015 (ГОСТ Р ИСО 9000-2015) Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- МС ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) Системы менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ Р ИСО 19011-2021 Руководящие указания по проведению аудита систем менеджмента;
- ГОСТ Р ИСО 9004- 2019 Руководство по достижению устойчивого успеха организации;
- Международная Конвенция о подготовке и дипломировании моряков и несении вахты 1978 года (ПДНВ) с поправками;
- Международный Кодекс по подготовке и дипломированию моряков и несению вахты 1995г. с поправками;
- Постановление Правительства РФ от 17.10.2009 г. № 832 «О реализации положений Международной конвенции по охране человеческой жизни на море 1974 года и Международной конвенции о подготовке и дипломировании моряков и несении вахты 1978 года»;
- Приказ Минтранса России от 08.11.2021 № 378 «Об утверждении Положения о дипломировании членов экипажей морских судов» (Зарегистрировано в Минюсте России 30.11.2021 № 66102);
- МС ISO 19011:2018 «Руководящие указания по проведению аудитов систем менеджмента»;
- РК- 05-2022 Руководство по качеству «ВМРК» ФГБОУ ВО «Дальрыбвтуз»;
- Глоссарий терминов и определений, используемых в документации системы качества образовательного учреждения.

### 3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

#### 3.1 Термины и определения

В настоящей процедуре применены следующие термины с соответствующими определениями, а также обозначения и сокращения:

**Аудит** – систематический, независимый и документируемый процесс получения объективных свидетельств аудита и их объективного оценивания с целью установления степени соответствия критериям аудита.

Внутренние аудиты, иногда называемые аудиты, проводимые первой стороной, проводятся обычно самой организацией или от ее имени для анализа со стороны руководства и других внутренних целей, и могут служить основанием для декларации о соответствии. Независимость может быть продемонстрирована отсутствием ответственности за деятельность, подвергаемую аудиту.

**Аудитор** – лицо, обладающее компетентностью и соответствующими полномочиями для проведения аудита.

**Аудиторская группа** – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими экспертами.

**«ВМРК» ФГБОУ ВО «ДАЛЬРЫБВТУЗ» – Колледж** – «Владивостокский морской рыбопромышленный колледж» (обособленное структурное подразделение) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Дальневосточный государственный технический рыбохозяйственный университет».

**Выводы (наблюдения) аудита** – результаты оценки собранных свидетельств аудита на соответствие критериям аудита.

**Специалист службы качества** – специалист службы качества учебно-методического отдела «ВМРК» ФГБОУ ВО «ДАЛЬРЫБВТУЗ».

**Заместитель начальника колледжа по УВР** – заместитель начальника колледжа по учебно-воспитательной работе.

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

**Компетентность** – способность применять знания и навыки для достижения намеченных результатов.

**Коррекция** – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

**Корректирующее действие** – действие, предпринятое для устранения причин существующего несоответствия или другой обнаруженной нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить ее повторное возникновение.

**Критерии аудита** – совокупность политик, процедур или требований, используемых для сопоставления с ними объективных свидетельств.

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

**Несоответствие** – невыполнение установленных требований.

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

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

**Риск** – воздействие неопределённости на достижение целей.

**Риск – ориентированный подход** – подход к аудиту, при котором рассматриваются риски и возможности.

**План аудита** – описание деятельности и организационных мероприятий по проведению аудита.

**Предупреждающее действие** – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить ее возникновение.

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

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

**Технический эксперт** – лицо, обладающее специальными знаниями или опытом, необходимыми аудиторской группе.

### 3.2 Обозначения и сокращения

**АГ** – аудиторская группа;

**ВА** – внутренний аудит;

**ДП** – документированная процедура;

**КД** – корректирующие действия;

**ПД** – предупреждающие действия;

**ПРК** – представитель руководства по качеству;

**РК** – руководство по качеству;

**СМК** – система менеджмента качества;

**СП** – структурное подразделение;

**СК** – служба качества;

**УМО** – учебно-методический отдел

**ФГОС** – федеральный государственный образовательный стандарт

**МК ПДНВ** – Международная конвенция о подготовке и дипломированию моряков и несении вахты 1978/95 года. Кодекс по подготовке и дипломированию моряков и несению вахты. С учетом Манильских поправок 2010.

## 4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Внутренний аудит проводится через запланированные интервалы времени с целью:

- установления того, что система менеджмента качества соответствует требованиям МС ИСО 9001:2015, МК ПДНВ, действующим образовательным стандартам и требованиям нормативной документации Колледжа, а также что СМК результативно внедрена и функционирует;

- выявления несоответствия и определения причин их появления;

- определения областей и возможностей улучшения деятельности структурных подразделений, процессов и функционирования СМК;

- определения возможностей и областей совершенствования системы менеджмента качества;

- проверки результативности корректирующих действий, осуществленных по результатам предыдущих внутренних аудитов;

- оценки результативности функционирования СМК в соответствии с политикой в области качества и установленными требованиями.

4.2 Систематически проводимые внутренние аудиты предназначены для обеспечения руководства Колледжа объективной и своевременной информацией о том, что система менеджмента качества результативно внедрена и поддерживается в рабочем состоянии .

Результаты внутренних аудитов СМК Колледжа должны использоваться для улучшения методов и средств управления процессами Колледжа, деятельности во всех структурных подразделениях Колледжа, программ внутренних аудитов.

4.3 Основными объектами внутренних аудитов СМК являются:

- процессы СМК;

- функционирование СМК в подразделениях Колледжа, включая регламентирующую и отчетную документацию, и оборудование;

- качество результатов образовательной деятельности (знания, умения и навыки студентов и курсантов).

4.3.1 Аудит процессов СМК осуществляется в целях:

- определения достижения цели процесса;

- определения способности процесса обеспечивать заданные требования по качеству;

- валидации вновь разработанных процессов.

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

4.3.3 Аудит качества результатов образовательной деятельности предназначен для определения соответствия их требованиям по качеству, установленным ФГОС, МК ПДНВ. Аудит качества результатов образовательной деятельности проводится выборочно и может заменяться другими формами проверки (например, Интернет–экзаменом, тестированием).

Проверка документации СМК производится по следующим направлениям:

- соответствие требованиям, изложенным в Политике и Целях в области качества, РК, ДП и других локальных актах Колледжа, определяющих внедрение, развитие и улучшение СМК Колледжа;

- соответствие требованиям МС ИСО 9001:2015, МК ПДНВ, ФГОС;
- проверка качества документации в отношении ее доступности, адекватности, правильности формулировок, четкости изложения;
- проверка наличия и состояния документации в местах ее применения.

4.4 Различают плановые (проводимые не реже 1 раза в год согласно утвержденной программе внутреннего аудита) и внеплановые внутренние аудиты.

Внеплановый аудит может быть вызван:

- существенными отклонениями СМК;
- значительными изменениями в организационной структуре;
- введением в действие новых документов СМК;
- потребностью в оценке функционирования СМК перед проведением внешнего аудита второй и / или третьей стороной;
- при появлении процессов, подразделений и должностных лиц, ранее не охваченных системой менеджмента качества;
- при оптимизации процессов, явившихся результатами корректирующих и предупреждающих действий.

4.5 Внутренний аудит отдельных процессов или видов деятельности в рамках процессов может, по решению руководства Колледжа, заменяться иными формами контроля:

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

При подготовке к проведению государственной аккредитации проводится внутренний аудит под наименованием «самообследование».

4.6 Графическое описание процедуры приведено в Приложении А.

4.7 Уведомление структурного подразделения о проведении внутреннего аудита производится не позднее, чем за 2 недели до начала аудита.

4.8 Аудит проводится внутренними аудиторами, которые назначаются приказом начальника колледжа.

4.9 Сотрудники не проводят аудит собственной работы.

4.10 Руководитель проверяемого подразделения обеспечивает предоставление аудиторам прав доступа к информационным ресурсам на время проведения аудита.

4.11 Результаты внутреннего аудита в обязательном порядке рассылаются каждой стороне, участвующей в аудите.



## **5 ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ**

### **5.1 Процедура проведения внутреннего аудита**

Внутренние аудиты проводятся обученными и подготовленными аудиторами. Требования к компетентности, процедуре подготовки аудиторов, оценке их компетентности и регистрации результатов установлены в п. 11 настоящей Процедуры.

Порядок организации внутренних аудитов состоит из следующих этапов:

- 1) разработка и утверждение программы внутренних аудитов;
- 2) планирование: определение целей, объектов, областей аудита, ответственности и ресурсов, разработка программы внутренних аудитов, определение и оценка рисков и возможностей, связанных с программой аудита;
- 3) подготовка к проведению внутреннего аудита;
- 4) проведение внутреннего аудита;
- 5) оформление отчетных документов по результатам внутреннего аудита;
- 6) завершение внутреннего аудита.

### **5.2 Разработка и утверждение программы внутренних аудитов СМК**

5.2.1 Программа внутренних аудитов ежегодно разрабатывается и формируется специалистом службы качества по следующим критериям:

- важность и состояние процессов СМК;
- оценка результативности процессов СМК, выявление возможностей для улучшения;
- результаты предыдущих аудитов.

При формировании Программы ВА СМК Колледжа первоочередное внимание уделяется проверкам процессов основной деятельности, затем – административным и вспомогательным процессам.

5.2.2 Планирование внутренних аудитов осуществляется на отчетный год (как правило, учебный, или на период между внешними аудитами) таким образом, чтобы каждое подразделение или процесс СМК были проверены в течение года.

5.2.3 Программа аудитов СМК Колледжа содержит информацию о цели аудита, области проверки аудитов (наименование процессов, наименование подразделений), критериях аудитов, о сроках проведения аудитов, руководителях аудиторских групп. Форма Программы ВА СМК представлена ПРИЛОЖЕНИЕ А в Приложении Б.

При составлении программы аудитов необходимо учитывать следующее:

- а) каждое подразделение должно быть проверено не менее одного раза в год;
- б) аудитор не может проверять собственную деятельность.

5.2.4 Проект Программы согласовывается с представителем руководства по качеству и утверждается приказом начальника Колледжа.

Доведение утвержденной программы внутренних аудитов до проверяемых подразделений осуществляется специалистом службы качества посредством рассылки копий приказа об утверждении программы внутренних аудитов.

5.2.5 Контроль выполнения Программы внутренних аудитов осуществляет заместитель начальника колледжа по УВР.

5.2.6 В отдельных случаях, по указанию руководства, могут проводиться внеплановые внутренние аудиты (например, в связи с отрицательной динамикой показателей подразделения).

В этом случае подается служебная записка на имя представителя руководства по качеству с указанием объекта аудита. Внеплановый аудит проводится в том же порядке, что и плановый.

5.2.7 Изменения в программу ВА вносятся специалистом службы качества в следующих случаях:

- изменения в организационной структуре Колледжа или ее кадровом составе;
- обоснованная необходимость изменения сроков внутреннего аудита (результаты оценки возможности проведения аудита в подразделении в запланированные сроки);
- претензии и жалобы, низкая удовлетворенность потребителей;
- появление новых направлений, заключение контрактов;
- повторяющиеся несоответствия;
- предложения от подразделений Колледжа;
- решения начальника Колледжа, ПРК и руководителей процессов.

Сведения о внесенных изменениях направляются в подразделения не позднее, чем за 2 недели до предполагаемого аудита.

5.2.8 При возникновении сбойных ситуаций в работе подразделения / процесса, руководители процессов и руководители структурных подразделений имеют право инициировать внеплановые внутренние аудиты в курируемых ими процессах и подразделениях.

В этом случае подается служебная записка на имя Представителя руководства по качеству с указанием объекта аудита.

Специалист службы качества на основании решения ПРК вносит изменения в Программу аудитов. Внеплановый аудит проводится в том же порядке, что и плановый.

5.2.9 Информация об изменении сроков проведения внутренних аудитов СМК сообщается руководителю подразделения только после соответствующего утверждения Представителем руководства по качеству. При этом, в контрольный экземпляр Программы напротив срока внутреннего проведения аудита СМК, делается запись переноса срока.

5.2.10 Цели программы аудита должны согласовываться и содействовать реализации политики и целей СМК. При установлении целей необходимо руководствоваться рекомендациями п. 5.2 МС ISO 19011:2018 «Руководящие указания по проведению аудитов систем менеджмента».

5.2.11 Ответственность за эффективное управление Программой внутреннего аудита СМК несет ПРК.

### 5.3 Планирование внутреннего аудита

#### 5.3.1 Риск - ориентированный подход при планировании аудита.

Определение и оценка рисков и возможностей, связанных с программой аудита.

Риски могут быть, связанные с:

- планированием аудита, например, установление неадекватных целей аудита и объёма программы аудита;
- ресурсами для выполнения программы аудита, например, с тем, что предусмотрено недостаточно времени, оснащённости и/или подготовки для разработки программы аудита или проведения аудита, составление команды, которая не обладает в совокупности достаточной компетентностью, необходимой для результативного проведения аудита, недостаточно результативная коммуникация в ходе реализации программы аудита;
- управлением документированной информацией – неверное установление (определением) необходимой документированной информации, недостаточно адекватная защита записей по аудиту, необходимых для демонстрации результативности программы аудита;
- мониторингом, анализом, улучшением программы аудитов – отсутствие достаточного мониторинга результатов программы аудитов.

Для снижения вероятности рисков:

- разработка программы аудита осуществляется на основе анализа отчётов по аудитам за предыдущий период, данных о планируемых и имеющихся изменениях в деятельности Колледжа и структурных подразделений;
- для проведения аудита при необходимости привлекаются технические эксперты;
- во время аудита члены группы обсуждают выявленные факты несоответствий, при необходимости после аудита оформляются докладные и служебные записки на имя руководителя группы аудиторов или соответствующих руководителей структурных подразделений, администрации Колледжа;
- документированная информация о результатах аудита в каждом структурном подразделении хранится в отдельном деле. В структурных подразделениях назначены ответственные за СМК, которые отвечают за сохранность записей по аудиту;
- выполнение программы аудита ежегодно анализируется ПРК (и коллегиально) в конце учебного года и оформляется в виде отчёта по результатам проведения внутреннего аудита, данные которого, используются для принятия решений по управлению программой аудита, для анализа и оценки.

5.3.2 План внутреннего аудита составляет руководитель аудиторской группы. Форма Плана ВА представлена в Приложении В. План внутреннего аудита содержит следующие реквизиты:

- а) номер аудита;
- б) основание для внутреннего аудита;
- в) вид внутреннего аудита (плановый / внеплановый);
- г) цель аудита;
- д) критерии аудита (нормативная база аудита);
- е) объем и границы аудита;
- ж) сроки проведения аудита;
- и) состав аудиторской группы (согласно п.6.3 Процедуры);
- к) дату предоставления отчета о внутреннем аудите СМК.

Реквизит «Основание для проведения внутреннего аудита» содержит указание пункта Программы внутреннего аудита СМК Колледжа (при проведении планового аудита) или номера и даты приказа (если аудит внеплановый).

В плане указывается вид внутреннего аудита – плановый или внеплановый.

Формулировка цели аудита приводится из Программы ВА Колледжа или из приказа о проведении внепланового аудита.

В плане ВА указываются критерии внутреннего аудита – наименования документов, устанавливающих требования к проверяемой области деятельности. Проверяемая область деятельности подразделения указана в Программе ВА СМК Колледжа. Критериями аудита могут быть Политика и цели в области качества, внутренние и внешние нормативные документы, содержащие требования к проверяемым процессам, положения о структурных подразделениях, ДИ, а также программы и планы Колледжа и СП.

План ВА содержит указание даты / дат проверки (число, месяц) и даты предоставления отчета о внутреннем аудите. Срок представления отчета о внутреннем аудите зависит от объема проверки, но не должен превышать 10 рабочих дней со дня проведения аудита на местах.

В план ВА заносится график проверки и информация о распределении ответственности между членами аудиторской группы – это обеспечивает эффективное управление временем и деятельностью членов аудиторской группы и способствует достижению целей проверки.

График проверки формируется с учетом сроков проверки, области проверки, организационной структуры подразделения, а также с учетом удаленности объектов проверки друг от друга.

План внутреннего аудита направляется на согласование руководителю проверяемого подразделения и далее – на утверждение ПРК.

Не менее чем за 3 рабочих дня специалист СК направляет утвержденный План аудита в проверяемое подразделение. Руководитель подразделения обязан ознакомить с Планом аудита сотрудников, причастных к проверяемой деятельности.

## 6 ПОДГОТОВКА К ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

6.1 Подготовка к проведению внутреннего аудита включает:

- определение объема проверки;
- подбор аудиторской группы;
- подготовка плана проведения аудита;

– подготовку аудиторской группы к аудиту (проведение совещания АГ, определение и изучение требований нормативных документов – критериев аудита, составление вопросов для проверки (чек-листов)).

6.2 Определение объема проверки СП определяет специалист СК совместно руководителем АГ на основании Программы аудитов СМК Колледжа, исходя из целей проверки и результатов анализа предыдущих проверок.

Объем проверки включает информацию о проверяемых процессах, структурных единицах проверяемого структурного подразделения, а также информацию о проверяемом периоде деятельности и продолжительности проверки. При необходимости, при определении объема проверки могут быть установлены нормы выборки.

6.3 Подбор аудиторской группы осуществляет руководитель аудиторской группы совместно со специалистом службы качества из числа подготовленных аудиторов. Требования к обеспечению компетентности руководителей аудиторских групп и аудиторов установлены в п. 12.

При формировании аудиторской группы исходят из того, чтобы ее члены не являлись сотрудниками проверяемого структурного подразделения (для обеспечения объективности и беспристрастности процесса аудита), а также из указаний, сформулированных в разделе 7 МС ISO 19011:2018 «Руководящие указания по проведению аудитов систем менеджмента».

Состав аудиторской группы определяется с учетом требований обеспечения независимости проверки и достижения необходимой совокупной компетентности группы для проверки в установленном объеме, численности сотрудников проверяемого подразделения, количества и мест расположения объектов проверки, а также сроков проверки.

Группа может состоять из одного и более аудиторов. Если проверка проводится одним аудитором – аудитор назначается ПРК. Если в состав группы входят несколько человек, то руководитель АГ определяет каждому ее члену конкретный участок для проверки.

Аудиторы должны обладать соответствующими знаниями и навыками для достижения целей аудита, знать специфику процессов. Если знаний и навыков недостаточно, то в аудиторскую группу включают технического эксперта.

Технические эксперты могут быть подобраны из числа руководителей и сотрудников, обладающих специальными знаниями в проверяемой области деятельности. Роль технических экспертов заключается в предоставлении информации, оказании помощи аудитору при проведении проверки.

6.4 Подготовка плана проведения аудита и подготовка аудиторской группы к аудиту

Не позднее, чем за 1 неделю до начала проверки, руководитель группы аудита, совместно с аудиторами разрабатывают план проведения внутреннего аудита (Приложение В).

План проведения аудита передаётся руководителю проверяемого подразделения для согласования (допускается по электронной почте).

Аудитор и/или группа аудиторов приходит в проверяемое подразделение с подписанным специалистом службы качества планом по аудиту и подписывает его у руководителя структурного подразделения.

В план аудита могут быть включены объекты предыдущих проверок для контроля и оценки эффективности выполнения, предпринятых подразделением корректирующих действий по результатам предыдущих аудитов.

Руководитель группы аудита составляет график проверки, по согласованию с аудиторами, распределяет между ними обязанности по аудиту конкретных подразделений, видов деятельности, процессов и процедур. При распределении обязанностей учитывают необходимость соответствия компетентности аудиторов и консультантов проверяемым объектам, согласно плану аудита.

План ВА содержит указание даты предоставления отчета о внутреннем аудите. Срок представления отчета о внутреннем аудите зависит от объема проверки, но не должен превышать 10 рабочих дней со дня проведения аудита на местах.

Согласованный план хранится у специалиста СК, копия остается в проверяемом подразделении.

При подготовке к внутреннему аудиту персонал подразделения, в котором планируется проведение аудита, должен выполнить следующие действия:

а) проработать нормативную документацию (в соответствии с планом аудита и, при необходимости, подготовить предложения по изменению процессов (документов СМК);

б) подготовить и привести в порядок записи.

Аудиторская группа должна быть подготовлена к внутренней проверке, чтобы гарантировать получение результатов проверки в соответствии с целями и объемом проверки. Аудиторы несут ответственность за изучение нормативных документов – критериев аудита и подготовку чек-листов. Форма чек-листа приведена в Приложении Г.

Чек-листы составляются для того, чтобы в ходе проверки обеспечить выполнение запланированного объема внутреннего аудита, получить достаточную информацию для выводов о соответствии установленным требованиям. Чек-листы являются памяткой аудитора при проведении проверки.

В чек-листах аудиторы фиксируют вопросы, которые следует задать персоналу проверяемого подразделения, полученную в ходе проверки информацию, отдельные наблюдения, области, требующие дополнительной проверки, и другую информацию, необходимую для результативного проведения аудита.

При подборе вопросов следует также принимать во внимание выбор удобного метода проведения аудита: прослеживаемость вперед (от планов и

требований – к результатам) или прослеживаемость назад (от достигнутых результатов – к установленным планам и требованиям).

Чек-лист позволяет эффективно организовать беседу с опрашиваемыми сотрудниками и рационально использовать время внутренней проверки.

## **7 ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТОРСКОЙ ПРОВЕРКИ**

7.1 Аудиторская проверка включает следующие основные процедуры:

- а) предварительное совещание со специалистами проверяемого подразделения (при необходимости);
- б) осуществление проверки;
- в) оформление результатов аудита;
- г) заключительное совещание с руководителем и/или персоналом проверяемого подразделения.

7.2 Проведение аудита СМК начинается со вступительного совещания с руководителем проверяемого подразделения и персоналом подразделения, принимающим участие в проверке. В структурном подразделении руководитель аудиторской группы проводит предварительное (вступительное) совещание с сотрудниками проверяемого подразделения, на котором сообщает о целях, объектах, объеме, критериях аудита, представляет участников аудиторской группы, согласовывает каналы связи между аудиторской группой и проверяемым подразделением.

7.3 Руководитель аудиторской группы устанавливает ответственность каждого члена группы за проверку конкретных областей или действий.

7.4 В процессе аудита для достижения его целей в распределение обязанностей могут быть внесены изменения.

7.5 Проведение внутреннего аудита осуществляется путем сбора и анализа информации о проверяемых объектах в соответствии с планом внутреннего аудита и должно обеспечить достижение поставленной цели аудита.

7.6 В проверяемом подразделении члены аудиторской группы осуществляют сбор информации, используя следующие методы:

- опрос сотрудников проверяемого подразделения;
- наблюдение за деятельностью персонала, функционированием процессов, условиями труда, состоянием рабочих мест;
- оценка исправности оборудования и пригодности средств измерения;
- анализ и оценка выполнения установленных плановых показателей;
- анализ документации, записей, баз данных, отчетов.

Изучение информации может быть основано как на сплошной, так и на выборочной проверке.

Применение того или иного метода проверки основано на обеспечении полноты и достоверности собранной информации, необходимой для выводов.

Полноту и достоверность информации может обеспечивать определение надежного размера выборки (сколько единиц нужно проверить, чтобы убедиться в правильности выводов) и применение метода случайной (а не заранее подобранной) выборки.

Только проверенная информация может быть свидетельством аудита.

7.7 Опрос сотрудников является одним из важных способов получения информации и должен проводиться с учетом ситуации и с учетом выполняемых функций в пределах объема аудита.

При проведении опроса сотрудников проверяемого подразделения необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- опрос должен проводиться с лицами, ответственными или выполняющими деятельность или задачи в пределах объема аудита;

- опрос должен проводиться в обычное рабочее время и на обычном рабочем месте собеседника;

- должно быть сделано все возможное, чтобы во время опроса собеседник не чувствовал себя скованно;

- опрос следует начать с просьбы к собеседнику описать свою работу в соответствии с должностной инструкцией;

- нужно убедить собеседника, что задачей аудита является поиск сильных и слабых сторон всей системы, а не выявление виновных лиц, а также в том, что аудитор своими вопросами помогает решить проблемы подразделения;

- следует избегать наводящих вопросов;

- результаты опроса должны быть обобщены и проанализированы совместно с собеседником.

7.8 Вся полученная в процессе сбора информация проверяется на объективность и непротиворечивость.

7.9 Все данные, полученные в процессе внутреннего аудита, аудиторы фиксируют в чек-листах.

7.10 Для получения выводов аудита свидетельства аудита должны быть сопоставлены и оценены относительно критериев аудита. Выводы аудита могут указывать на соответствие или несоответствие критериям аудита. В случае, если это не может быть гарантировано, руководитель аудиторской группы имеет право отказать наблюдателям в участии в некоторых мероприятиях аудита.

Несоответствия и подтверждающие их свидетельства аудита должны быть записаны. Они должны быть проанализированы с проверяемым структурным подразделением для подтверждения объективности свидетельств аудита и для подтверждения того, что выявленные несоответствия правильно понимаются. Следует принять все возможные меры по разрешению любых разногласий во мнениях по свидетельствам и/или выводам аудита, а неразрешенные вопросы следует документально оформить.

7.11 По окончанию формирования наблюдений аудита, аудиторская группа собирается для обсуждения полученной информации и на ее основании подготавливает заключения аудита.



7.12 В процессе выполнения аудита могут быть выявлены наблюдения, которые нельзя однозначно классифицировать как несоответствие требованиям действующей СМК Колледжа, но влияющие на качество выполняемых персоналом работ. В этом случае аудитор должен зафиксировать в отчете наличие подобных наблюдений и возможность проведения предупреждающих действий.

7.13 Аудиторская группа оценивает возможности по улучшению и дает рекомендации по дальнейшему совершенствованию деятельности.

7.14 По результатам внутренних аудитов могут быть выявлены значительные и незначительные несоответствия, а также могут быть сформулированы наблюдения.

Несоответствие – невыполнение установленных требований.

Значительное несоответствие – ситуация, когда невозможно доказать осуществление одного из требований стандарта.

Незначительное несоответствие – единичное отклонение от требований стандарта или ситуация, когда невозможно доказать осуществление одного из требований документации системы менеджмента качества.

Наблюдение – несоответствия еще нет, но есть потенциально нежелательная ситуация, которая может привести к несоответствию (потенциальное несоответствие–повод для анализа необходимости проведения предупреждающих действий).

Все выявленные несоответствия регистрируются в протоколах о несоответствиях (Приложение Е).

Работа подразделения по поддержанию СМК рассматривается как не эффективная, если в проверяемом подразделении выявлено:

- более 5 незначительных несоответствий;
- 1-го значительного несоответствия по одной главе Руководства по качеству;
- если не выполнены корректирующие действия по предыдущему аудиту.

7.15 Проведение заключительного совещания

В заключительном совещании участвуют руководитель проверяемого структурного подразделения, сотрудники, отвечающие за функции или процессы, также могут быть привлечены другие стороны.

Руководитель аудиторской группы проводит в проверенном подразделении заключительное совещание, на котором представляет наблюдения и заключения по результатам аудита. Участники совещания согласовывают сроки выполнения корректирующих и предупреждающих действий (в случае выявленных несоответствий). Все возникшие в ходе заключительного совещания разногласия должны быть зарегистрированы в отчете по аудиту.

Заключения по результатам аудита в зависимости от целей могут указывать на необходимость выполнения корректирующих и предупреждающих действий, а также могут быть представлены действия по улучшению. Рекомендации не носят обязательного характера.

В случае выявления несоответствия, в структурном подразделении требуется проведение коррекции, корректирующих и/или предупреждающих

действий. Руководитель структурного подразделения/ руководитель процесса анализирует причины выявленного(-ых) несоответствия(-ий), совместно с руководителем аудиторской группы разрабатывает коррекции, корректирующие действия и, при необходимости, предупреждающие действия, а также определяет сроки их выполнения. Сроки устранения несоответствий должны планироваться без излишней отсрочки и в обязательном порядке согласовываться с руководителем аудиторской группы. Ответственность за своевременное выполнение запланированных коррекций, корректирующих и предупреждающих действий возложена на руководителя структурного подразделения/руководителя процесса.

Процесс корректирующих и предупреждающих действий осуществляется во всех структурных подразделениях Колледжа, в деятельности которых обнаружено несоответствие.

Запланированные корректирующие и предупреждающие действия осуществляются сотрудниками структурного подразделения Колледжа, в котором выявлено несоответствие.

Выполнение и результативность этих действий должны быть верифицированы. Выполнение запланированных мероприятий оценивается при проведении последующего аудита.

При необходимости, специалист службы качества может провести проверку результативности предпринятых мер по истечении запланированных сроков их проведения.

Если при проверке выполнения коррекций, корректирующих мероприятий было установлено, что мероприятия не выполнены и отсутствуют объективные причины их невыполнения, то руководителю структурного подразделения устанавливается срок не более 1-го месяца на выполнение коррекций, корректирующих мероприятий, по истечении которого проводится повторная проверка.

## **8 ОФОРМЛЕНИЕ ОТЧЕТНЫХ ДОКУМЕНТОВ**

8.1 Руководитель АГ несет ответственность за подготовку и содержание отчета по аудиту (форма в Приложении Д), который включает:

- план аудита
- протоколы о несоответствиях, выявленных в ходе аудита.

Нумерация отчетам о внутреннем аудите присваивается в соответствии с номером каждой проверки, указанным в программе ВА.

8.2 Протоколы о несоответствии оформляются на каждое обнаруженное несоответствие (форма в Приложении Е).

Аудитор несет ответственность за четкость формулировки несоответствия. Формулировка несоответствия должна быть понятной проверяемому подразделению и должна способствовать правильному установлению причины обнаруженного несоответствия.

Нумерация протоколов о несоответствии присваивается в следующем порядке:

АА/ББ, где АА – номер проверки, указанный в программе ВА СМК Колледжа, ББ – порядковый номер акта о несоответствии при аудите данного подразделения.

8.3 Отчет по аудиту должен быть подготовлен и представлен не позднее 10-ти календарных дней следующих за датой проведения аудита. В случае задержки, о ее причинах следует сообщить ПРК .

8.4 Отчет по аудиту составляется в одном экземпляре: оригинал остается в ОСК, копия отчета направляется руководителю проверенного подразделения.

8.5 Руководители подразделений после получения протокола о несоответствии в срок не более 3-х рабочих дней разрабатывают корректирующие или предупреждающие действия, необходимые для устранения несоответствий и их причин.

Срок устранения несоответствий и выполнения корректирующих действий не может быть более 3 месяцев.

8.6 Руководители СП организуют и обеспечивают ведение Журнала регистрации несоответствий, выявленных при проведении аудитов, а также в повседневной деятельности (форма представлена в Приложении Е).

## **9 ЗАВЕРШЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА**

9.1 Внутренний аудит считается завершенным, если все действия, установленные планом внутреннего аудита, выполнены, а утвержденный отчет разослан.

9.2 Информация, содержащаяся в отчетах о внутреннем аудите СМК, используется при проведении анализа СМК со стороны руководства.

9.3 Документация по внутренним аудитам должна храниться в течение 3 лет:

- а) у специалиста СК – по всем проверкам и по обучению аудиторов;
- б) в проверяемых подразделениях – электронные оригиналы или копии программ, отчетов по результатам аудита.

## **10 ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ**

10.1 В конце учебного года специалист службы качества представляет представителю руководства по качеству Колледжа результаты внутренних аудитов, проведенных за этот год, в виде отчета, в который включает следующую информацию:

- объем завершенных аудитов;
- сгруппированные по структурным подразделениям результаты аудитов;
- описание несоответствий и место их выявления;
- степень достижения целей программы аудитов;
- анализ выполнения и результативности корректирующих и предупреждающих действий;

– об оценке квалификации внутренних аудиторов и в случае необходимости, о планируемых мерах по ее повышению;

– предложения по улучшению программы внутренних аудитов, по совершенствованию настоящей процедуры, положений и другой нормативной документации Колледжа;

– предложения по совершенствованию системы менеджмента качества Колледжа.

10.2 Результаты анализа внутренних аудитов являются данными для анализа со стороны высшего руководства Колледжа.

## **11. ТРЕБОВАНИЯ К КОМПЕТЕНТНОСТИ, ПРОЦЕДУРЕ ПОДГОТОВКИ АУДИТОРОВ, ОЦЕНКЕ ИХ КОМПЕТЕНТНОСТИ И РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Организация внутренних аудиторов СМК Колледжа включает в себя подбор сотрудников с соответствующей квалификацией для их проведения.

Внутренние аудиты проводятся обученными и подготовленными аудиторами.

Записи по компетенциям каждого аудитора ежегодно вносятся в отчет по анализу СМК.

РАЗРАБОТАНО:

Специалист службы качества



Е.Ю. Слободюк

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству-  
заместитель начальника колледжа по УВР



Г.Л. Рубанова

**Приложение А**  
(справочное)

Графическое описание процесса «Внутренний аудит»





**Приложение В**  
(обязательное)  
Форма плана внутреннего аудита

УТВЕРЖДАЮ  
Представитель руководства  
по качеству  
\_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПЛАН ВНУТРЕННЕГО АУДИТА**

\_\_\_\_\_  
(наименование структурного подразделения)

- 1 Основание для внутреннего аудита: \_\_\_\_\_  
(программа, приказ)
- 2 Вид внутреннего аудита: \_\_\_\_\_  
(плановый / внеплановый)
- 3 Цель аудита: \_\_\_\_\_
- 4 Критерии аудита: \_\_\_\_\_
- 5 Сроки проведения аудита: \_\_\_\_\_
- 6 Дата предоставления отчета о внутреннем аудите: \_\_\_\_\_

**План внутренней проверки системы менеджмента качества № \_\_\_\_\_ на 20\_\_**  
**год**

№ п/п	Дата и время проверки	Объект и участники проверки	Ответственный аудитор
1	ДД.ММ.ГОД 9.00-9.30	Вступительное совещание	Руководитель группы аудиторов – Ф.И.О.
2	ДД.ММ.ГОД ...-...	.....	Аудитор – Ф.И.О.
...	...	.....	....
n	ДД.ММ.ГОД 17.00-17.30	Заключительное совещание	Руководитель группы аудиторов – Ф.И.О.

**РАЗРАБОТАЛ:**

Специалист службы качества \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

**СОГЛАСОВАНО:**

Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

**Приложение Г**  
(рекомендуемое)  
Форма чек-листа

**ЧЕК-ЛИСТ**  
для аудита № \_\_ на 20\_\_ год

Область аудита (деятельность/процесс/подразделение)	
Аудитор:	

№ п/п	Вопросы	Свидетельство аудита

Примечание: При заполнении графы «Свидетельство аудита» возможно применение следующих обозначений: «+» - да, есть; «-» - нет; «0» - не приемлемо, не требуется для данного подразделения.

Аудитор: \_\_\_\_\_  
(подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



**Приложение Д**  
(обязательное)

Форма отчета о внутреннем аудите

ОТЧЕТ О ВНУТРЕННЕМ АУДИТЕ № \_\_\_\_\_ НА 20\_\_/20\_\_ ГОД

\_\_\_\_\_  
(наименование структурного подразделения и/или процесса)

1. Дата проведения: \_\_\_\_\_

2. Основание для аудита \_\_\_\_\_

3. Цель аудита: \_\_\_\_\_

4. Состав аудиторской группы:

Руководитель: – (указать должность, Ф.И.О.)

Члены: – (указать должность, Ф.И.О.)

– (указать должность, Ф.И.О.)

– (указать должность, Ф.И.О.)

6. Данные о результативности корректирующих действий по несоответствиям, обнаруженным при предыдущей проверке: \_\_\_\_\_

7. Объекты аудита: \_\_\_\_\_

8. Количество выявленных несоответствий: \_\_\_\_\_

Номера протоколов о несоответствии: \_\_\_\_\_

Описание выявленных несоответствий:

Описание несоответствия	Критерий	Срок устранения

Выявленные наблюдения: \_\_\_\_\_

9. Возникшие разногласия \_\_\_\_\_

11. Цель аудита (достигнута / не достигнута)

Заключения (выводы) по результатам аудита: \_\_\_\_\_

(лучшая практика, деятельность соответствует требованиям, деятельность в целом соответствует требованиям, деятельность в основном соответствует требованиям, деятельность не соответствует требованиям, требуется немедленное вмешательство руководства Колледжа).

Рекомендации \_\_\_\_\_

---

Руководитель аудиторской группы \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

Члены аудиторской группы \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

СОГЛАСОВАНО:

Специалист службы качества

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

ОЗНАКОМЛЕН:

Руководитель структурного  
подразделения

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

## Приложение Е

(обязательное)

Форма протокола о несоответствии

<b>ПРОТОКОЛ О НЕСООТВЕТСТВИИ № _____ ОТ «__» _____ 20__ г.</b>	
Проверяемое подразделение:	Руководитель проверяемого подразделения (Ф.И.О.):
Аудитор (Ф.И.О.):	Руководитель группы аудиторов (Ф.И.О.):
Комментарии и ссылки на регламентирующие документы (МС или документ СМК):	
<b>ОПИСАНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯ:</b>  Аудитор: _____ «__» _____ 20__ г. <div style="text-align: center;">подпись</div>	Градация: Значительное Незначительное
	Ссылка на статью МС или документ СМК:
<b>ПРИЧИНЫ НЕСООТВЕТСТВИЯ / КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ:</b>	
Предполагаемая дата выполнения:	Ответственный:
Руководитель проверяемого подразделения _____ 20__ г.	_____ «__» _____ подпись
<b>Отметка об устранении несоответствия:</b> <i>устранено</i> <i>не устранено</i> Причина (в случае не устранения):	
<b>Оценка корректирующего/ предупреждающего действия:</b> <i>Результативны</i> <i>Нерезультативны</i>	
Аудитор: _____ «__» _____ 20__ г. <div style="text-align: center;">подпись</div>	
<b>Примечание</b>	

**Приложение Ж**  
(рекомендуемое)

Форма журнала регистрации несоответствий структурного подразделения

№ п/п	Дата обнаружения несоответствия	Вид несоответствия: Претензия, повседневная деятельность, внутренняя проверка	Содержание несоответствия и его причина	Корректирующее действие по несоответствию с указанием конкретных исполнителей и сроков	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5	6

## ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

№ п/п	ФИО	Должность	Дата ознакомления	Подпись
1	Исцурова Е.Г.	Зав. УМО	01.03.2022	
2	Добряшина Д.А.	ст. методист	01.03.2022	
3	Корень Л.В.	доц. вед. УМО	01.03.2022	
4	Кудряшова И.С.	ст. методист	01.03.2022	
5	Синицаев Л.В.	зав. ОДМ	01.03.2022	
6	Кумарова Е.Н.	науч. мет. кон.	01.03.2022	
7	Савицкая Л.В.	мет. кон.	01.03.22	
8	Кравчик Н.И.			
9	Велица Ю.А.	лектор	01.03.22	
10	Робан В.И.	нач. УТУ	01.03.22	
11	Лаврова А.Г.	препор.	01.03.22	
12	Катюшин С.И.	препор.	01.03.22	
13	Смирнов А.Е.	препор.	01.03.22	
14	Михайлова Т.В.	преподав.	01.03.22	
15	Шенцова Е.В.	методист. сов.	01.03.22	
16	Самаркина Н.А.	доц. метод. сов.	01.03.22	
17	Афанасьева И.С.	ССС	03.10.22	

## ЛИСТ УЧЁТА ПЕРИОДИЧЕСКИХ ПРОВЕРОК

Дата проверки	ФИО и должность лица, выполнившего периодическую проверку	Результаты проверки	Подпись лица, выполнившего проверку

## ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

№ изменения	Номер листа (страницы)				Основание для внесения изменений	Подпись	Расшифровка подписи	Дата введения изменения
	измененных	замененных	новых	аннулированных				

Пронумеровано и прошито

скреплено неліткою

Національний банк  
«Державний банківський  
фонд України»  
Львівська філія

