|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\2018\AppData\Local\Temp\_tc\logo_png.png** | РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ |
| ДП «Внутренние аудиты» |
| СМК ДП – 9.2. |

**«Утверждаю»**

**Ректор РОИ**

**Барпыбаев Т.Р.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ 2021г.**

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА**

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

**Внутренние аудиты**

**СМК РОИ**

**СМК ДП – 9.2.**

**Версия 1.0**

**Дата введения: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 2021г.**

**СОГЛАСОВАНО**

**Зав.учебной части**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Б.А.Субанов**

**«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г.**

**Таш-Кумыр, 2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Должность* | *Фамилия/подпись* | *Дата* |
| *Разработал* |  |  |  |
| *Проверил* |  |  |  |
| *Согласовал* |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.1 из 27* |

**1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ**

Настоящая процедура устанавливает основные этапы, порядок и периодичность проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества (СМК) Регионального образовательного института (далее - РОИ, институт).

Настоящий документ предназначен для лиц, выполняющих функции внутренних аудиторов, ответственных по качеству структурных подразделений (СП), руководителей всех структурных подразделений.

Требования процедуры обязательны к применению всеми структурными подразделениями РОИ.

Настоящая документированная процедура входит в состав документации системы менеджмента качества РОИ.

**2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ**

2.1. Краткий терминологический словарь в области управления качеством высшего и среднего профессионального управления.

2.2. Руководство по качеству РК СМК 2018.

1. Документированная процедура СМК-ДП-10.2. «Несоответствия и корректирующие действия».
2. ГОСТ ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента».

2.5. ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования».

**3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

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

**Аудитируемое подразделение** - структурное подразделение, в котором проводится внутренний аудит.

**Аудитор** - лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита.

**Аудиторская группа** - состав внутренних аудиторов СМК РОИ, проводящих конкретный аудит, состоящая из работников РОИ.

**Внутренний аудит** - аудит, проводимый самой организацией для внутренних целей.

**Идентификация несоответствия** - установление его принадлежности к определенному виду по признаку невыполнения конкретного требования.

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

**Корректирующие мероприятия** - корректирующие действия, предупреждающие действия, коррекция или их совокупность.

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

**Критерии аудита** - совокупность политик, процедур или требований, на соответствие которым проводится проверка.

**Наблюдения аудита** - результат оценки свидетельства аудита в соответствии с критериями аудита.

**Несоответствие** - невыполнение требования, установленного документом СМК РОИ или другим нормативным документом, которое может оказать отрицательное влияние на качество продукции или привести к значительному невыполнению установленных требований, если оно не будет устранено.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.2 из 27* |

**Нормативный документ** - документ, устанавливающий правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов.

**Область аудита** - это структурные подразделения, процессы, должностные лица, которые будут задействованы в ходе аудита.

**Объект внутреннего аудита СМК РОИ** - конкретные структурные подразделения института, виды деятельности, рабочие процессы, должностные лица или требования стандарта, которые должны рассматриваться в ходе аудита.

**Объем аудита** - содержание и границы аудита.

**Отчетные документы** - документы, представляющие объективное доказательство о проделанной работе и/или достигнутых результатах.

**Предупреждающее действие** - действие, предпринятое для устранения причин потенциального несоответствия, дефекта или другой нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить их возникновение.

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

**Руководитель аудиторской группы** - аудитор, назначенный для руководства конкретным аудитом СМК РОИ.

**Свидетельство аудита** - записи, изложение фактов или другая информация, которая связана с критериями аудита и может быть проверена.

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

**Эксперт** - лицо, обладающее специальными знаниями или опытом применительно к объекту аудита.

**4. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

ВА - внутренний аудит;

ДП - документированная процедура;

КД - корректирующее действие;

ПД - предупреждающее действие;

РИ - рабочая инструкция;

РК - руководство по качеству;

СМК - система менеджмента качества;

СП - структурное подразделение;

Т - трудоемкость; Ф-форма.

**5.** **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Основными целями внутреннего аудита СМК РОИ являются:

* оценка соответствия СМК РОИ и ее элементов требованиям, установленным в  
  ISO 9001:2015 и нормативной документации СМК РОИ;
* оценка соответствия осуществляемой в рамках СМК РОИ деятельности запланированным мероприятиям в области качества в соответствии с Политикой и Целями института;
* определение результативности СМК РОИ с точки зрения достижения целей,  
  установленных в области качества;
* определение возможностей совершенствования СМК РОИ;
* определение необходимости проведения мероприятий, направленных на поддержание СМК РОИ в рабочем состоянии и ее улучшение;
* выявление и устранение конфликтов интересов на границе процессов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.3из 27* |

и структурных подразделений;

* проверка результативности корректирующих мер, предпринятых по результатам предыдущих аудитов.

Систематическое проведение внутренних аудитов СМК РОИ позволяет:

* анализировать результаты предпринятых мер по устранению несоответствий,  
  выявленных при проведении предыдущих аудитов;
* определять достаточность (состав и полноту) документов, обеспечивающих  
  работу структурных подразделений по СМК РОИ;
* проверять фактическое выполнение процедуры по управлению документацией  
  (оформление, учет, изъятие, хранение и т.п.);
* проверять выполнение решений руководства, направленных на обеспечение и  
  повышение качества образовательных услуг института и улучшение СМК РОИ;
* выявлять виды деятельности и процедуры, в которых не в полной мере выполняются требования нормативной внешней документации и документации СМК РОИ;
* определять и предпринимать необходимые действия для устранения выявленных несоответствий;
* вносить на рассмотрение предложения по развитию и совершенствованию  
  СМК РОИ.

Результаты внутренних аудитов СМК РОИ являются исходными данными для анализа состояния и оценки результативности СМК РОИ, что необходимо руководству института для принятия управленческих решений.

Объем программы внутренних аудитов СМК РОИ к их периодичность могут быть разными для разных процессов. Это зависит от степени-разнообразия видов работ, выполняемых в ходе реализации того или иного процесса, степени их сложности, а также от состояния самого процесса (реализуется ли он уже в полной мере или еще только устанавливается).

Структурным подразделением, ответственным за организацию и проведение внутренних аудитов, учебная часть РОИ.

Графическое описание процедуры приведено в Приложении А.

**6. ОПИСАНИЕ ДОКУМЕНТИРОВАННОЙ ПРОЦЕДУРЫ**

**6.1. Принципы проведения аудита**

Принципами проведения аудита являются:

* *Единообразие*. Аудит осуществляется в соответствии с единой официально установленной руководством института процедурой, что обеспечивает его упорядоченность, однозначность и сопоставимость результатов.
* *Документированность*. Проведение аудита документируется для обеспечения сохранности и сравнимости информации.
* *Предупредительность*. Аудит планируется, а работники проверяемого структурного подразделения заранее уведомляются о цели, области, времени и методах проведения аудита, чтобы дать возможность наиболее полно подготовиться к аудиту и исключить возможность уклонения от предоставления и демонстрации всех требуемых данных.
* *Регулярность*. Аудит проводится с определенной периодичностью для того, чтобы все элементы системы качества и деятельность всех структурных подразделений института были предметом постоянного анализа и оценки со стороны руководства.
* *Независимость*. Аудиторы являются независимыми от проверяемой деятельности (не зависят от лиц, которые несут непосредственную ответственность за проверяемую деятельность и от руководителя проверяемого структурного подразделения) и свободными от пристрастий и конфликтов интересов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.4 из 27* |

* *Принятие решений, основанных на фактах*. Выводы аудита базируются на проверяемых свидетельствах аудита.
* *Компетентность*. Аудиторы имеют знания и практические умения для проведения аудитов.

Внутренним аудитам подвергаются:

* документация СМК РОИ;
* все процессы и виды деятельности СМК РОИ.

**6.2. Организационные работы по внутренним аудитам**

Организация внутренних аудитов СМК РОИ включает в себя:

* планирование аудитов;
* подбор работников с соответствующей квалификацией для их проведения;
* проведение аудитов, в т.ч. регистрацию полученных в процессе аудитов данных;
* анализ результатов аудитов;
* обсуждение и составление плана проведения корректирующих мероприятий;

- контроль и анализ результативности проведенных корректирующих действий.

Работы, связанные с планированием внутренних аудитов, анализом и обобщением их результатов организует ответственный по качеству.

К проведению внутренних аудитов СМК РОИ могут привлекаться только подготовленные аудиторы.

По решению ректора или зав.отделом учебной части, согласованному с руководителями соответствующих структурных подразделений, к участию в работах по внутреннему аудиту могут привлекаться специалисты РОИ, компетентные в проверяемых областях деятельности института (при этом не допускается их назначение руководителями аудитов).

Проверяемое СП имеет право направить возражения против любого из членов аудиторской группы, с предоставлением письменного обоснования причин, исходя из принципов проведения аудита. Руководитель аудиторской группы и ответственный по качеству должны рассмотреть это заявление совместно.

Аудит должен проводиться в соответствии с целями, объемом и критериями (структурное подразделение, вид деятельности и процессы, подлежащие проверке, период времени, сравнительные критерии и пр.) изложенными в графике аудита.

Любые изменения целей, объема и критериев аудита подлежат согласованию руководителем аудиторской группы с ответственным по качеству.

Осуществимость аудита должна быть определена до его начала с учетом таких факторов, как достаточность и соответствие информации и документации критериям аудита; готовность к сотрудничеству проверяемого СП; наличие времени и соответствующих ресурсов. Если аудит неосуществим, то после консультаций с проверяемым структурным подразделением должен быть предложен альтернативный вариант проверки деятельности СП.

Если документация не соответствует критериям аудита, то руководитель аудиторской группы должен сообщить об этом ответственному по качеству, зав.отделом учебной части, руководителю проверяемого структурного подразделения. В этом случае должно быть принято решение о возможности продолжения аудита или его приостановлении до момента решения всех возникших вопросов по документации.

Внутренние аудиты проводятся регулярно в соответствии с графиком проведения внутренних аудитов (Приложение Б).

Инициаторами проведения внеплановых внутренних аудитов СМК РОИ, кроме руководства института, могут быть руководители структурных подразделений, вышестоящие

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.5 из 27* |

и сторонние организации.

**6.3. Планирование внутреннего аудита**

Внутренние аудиты функционирования СМК РОИ проводятся в соответствии с программой проведения внутренних аудитов на учебный год.

Программа проведения внутренних аудитов составляется на учебный год Департамента образования и утверждается ректором РОИ до 15 сентября. При составлении программы и определении периодичности аудитов структурных подразделений следует учитывать состояние и значимость проверяемых объектов в общем цикле жизнедеятельности института, а также результаты проведенных ранее внутренних и внешних аудитов.

Внутренние аудиты в каждом СП планируются не реже чем 1 раз в год. Частота проведения аудитов определяется учебной частью РОИ, при этом учитываются состояние и важность объектов, подлежащих аудиту, а также результаты предыдущих аудитов и наличие несоответствий, т.е. объектам аудита, в которых было обнаружено значительное количество несоответствий, должно быть уделено больше времени и внимания аудиторов.

В программе указываются объекты аудитов, область аудитов и сроки их проведения.

В течение месяца с момента утверждения программа доводится до сведения всех руководителей аудитов и руководителей проверяемых структурных подразделений.

Копии утвержденной программы проведения внутренних аудитов рассылаются:

* в проверяемые структурные подразделения;
* руководителям, координирующим работу проверяемого СП - для текущего  
  планирования работ.

Программа (оригинал) хранится в учебной части РОИ и используется для контроля за проведением аудитов.

В процессе выполнения программы внутренних аудитов в случае необходимости в нее могут быть внесены изменения. Основанием для внесения изменений в программу являются:

* изменения в организационной структуре института;
* внедрение новых или изменение действующих документов СМК РОИ;
* претензии потребителей (поступление информации от потребителей или внешних контролирующих организаций об обнаружении несоответствий в оказании институтом образовательных услуг);
* обоснованная производственными или иными обстоятельствами необходимость изменения сроков аудита.

Изменения в программу вносятся в рабочем порядке и доводятся до сведения руководителей процессов, руководителей внутренних аудитов, руководителей проверяемых СП, которых эти изменения касаются.

Внеплановые внутренние аудиты могут проводиться по мере необходимости, а именно:

* при осуществлении организационных изменений;
* при возникновении несоответствий в СМК РОИ, видах деятельности, процессах или продукте;
* при открытии новых образовательных программ;
* при подготовке к внешнему аудиту третьей стороной (сертификация, аккредитация и лицензирование).

Порядок проведения внеплановых аудитов и отчетность по их проведению в этом случае соответствует общему порядку проведения внутренних аудитов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.6 из 27* |

**6.4. Подготовка к проведению внутреннего аудита**

Подготовка к проведению внутреннего аудита включает в себя:

* назначение руководителя аудиторской группы;
* уточнение состава группы аудиторов;
* анализ аудиторами соответствующей нормативной документации (в том числе  
  документации СМК РОИ);
* обеспечение группы аудиторов необходимой нормативной документацией, формами отчета о результатах внутреннего аудита, акта о несоответствиях/наблюдениях.

Ректор из числа аудиторов назначает руководителя конкретной группы аудиторов и совместно с ним формирует группу аудиторов для проведения аудита конкретного СП.

Аудиторская группа может состоять из одного или нескольких аудиторов. Если аудит осуществляет один аудитор, то он выполняет обязанности руководителя аудиторской группы.

При определении численности и состава аудиторской группы необходимо учитывать:

* цели, область и критерии аудита, сроки проведения аудита;
* область деятельности проверяемого СП;
* трудозатраты на проведение аудита;
* принципы независимости и компетентности аудиторов;

- возможность аудиторов эффективно взаимодействовать с проверяемым СП.

При необходимости для работы в составе аудиторской группы могут быть привлечены консультанты (эксперты) из структурных подразделений института с целью повышения результативности аудитов, обеспечения квалифицированной оценки, связанной со спецификой проверяемой деятельности. Эксперты при рассмотрении свидетельств и формировании выводов (наблюдений) аудита имеют только право совещательного голоса.

При комплексных аудитах реализации процессов или деятельности структурных подразделений института в состав аудиторской группы включается ответственный по качеству.

Каждый внутренний аудит (в соответствии с «Программой проведения внутренних аудитов») объявляется приказом по институту или распоряжением ректора РОИ не позднее, чем за 2 недели до его начала. В приказе/распоряжении указывается объект аудита, дата и время проведения аудита, руководитель аудита и состав аудиторской группы. Проект приказа/распоряжения готовит ответственный по качеству.

Не позднее, чем за 2 недели до начала аудита, руководитель группы аудиторов совместно с ответственным по качеству осуществляют планирование аудита, при этом определяются:

- цели, критерии и объем аудита;

* ожидаемая продолжительность действий по аудиту на местах, включая совещания с руководителем структурного подразделения и совещания самой аудиторской группы;
* обязанности членов аудиторской группы;,
* необходимость проверки объектов предыдущих аудитов для контроля и оценки  
  результативности выполнения предпринятых структурным подразделением корректирующих мероприятий. Объекты предыдущих аудитов проверяются в том случае, если контрольная проверка выполнения, предпринятых структурным подразделением, корректирующих мероприятий по результатам предыдущих аудитов и оценка их результативности еще не проводилась, или результаты контрольной проверки были неудовлетворительны, т.е. выявленные в ходе предыдущих аудитов несоответствия и/или причины их появления не были устранены, или корректирующие мероприятия не были выполнены в полном объеме.

Данные о проведении внутреннего аудита отражаются в **чек-листе внутреннего аудита** (Приложение В), который передается руководителю структурного подразделения не

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.7 из 27* |

позднее, чем за 2 недели до начала проведения внутреннего аудита.

При невозможности проведения внутреннего аудита в запланированные сроки, руководитель проверяемого структурного подразделения доводит причину, препятствующую проведению аудита и желаемую дату до сведения ответственного по качеству, который определяет новую дату проведения аудита, и при необходимости изменяет состав группы аудиторов.

Руководитель аудиторской группы, по согласованию с аудиторами, распределяет между ними обязанности по аудиту конкретных СП, видов деятельности, процессов и процедур. При распределении обязанностей учитывают необходимость соответствия компетентности экспертов проверяемым объектам. В процессе аудита обязанности членов аудиторской группы могут быть изменены.

До начала проведения внутреннего аудита руководитель аудиторской группы проводит с аудиторами инструктаж.

Руководители проверяемых структурных подразделений обеспечивают аудиторскую группу необходимыми для проведения аудита документами и информацией, а именно:

* документами СМК РОИ, на соответствие которым проводится аудит;
* отчетами о предыдущих проверках, планами и другими документами по качеству, в т.ч. по корректирующим и предупреждающим действиям, отчетами об их выполнении и т.п.;
* выпиской из номенклатуры дел СП;

- дополнительными, затребованными аудиторами документами.  
Руководители проверяемых структурных подразделений в процессе подготовки к

аудиту:

* заблаговременно информируют работников структурных подразделений о предстоящем аудите, его целях, содержании, дате начала и продолжительности;
* назначают лиц из числа ответственных работников СП для осуществления контактов с членами аудиторской группы и разъясняют им их обязанности в ходе аудита;
* оказывают содействие и создают необходимые условия для нормальной работы аудиторской группы;
* по запросу аудиторов предоставляют им доступ к информации о том, как реализуется процесс, к документации, зарегистрированным записям, оборудованию, приборам и т.п., имеющимся в проверяемом структурном подразделении.

**6.5. Порядок проведения внутренних аудитов**

Порядок проведения внутреннего аудита включает в себя:

* проведение вступительного совещания;
* проведение аудита;
* подготовку заключений по результатам аудита;
* проведение заключительного совещания.

*6.5.1. Вступительное совещание*

Вступительное совещание проводит руководитель аудиторской группы с участием аудиторов, руководителя, ответственного по качеству и необходимых работников проверяемого СП.

Целью совещания является ознакомление работников проверяемого СП:

* с целями, объемом и объектами аудита;
* с методами и процедурами, которые будут использованы при проведении аудита;
* с аудиторами;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.8 из 27* |

* с официальными формами взаимодействия между аудиторами и работниками  
  аудитируемого структурного подразделения.

На вступительном совещании руководитель аудиторской группы должен:

* представить участников аудиторской группы с указанием их роли в аудите;
* сообщить график проведения работ по аудиту, время заключительного совещания и других мероприятий, касающихся аудита, таких как промежуточные совещания, проводимых аудиторской группой и руководителем проверяемого структурного подразделения;
* кратко ознакомить с методами и процедурами аудита;
* проинформировать структурное подразделение о том, что свидетельства аудита носят выборочный характер и, поэтому оценка будет носить вероятностный характер;
* согласовать официальные каналы связи между аудиторской группой и аудитируемым структурным подразделением;
* сообщить о порядке информирования проверяемого структурного подразделения о ходе аудита;
* согласовать использование ресурсов (материально-техническое обеспечение, транспорт), необходимых для проведения аудита;
* подтвердить соблюдение аудиторами требований конфиденциальности;
* подтвердить порядок обеспечения требований безопасности и охраны здоровья для аудиторов;
* проинформировать о правилах классификации наблюдений и принятии решений по результатам аудита;
* ознакомить с правилами составления отчета по аудиту и протокола несоответствий / наблюдений (Приложения Г, Д);
* проинформировать об условиях, при которых аудит может быть прекращен;
* проинформировать о задачах проверяемого структурного подразделения и последующих действиях, в случае, если отчет будет содержать несоответствия.

*6.5.2. Проведение аудита*

Аудит проводится путем сбора и анализа фактических данных и регистрации наблюдений с целью получения объективных доказательств для оценки соответствия проверяемого объекта установленным требованиям.

Аудит в структурном подразделении проводится в обязательном присутствии его руководителя.

Сбор фактических данных производится путем экспертизы документации, интервьюирования работников, анализа правильности выполнения работниками процедур, предусмотренных нормативной документацией, наблюдения за деятельностью работников.

Экспертиза документации СМК РОИ предусматривает проверку:

* наличия утвержденной руководством документации, обязательной для исполнения в институте;
* наличия документов регламентирующих деятельность СП;
* условий хранения документов;
* актуальности документов.

Проверка соответствия документов СМК РОИ установленным требованиям предусматривает контроль:

* правильности оформления документов, возможность их идентификации;
* актуальности и адресности документов.

Для сбора информации в качестве ее источников используются:

* интервью с работниками аудитируемого структурного подразделения;
* наблюдения аудиторов за деятельностью работников, функционированием процессов;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.9 из 27* |

* данные обратной связи от потребителей;
* документация СМК РОИ;

- документы, содержащие данные (записи) о качестве процессов СМК РОИ.  
Информация, полученная из указанных источников, должна быть проверена на объективность, непротиворечивость и адекватность.

Каждый аудитор ведет собственные записи по закрепленным за ним объектам аудита и по результатам ознакомления с полученными документами и данными.

Общаясь с работниками аудитируемого структурного подразделения, аудиторы могут использовать составленные ими опросные листы (в качестве направляющего средства во время беседы) для получения необходимой информации.

Задаваемые в ходе аудита вопросы, должны помочь аудитору установить:

* соответствует ли реальная действующая документация СМК РОИ требованиям ISO 9001:2015;
* имеют ли в своем распоряжении работники проверяемых СП необходимую документацию СМК РОИ, которой они должны руководствоваться, знают ли ее требования и используют ли их при выполнении возложенных на них функций;
* соответствует ли практическая деятельность работников в проверяемой области требованиям документации СМК РОИ.

Вся информация (наблюдения), указывающая на возможность несоответствия или на несоответствие, фиксируется независимо от того, входит она в объем аудита или нет. Возможны несоответствия трех категорий:

1. значительное несоответствие (ЗН);
2. незначительное (малозначительное) несоответствие (НЗН);
3. наблюдение (НБ).

Значительное несоответствие - несоответствие СМК РОИ, которое с большой вероятностью может повлечь нарушение логической целостности системы, подсистемы, процесса, невыполнение требований заинтересованных сторон. К значительным несоответствиям может быть отнесено отсутствие элемента или совокупности элементов и/или отсутствие их результативного функционирования.

Примерами значительного несоответствия являются следующие факты:

* не проводится анализ СМК РОИ со стороны руководства;
* процессы и виды деятельности РОИ не обеспечиваются ресурсами;
* не выполняется анализ результативности корректирующих мероприятий;
* не ведутся записи о результатах поверки значительной части оборудования;
* отсутствует обязательная ДП;
* отсутствуют контролируемые условия процесса и т.п.

Незначительное (малозначительное) несоответствие отдельное несистематическое упущение, ошибка, недочет в функционировании СМК РОИ или в документации, которые могут привести к невыполнению требований потребителя (в т.ч. и обеспечивающего процесса) и/или обязательных требований к продукции (результатов, выхода процесса), или к снижению результативности функционирования подсистемы, процессов СМК РОИ. К незначительным несоответствиям может быть отнесено несоблюдение единичного требования к системе, ее подсистеме, процессу.

Примерами незначительных несоответствий являются следующие факты:

* некоторое корректирующее мероприятие незакончено в соответствии с планом;
* обнаружено оборудование, которое не подвергалось поверке (как единичный  
  случай);
* обнаружен случай отсутствия обязательных записей и т.п.

Наблюдение - записи, изложение фактов или другая информация, не носящая характер несоответствия и фиксируемая с целью предотвращения возможного несоответствия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.10 из 27* |

Несколько незначительных несоответствий, относящихся к одному и тому же установленному требованию, рассматриваются как одно значительное несоответствие.

Все наблюдения должны быть документированы, и иметь четкое и конкретное подтверждение объективными данными.

Свидетельства по аудиту оцениваются с точки зрения критериев аудита.

В случае необходимости, по согласованию с руководителем проверяемого структурного подразделения, руководитель аудиторской группы может вносить изменения в ход аудита и распределение обязанностей между аудиторами, если это необходимо для оптимального достижения целей аудита. О принятых решениях в изменении хода аудита руководитель аудиторской группы ставит в известность руководителей тех проверяемых СП, которых эти изменения касаются.

*6.5.3. Подготовка заключений по результатам аудита*

После обследования объектов аудита аудиторы совместно с руководителем аудиторской группы рассматривают результаты своих наблюдений с целью классификации их в качестве несоответствий различных категорий, а также включения в отчет о результатах внутреннего аудита. Окончательное решение о включении несоответствий в протокол несоответствий, а также присвоении им той или иной категории принимает руководитель аудиторской группы.

Все несоответствия СМК РОИ, выявленные в процессе проведения аудита фиксируются в протоколе несоответствий / наблюдений (Приложение Д).

*6.5.4. Проведение заключительного совещания*

По завершении проверки руководитель аудиторской группы проводит заключительное совещание с работниками аудитируемого структурного подразделения. На заключительном совещании должны присутствовать руководитель СП, работники проверяемого СП и все аудиторы. При необходимости в работе заключительного совещания могут принимать участие представители руководства института.

Основной целью совещания является представление структурному подразделению заключения о результатах аудита, разъяснение всех выявленных несоответствий (относящихся к аудитируемому СП), обсуждение направлений проведения необходимых мер коррекции, корректирующих и предупреждающих действий. Желательно, чтобы на этом же совещании были согласованы сроки представления проверяемой стороной плана корректирующих мероприятий.

Разногласия, которые могут возникнуть в ходе заключительного совещания между аудиторской группой и проверяемым структурным подразделением, должны быть разрешены до составления официального отчета об аудите. В противном случае все мнения должны быть зарегистрированы.

Руководитель аудиторской группы снимает несоответствие в случае, если в ходе обсуждения со стороны проверяемого структурного подразделения представлены дополнительные доказательства того, что обнаруженное несоответствие не является обоснованным.

*6.5.5. Подготовка отчета о результатах внутреннего аудита*

В отчете дается оценка выполнения процедур СМК РОИ, их результативность; приводятся несоответствия; формулируются предложения по совершенствованию СМК РОИ; указывается необходимость разработки отсутствующих или доработки действующих документов, отражаются другие вопросы по усмотрению руководителя аудиторской группы.

За подготовку отчета несет ответственность руководитель аудиторской группы.

Отчет об аудите должен содержать полные, точные, четкие записи:

* объем аудита, в частности, идентификацию проверенных организационных и  
  функциональных единиц или процессов и обозначенный период времени;
* идентификацию руководителя и членов аудиторской группы;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.11 из 27* |

* дату и место проведения аудита;
* критерии аудита;
* оценку результатов корректирующих мероприятий предыдущего аудита;
* наблюдения аудита;
* заключение по аудиту;
* рекомендации по улучшению образовательной деятельности (если это предусмотрено целями аудита);
* срок предоставления корректирующих мероприятий;
* список рассылки отчета об аудите.

В качестве приложения к отчету приводится протокол несоответствий / наблюдений. Каждое выявленное несоответствие оформляется отдельной строкой в протоколе. При составлении протокола аудиторы используют свои рабочие записи.

Каждому несоответствию / наблюдению (далее несоответствие) присваивается номер.

Акт о несоответствиях / наблюдениях является основой при разработке плана корректирующих мероприятий (см. СМК ДП-10.2 «Несоответствия и предупреждающие действия»).

В отчет не следует включать второстепенные недостатки, которые обнаруживаются и корректируются в ходе аудита.

Отчет с приложением подписывается руководителем и всеми членами аудиторской группы.

Отчет о результатах внутреннего аудита согласовывается с ответственным по качеству в течение 3 дней по окончании аудита. Подготовленные и подписанные отчеты и приложения к ним ответственным по качеству передает для анализа зав.отделу учебной части.

Ответственность за точность, полноту и достоверность отчета несет руководитель аудиторской группы.

Подлинник отчета о результатах внутреннего аудита с приложением остается в учебной части. В проверенное структурное подразделение передаются копии документов под роспись.

Информация о результатах внутреннего аудита может быть направлена подразделениям-разработчикам нормативных документов, требования которых нарушаются (не выполняются) с целью информирования о выявленном несоответствии, другим заинтересованным структурным подразделениям (должностным лицам) (при необходимости).

Аудит считается завершенным, если все установленные действия выполнены и утвержден отчет об аудите.

**6.6. Виды внутреннего аудита**

*6.6.1. Проверка документации СМК (аудит адекватности)*

Проверка документации СМК осуществляется в соответствии с программой и

объемом аудита. Документация СМК должна удовлетворять требованиям документированной процедуры СМК ДП 7.5.3 «Управление документированной информацией».

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.12 из 27* |

разработчиков, проверяющих, согласующих и утверждающих документ;

* использование точных и однозначных терминов и определений;.
* обеспечение непрерывности при различньгх процессах (деятельности);
* описание процесса с достаточным уровнем детализации (оно должно соответствовать компетентности работника, выполняющего процесс);
* наличие условий для функционирования СМК (деятельность, документальные  
  требования к деятельности и ее результатам, обученный персонал, ресурсы, документирование деятельности, способы проверки и взаимодействие при выполнении процесса, установленная ответственность работников).

Выявленные аудитором несоответствия в документах заносятся в акт о несоответствиях/наблюдениях.

По результатам аудита адекватности руководитель аудиторской группы корректирует (при необходимости) объем и критерии аудита соответствия.

*6.6.2. Аудит соответствия*

При аудите соответствия устанавливается степень, с которой документация СМК РОИ понята, внедрена и соблюдается работниками (фактическое выполнение работниками требований, установленных в документации СМК РОИ и других нормативных документах).

Выявленные несоответствия аудиторами заносятся в акт о несоответствиях/наблюдениях.

**6.7. Проведение корректирующих мероприятий**

Руководитель проверяемого структурного подразделения после обсуждения в своем СП выявленных несоответствий в течение двух недель должен:

* провести анализ с целью установления причин выявленных несоответствий;
* разработать план корректирующих мероприятий (см. СМК ДП-10.2. «Несоответствия и корректирующие действия») затем согласовать его с руководителем  
  аудиторской группы, руководителем процесса и ответственным по качеству.

Выполнение корректирующих мероприятий производится в соответствии с СМК ДП-10.2. «Несоответствия и корректирующие действия». Для реализации корректирующих мероприятий установлены следующие сроки: не более 12 недель от даты заключительного совещания - при значительном несоответствии, не более 5 недель от даты заключительного совещания - при незначительном несоответствии. Наблюдения являются предметом для анализа со стороны руководителей СП/процессов с целью разработки предупреждающих действий и планирования развития СМК РОИ. Срок реализации предупреждающих действий для «наблюдения» - не более 5 недель от даты заключительного совещания.

Руководители структурных подразделений, в которых выполняются корректирующие мероприятия, по завершении их выполнения представляют отчет ответственному по качеству об устранении несоответствий, выявленных в процессе проверки.

На основании отчета в ответственный по качеству заполняет соответствующие графы формы протокола несоответствий / наблюдений.

Проверка выполнения и результативности корректирующих мероприятий обычно является объектом следующего аудита.

Оценка результативности корректирующих мероприятий проводится в *соответствии* со шкалой, приведенной в Приложении Е. Эти данные вносятся в отчет о результатах внутреннего аудита.

Решение о проведении контрольной проверки вне рамок следующего аудита принимается ректором РОИ с учетом степени важности выявленных несоответствий.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.13 из 27* |

В этом случае ректор РОИ при получении отчета о выполнении корректирующих мероприятий от руководителя СП, поручает ответственному по качеству проведение контрольной проверки.

Ответственный по качеству осуществляет контроль фактического выполнения корректирующих мероприятий и оценивает их результаты с точки зрения устранения выявленных несоответствий и причин их возникновения. Данные о степени устранения несоответствий и результативности корректирующих мероприятий вносятся ответственным по качеству в протокол несоответствий / наблюдений.

В тех случаях, когда предпринятые корректирующие мероприятия не дали положительных результатов, т.е. выявленные в ходе проверки несоответствия и/или причины их появления не были устранены, руководитель проверяемого структурного подразделения должен организовать повторную разработку и реализацию действий, направленных на устранение обнаруженных несоответствий и причин их возникновения.

Для контроля выполнения и оценки результатов повторных корректирующих мероприятий осуществляется новая контрольная проверка.

Результаты внутренних проверок СМК РОИ анализируются и обобщаются по мере их проведения и докладываются на ближайшем заседании Ученого совета РОИ.

Если проверенное СП не проводит корректирующих мероприятий по устранению несоответствий, вопрос об этом ставится на заседании ректората по представлению ответственного по качеству.

По результатам внутренних проверок, проводимых в течение года, ответственный по качеству готовит аналитический отчет руководству института о функционировании СМК РОИ.

Обобщенные результаты внутренних проверок СМК РОИ являются необходимыми входными данными для организационно-управленческого процесса.

**6.8. Подготовка сводного отчета о внутреннем** аудите

После проведения всех внутренних аудитов в соответствии с программой, ответственный по качеству проводит анализ всех обнаруженных несоответствий в институте. Наиболее повторяющиеся замечания и несоответствия могут носить системный характер, для их исправления необходимы корректирующие/предупреждающие мероприятия на уровне института. Для этого ответственный по качеству готовит сводный отчет о внутреннем аудите СМК РОИ, который представляется зав.отделом учебной части для анализа и планирования корректирующих мероприятий.

Ответственный по качеству ежегодно отчитывается о проведенных внутренних аудитах на ректорате / Ученом совете РОИ.

Ответственный по качеству ежегодно осуществляет анализ результативности проведения внутреннего аудита по таким критериям как:

* соблюдение программы внутреннего аудита;
* сокращение количества выявленных несоответствий на последующих процедурах внутреннего аудита.

**6.9. Полномочия, обязанности, требования и ответственность внутренних  
аудиторов**

Аудиторская группа и лица ответственные за проведение аудита, не должны разглашать содержание документов, любую другую информацию, полученную в ходе

аудита, или содержание отчета об аудите другой стороне без согласия руководства института, если иное не предусмотрено законодательством.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.14 из 27* |

**6.10. Обязанности, права и ответственность руководителя проверяемого СП**

*6.10.1. Обязанности*

Руководитель проверяемого структурного подразделения обязан:

* назначить ответственного за содействие в работе аудиторов из числа работников структурного подразделения;
* обеспечить условия для работы аудиторов при проведении проверки;
* обеспечить предоставление документов и данных, необходимых аудиторам при  
  проведении проверки;
* обеспечить выполнение всех пунктов, изложенных в настоящей ДП.

*6.10.2. Права*

Руководитель проверяемого структурного подразделения имеет право:

* выходить с предложениями к руководителю аудиторской группы по оптимизации программы аудита;
* отменять заключения, комментарии подчиненных по выявленным несоответствиям;
* информировать руководителя аудиторской группы о неправомерности действий (превышении полномочий) аудиторов;
* информировать ректора, первого проректора о неправомерности действий руководителя аудиторской группы.

*6.10.3. Ответственность*

Руководитель проверяемого структурного подразделения несет ответственность за:

* обеспечение условий работы аудиторской группы;
* обеспечение сохранности документов по внутреннему аудиту;
* обеспечение своевременного проведения корректирующих действий по устранению выявленных несоответствий и их причин.

Работники института обязаны оказывать содействие аудиторам в проведении внутреннего аудита СМК РОИ, предоставлять им необходимую для внутреннего аудита информацию и документацию.

**7. РЕГИСТРАЦИЯ И СОХРАНЕНИЕ ДОКУМЕНТИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИИ**

**Таблица 1.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование документа** | **Срок разработки/ заполнения документа** | **Лицо, ответственное за разработку/ заполнение документа** | **Место хранения документа** | **Ссылка на приложение, устанавливающ ее форму документа** |
| 1.Программа проведения внутренних аудитов | До 15 сентября учебного года | Зав.отделом учебной части | Учебная часть | Приложение Б |
| 2. Приказ или  распоряжение  о проведении  внутреннего  аудита | Не позднее, чем  за 2 недели до  начала внутреннего  аудита | Ответственный по качеству | Учебная часть,  СП |  |
| 3. Протокол о  несоответствиях,  наблюдениях | В течение 3 дней | Руководитель  аудиторской группы | Учебная часть,  СП | Приложение Д |
| 4. Отчет по  внутреннему  аудиту СП | В течение 3 дней | Руководитель  аудиторской группы | Учебная часть,  СП | Приложение Г |
| 5. План  корректирующих  мероприятий | В течение 2 недель после  заключительного  совещания | Руководитель СП | Учебная часть,  СП | Приложение Д |
| 6. Отчет о  выполнении  корректирующих  мероприятий | В течение 30  дней после  заключительного  совещания | Руководитель СП | Учебная часть,  СП | Приложение Д |
| 7. Сводный  отчет о результатах  внутреннего  аудита | После проведения всех внутренних  аудитов в  соответствии с  программой | Ответственный по качеству | Учебная часть,  СП |  |

**8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ**

Ответственность за выполнение требований настоящей документированной процедуры несут:

* за весь процесс внутренних аудитов - первый проректор / проректор по ОД;
* за планирование внутренних аудитов, проведение аудитов, своевременное  
  утверждение документов по аудитам и изменений к ним – ответственный по качеству;

- за обеспечение рабочими документами по внутренним аудитам, регистрацию, учет, восстановление и хранение подлинников документов по аудитам, рассылку копий в структурные подразделения – инспектора учебной части.

Ответственность других должностных лиц установлена в тексте настоящей документированной процедуры.

Ответственным за организацию разработки и введение процедуры в действие является ответственный по качеству.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.16 из 27* |

**Приложение А. Графическое описание документированной процедуры**

НАЧАЛО

1. Подготовка согласования и утверждения программы внутренних аудитов

Ответственный по качеству

Зав.отделом учебной части

Ректор

Результаты предыдущих внутренних и внешних аудитов, годовой план работы института

Утвержденная программа внутренних аудитов на год

2. Рассылка программы руководителям аудитов и руководителям проверяемых структурных подразделений

Инспектора учебной части

Утвержденная программа внутренних аудитов на год

Копии программы внутренних аудитов заинтересованным лицам

3. Подготовка и утверждение приказа о проведении внутренного аудита

Ответственный по качеству

Зав.отделом учебной части

Утвержденный приказ о проведении внутренного аудита

Программа внутренних аудитов,

проект приказа

4. Планирование проведения внутренного аудита в отдельно взятом сруктурном подразделении

Ответственный по качеству

Руководитель аудиторской группы

Т = 2-х недель

Результаты предыдущих внутренних и внешних аудитов,

Программа внутренних аудитов,

Приказ о проведении внутренних аудитов

Уведомление о проведении внутренного аудита

5. Передача уведомления о проведении внутренного аудита в структурном подразделении

Ответственный по качеству

Инспектора учебной части

Т = 2-х недель

Уведомление о проведении внутренного аудита в структурном подразделении

Уведомление о проведении внутренного аудита

6. Проведение вступительного совещания

Руководитель аудиторской группы

Программа внутренних аудитов, приказ о проведении внутренних аудитов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.17 из 27* |

7. Проведение аудита в структурном подразделении

Руководитель аудиторской группы

Аудиторы

Результаты предыдущих внутренних и внешних аудитов, документация для проведения внутренного аудита

Рабочие записи аудиторов

8.Проведение заключительного совещания

Руководитель аудиторской группы

Аудиторы

Рабочие записи аудиторов

Рабочие записи аудиторов

9. Подготовка заключения по результатам внутренного аудита

Руководитель аудиторской группы

Аудиторы

Акт о несоответствиях/наблюдениях

Рабочие записи аудиторов

10. Подготовка. Согласование и утверждение отчета о результатах внутренного аудита

Руководитель аудиторской группы. Аудиторы. Ответственный по качеству. Зав.отделом учебной части

Рабочие записи. Акт о несоответствиях /наблюдениях

Отчет о результатах внутренного аудита

11. Регистрация результатов внутренного аудита

Инспектора учебной части

Запись в журнале регистрации внутренних аудитов. Записи в учетной карточке СП

Отчет о результатах внутренного аудита. Акт о несоответствиях /наблюдениях

12. Рассылка отчета о результатах внутренного аудита

Инспектора учебной части

Отчет о результатах внутренного аудита. Акт о несоответствиях /наблюдениях

Копии документов в структурном подразделении

13. Разработка, согласование и выполнение корректирующих мероприятий

Руководитель проверяемого структурного подразделения

Т(незначительных наблюдений) = 5недель

Т(значительных) = 12недель

План корректирующих мероприятий, отчет о выполнении корректирующих мероприятий. Записи в учетной карточке СП

Акт о несоответствиях

/наблюдениях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.18 из 27* |

Контрольная проверка

14. Контрольная проверка

Руководитель аудиторской группы

План корректирующих мероприятий, отчет о выполнении корректирующих мероприятий

Запись в учетной карточке СП

15. Анализ полученной информации о результатах проведения внутренних аудитов

Ответственный по качеству

16. Подготовка сводного отчета о результатах внутренних аудитов

Ответственный по качеству

Информация о результатах проведенного внутренного аудита для анализа

Проанализированная информация о результатах проведения внутренного аудита

Проанализированная информация о результатах проведения внутренного аудита

Сводный отчет о результатах внутренних аудитов

КОНЕЦ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.19 из 27* |

**Приложение Б. СМК-Ф-1-01 График проведения внутренних аудитов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C:\Users\2018\AppData\Local\Temp\_tc\logo_png.png** | **Региональный образовательный институт** | **Программа внутренних аудитов** |
| **Лист \_\_\_ из \_\_\_\_\_** |

График проведения внутренних аудитов на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ год

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Per. № аудита | Проверяемые структурные подразделения/ процессы | Область аудита | Период проведения аудита | Примечание |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ответственный по качеству: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

подпись

Зав.отделом учебной части: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

подпись

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.20 из 27* |

График проведения внутренних аудитов на год.

**Приложение В. СМК-Ф-1-02 Чек-лист проведения внутреннего аудита**

**Чек-лист для внутреннего аудита №**

|  |
| --- |
| Проверямое подразделение: |
| Аудитор: |

Перечень документов, необходимых для проведения внутреннего аудита в структурном подразделении:

1. Номенклатура дел подразделения.
2. Документация в соответствии с номенклатурой дел.
3. Положение о структурном подразделении, приказ о создании.
4. Утвержденные должностные инструкции сотрудников подразделения. Копии.
5. Штатно-должностной список сотрудников.
6. Дело фонда (описи на дела, переданные в архив, акты выделения дел к уничтожению, протоколы экспертной комиссии).

7. Документы по инвентаризации (инвентаризационные описи, счета-фактуры,  
накладные и т.п.) (у материально ответственных лиц подразделения).

8. Документация СМК

**Аудитор « » 20 г.**

(подпись)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.21 из 27* |

**Приложение Г. СМК-Ф-1-03 Отчет по аудиту**

**Содержание отчета по аудиту**

1. План аудита, включающий его цели, критерии и область. Свидетельства аудита,  
   зафиксированные в чек-листах
2. Несоответствия аудита и планируемые по ним последующие действия (протоколы  
   несоответствий)
3. Описание любых препятствий при проведении аудита.
4. Рекомендации, направленные на улучшение, если это предусмотрено целями аудита.
5. Список рассылки отчета по аудиту.
6. Подписи членов аудиторской группы.

**ОТЧЕТ** **№ \_\_\_**

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_201 \_ г.

о проведении внутренней проверки в структурном подразделении

Основание проверки: *Распоряжение № от. « » 20\_\_\_ «О* *проведении внутренних аудитов системы менеджмента качества»*

Составлен комиссией в составе:

Главный аудитор:

Аудиторы:

Присутствовали:

Ответственный за процесс (руководитель проверяемого подразделения):

Объекты проверки:

1. **ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ**

« » 201\_ г. комиссией была проведена проверка по требованиям ГОСТ

ISO900b2015:

В своей работе комиссия руководствовалась следующими документами:

*ГОС ВПО, Устав РОИ, Положение о балльно-рейтинговой системе оценки знаний* *обучающихся в РОИ, Положение об основной профессиональной* *образовательной программе высшего профессионального образования на основе государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования в РОИ,* *Положение о рабочей программе дисциплины РОИ, Регламент о государственной итоговой*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.22 из 27* |

*аттестации обучающихся РОИ, Положение об организации текущего и промежуточного контроля знаний обучающихся РОИ, Положение о порядке проведения практики обучающихся РОИ, Положение о формировании фонда оценочных средств для проведения текущей, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся РОИ, Регламент движения контингента обучающихся (перевод, восстановление и отчисление студентов), Положение о подготовки и защиты курсовой работы, Положение о расчете учебной нагрузки ППС, Положение об электронных образовательных ресурсах РОИ, «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» ГОСТ ИСО 9000-2008, «Системы менеджмента качества. Требования» ГОСТ ISO 9001-2015, «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ ИСО 9001-2001 в сфере образования» ГОСТ 52614.2-2006, «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента» ГОСТ ИСО 19011-2003, «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества» ГОСТ ИСО 9004-2010, Политика в области качества, Целями в области качества, прочими документами.*

В соответствии с утвержденной программой работы комиссией проверено наличие записей и документации в соответствии с чек-листом для внутреннего аудита, соответствие записей и документации требованиям нормативных правовых актов, стандартов и локальных актов РОИ, ведение документооборота в соответствии с инструкцией по делопроизводству РОИ.

2. **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ**

Проверкой установлено:

- ;

**ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ:**

С целью устранения выявленных нарушений следует предпринять следующие меры:

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

Главный аудитор: Аудиторы:

С актом ознакомлен:

Руководитель проверяемого подразделения:

СПИСОК РАССЫЛКИ ОТЧЕТА ПО АУДИТУ

|  |  |
| --- | --- |
| Адресат | Электронный адрес |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.23 из 27* |

**Приложение Д**. **СМК-Ф-1-04 Протокол несоответствий / наблюдений**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| логотип | Региональный образовательный институт | | |
| Протокол несоответствия № \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_г. | | Шифр аудита:  Номер страницы: |
| Подразделение: | | Главный аудитор (ФИО): | |
| Аудитор (ФИО): | | Руководитель подразделения (ФИО): | |
| **Данные о несоответствии** | | | |

Критерий аудита:

*ГОС ВПО, Устав РОИ, Положение о балльно-рейтинговой системе оценки знаний* *обучающихся в РОИ, Положение об основной профессиональной* *образовательной программе высшего профессионального образования на основе государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования в РОИ,* *Положение о рабочей программе дисциплины РОИ, Регламент о государственной итоговой аттестации обучающихся РОИ, Положение об организации текущего и промежуточного контроля знаний обучающихся РОИ, Положение о порядке проведения практики обучающихся РОИ, Положение о формировании фонда оценочных средств для проведения текущей, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся РОИ, Регламент движения контингента обучающихся (перевод, восстановление и отчисление студентов), Положение о подготовки и защиты курсовой работы, Положение о расчете учебной нагрузки ППС, Положение об электронных образовательных ресурсах РОИ, «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» ГОСТ ИСО 9000-2008, «Системы менеджмента качества. Требования» ГОСТ ISO 9001-2015, «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ ИСО 9001-2001 в сфере образования» ГОСТ 52614.2-2006, «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента» ГОСТ ИСО 19011-2003, «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества» ГОСТ ИСО 9004-2010, Политика в области качества, Целями в области качества, прочими документами.*

Краткое описание несоответствий:

Аудитор " " 20\_\_ г.

подпись

Планируемые действия для устранения несоответствия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отметка о выполнении:\_\_\_\_\_\_

**Мнение аудиторской группы о причинах несоответствия**

Причина несоответствия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные данные, подтверждающие причину несоответствия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аудитор " " 20\_\_\_г.

подпись

Реализация процедуры корректирующих/предупреждающих действий целесообразна?

***ДА НЕТ***

Руководитель проверяемого подразделения: " " 20\_\_\_ г.

подпись

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.24 из 27* |

Корректирующее/предупреждающее действие выполнено:

*(ненужное зачеркнуть)*

Руководитель проверяемого подразделения / " " 20\_\_\_ г.

подпись

Оценка корректирующего/предупреждающего действия *(ненужное зачеркнуть):*

***Удовлетворительно/ Неудовлетворительно***

Аудитор " " 20\_\_\_\_ г.

подпись

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.25из 27* |

**Приложение Е. Шкала оценки результативности корректирующих мероприятий**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка | Критерии |
| 4 | Корректирующие мероприятия выполнены в полном объеме. Несоответствие и причины его возникновения устранены. Аналогичных несоответствий не выявлено. |
| 3 | Корректирующие мероприятия выполнены в полном объеме. Несоответствие и причины его возникновения устранены, но были выявлены аналогичные несоответствия или несоответствия и причины его возникновения устранены частично. |
| 2 | Корректирующие мероприятия выполнены в полном объеме. Несоответствие и причины его возникновения не устранены. |
| 1 | Корректирующие мероприятия выполнены частично. Несоответствие и причины его возникновения не устранены. |
| 0 | Корректирующие мероприятия не выполнены. Несоответствие и причины его возникновения не устранены. |

Лист регистрации изменений

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер изменения | Номера листов (страниц) | | | Основание для внесения изменений | Подпись | Расшифровка подписи | Дата | Дата введения изменения |
|  | изменен­ных | новых | аннулиро­ванных |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.25из 27* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Лист рассылки | | | | | |
| УК  № | Наименование структурного подразделения | ФИО пользователя | Подпись пользователя | Дата | Примечание |
| 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 |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Версия 1.0* | *Подлинник* | *Стр.27 из 27* |