



Министерство образования Республики Беларусь  
Учреждение образования «Белорусский государственный  
университет информатики и радиозлектроники»  
**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

*Документированная процедура*  
**ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ**

**ДП 4.3-2018**



УТВЕРЖДАЮ  
Ректор БГУИР

В.А. Богуш

*16.11.* 2018 г.

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

*Документированная процедура*  
**ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ**

**ДП 4.3-2018**  
**Версия 04**

Минск



## Предисловие

1 РАЗРАБОТАНА Учреждением образования «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники»

ИСПОЛНИТЕЛИ:

Алябьева И.И., начальник ОМК;

Минченко О.И., старший преподаватель кафедры ЗИ;

Лысеня А.А., ведущий специалист ОМК.

2 УТВЕРЖДЕНА И ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ приказом Ректора № от 29.11.2018 №350

3 ВВЕДЕНА ВЗАМЕН ДП 4.3-2017 (версия 03)

© БГУИР

Настоящая документированная процедура не может быть тиражирована и распространена без разрешения учреждения образования «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники»

---

Издана на русском языке



## СОДЕРЖАНИЕ

1	Назначение и область применения.....	4
2	Нормативные ссылки.....	4
3	Термины, обозначения, сокращения.....	4
3.1	Термины.....	4
3.2	Обозначения.....	5
4	Общие положения.....	6
5	Описание процедуры.....	7
5.1	Планирование внутреннего аудита СМК.....	7
5.2	Подготовка аудиторов к проведению ВА.....	7
5.3	Проведение ВА.....	9
5.4	Выполнение КД.....	10
5.5	Верификация устранения несоответствий.....	10
6	Ответственность и полномочия.....	11
7	Мониторинг программы аудита.....	13
8	Требования к аудиторам.....	14
9	Записи.....	15
	Приложение А Графическое описание процедуры ВА.....	16
	Приложение Б Программа ВА.....	17
	Приложение В Форма плана ВА.....	18
	Приложение Г (справочное) Контрольный лист ВА.....	19
	Приложение Д Форма протокола несоответствия/ аспекта для улучшения.....	20
	Приложение Е Форма отчета по ВА.....	21
	Приложение И Личная карточка эксперта-аудитора.....	22
	Лист согласования.....	23



## 1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура устанавливает порядок, правила, ответственность и требования к планированию и проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества установлению записей и отчетности по результатам внутреннего аудита.

1.2. Внутренний аудит проводится с целью определения, насколько система менеджмента качества соответствует запланированным мероприятиям, требованиям СТБ ИСО 9001, документам СМК университета; а также с целью идентификации областей потенциального улучшения СМК университета.

1.3 Требования настоящей документированной процедуры обязательны для применения во всех подразделениях университета, охваченных СМК.

## 2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. СТБ ИСО 9000 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
2. СТБ ISO 9001 Системы менеджмента качества. Требования.
3. ГОСТ ISO 19011 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента.
4. СТБ ISO 9004 Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества.
5. ДП 4.1 Мониторинг, измерение, оценка процессов
6. ДП 4.4 Управление средствами для мониторинга и измерений
7. ДП 4.6 Корректирующие и предупреждающие действия.
8. ДП 4.7 Управление несоответствиями

## 3 ТЕРМИНЫ, ОБОЗНАЧЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ

### 3.1 Термины

**Аудит** – систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и объективного их оценивания для определения степени выполнения критериев аудита.

**Аудитор** – лицо, которое проводит аудит.

**Внутренний аудит** (аудит первой стороной) – аудиты, проводимые самой организацией или от ее имени для анализа со стороны руководства и других внутренних целей.

**Критерии аудита** – набор политик, процедур или требований, используемых в качестве точек отсчета, с которыми сопоставляются объективные свидетельства.



**Свидетельство аудита** – записи, формулировки фактов или другая информация, которые относятся к критериям аудита и которые являются верифицируемыми.

**Наблюдения аудита** – результаты оценивания собранных свидетельств аудита относительно критериев аудита.

**Команда по аудиту** – одно или более лиц, проводящих аудит, при поддержке, если это необходимо, технических экспертов.

**Технический эксперт** – лицо, представляющее конкретные знания или опыт команде по аудиту.

**Сопровождающий** – лицо, назначенное аудитуемым для содействия команде по аудиту;

**Область аудита** – объем и границы аудита.

**Программа аудита** – совокупность одного или более аудитов, запланированных в конкретные временные рамки и направленных на достижение конкретной цели.

**План аудита** – описание деятельности и договоренностей по аудиту.

**Контрольный лист (чек-лист)** – заранее составленный аудитором систематизированный перечень вопросов, ответы на которые позволяют аудиторам получить необходимую информацию о степени соответствия состояния объекта установленным требованиям.

**Компетентность** – проявленные личные качества и выраженная способность применять свои знания и навыки для достижения намеченных результатов.

**Риск** – воздействие неопределенности на достижение цели.

**Соответствие** – выполнение требования.

**Несоответствие** – невыполнение требования.

**Заключения аудита** – выходные данные аудита после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита.

### 3.2 Обозначения

АП – аудируемое подразделение;

ВА – внутренний аудит;

КД – корректирующее действие;

ПД – предупреждающее действие

ПРК – представитель руководства по качеству;

СМК – система менеджмента качества

СП – структурное подразделение

ОМК – отдел менеджмента качества.



## 4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

– 4.1 Основными целями ВА СМК являются: систематическая, независимая, документированная оценка соответствия СМК БГУИР и ее процессов требованиям, установленным в СТБ ISO 9001 и документах СМК БГУИР;

– оценка соответствия осуществляемой в рамках СМК деятельности запланированным мероприятиям в области качества в соответствии с Политикой и целями БГУИР;

– определение результативности СМК с точки зрения достижения целей, установленных в области качества;

– определение необходимости проведения мероприятий, направленных на поддержание СМК в рабочем состоянии и ее улучшение;

– проверка результативности корректирующих мероприятий, предпринятых по результатам предыдущих проверок;

– определение направлений улучшений, совершенствования СМК.

4.2. Цели программы ВА должны быть согласованы с Политикой и целями СМК и поддерживать их.

4.3. ВА основывается на принципах: целостности, объективного представления, надлежащей профессиональной тщательности, конфиденциальности, независимости, подхода, основанного на свидетельствах.

4.4 Процедура ВА включает в себя: планирование аудита (установление целей и программы аудита), внедрение программы аудита и управление ею, подготовительную деятельность по аудиту, проведение аудита; подготовку и распространение отчетов по аудиту. Графическое описание процедуры внутреннего аудита приведено в приложении А.

4.5 Методы ВА включают анализ документов, проведение интервью, выборочное исследование, наблюдение, заполнение контрольных листов (при необходимости).

4.6 Объектами ВА являются – процессы СМК, СМК университета, деятельность СП университета, входящих в область действия СМК, продукция, услуги.

4.7 Заключение по результатам ВА могут указывать на необходимость корректирующих, предупреждающих действий или действий по улучшению.



## 5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

### 5.1 Планирование внутреннего аудита СМК

ВА функционирования СМК проводятся в соответствии с годовой программой ВА. Проект программы ВА разрабатывается начальником ОМК и утверждается приказом ректора университета. Программа ВА содержит цели, критерии, методы ВА, состав команды по аудиту, СП, подвергаемые аудиту, ответственное лицо и сроки проведения. Информирование осуществляется путем размещения утвержденной программы ВА на сайте университета.

Каждый основной процесс СМК подвергается ВА ежегодно, обеспечивающие процессы – не реже одного раза в три года, основные СП БГУИР, входящие в область действия СМК университета, – не реже одного раза в три года.

Внеплановый ВА может проводиться по требованию владельца процесса или по инициативе руководителя любого СП (возникновение нештатной ситуации, увеличение количества несоответствий, претензий и др.) после согласования и утверждения владельцем соответствующего процесса. Решение о проведении внеплановых ВА оформляется распоряжением ПРК. Подготовка и проведение внепланового ВА осуществляется в течение трех недель.

При планировании программы аудита устанавливаются: роли и ответственность, компетентность, объем программы, ресурс программы, процедуры программы; определяются установленные требования и рекомендации ГОСТ ISO 19011 по идентификации и оцениванию рисков программы аудита, проводятся действия по минимизации рисков.

Также для минимизации возможности возникновения рисков в ходе аудита проводятся индивидуальные консультации руководителей СП и уполномоченных по качеству, предварительная рассылка контрольных листов для самооценки и методическая помощь.



Таблица 1 – Идентификация и оценивание рисков программы ВА

Область риска, идентификация	Возможный риск	Действия по минимизация риска
Планирование	Неточная установка целей аудита и определение объема программы аудита	Тщательный анализ отчетов предыдущего периода
Обеспечение ресурсами	Нехватка времени для разработки программы аудита и проведение аудита	Предварительная работа с СП, методическая работа с группой по аудиту
Группа аудиторов	Отсутствие коллективной компетентности для эффективного проведения аудита	Своевременная профессиональная подготовка аудиторов (повышение квалификации, соответствие установленным требованиям)
Внедрение программы	Несвоевременное информирование, неадекватное /искаженное восприятие.	Предварительное взаимодействие с рук. СП, информирование, консультирование. Рассылка контрольных листов СП.
Записи и средства управления ими	Неполный анализ/наличие данных в записях по аудиту для демонстрации результативности программы аудита	Уточнение форм записей/документированной информации.
Мониторинг, анализ и улучшение программы аудита	Неполный анализ выходных данных программы аудита	Проведение дополнительного, развернутого анализа выходных данных программы аудита

Выявленные возможные риски оцениваются по следующей шкале при помощи метода экспертных оценок:

- 1 – вероятность риска незначительная;
- 2 – вероятность риска средняя;
- 3 – вероятность риска высокая.

Степень влияния риска оценивается по следующей шкале:

- 1 – незначительная степень влияния риска;
- 2 – существенная степень влияния риска.

При необходимости можно использовать расширенную шкалу степени влияния риска, приведенную в ДП 4.1.





При результирующей оценке риска от 3 до 6 проводится развернутый анализ с разработкой рекомендаций по дальнейшим действиям.

При наличии статистической информации или устойчивых прогнозов экспертов, могут применяться следующие методы управления рисками:

- избежание риска;
- принятие риска на себя;
- передача риска;
- сокращение риска;
- страхование риска.

Как правило, используется не один из методов, а некоторая их совокупность.

Результативность действий по управлению рисками (при выявлении существенной степени влияния риска) оценивается и приводится в итоговом отчете «Внутренние аудиты» за отчетный период.

## 5.2 Подготовка аудиторов к проведению ВА

Руководитель команды по аудиту совместно с аудиторами составляют план ВА (приложение В), согласовывают его с начальником ОМК, руководителем АП и утверждают у ПРК. На основании плана ВА аудиторы подготавливают к проведению ВА необходимые рабочие документы – бланки протоколов несоответствий /аспектов для улучшений (приложение Д), контрольные листы ВА (приложение Г), бланки отчетов по внутреннему аудиту (приложение Е).

При выявлении несоответствий в документах СМК руководитель команды по аудиту сообщает начальнику ОМК о необходимости внесения изменений в документы.

При невозможности проведения ВА руководитель АП указывает причины препятствующие проведению ВА и желаемую дату. Новая дата согласовывается аудитором и руководителем АП устно или по телефону.

## 5.3 Проведение ВА

В ходе проведения ВА, при необходимости, аудиторы заполняют в контрольном листе графы «свидетельства аудита» и «наблюдения аудита», где указывают документы, свидетельства, факты, подтверждающие полученную информацию. Контрольный лист ВА служит для упорядочения ВА и является вспомогательным документом для внутренних аудиторов.

Аудиторы имеют право задавать дополнительные вопросы с целью уточнения, идентификации выявленного несоответствия или возможного аспекта для улучшения.



Выявленные несоответствия аудиторы фиксируют в протоколе несоответствий (Приложение Д). На каждое выявленное несоответствие оформляется отдельный протокол.

Руководитель АП представляет аудитору информацию для заполнения пункта Коррекции и корректирующие действия, сроки их исполнения, ответственного за выполнение протоколов несоответствий (при наличии несоответствий).

В случае возникновения несогласия сторон аудита разрешение, урегулирование спорного момента лежит на руководителе команды по аудиту, в исключительных случаях – ПРК и ректоре университета.

Руководитель команды по аудиту в течение семи дней после проведения аудита заполняет отчет по ВА, прикладывает к нему протоколы несоответствий, аспекты для улучшений (в случае выявления) и передает в ОМК, копии отчета и протоколов представляются руководителю АП.

При необходимости разрабатывается план КД и ПД. Формы плана приведены в ДП 4.6 «Корректирующие и предупреждающие действия».

В отчете отражается результативность КД, выполненных для устранения несоответствий выявленных на предыдущем аудите.

Каждому аудиту присваивается регистрационный/идентификационный номер (шифр) – номер аудита согласно Программе ВА.

Аудит является завершенным, когда вся запланированная деятельность по программе ВА выполнена.

#### **5.4 Выполнение КД**

Ответственное лицо исполняет разработанное КД согласно ДП 4.6 «Корректирующие и предупреждающие действия» и сообщает об исполнении руководителю АП, а затем руководителю команды по аудиту. В ОМК представляются свидетельства о выполнении запланированных КД и проставляются соответствующие отметки в протоколах несоответствий и аспектах для улучшений.

#### **5.5 Верификация устранения несоответствий**

В срок, установленный в протоколе несоответствий, руководитель команды по аудиту или аудитор проверяет в АП устранение несоответствий, вносит запись о проведенном контроле в оригинал протокола несоответствий (заполняют раздел «Фактическая дата устранения несоответствия») или в план КД и ПД.

Результативность КД оценивается на последующем аудите, информация заносится в отчет по аудиту.



Руководитель команды по аудиту передает протоколы несоответствий и отчет по ВА в ОМК.

В случае невыполнения КД по выявленным несоответствиям руководитель структурного подразделения представляет начальнику ОМК объяснительную записку о причинах невыполнения КД.

Результативность ВА рассчитывается по формуле:

$$P_{\text{ва}} = \frac{K_{\text{фа}}}{K_{\text{па}}} \times \frac{K_{\text{унс}}}{K_{\text{нс}}} \times \frac{K_{\text{рау}}}{K_{\text{ау}}} \times \frac{K_{\text{рмп}}}{K_{\text{мп}}} \times 100$$

где  $K_{\text{фа}}$  – количество фактически выполненных аудитов;

$K_{\text{па}}$  – количество плановых аудитов;

$K_{\text{унс}}$  – количество устраненных несоответствий;

$K_{\text{рау}}$  – количество реализованных аспектов для улучшения предыдущего внутреннего аудита;

$K_{\text{нс}}$  – количество несоответствий;

$K_{\text{ау}}$  – количество аспектов для улучшения;

$K_{\text{рмп}}$  – количество реализованных улучшений по итогам анализа СМК руководством предыдущего отчетного периода.

$K_{\text{мп}}$  – количество улучшений по итогам анализа СМК руководством предыдущего отчетного периода.

Итоговый отчет по аудиту предоставляется ПРК и утверждается ректором университета и является составной частью входных данных для анализа высшим руководством.

Начальник ОМК осуществляет контроль за исполнением решений.

## 6 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

Ответственным за надлежащее выполнение документированной процедуры «Внутренние аудиты», ее мониторинг является представитель руководства по качеству. Ответственность за проведение ВА в СП несет руководитель команды по аудиту.

### **Ректор БГУИР:**

- утверждает программу аудита;
- утверждает мероприятия по устранению несоответствий, выявленных при проведении ВА, для устранения которых требуются ресурсы;
- утверждает отчет по внутреннему аудиту; анализирует и согласовывает мероприятия по устранению несоответствий, выявленных при проведении ВА;
- использует данные, полученные в ходе анализа ВА для принятия управленческих решений.

### **Проректор по учебной работе БГУИР, ПРК:**



– устанавливает объем программы аудита, идентифицирует и оценивает возможные риски, определяет необходимые ресурсы, устанавливает ответственность по аудиту, обеспечивает внедрение, мониторинг, анализ, улучшение программы ВА;

– утверждает план аудита;  
– оценивает результативность мероприятий по устранению несоответствий;

– представляет информацию ректору БГУИР для анализа и оценки СМК со стороны высшего руководства;

– утверждает оптимальное число внутренних аудиторов; согласовывает план обучения (при необходимости) и аттестации внутренних аудиторов.

**Начальник ОМК:**

– разрабатывает проект программы проведения внутренних аудитов на год, проводит подготовительные работы для обеспечения надлежащего менеджмента программы ВА;

– обеспечивает проведение ВА в соответствии с программой аудита, осуществляет мониторинг программы ВА;

– контролирует полноту и своевременность подготовки отчетов о результатах внутренних аудитов;

– ведет учет выявленных несоответствий, аспектов для улучшений, действий по устранению причин выявленных несоответствий;

– обеспечивает регистрацию, учет и хранение в установленном порядке документов ВА; обеспечивает актуальность данных личных карточек внутренних аудиторов.

**Руководитель команды по аудиту:**

– разрабатывает план аудита;  
– организует и проводит ВА в соответствии с планом аудита;  
– обеспечивает независимость и компетентность при проведении аудитов;

– организует разработку рабочих документов для проведения ВА;

– обеспечивает достижение целей аудита;

– обеспечивает объективность и достоверность результатов ВА;

– оформляет, согласовывает и распределяет отчеты по ВА в соответствии с требованиями настоящей ДП;

– обеспечивает своевременность и качественное оформление протоколов несоответствий;

– обеспечивает контроль за своевременностью и полнотой разработки КД, ПД;

– организует учет выявленных несоответствий, аспектов для улучшений;

– ведет и поддерживает в рабочем состоянии записи по ВА;

– проводит контроль устранения выявленных несоответствий;



- проводит оценку результативности КД, ПД.

**Аудитор:**

- согласовывает планы, проводит ВА в установленные сроки и в указанном объеме;
- обеспечивает объективную оценку состояния дел и предоставления достоверной информации по результатам ВА;
- обеспечивает своевременное и качественное составление протоколов несоответствия;
- использует при аудите принципы: этичности поведения; беспристрастности; рассудительности; независимости; подхода, основанного на свидетельствах.

**Руководитель проверяемого подразделения:**

- назначает (при необходимости) для работы с аудиторами сотрудников;
- предоставляет аудиторами возможность беспрепятственного посещения подразделения для проведения ВА;
- представляет внутренним аудиторами необходимые документы и информацию;
- разрабатывает и проводит необходимые КД и/или ПД;
- обеспечивает результативность КД, ПД;

Матрица распределения полномочий и ответственности приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Матрица распределения ответственности и полномочий

Вид деятельности	Должностное лицо					
	ПРК	Начальник ОМК	Работник ОМК	Руководитель АП	Руководитель команды по аудиту	Аудиторы
Планирование внутреннего аудита СМК	Р	О, И				
Подготовка проекта приказов, разработка программы ВА, графика ВА	Р	О	И	И	И	
Корректировка состава команды аудиторов	Р	О			И	И
Подготовка аудиторов к проведению ВА	Р	О	И		И	И
Организация и проведение ВА	Р	О	И	И	И	И
Разработка КД/ПД	Р	О, И		О, И	О, И	И

	<i>Документированная процедура ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ</i>	<b>ДП 4.3-2018</b>
---	--	--------------------

Выполнение КД	Р	О		И		
Контроль устранения несоответствий		Р		И	О	И
Подготовка отчета по ВА СМК	Р	О	И		И	И
Анализ результатов ВА	Р	О	И	И	И	
Хранение документов ВА СМК		Р	И	И		
Анализ результативности процедуры ВА	Р	О	И		И	
Обозначения: Р – руководитель; О – ответственный исполнитель; И – исполнитель						

## **7 МОНИТОРИНГ, АНАЛИЗ И УЛУЧШЕНИЕ ПРОГРАММЫ АУДИТА**

Реализация программы ВА подлежит мониторингу со стороны ПРК, начальником ОМК с целью оперативного контроля над потребностью в модификации программы ВА.

Результаты анализа программы ВА на достижение ее целей входят в состав исходных данных для процесса постоянного улучшения.

Анализ результативности ВА осуществляет по установленным в программах аудитов критериям:

- выполнение программы аудита (объем программы, критерии, методы и сроки выполнения);
- количество выявленных аудиторами областей для улучшения;
- результативность устранения несоответствий;
- уменьшение количества несоответствий выявленных органом по сертификации.

Итоги анализа результативности ВА включаются в сводный отчет о результатах внутренних аудитов для анализа со стороны руководства.

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

## **8 ТРЕБОВАНИЯ К АУДИТОРАМ**

8.1 Внутренние аудиторы назначаются приказом ректора университета. Аудиторы должны соответствовать определенным ГОСТ ISO 19011 требованиям, а также критериям, указанным в таблице 2.


	Документированная процедура <b>ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ</b>	<b>ДП 4.3-2018</b>
---	---	--------------------

Таблица 2

№	Требования	Аудитор	Руководитель команды
1	Образование	Высшее	Высшее
2	Общий стаж работы	2 года или проф. образование	5 лет
3	Стаж и опыт работы в области качества	1 год	2 года
4	Обучение в качестве внутреннего аудитора	36 часов	36 часов
5	Опыт в проведении аудита	4 полных аудита	3 полных аудита

Кроме этих требований к аудиторам предъявляются требования общепринятых этических норм и моральных качеств.

8.2 Аттестация аудиторов проводится систематически (один раз в три года) специально назначенной приказом ректора группой по аттестации на основании личного дела кандидата в аудиторы, документа об обучении, характеристики.

Аттестация проводится путем собеседования. Результаты аттестации оформляются протоколом. На каждого аудитора ведется личная карта аудитора (приложение И).

8.3 Осуществляется постоянное поддержание и повышение компетенции аудиторов.


8.4 Текущую оценку аудиторов осуществляет начальник ОМК один раз в год (учитывается в итоговом отчете по ВА).

8.5 При назначении руководителя команды по аудиту и комплектовании состава команды по аудиту необходимо учитывать, чтобы общая компетентность команды была достаточной для реализации целей аудита, при этом внутренний аудитор из числа сотрудников БГУИР не может проверять свое подразделение или свою работу.

анализ и оценка рисков

## 9 ЗАПИСИ

Наименование документа	Форма документа	Ответственный за ведение	Место и срок хранения документа
Программа ВА СМК	ДП 4.3	Начальник ОМК	ОМК, 3 года
План ВА СМК	ДП 4.3	Начальник ОМК	ОМК, 3 года
Контрольный лист ВА СМК	ДП 4.3	Руководитель команды по аудиту	ОМК, по необх., отчетн. период 1год
Протокол несоответствий, аспект для улуч-	ДП 4.3	Начальник ОМК	ОМК 3 года

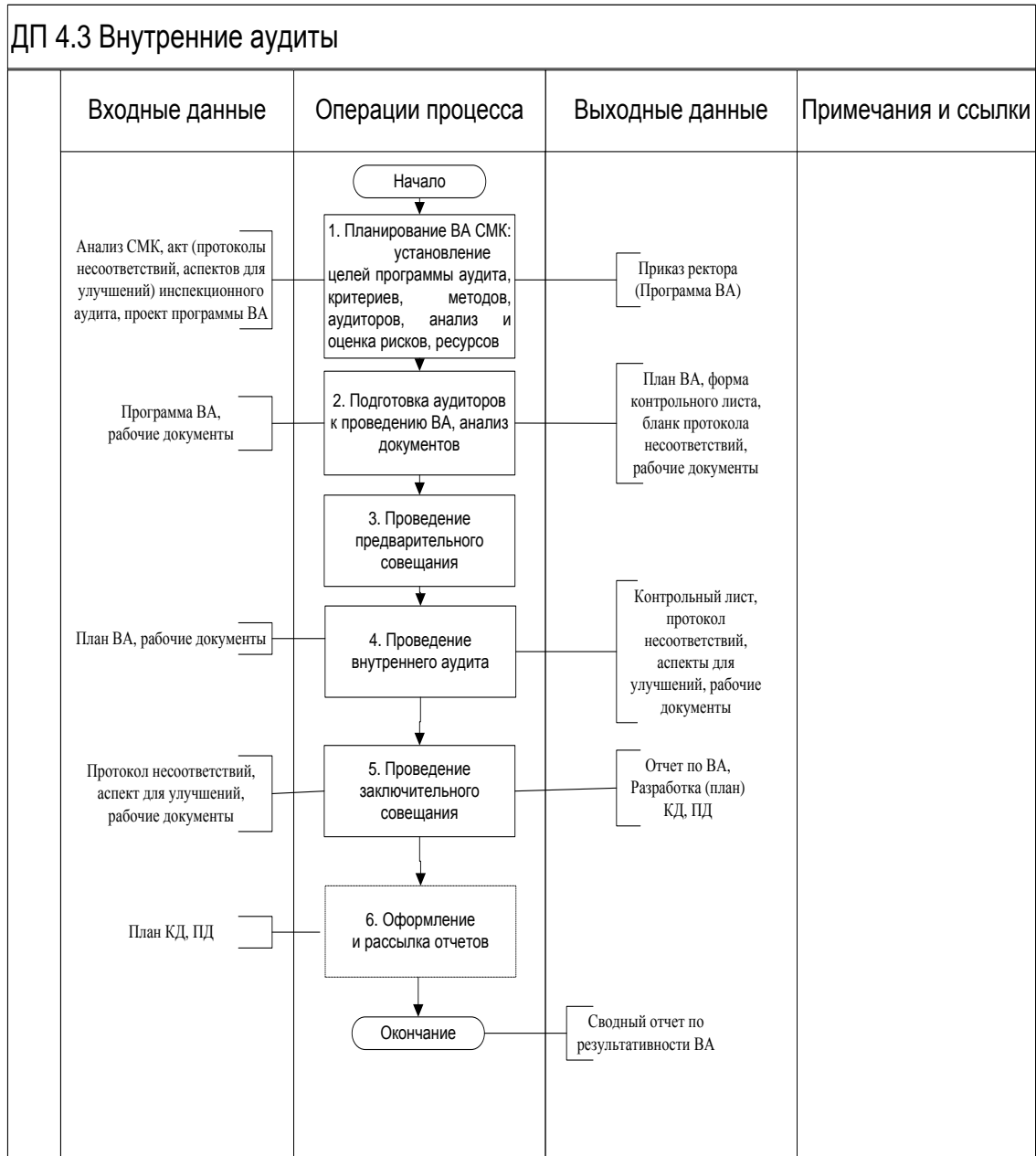
	<i>Документированная процедура ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ</i>	<b>ДП 4.3-2018</b>
---	--	--------------------

шений			
Отчет по ВА СМК	ДП 4.3	Начальник ОМК	ОМК, 3 года
Протокол совета по качеству	ДП 3.20	Секретарь Совета по качеству	ОМК 3 года
Итоговый отчет о результатах ВА	ДП 4.3	Начальник ОМК	ОМК 3 года
Карточка внутреннего аудитора	ДП 4.3	Начальник ОМК	ОМК, электронный вид, постоянно





**Приложение А**  
**Графическое описание процедуры внутреннего аудита**





## Приложение Б (справочное)

### ПРОГРАММА ВА СМК

УТВЕРЖДАЮ  
Ректор БГУИР

\_\_\_\_\_ ФИО

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Программа ВА СМК на \_\_\_\_\_ год

#### Цели:

- оценка соответствия СМК БГУИР и ее процессов требованиям, установленным в СТБ ISO 9001 и документах СМК БГУИР;
- оценка соответствия осуществляемой в рамках СМК деятельности запланированным мероприятиям в области качества в соответствии с Политикой и целями БГУИР;
- определение возможностей совершенствования СМК университета

**Критерии аудита:** СТБ ISO 9001, документы СМК БГУИР

**Методы аудита:** анализ документов; проведение интервью (с представлением свидетельств); наблюдение.

**Ресурсы:** достаточно/недостаточно.

**Процедуры программы:** планирование, составление и согласование графиков ВА; формирование команды ВА, распределение обязанностей и ответственности; проведение ВА; анализ деятельности и рисков.

**Состав команды по аудиту:**

#### Подразделения, критерии и сроки проведения аудита:

№ СП	Подразделение / Должностное лицо	Критерии аудита	Руководитель команды	Дата аудита (месяц, год)	Отметка о выполнении
		Документы СМК / п. СТБ ISO 9001			
1.					
2.					

Начальник ОМК



**Приложение В**  
**ПЛАН ВА**

**УТВЕРЖДАЮ**  
Представитель руководства  
по качеству

\_\_\_\_\_ ФИО  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПЛАН ВНУТРЕННЕГО АУДИТА № \_\_\_\_\_**

Цель аудита: - оценка соответствия СМК БГУИР и ее процессов требованиям, установленным в СТБ ISO 9001 и документах СМК БГУИР;

- оценка соответствия осуществляемой в рамках СМК деятельности запланированным мероприятиям в области качества в соответствии с Политикой и целями БГУИР;
- определение возможностей совершенствования СМК университета

Область, объект аудита: процесс / подразделение \_\_\_\_\_

Руководитель подразделения \_\_\_\_\_

Дата, время, место проведения аудита: \_\_\_\_\_

Критерии аудита: Согласно Программе проведения внутреннего аудита СП БГУИР на \_\_\_\_\_ уч. год

Руководитель команды по аудиту: \_\_\_\_\_

Аудиторы: \_\_\_\_\_

Аудитор:

\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

\_\_\_\_\_

(ФИО)

**СОГЛАСОВАНО:**

Руководитель команды по аудиту

(Начальник ОМК): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

\_\_\_\_\_

(ФИО)

Руководитель АП: \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

(подпись, дата))

\_\_\_\_\_

(ФИО)

ПРИМЕЧАНИЕ: \_\_\_\_\_

	Документированная процедура <b>ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ</b>	<b>ДП 4.3-2018</b>
---	---	--------------------

## Приложение Г (справочное)

### Контрольный лист №

Проверяемое <u>подразделение, должностное лицо (владелец процесса):</u> _____	Критерии аудита (согл Программы ВА СП БГУИР на _____ год): _____		Объект проверки (продукция, процесс, СМК)
Цель аудита:	ФИО аудируемых сотрудников проверяемого подразделения _____		
_____			
Контрольные вопросы	Критерии аудита Требования СТЬ ISO 9001; док. СМК БГУИР	Свидетельства аудита - наименование и обозначение документа, содержащего подтверждение выполнения (не выполнения) требований	Результаты оценки (заключения)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Аудитор: \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (подпись, дата)

**СОГЛАСОВАНО:**

Руководитель команды по аудиту: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О) \_\_\_\_\_ (подпись, дата)



Приложение Д

**ПРОТОКОЛ НЕСООТВЕТСТВИЯ/ АСПЕКТ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ**  
**ВА № \_\_\_\_\_**

Объект внутреннего аудита \_\_\_\_\_

Место, дата внутреннего аудита \_\_\_\_\_

Основания для внутреннего аудита: программа ВА, приказ № \_\_\_\_\_

Руководитель команды аудиторов (аудитор) \_\_\_\_\_

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

Установленное несоответствие/Предложенный аспект для улучшения

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

Коррекционные и корректирующие действия \_\_\_\_\_

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

Срок исполнения \_\_\_\_\_

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

Руководитель команды по аудиту (аудитор) \_\_\_\_\_

( подпись и дата)

**ОТМЕТКА О ВЫПОЛНЕНИИ, КОНТРОЛЕ:**

Устранение несоответствий и реализация аспектов для улучшения проверены:

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

(Документальное свидетельство, запись, дата)

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

Руководитель команды по аудиту (аудитор) \_\_\_\_\_

( подпись и дата)

## Приложение Е

### ОТЧЕТ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ

Рег.№ аудита	Аудитир. СП	Процесс	Руководитель подразделения	Руков. команды по аудиту	Аудиторы
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Дата	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Цель аудита: Согласно Программы ВА на \_\_\_\_\_ уч. год

---

Критерии аудита Согласно Программы ВА на \_\_\_\_\_ уч. год

---

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

Количество аспектов для улучшения \_\_\_\_\_

Коррекции требуются: ДА/НЕТ

Корректирующие действия требуются: ДА/НЕТ

Деятельность АП соответствует установленным нормам: ДА/НЕТ

Внеплановый аудит требуется: ДА/НЕТ

Результативность устранения несоответствий, выявленных на предыдущем ВА

---

Рекомендации по улучшению \_\_\_\_\_

---

Результативность действий по управлению рисками (результативно/не результативно)

Замечания по процедуре проведения аудита в подразделении

---

Замечания аудитору \_\_\_\_\_

---

Руководитель команды по аудиту \_\_\_\_\_

Аудиторы \_\_\_\_\_



## Приложение И

### ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА АУДИТОРА ПО КАЧЕСТВУ

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Образование:

Подразделение предприятия: \_\_\_\_\_ телефон:

Должность:

Дата заполнения личной карточки:

Дата обновления личной карточки:

#### Обучение, повышение квалификации

Год	Вид обучения	Номер удостоверения

#### Аттестация в качестве аудитора

Дата	В качестве кого аттестован	Номер протокола аттестационной комиссии	Номер приказа о назначении

#### Участие во внутренних проверках качества

Дата	Проверяемое подразделение	В качестве кого участвовал
		Внутренний аудитор
		Внутренний аудитор



### **ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ**

<b>Должность</b>	<b>Ф.И.О.</b>	<b>Подпись</b>	<b>Дата</b>
Проректор по учебной работе	Живицкая Е.Н.		
Начальник юридического отдела	Раденок М.Л.		
Начальник ОМК	Алябьева И.И.		