



Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное  
учреждение  
высшего образования  
«Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Документированная процедура

СМК ДП - 9.2 «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

Внутренние аудиты



УТВЕРЖДАЮ  
Ректор ФГАОУ ВО «Казанский  
(Приволжский) федеральный  
университет»

И.Р. Гафуров

« 1 » марта 2018 г.

## ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

### Внутренние аудиты

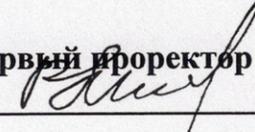
### СМК ДП - 9.2-18

### Версия 1.0

Дата введения: 01.03.2018

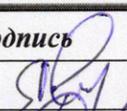
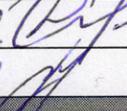
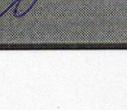
СОГЛАСОВАНО

Первый проректор

 Р.Г. Минзарипов

« 1 » марта 2018г.

Казань, 2018

	Должность	Фамилия/Подпись	Дата
Разработал	Вед.специалист ОМОиМОН ДО	Ядбаров Р.М. 	20.02.2018
Проверил	Менеджер ОМОиМОН ДО	Соколова Е.А. 	27.02.2018
Согласовал	Директор Департамента образования	Халимова А.Н. 	28.02.2018
Версия 1.0			



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

## 1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

Настоящая процедура устанавливает основные этапы, порядок и периодичность проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества (СМК) федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет» (далее - КФУ, университет).

Настоящий документ предназначен для лиц, выполняющих функции внутренних аудиторов, ответственных по качеству структурных подразделений (СП), работников отдела методического обеспечения и мониторинга образовательного процесса (ОМОиМОП), а также руководителей всех структурных подразделений.

Требования процедуры обязательны к применению всеми структурными подразделениями КФУ.

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

## 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.

2.3. Документированная процедура СМК - ДП – 10.2. «Несоответствия и корректирующие действия».

2.4. ГОСТ Р 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 КФУ, проводящих конкретный аудит, состоящая из работников КФУ.

**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 КФУ или другим нормативным документом, которое может оказать отрицательное влияние на качество продукции или привести к значительному невыполнению установленных требований, если оно не будет устранено.

**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 КФУ** – конкретные структурные подразделения университета, 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 КФУ.

**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;



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

Т – трудоемкость;

Ф – форма.

## 5. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основными целями внутреннего аудита СМК КФУ являются:

- оценка соответствия СМК КФУ и ее элементов требованиям, установленным в ISO 9001:2015 и нормативной документации СМК КФУ;
- оценка соответствия осуществляемой в рамках СМК КФУ деятельности запланированным мероприятиям в области качества в соответствии с Политикой и Целями университета;
- определение результативности СМК КФУ с точки зрения достижения целей, установленных в области качества;
- определение возможностей совершенствования СМК КФУ;
- определение необходимости проведения мероприятий, направленных на поддержание СМК КФУ в рабочем состоянии и ее улучшение;
- выявление и устранение конфликтов интересов на границе процессов и структурных подразделений;
- проверка результативности корректирующих мер, предпринятых по результатам предыдущих аудитов.

Систематическое проведение внутренних аудитов СМК КФУ 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 КФУ;
- 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 университета и улучшение СМК КФУ;
- выявлять виды деятельности и процедуры, в которых не в полной мере выполняются требования нормативной внешней документации и документации СМК КФУ;
- определять и предпринимать необходимые действия для устранения выявленных несоответствий;
- вносить на рассмотрение предложения по развитию и совершенствованию СМК КФУ.

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

Объем программы внутренних аудитов СМК КФУ и 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, является Отдел методического обеспечения и мониторинга образовательного процесса КФУ (далее – ОМОиМОП).

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 университета 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 университета 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.

- 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 КФУ;
- все процессы и виды деятельности СМК КФУ.

### **6.2. Организационные работы по внутренним аудитам**

Организация внутренних аудитов СМК КФУ 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 первый проректор.



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

По решению первого проректора или проректора по образовательной деятельности (далее – проректор по ОД), согласованному с руководителями соответствующих структурных подразделений, к участию в работах по внутреннему аудиту могут привлекаться специалисты КФУ, компетентные в проверяемых областях деятельности университета (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 начальник ОМОиМОП 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 начальником ОМОиМОП.

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 первому проректору или проректору по ОД, директору Департамента образования, начальнику ОМОиМОП и 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 КФУ, кроме руководства университета, могут быть руководители структурных подразделений, вышестоящие и сторонние организации.

### **6.3. Планирование внутреннего аудита**

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

Программа проведения внутренних аудитов составляется на учебный год Департамента образования и утверждается проректором КФУ до 15 сентября. При составлении программы и определении периодичности аудитов структурных подразделений следует учитывать состояние и значимость проверяемых объектов в общем цикле жизнедеятельности университета, 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 Департаментом образования КФУ, 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 Департаменте образования КФУ 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 университета;
- внедрение новых или изменение действующих документов СМК КФУ;
- претензии потребителей (поступление информации от потребителей или внешних контролирурующих организаций об обнаружении несоответствий в оказании университетом 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 КФУ, 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.

#### **6.4. Подготовка к проведению внутреннего аудита**

Подготовка к проведению внутреннего аудита включает в себя:

- назначение руководителя аудиторской группы;
- уточнение состава группы аудиторов;



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

- анализ аудиторами соответствующей нормативной документации (в том числе документации СМК КФУ);

- обеспечение группы аудиторов необходимой нормативной документацией, формами отчета о результатах внутреннего аудита, акта о несоответствиях/наблюдениях.

Первый проректор или проректор по ОД 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 университета 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 университета в состав аудиторской группы включается начальник ОМОиМОП КФУ.

Каждый внутренний аудит (в соответствии с «Программой проведения внутренних аудитов») объявляется приказом по университету или распоряжением проректора по ОД или первого проректора КФУ 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 ОМОиМОП.

Не позднее, чем за 2 недели до начала аудита, руководитель группы аудиторов совместно с начальником ОМОиМОП 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



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

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 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 начальника ОМОиМОП, 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 КФУ, 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;
- с официальными формами взаимодействия между аудиторами и работниками аудируемого 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 аудируемым 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 КФУ предусматривает проверку:

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

Проверка соответствия документов СМК КФУ 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 аудируемого структурного подразделения;
- наблюдения аудиторов за деятельностью работников, функционированием процессов;
- данные обратной связи от потребителей;
- документация СМК КФУ;
- документы, содержащие данные (записи) о качестве процессов СМК КФУ.

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 аудируемого 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 КФУ требованиям ISO 9001:2015;
- имеют ли в своем распоряжении работники проверяемых СП необходимую документацию СМК КФУ, 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 КФУ.

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 КФУ, 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 КФУ со стороны руководства;
- процессы и виды деятельности КФУ 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 КФУ 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 КФУ. 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.

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 КФУ, выявленные в процессе проведения аудита фиксируются в Протоколе несоответствий / наблюдений (Приложение Д).

#### *6.5.4. Проведение заключительного совещания*



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

По завершении проверки руководитель аудиторской группы проводит заключительное совещание с работниками аудируемого 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 университета.

Основной целью совещания является представление структурному подразделению заключения о результатах аудита, разъяснение всех выявленных несоответствий (относящихся к аудируемому 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 КФУ, их результативность; приводятся несоответствия; формулируются предложения по совершенствованию СМК КФУ; 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;
- 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 начальником ОМОиМОП в течение 3 дней по окончании аудита. Подготовленные и подписанные отчеты и приложения к ним начальник ОМОиМОП передает для анализа директору Департамента образования и первому проректору / проректору по ОД.

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

Подлинник отчета о результатах внутреннего аудита с приложением остается в ОМОиМОП. 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 разработчиков, проверяющих, согласующих и утверждающих документ;
- использование точных и однозначных терминов и определений;
- обеспечение непрерывности при различных процессах (деятельности);
- описание процесса с достаточным уровнем детализации (оно должно соответствовать компетентности 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 КФУ понята, внедрена и соблюдается работниками (фактическое выполнение работниками требований, установленных в документации СМК КФУ 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 начальником ОМОиМОП.

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 КФУ. Срок реализации предупреждающих действий для «наблюдения» - не более 5 недель от даты заключительного совещания.

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 КФУ. 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 начальнику ОМОиМОП об устранении несоответствий, выявленных в процессе проверки.

На основании отчета в ОМОиМОП заполняются 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 директором Департамента образования с учетом степени важности выявленных несоответствий. В этом случае директор Департамента образования при получении отчета о выполнении корректирующих мероприятий от руководителя СП, поручает начальнику ОМОиМОП проведение контрольной проверки.



Начальник ОМОиМОП 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 работниками ОМОиМОП 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 КФУ анализируются и обобщаются по мере их проведения и докладываются на ближайшем заседании ректората директором Департамента образования.

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

По результатам внутренних проверок, проводимых в течение года, начальник ОМОиМОП готовит аналитический отчет руководству университета о функционировании СМК КФУ.

Обобщенные результаты внутренних проверок СМК КФУ 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, начальник ОМОиМОП проводит анализ всех обнаруженных несоответствий в университете. Наиболее повторяющиеся замечания и несоответствия могут носить системный характер, для их исправления необходимы корректирующие/предупреждающие мероприятия на уровне университета. Для этого начальник ОМОиМОП готовит сводный отчет о внутреннем аудите СМК КФУ, который представляется первому проректору и проректору по ОД для анализа и планирования корректирующих мероприятий.

Директор департамента образования ежегодно отчитывается о проведенных внутренних аудитах на ректорате / совете КФУ.

Начальник ОМОиМОП 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

	ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
	ДП «Внутренние аудиты»
	СМК ДП - 9.2

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

## **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 университета обязаны оказывать содействие аудиторам в проведении внутреннего аудита СМК КФУ, 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, устанавливающую ее форму документа
1. Программа проведения внутренних аудитов	До 15 сентября учебного года	Первый проректор / Проректор по ОД	ОМОиМО П	Приложение Б

	ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
	ДП «Внутренние аудиты»
	СМК ДП - 9.2

Наименование документа	Срок разработки/заполнения документа	Лицо, ответственное за разработку/заполнение документа	Место хранения документа	Ссылка на приложение, устанавливающую форму документа
2. Приказ или распоряжение о проведении внутреннего аудита	Не позднее, чем за 2 недели до начала внутреннего аудита	Начальник ОМОиМОП	ОМОиМО П СП	
3. Протокол о несоответствиях / наблюдениях	В течение 3 дней	Руководитель аудиторской группы	ОМОиМО П СП	Приложение Д
4. Отчет по внутреннему аудиту СП	В течение 3 дней	Руководитель аудиторской группы	ОМОиМО П СП	Приложение Г
8. План корректирующих мероприятий	В течение 2 недель после заключительного совещания	Руководитель СП	ОМОиМО П СП	Приложение Д
9. Отчет о выполнении корректирующих мероприятий	В течение 30 дней после заключительного совещания	Руководитель СП	ОМОиМО П	Приложение Д
10. Сводный отчет о результатах внутреннего аудита	После проведения всех внутренних аудитов в соответствии с программой	Начальник ОМОиМОП	ОМОиМО П	

## 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 – начальник ОМОиМОП;

	ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
	ДП «Внутренние аудиты»
	СМК ДП - 9.2

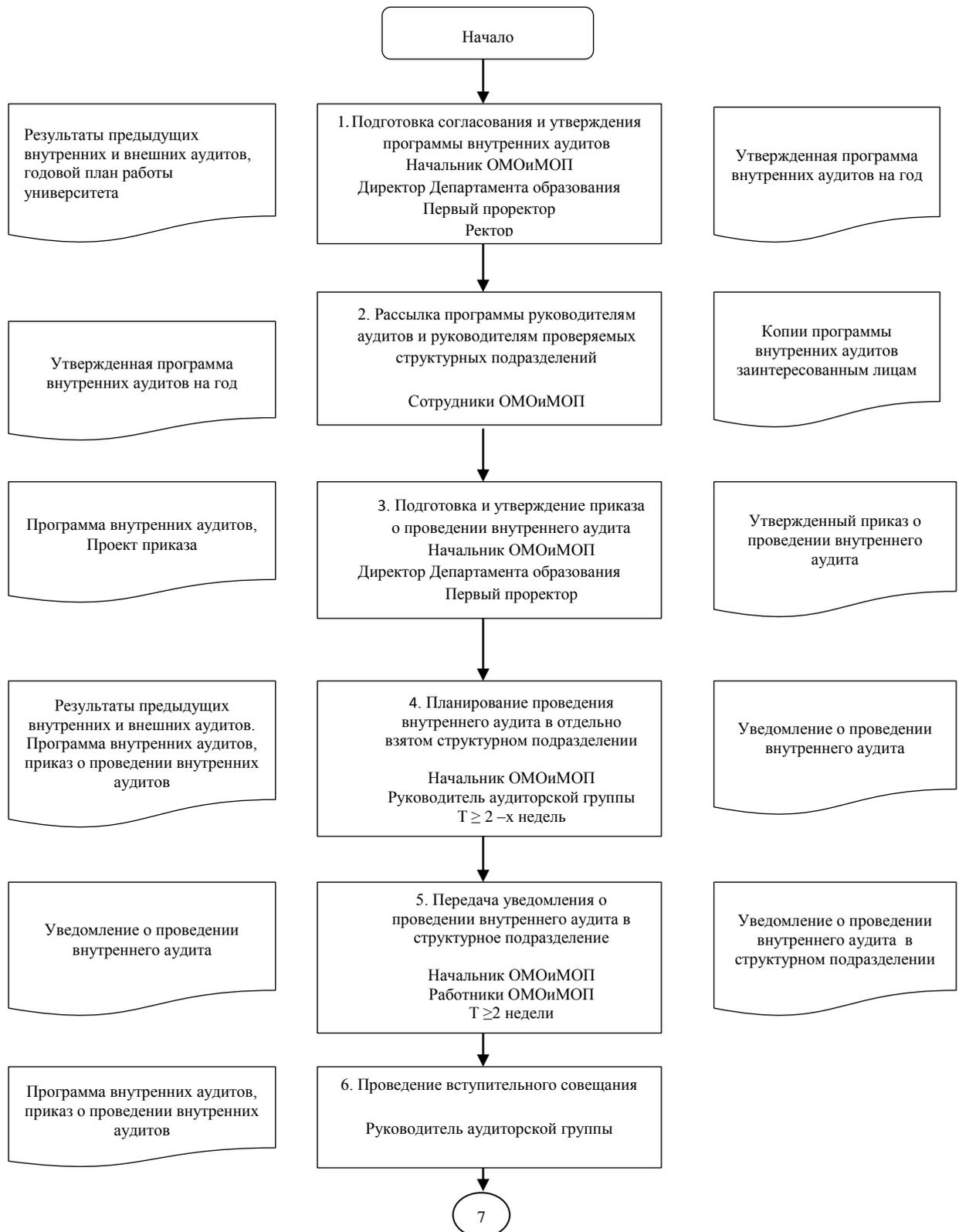
- за обеспечение рабочими документами по внутренним аудитам, регистрацию, учет, восстановление и хранение подлинников документов по аудитам, рассылку копий в структурные подразделения – работники ОМОиМОП.

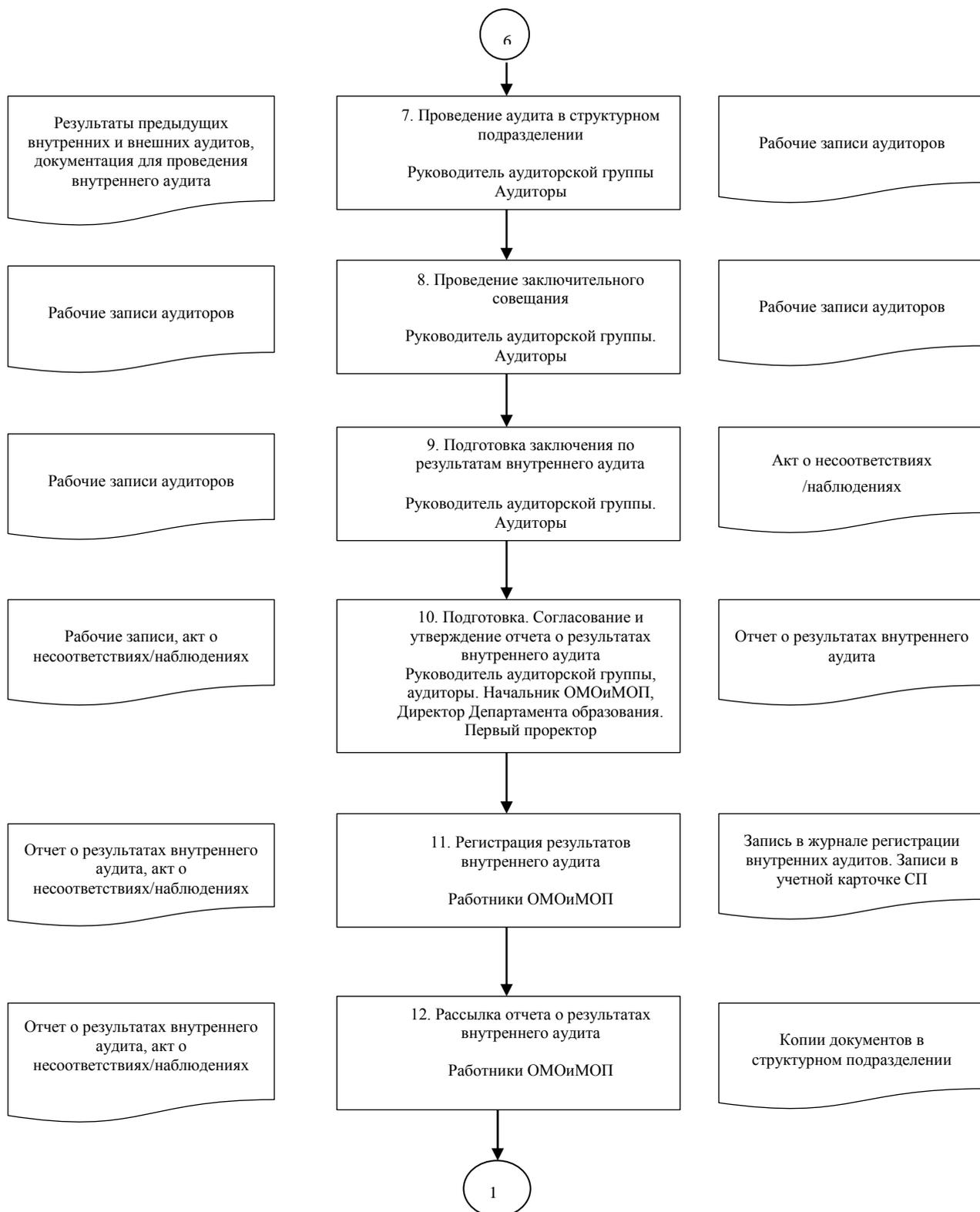
Ответственность других должностных лиц установлена в тексте настоящей документированной процедуры.

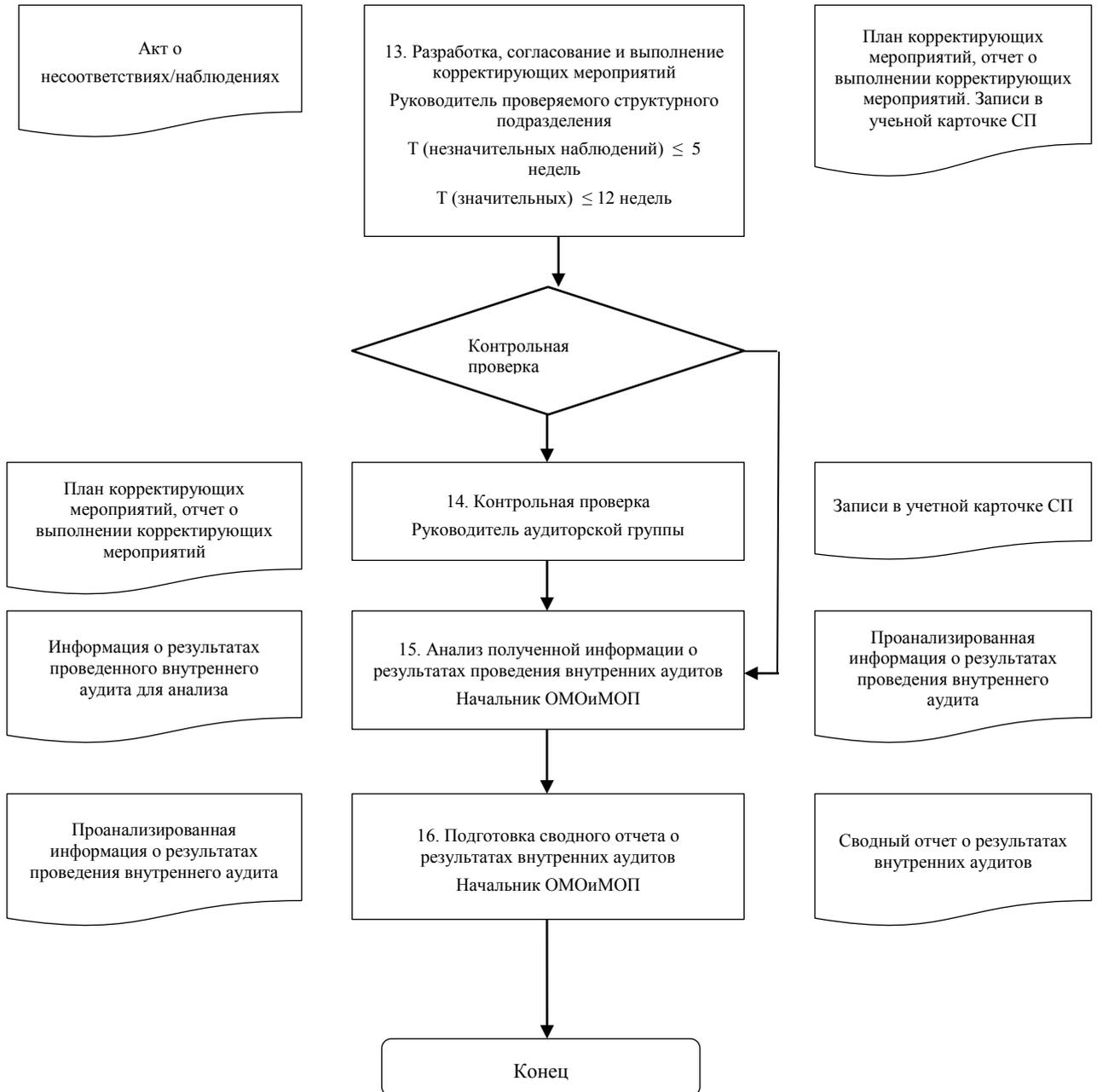
Ответственным за организацию разработки и введение процедуры в действие является начальник ОМОиМОП.



Приложение А. Графическое описание документированной процедуры







	ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
	ДП «Внутренние аудиты»
	СМК ДП - 9.2

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

	<b>Казанский (Приволжский) федеральный университет</b>	<b>Программа внутренних аудитов</b>
		Лист ____ из ____

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

Рег. № аудита	Проверяемые структурные подразделения/ процессы	Область аудита	Период проведения аудита	Примечание

Начальник ОМОиМОП

\_\_\_\_\_ инициалы, фамилия  
*подпись*  
 \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_

Проректор

\_\_\_\_\_ инициалы, фамилия  
*подпись*  
 \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

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

### Чек-лист для внутреннего аудита №

<b>Проверяемое подразделение</b>
<b>Аудитор</b>

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 курирующим проректором 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 \_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

## 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 «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 «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 ISO 9001-2015:

В своей работе комиссия руководствовалась следующими документами:

*ФГОС ВО, Устав КФУ, Регламент о балльно-рейтинговой системе оценки знаний обучающихся в ФГАОУ ВО КФУ, Положение об основной профессиональной образовательной программе высшего образования на основе федерального государственного образовательного стандарта высшего образования в ФГАОУ ВО КФУ,*



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

*Положение о рабочей программе дисциплины ФГАОУ ВО КФУ, Регламент о государственной итоговой аттестации обучающихся ФГАОУ ВО КФУ, Положение об организации текущего и промежуточного контроля знаний обучающихся ФГАОУ ВО КФУ, Положение о порядке проведения практики обучающихся ФГАОУ ВО КФУ, Положение о формировании фонда оценочных средств для проведения текущей, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся ФГАОУ ВО КФУ, Регламент движения контингента обучающихся (перевод, восстановление и отчисление студентов), Регламент подготовки и защиты курсовой работы, Регламент расчета нагрузки ППС, Положение об электронных образовательных ресурсах КФУ, «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» ГОСТ Р ИСО 9000-2008, «Системы менеджмента качества. Требования» ГОСТ Р ISO 9001-2015, «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования» ГОСТ Р 52614.2-2006, «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента» ГОСТ Р ИСО 19011-2003, «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества» ГОСТ Р 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 КФУ, ведение документооборота в соответствии с инструкцией по делопроизводству КФУ.

## 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

	ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
	ДП «Внутренние аудиты»
	СМК ДП - 9.2

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

	Казанский (Приволжский) федеральный университет	
	ПРОТОКОЛ НЕСООТВЕТСТВИЯ № /201_	Шифр аудита: Номер страницы
Подразделение:	Главный аудитор (ФИО):	
Аудитор (ФИО):	Руководитель подразделения (ФИО):	
<b>Данные о несоответствии</b>		
<p>Критерий аудита:          ФГОС ВО, Устав КФУ, Регламент о балльно-рейтинговой системе оценки знаний обучающихся в ФГАОУ ВО КФУ, Положение об основной профессиональной образовательной программе высшего образования на основе федерального государственного образовательного стандарта высшего образования в ФГАОУ ВО КФУ, Положение о рабочей программе дисциплины ФГАОУ ВО КФУ, Регламент о государственной итоговой аттестации обучающихся ФГАОУ ВО КФУ, Положение об организации текущего и промежуточного контроля знаний обучающихся ФГАОУ ВО КФУ, Положение о порядке проведения практики обучающихся ФГАОУ ВО КФУ, Положение о формировании фонда оценочных средств для проведения текущей, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся ФГАОУ ВО КФУ, Регламент движения контингента обучающихся (перевод, восстановление и отчисление студентов), Регламент подготовки и защиты курсовой работы, Регламент расчета нагрузки ППС, Положение об электронных образовательных ресурсах КФУ, «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» ГОСТ Р ИСО 9000-2008, «Системы менеджмента качества. Требования» ГОСТ Р ISO 9001-2015, «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования» ГОСТ Р 52614.2-2006, «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента» ГОСТ Р ИСО 19011-2003, «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества» ГОСТ Р ИСО 9004-2010, Политика в области качества, Цели в области качества, прочие документы.</p>		
<p>Краткое описание несоответствий:          Аудитор _____ “___” _____ 201_ г.          (подпись)</p>		
Планируемые действия для устранения несоответствия:	Отметка о выполнении:	
<b>Мнение аудиторской группы о причинах несоответствия</b>		
Причина несоответствия:		
Объективные данные, подтверждающие причину несоответствия: Аудитор _____ “___” _____ 201_ г. (подпись)		
<p><b>Реализация процедуры корректирующих/предупреждающих действий целесообразна?</b>          ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></p>		
Руководитель проверяемого подразделения: _____ “___” _____ 201_ г. (подпись)		
Корректирующее/предупреждающее действие выполнено: (ненужное зачеркнуть) Руководитель проверяемого подразделения _____ / _____ “___” _____ 201_ г. (подпись)		
Оценка корректирующего/предупреждающего действия (ненужное зачеркнуть): <b>Удовлетворительно/ Неудовлетворительно</b> Аудитор _____ “___” _____ 201_ г. (подпись)		

	ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
	ДП «Внутренние аудиты»
	СМК ДП - 9.2

**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.





ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

**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					



ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

ДП «Внутренние аудиты»

СМК ДП - 9.2

УК №	Наименование структурного подразделения	ФИО пользователя	Подпись пользователя	Дата	Примечание
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
95					
96					