	МИНОБРНАУКИ РОССИИ
	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Владивостокский государственный университет экономики и сервиса»
	Система качества
	Центр менеджмента качества



УТВЕРЖДАЮ

Ректор ВГУЭС

Г.И.Лазарев

2012 г.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

ВНУТРЕННИЙ АУДИТ ПРОЦЕССОВ УНИВЕРСИТЕТА СК-СТО-ДП-21-001-2012

РАЗРАБОТАНО

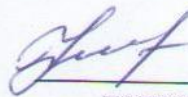
Директор
центра менеджмента качества


подпись, дата

Г.Л.Овсянникова

СОГЛАСОВАНО

Главный специалист
по внутреннему аудиту



подпись, дата

И.П.Николаева

Ведущий специалист отдела
образовательных программ и стандартов
профессионального образования



подпись, дата

Н.И.Попова

Введено в действие приказом от «16» 10 2012 г. № 938

Владивосток 2012

Содержание

1 Назначение и область применения процедуры	3
2 Нормативные документы	3
3 Термины и определения	3
4 Общие положения	4
5 Описание процедуры	6
6 Ответственность и полномочия	9
7 Приложения	9
Приложение А. Форма годового плана графика на проведение внутреннего аудита.....	10
Приложение Б. Форма для составления плана аудита проверяемого подразделения.....	11
Приложение В. Форма контрольного листа	12
Приложение Г. Форма листа регистрации несоответствий	13
Приложение Д. Форма отчета о проведенном внутреннем аудите	14
Приложение Е. Форма плана корректирующих/предупреждающих мероприятий	15

1 Назначение и область применения процедуры

1.1 Настоящая процедура устанавливает единый порядок проведения внутренних проверок систем менеджмента качества (далее — СК) Владивостокского государственного университета экономики и сервиса (далее — ВГУЭС), а именно: порядок управления, проведения и документального оформления результатов внутренних проверок процессов университета и сопровождающих их документов, а также требования к персоналу, проводящего их.

1.2 Настоящий стандарт обязателен для всех подразделений университета, заинтересованных в мониторинге результативности их деятельности, и входит в состав документов, обеспечивающих проведение внутренних проверок во всех структурных подразделениях университета.

2 Нормативные документы

Настоящая документированная процедура разработана с учетом требований следующих нормативных документов:

– ГОСТ Р ИСО 9000-2008 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» (утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18 декабря 2008г. №470-ст);

– ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Системы менеджмента качества. Требования» (утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18 декабря 2008г. №471-ст);

– ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого развития организации. Подход на основе менеджмента качества» (утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 23 ноября 2010г. №501-р);

– ГОСТ Р ИСО 19011– 2003. «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента» (принят и введен в действие постановлением Госстандарта России от 29 декабря 2003г. № 432-ст).

3 Термины и определения

3.1 В настоящем стандарте употребляются следующие термины в соответствии с ГОСТ Р ИСО 19011– 2003:

Аудит (проверка) — систематический, независимый и документированный процесс получения результатов аудита и объективного его оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита (совокупность процедур и требований).

Внутренний аудит (проверка) — проводится самим ВГУЭС или от его имени для внутренних целей и может служить основанием для декларации о соответствии или несоответствии проверяемой деятельности установленным требованиям.

Аудитор (эксперт) — лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита.

Примечания

1 Сотрудник университета, привлекаемый в качестве аудитора, должен обладать способностями применять знания и опыт к процессам или деятельности, подвергаемым аудиту.

2 Аудитор должен иметь высшее образование, и стаж работы в организации не менее 1 года.

Аудиторская группа (комиссия) — несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими экспертами.

Технический эксперт — лицо, представляющее аудиторской группе свои знания или опыт по специальному вопросу.

Примечания

1 Знания или опыт по специальному вопросу могут быть отнесены к университету, процессу или деятельности, подвергаемому аудиту.

2 Технический эксперт не участвует в аудиторской группе в качестве аудитора.

План-график аудита — совокупность нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели.

План аудита — описание деятельности и/или мероприятий по проведению аудита.

Область аудита — содержание и границы аудита, обычно включает организационную структуру, виды деятельности и процессов, а также охватываемый период времени.

3.2 В настоящем стандарте употребляются следующие термины соответствия с с ГОСТ Р ИСО 9000-2008:

Корректирующее действие — действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Примечание — Корректирующие действия предпринимаются для предотвращения повторного возникновения события.

Предупреждающее действие — действие, предпринятое для устранения причины *потенциального* несоответствия или другой *потенциально* нежелательной ситуации

Несоответствие — невыполненное требования.

4 Общие положения

4.1 **Основными целями** внутренней проверки являются:

– обеспечение руководства университета объективной и своевременной информацией о степени соответствия деятельности и ее результатов установленным требованиям, которые определены во внешних или внутренних документах;

– определение результативности СК с точки зрения достижения целей, установленных как стратегическими приоритетами так и в области качества;

– определение возможностей совершенствования СК.

4.2 Систематическое проведение внутренних проверок СК позволяет:

- определять достаточность (состав и полноту) документов, обеспечивающих работу подразделений и/или взаимодействие между ними;
- проверять фактическое выполнение процедуры по управлению документацией (оформление, учет, изъятие, хранение и т.п.);
- проверять выполнение решений руководства, направленных на обеспечение и улучшение деятельности университета;
- выявлять те процессы и процедуры, в которых не в полной мере выполняются требования нормативной внешней документации и стандартов университета;
- определять и предпринимать необходимые действия для устранения выявленных несоответствий;
- анализировать результаты предпринятых мер по устранению несоответствий, выявленных при проведении предыдущих проверок.

4.3 Результаты внутренних проверок являются исходными данными для анализа состояния и оценки результативности СК, что необходимо руководству университета для принятия управленческих решений.

4.4 Планирование внутренних аудитов и составление **плана-графика проведения внутренних аудитов во ВГУЭС** осуществляется на год и утверждается первым проректором. Форма плана-графика приведена в Приложении А

Согласованный план-график внутренних проверок не позднее 15 октября текущего учебного года доводится до сведения всех руководителей проверяемых подразделений.

В процессе выполнения годового плана-графика внутренних проверок в случае необходимости в него могут быть внесены изменения. Основанием для внесения изменений в план-график являются обоснованная производственными или иными обстоятельствами необходимость.

Изменения в план-график могут быть внесены по инициативе руководителей университета и руководителей подразделений. Центр менеджмента качества в двухдневный срок готовит проект приказа о внесении изменений в план график и представляет его на рассмотрение и утверждение первому проректору университета.

Допускается по решению руководства университета проведение внеплановых проверок подразделений, отдельных сотрудников и видов деятельности университета без внесения их в план-график. Процедура проведения внепланового аудита аналогична плановому аудиту.

4.5 При документировании результатов роля рекомендуется использовать формы документов внутреннего аудита:

- план аудита проверяемого подразделения (Приложение Б);
- контрольный лист (Приложение В);

- лист регистрации несоответствия (Приложение Г);
- отчет о проведенном внутреннем аудите (Приложение Д);
- план корректирующих/предупреждающих мероприятий (Приложение Е).

План проведения внутреннего аудита является приложением к отчету о результатах внутреннего аудита.

В отдельных случаях, когда объем проверки незначителен или проверяется одна операция, по согласованию с директором ЦМК план проведения внутреннего аудита не готовится.

4.6 Объем плана внутренних проверок СК и их периодичность зависит от степени разнообразия видов работ, степени их сложности, а также от состояния самого процесса (реализуется ли он уже в полной мере или еще только устанавливается).

4.7 Аудиторы не могут проверять свою собственную деятельность.

4.8 Аудиторская группа формируется с учетом компетентности, необходимой для целей аудита. При небольшом объеме работ группа может состоять и из одного руководителя проверки. Руководителем группы аудиторы, в этом случае, назначаются наиболее компетентные аудиторы при утверждении годового плана внутренних проверок. Все аудиторы обеспечиваются необходимыми для проведения проверки документами и необходимой информацией руководителем проверяемого подразделения.

4.9 Аудитор должен уметь работать с документами, не перебивать собеседника, не вступать в спор, быть объективным при проведении анализа, объективно и точно записывать результаты наблюдений в ходе проверки, придерживаться запланированного хода проверки, иметь достаточное представление о предмете проверки, не разглашать конфиденциальную информацию, полученную в ходе проведения аудита.

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

4.11 Аудиторы совершенствуют, поддерживают и улучшают свою компетентность через регулярное участие в аудитах, постоянное профессиональное развитие и обучение, проводимое Центром менеджмента качества.

1.12 С целью повышения объективности аудитов директор Центра менеджмента качества ежегодно проводит:

- оценку выполнения плана графика аудитов;
- анализ выявленных несоответствий;
- оценку выполнения корректирующих и предупреждающих действий;
- результаты оценки компетентности групп по аудиту.

5 Описание процедуры

Описание процедуры представлено следующей схемой

Ответственный	Схема	Описание
<p>Директор ЦМК</p> <p>Утверждается первым проректором</p>	<pre> graph TD A[Разработка и утверждение Плана графика внутренних аудитов] --> B[План-график (до 10 Октября)] B --> C[Доведение до сведения руководителей структурных подразделений (до 15 октября)] </pre>	<p>План-график аудита включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – объект аудита; – цель; – руководитель аудиторской группы; – сроки проверки. <p>До 10 октября</p> <p>До 15 октября</p>
<p>Директор ЦМК</p> <p>Ведущий специалист ЦМК</p>	<pre> graph TD D[Формирование аудиторских групп] --> E[Распоряжение (за 2 недели до аудита)] </pre>	<p>Руководитель аудиторской группы совместно с директором ЦМК формируют аудиторские группы с учетом квалификации и компетентности аудиторов для достижения целей аудита</p> <p>За 2 недели до аудита</p>
<p>Руководитель аудиторской группы</p> <p>Руководитель аудиторской группы</p>	<pre> graph TD F[Разработка и утверждение плана аудита и уведомление проверяемого подразделения] --> G[План (за 5 дней до начала аудита)] </pre>	<p>В плане проведения внутреннего аудита указывают цель, критерии аудита, ответственность аудиторов (<i>Приложение Б</i>).</p> <p>Факт выдачи руководителю проверяемого подразделения плана аудита является подписью на получение плана аудита.</p> <p>За 5 дней до начала аудита</p>

Ответственный	Схема	Описание
<p data-bbox="325 197 427 228">группы</p> <p data-bbox="284 524 469 631">Руководитель аудиторской группы</p> <p data-bbox="284 819 469 927">Руководитель аудиторской группы</p> <p data-bbox="284 1034 469 1142">Руководитель аудиторской группы</p>	<pre> graph TD A[Рабочее совещание с аудиторами] --> B[Подготовка рабочих документов] B --> C[Проведение предварительного совещания с проверяющими подразделениями] C --> D[Сбор данных] D --> E[Формирование выводов и заключений по результатам аудита] E --> F[Проведение заключительного совещания с руководителями структурных подразделений] F --> G[Формирование и утверждение отчета по аудиту] </pre>	<p data-bbox="948 197 1505 371">Руководитель аудиторской группы до начала аудита организует ознакомление аудиторской группы с документами, регламентирующими деятельность подразделения.</p> <p data-bbox="995 416 1457 483">Формы рабочих документов <i>(Приложение В), (Приложение Г)</i></p> <p data-bbox="948 524 1505 667">На предварительном совещании знакомят специалистов проверяемого подразделения с методами и процедурами, используемыми при аудите.</p> <p data-bbox="948 707 1505 810">Сбор данных осуществляют методами опроса, наблюдения за деятельностью, анализа документов.</p> <p data-bbox="948 819 1505 1034">Информацию, указывающую на наличие несоответствия, фиксируют независимо от того, входит она в перечень контрольных вопросов, запланированных для данной проверки или нет. Заполняется <i>(Приложение В)</i></p> <p data-bbox="948 1043 1505 1290">Аудиторская группа готовит заключения по результатам аудита о соответствии или несоответствии критериям аудита <i>(заполняется приложение Г)</i>, необходимости корректирующих и предупреждающих действий и дает рекомендации по ее улучшению</p> <p data-bbox="948 1330 1505 1662">Рассматриваются и устраняются разногласия во мнениях с проверяемым подразделением по свидетельствам и выводам аудита. При необходимости составляется план корректирующих/предупреждающих мероприятий <i>(Приложение Д)</i> Руководитель аудиторской группы представляет рекомендации по улучшению.</p> <p data-bbox="948 1702 1505 1845">Все выявленные несоответствия, включая устраненные в ходе аудита, регистрируются в листах регистрации несоответствий</p> <p data-bbox="948 1854 1505 1989">Несоответствия, устраненные в ходе аудита, регистрируют в отчете внутреннего аудита с отметкой «устранено в ходе аудита».</p>

Ответственный	Схема	Описание
<p>Руководитель аудиторской группы</p> <p>Ведущий специалист ЦМК</p>	<pre> graph TD A[Отчет по аудиту] --> B[Рассылка отчета по аудиту] B --> C[Отчет] </pre>	<p>Отчет готовят в 2-х экземплярах и передают в ЦМК.</p> <p>1 экз. — ЦМК, 1 экз. — руководителю проверяемого подразделения</p>

6 Применяемые формы и порядок хранения информации

6.1 Порядок хранения информации

Оригиналы отчетов об аудите, листы регистрации несоответствий, планы аудитов хранятся в Центр менеджмента качества в течение трёх лет. По истечению трех лет ответственный за управление документацией Центра менеджмента качества (специалист ЦМК) уничтожает вышеперечисленные документы в установленном порядке.

6.2 Анализ, обобщение и использование результатов внутренних проверок качества

План корректирующих/предупреждающих мероприятий составляет руководитель подразделения/процесса в течение одной недели с момента получения отчета. План должен содержать описание предлагаемых мероприятий, ответственных лиц за их выполнение и сроки выполнения (Приложение Е).

По истечении срока выполнения плана корректирующих/предупреждающих мероприятий, по решению руководства университета, проводится повторная проверка на выполнение плана (*не позже 6 месяцев*).

Директор ЦМК готовит проект распоряжения о проведении в данном подразделении повторной проверки по поводу оценки выполнения запланированных мероприятий.

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

Если проверенное подразделение не проводит корректирующих действий или не выполняет мероприятий по устранению несоответствий, вопрос

об этом ставится на оперативном ректорском совещании по представлению директора ЦМК.

Проверка выполнения корректирующих/предупреждающих мероприятий в подразделениях, где не было зафиксировано грубых несоответствий, проводится в ходе очередной проверки.

6 Ответственность и полномочия

6.1 Ответственность за организацию разработки и введение процедуры в действие несет директор ЦМК.

6.2 Ответственность за ежегодное планирование проведения проверок несет директор ЦМК.

6.3 Ответственность за планирование хода проверки, проверку и составление отчета о проверке несет руководитель аудиторской группы.

6.4 Ответственность за обеспечение доступа аудитора к интересующей информации, планирование и своевременное выполнение корректирующих/предупреждающих мероприятий по обнаруженным несоответствиям несет руководитель подразделения.

Приложение А
Форма годового план-графика на проведение внутреннего аудита

Ф-01
СК-СТО-ДП-21-001-2012

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор

_____ Б.И.Гельцер
«__» _____ 20__ г.

ПЛАН-ГРАФИК ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ ВГУЭС
на 20__ год

Структурное подразделение	Проверяемый процесс или деятельность	Руководитель аудиторской группы	Дата проведения проверки

Исполнитель
Директор
Центра менеджмента качества

_____ Ф.И.О.
подпись

Приложение Б
Форма для составления плана аудита проверяемого подразделения
(рекомендуемое)

Ф-02
СК-СТО-ДП-21-001-2012

УТВЕРЖДАЮ
Директор
центра менеджмента качества
_____ ФИО

«__» _____ 200__ г.

ПЛАН АУДИТА

Основание для проведения аудита _____
приказ, распоряжение

Цель аудита _____
Наименование структурного подразделения

Руководитель аудиторской группы _____
Ф.И.О.

Время проведения аудита _____
с _____ по _____

Дата предоставления отчета _____

1 Перечень процессов/процедур, подлежащих аудиту

Процесс/процедура	Ф.И.О. членов аудиторской группы	Дата

2 Перечень проверяемых документов

Проверяемый процесс/процедура	Список проверяемых документов

Исполнитель
Руководитель аудиторской группы _____ ФИО
подпись, дата

План аудита получил
Руководитель структурного подразделения _____ ФИО
подпись, дата

Приложение В
Форма контрольного листа
(рекомендуемое)

Ф-03
СК-СТО-ДП-21-001-2012

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ
для проведения аудита

Подразделение _____

№	Требования, вопросы	Полученная информация, свидетельства

Аудитор

подпись, дата Ф.И.О.

СОГЛАСОВАНО

Руководитель
структурного подразделения

подпись, дата Ф.И.О.

Приложение Г
Форма листа регистрации несоответствий
(обязательное)

Ф-04
СК-СТО-ДП-21-001-2012

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ НЕСООТВЕТСТВИЙ

_____ *Наименование структурного подразделения* _____
к аудиту от «__» _____ 20__ г.

№	Краткое описание несоответствий	Обнаруженное несоответствие признается ДА/НЕТ	Критерий Аудита*	Возможные причины несоответствия	Коррекция, корректирующие действия, предупреждающие действия**
1					

* *дать ссылку на требование (положение стандарта, документа системы и т.д.), нарушение которого привело к появлению данного несоответствия)*

** *нужное вставить*

Руководитель проверяемого подразделения _____

Ф.И.О., подпись

_____ дата

Руководитель аудиторской группы _____

Ф.И.О., подпись

_____ дата

Аудитор _____

Ф.И.О., подпись

_____ дата

Приложение Е
Форма плана корректирующих/предупреждающих мероприятий

Ф-06
СК-СТО-ДП-28-001-2012

УТВЕРЖДАЮ

Вышестоящий руководитель

_____ ФИО

«__» _____ 200__ г.

ПЛАН КОРРЕКТИРУЮЩИХ/ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ
по несоответствиям, обнаруженным в ходе внутреннего аудита

Наименование структурного подразделения, дата аудита

Несоответствия	Корректирующее действие	Ответственный исполнитель	Срок выполнения	Отметка о выполнении

РАЗРАБОТАНО

Руководитель подразделения

_____ Ф.И.О.
подпись, дата

ПРИНЯТО

Директор ЦМК

_____ 20__ г.
ФИО подпись дата