



АО «Казакский университет технологии и бизнеса»

Редакция 4

Системы менеджмента качества. Стандарт университета  
«Внутренние аудиты»

СТУ 20-22.23-2021

Утверждаю

Президент – ректор

АО «Казакский университет  
технологий и бизнеса»

д.т.н., профессор

С. Байбеков

2022 г.



## СТАНДАРТ УНИВЕРСИТЕТА

### ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ

Астана - 2022

©Является интеллектуальной собственностью АО «КазУТБ»  
Перепечатка и/или дальнейшая передача третьим лицам запрещается.



АО «Казакский университет технологии и бизнеса»

Редакция 4

Системы менеджмента качества. Стандарт университета  
«Внутренние аудиты»

СТУ 20-22.23-2021

## ПРЕДИСЛОВИЕ

**1 РАЗРАБОТАН И ВНЕСЕН** Рабочей группой (РГ) совместно с отделам обеспечения качества и аккредитации

**Руководитель РГ:** Проректор по учебно-методической работе, к.ф-м. Идирисов Ж.М.

**Представитель РК:** Проректор по учебно-методической работе, к.э.н. к.ф-м. Идирисов Ж.М.

**2 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ** решением Ученого совета протокол № 5 от «28» декабря 2022 г.

**3 РАЗРАБОТЧИК:** Отдел обеспечения качества и аккредитации

**4 ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕРКИ** 3 года

**5 ВВЕДЕН ВЗАМЕН** СТУ «Внутренние аудиты» СТУ-2021, утв. 31 августа 2021 г.

Настоящий Стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без разрешения Президент - ректора АО «КазУТБ»



**СОДЕРЖАНИЕ**

1 Область применения	4
2 Нормативные ссылки	4
3 Основные термины	4
4 Сокращения и обозначения	5
5 Ответственность и полномочия	5
6 Цели и задачи аудита	6
7 Перечень ресурсов, необходимых для внутреннего аудита	6
8 Планирование внутренних аудитов	7
9 Подготовка к аудиту	7
10 Подготовка к аудиту на месте	9
11 Проведение аудита	9
12 Оформление результатов проверки	10
13 Проверка и анализ итогового отчета	11
14 Компетентность внутренних аудиторов	12
15 Анализ выходных данных	13
16 Алгоритм проведения процедуры	14
17 Изменения СТУ	14
18 Согласование, хранение и рассылка	14
Приложение А Форма программы проведения внутреннего аудита	15
Приложение Б Форма опросного листа о состоянии СМК	16
Приложение В Форма контрольного листа по аудиту	18
Приложение Г Форма листа несоответствия	19
Приложение Д Форма итогового отчета по аудиту	20
Приложение Е Классификация несоответствий	21
Приложение Ж Форма плана корректирующих действий	22
Приложение И Форма плана предупреждающих действий	23
Приложение К Форма стандарт университета «внутренние аудиты»	24
Приложение Л Лист согласования	25
Приложение М Лист рассылки	26



	АО «Казахский университет технологии и бизнеса»	Редакция 4
	Системы менеджмента качества. Стандарт университета «Внутренние аудиты»	СТУ 20-22.23-2021

## 1 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящий стандарт (далее - СТУ) устанавливает ответственность и требования к планированию и проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества (далее - СМК) в АО «Казахском университете технологии и бизнеса» (далее – АО «КазУТБ»).

1.2 Положения настоящего СТУ обязательны для всех структурных подразделений АО «КазУТБ».

1.3 Настоящий стандарт входит в состав документов СМК АО «КазУТБ».

## 2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем СТУ использованы ссылки на следующие нормативные документы:

Наименование документов	Сведения об утверждении (№, дата)	Изменения и дополнения в нормативный документ (№, дата)
Закон РК «Об образовании»	№ 319-III от 27.07.2007 г.	с изменениями и дополнениями от 26.12.2022 г. № 168-VII
Международный стандарт ISO 9000:2015 «Система менеджмента качества. Требования» (Quality management systems – Requirements, IDT)	№1390-ст от 28 сентября 2015 г.	
Международный стандарт ISO 9000:2015 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь»	№1390-ст от 28 сентября 2015 г.	
СТ РК ISO 9001:2016 «Система менеджмента качества. Требования»	№285-од от 14 ноября 2016 г.	
«Системы менеджмента качества. Стандарт университета. Управление документацией» СТУ 01-2021	№1 от 30 августа 2021 г.	
«Системы менеджмента качества. Стандарт университета. Управление записями». СТУ 09-2021	№1 от 30 августа 2021 г.	

## 3 ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ

В настоящем СТУ применяются термины и определения в соответствии с МС ИСО 9001:2015, МС ИСО 19011:2011.

<b>Стандарт университета</b>	документ СМК. Документ, разработанный в университете и утвержденный должностным лицом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, руководящие принципы и характеристики различных видов деятельности, или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения деятельности в определенной области
<b>Форма</b>	шаблон документа СМК





АО «Казакский университет технологии и бизнеса»

Редакция 4

Системы менеджмента качества. Стандарт университета  
«Внутренние аудиты»

СТУ 20-22.23-2021

<b>Запись по качеству</b>	документ СМК, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществления деятельности, оформленный на бумажном носителе или в электронном виде
<b>Согласование документа</b>	способ предварительного рассмотрения и оценки проекта документа всеми заинтересованными структурными подразделениями университета (должностными лицами)
<b>Утверждение документа</b>	способ удостоверения документа, санкционирующий распространение положений документа на определенный круг должностных лиц университета (структурных подразделений)
<b>Регистрация документа</b>	запись учетных данных о документе по установленной форме, фиксирующая факт его создания, отправления или получения
<b>Уничтожение документа</b>	полная ликвидация документа
<b>Номенклатура дел</b>	систематизированный перечень наименований дел, принятых в университете (подразделении), с указанием сроков их хранения, оформленный в установленном порядке.

#### 4 СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

АО «КазУТБ»	АО «Казакский университет технологии и бизнеса»
ГОСО	государственный общеобязательный стандарт образования
РК	руководство по качеству
СТУ	стандарт университета
МИ	методическая инструкция
РИ	рабочая инструкция
ПСП	положение о структурном подразделении
СМК	система менеджмента качества
ДСМК	документ системы менеджмента качества
ПО	программное обеспечение
ООКиА	отдел обеспечения качества и аккредитации
РГА	руководитель группы по аудиту
ГА	группа по аудиту
ЛН	лист несоответствия
СП	структурное подразделение
НСП	начальник (руководитель) структурного подразделения
ВР	высшее руководство
ПРК	представитель руководства по качеству

#### 5 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

5.1 Ответственность за утверждение СТУ несет Президент-ректор АО «КазУТБ».

5.2 Президент-ректор несет ответственность за утверждение годового плана аудитов качества.





5.3 Ответственность за внедрение и управление процедурой несут ПРК и руководитель отдела ОКИА.

5.4 Руководителем процедуры является руководитель ОКИА.

5.5 Ответственность за организацию и координацию деятельности по выполнению конкретных этапов процесса внутреннего аудита и их конечные результаты несет РГА.

5.6 Ответственность за проведение корректирующих и предупреждающих действий по устранению выявленных и потенциальных несоответствий и их причин по результатам внутреннего аудита несут руководители проверяемых СП.

5.7 Ответственность за качество выполнения работ по конкретным этапам аудита несут члены ГА.

5.8 Руководитель ОКИА несет ответственность:

- за разработку годового плана аудитов;
- за координацию и помощь РГА на всех этапах аудита качества;
- за проведение анализа результатов аудита качества.

5.9 Руководитель СП несет ответственность:

- за своевременное предоставление всех необходимых материалов для проведения аудита качества;

- за заполнение листа несоответствия.

5.10. РГА несет ответственность:

- за разработку программы аудита;
- за подготовку и проведение всех этапов аудита качества;
- за заполнение листа несоответствия.

5.11 Член ГА (аудитор) несет ответственность за качественное проведение аудита в СП.

## 6 ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ АУДИТА

6.1 Основной целью проведения внутренних аудитов является подтверждение эффективности функционирования СМК и удостоверения, что СМК действует результативно.

6.2 Основными задачами при проведении внутренних аудитов являются:

- оценка степени соответствия СМК требованиям МС ИСО 9001:2015 и другим критериям аудита (СТУ, ГОСО, контракту и т.д.);
- оценка эффективности функционирования СМК и определение возможностей и путей ее улучшения (идентификация области потенциального улучшения СМК);
- установление соответствия и несоответствия СМК установленным требованиям;
- оценка способности СП (АО «КазУТБ») выполнять требования контрактов (договоров);
- определение всех причин выявленных несоответствий (основных, дополнительных, сопутствующих);
- проверка и оценка эффективности корректирующих и предупреждающих действий по результатам предыдущих проверок.

## 7 ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

7.1 К ресурсам, необходимым для проведения аудита относятся:

- финансовые ресурсы;
- методы и средства улучшения аудита и повышения компетентности аудиторов.





## 8 ПЛАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

8.1 Проведение внутренних аудитов должно осуществляться в соответствии с МС ИСО 9001:2015 и МС ИСО 19011:2011 по разработанному, внедренному, результативно и эффективно поддерживаемому годовому плану аудита.

8.2 Цель годового плана аудита – спланировать вид и количество аудитов, идентифицировать и обеспечить ресурсами, необходимыми для их проведения.

8.3 Каждый аудит должен базироваться на документированных целях, области и критериях, которые должны входить в годовой план аудита.

8.4 Годовой план проведения внутренних аудитов СМК должен разрабатываться отделом ОКИА с учетом:

- статуса и важности процессов и участков, подлежащих аудиту;
- результатов предыдущих аудитов;
- указаний высшего руководства;
- целей аудитов (как всей СМК, так и ее отдельных требований);
- динамики появления несоответствий образовательной услуги;
- актов, составленных по результатам сертификации и инспекционного контроля;
- проведения структурных или других организационных изменений (изменение структуры управления, формы собственности и т.п.).

- изменения требований ГОСО и требований потребителей.

8.5 Годовой план внутренних аудитов СМК должен содержать:

- цели аудита;
- критерии аудита;
- область аудита (отделы, функции, процессы СМК, которые подвергаются аудиту, период времени аудита);
- Ф.И.О. РГА;
- Ф.И.О. аудиторов.

8.6 Годовой план проведения внутренних аудитов утверждается Президент-ректором АО «КазУТБ».

8.7 Изменения в годовой план проведения внутренних аудитов вносятся по решению ПРК в следующих случаях:

- при введении в действие новых документов СМК;
- при поступлении информации от потребителей или контролирующих внешних организаций о несоответствии качества продукции установленным требованиям;
- при наличии конкретных рекомендаций аудиторов.

8.8 Периодичность (частота) внутренних аудитов устанавливается в зависимости от статуса и важности процессов СП, но не реже одного раза в год.

8.9 Назначение области аудита (глубины и границ аудита) зависит от целей и вида аудита (плановый или неплановый).

## 9 ПОДГОТОВКА К АУДИТУ

9.1 Проведение внутреннего аудита осуществляется в соответствии с утвержденным годовым планом.

9.2 РГА и состав группы аудиторов назначается руководителем ООКиА (руководителем процедуры) с учетом компетентности аудиторов, необходимой для достижения целей аудита, и независимости аудиторов от деятельности СП, которое должна проверяться.

Если аудит осуществляет один аудитор, он должен выполнять и обязанности РГА.





9.3 Процесс оценивания компетентности аудиторов должен осуществляться в соответствии с разделом МС ИСО 19011.

9.4 В соответствии с годовым планом внутренних аудитов РГА планирует проведение конкретных аудитов, а именно:

- составляет программу аудита;
- распределяет обязанности между членами группы по аудиту;
- извещает проверяемое подразделение и членов группы о времени и объектах аудита.

9.5 Программа внутреннего аудита разрабатывается на основании годового плана внутренних аудитов СМК и включает:

- наименование проверяемого структурного подразделения и/или процессов СМК;
- основание для аудита;
- цели, критерии, объемы данного аудита;
- состав группы аудиторов и сопровождающих лиц;
- график и сроки работы, включая совещания;
- сроки обобщения и согласования результатов аудита;
- распределение ресурсов для проведения аудита;
- ссылки на соответствующие стандарты, методические и рабочие документы.

Форма программы внутреннего аудита приведена в приложении А.

9.6 Объектами аудита служат:

- область применения СМК;
- соответствие качества продукции требованиям ГОСО и требованиям потребителей;
- полнота и точность отражения требований МС ИСО 9001:2015 в документах СМК;
- функционирование СМК, с точки зрения фактического выполнения требований

документов системы, и обеспечение ее результативности в соответствии с МС ИСО 9001:2015.

9.7 Программа внутреннего аудита должна быть согласована со всеми проверяемыми подразделениями и утверждена руководителем ООКиА.

9.8 РГА уведомляет об аудите руководителя проверяемого СП и аудиторов в срок, не позднее, чем за 7 дней до проведения аудита.

9.9 Руководителю проверяемого СП может предоставляться:

- утвержденная программа аудита;
- опросный лист (при необходимости);
- запрос на необходимые материалы, имеющие отношение к конкретному аудиту.

9.10 К материалам или документам, которые могут быть запрошены аудиторской группой, относятся:

- цели подразделения в области качества;
- положение о СП;
- должностные инструкции руководителя и сотрудников СП;
- нормативные документы, используемые в работе подразделения (стандарты, положения, инструкции и т.д.);
- материалы по предыдущим внутренним аудитам и другие данные, характеризующие работу СП.

9.11 Форма опросного листа по проведению внутреннего аудита приведена в приложении Б.

9.12 Решение об использовании опросного листа принимает РГА по согласованию с руководителем ООКиА.

9.13 В случае, когда аудит осуществляет группа из нескольких лиц, РГА должен распределить обязанности между ними по аудиту с учетом следующих требований:

- обеспечения независимости аудитора;





- аудитор не должен проверять свою собственную работу;
- компетентности аудитора;
- эффективного использования ресурсов.

9.14 В ходе аудита для достижения цели аудита РГА может вносить изменения в распределение обязанностей аудиторов.

## 10 ПОДГОТОВКА К АУДИТУ НА МЕСТЕ

10.1 РГА должен провести анализ документации, представленной подразделением по пункту 8.10, с целью определения готовности проверяемого подразделения и процессов СМК к аудиту.

10.2 В случае, когда документация СМК подразделения признана неадекватной и не может соответствовать области аудита или его критериям, РГА представляет отчет руководителю процедурой, в которой указывает выявленные несоответствия.

10.3 РГА устанавливает срок устранения несоответствий и их причины, а также меры воздействия на руководителей СП и ответственных должностных лиц, по вине которых имеются несоответствия.

10.4 Руководитель РГА совместно с руководителем проверяемого СП, назначает необходимые корректирующие действия.

10.5 Если это целесообразно, Президент-ректор АО «КазУТБ» издает приказ о мерах административного воздействия на ответственных лиц за нарушения в области СМК.

10.6 Группа по аудиту должна подготовить следующие рабочие документы для проведения аудита на месте:

- контрольный лист (чек-лист, при необходимости) по аудиту (приложение В);
- «Лист несоответствия» (приложение Г);
- «Итоговый отчет по аудиту» (приложение Д).

10.7 Контрольные листы и любые записи свидетельств и наблюдений аудита должны храниться до завершения аудита у РГА.

10.8 Хранение документов после завершения аудита производится в ООКиА в соответствии с номенклатурой дел.

## 11 ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТА

11.1 При аудите РГА в СП проводится предварительное совещание вместе с руководителем проверяемого СП и с участием ответственных лиц за проверяемые функции и процессы.

11.2 На предварительном совещании объявляются цели проведения аудита, объясняется его характер и указываются сопровождающие лица.

11.3 Сопровождающие лица должны содействовать группе по аудиту, но они не должны оказывать влияние на проведение аудита. В их обязанности входит:

- обеспечение контактов в назначенное время для бесед;
- обеспечение посещений определенных участков (лабораторий, аудиторий и др.);
- обеспечение безопасности и ознакомление группы по аудиту с правилами безопасности.

11.4 Данные, соответствующие целям, области и критериям аудита, должны быть собраны и проверены, и включать информацию по взаимодействию между функциями, деятельностью, процессами. Только проверенная информация является свидетельством аудита. Свидетельства аудита должны быть записанными.

11.5 В ходе аудита на месте должны использоваться следующие методы аудита:





- опросы сотрудников;
- наблюдения за деятельностью, окружающей и производственной средой и условиями;

- анализ документов.

11.6 Собранные свидетельства аудита должны быть оценены по критериям аудита с тем, чтобы получить достоверные результаты аудита.

11.7 В случае выявленных несоответствий критериям аудита должна быть заполнена форма «Лист несоответствия» на каждое выявленное несоответствие. Классификация несоответствий приведена в приложении Е.

11.8 Несоответствие анализируется в СП и заполняется «План корректирующих действий», «План предупреждающих действий».

11.9 Подготовка отчета по результатам аудита включает следующее:

- анализ наблюдений аудита на соответствие его целям;
- согласование отчета;
- подготовка рекомендаций, если это предусмотрено целями аудита.

11.10 Отчет по результатам аудита может охватывать следующее:

- степень соответствия СМК критериям аудита;
- эффективность внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК;
- пригодность, адекватность и результативность процессов СП.

11.11 На заключительном совещании в СП РГА должны быть изложены результаты аудита.

## 12 ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕРКИ

12.1 РГА несет ответственность за подготовку и содержание итогового отчета по внутреннему аудиту.

12.2 Итоговый отчет по аудиту (приложение Д) должен содержать следующую полную, точную и понятную запись по аудиту:

- дату и место проведения аудита;
- идентификацию членов группы аудита;
- идентификацию проверяемого СП;
- критерии аудита;
- контакты в ходе аудита;
- выставленные несоответствия и замечания (наблюдения по аудиту);
- описание выявленного несоответствия;
- заключение (рекомендации);
- список рассылки;
- приложения (при необходимости).

В приложении может быть представлена информация:

- статистические данные по аудиту;
- описание препятствий при проведении аудита;
- неразрешенные проблемы между группой аудита и проверяемым СП;
- рекомендации по последующим аудитам и т.д.

В разделе «Заключение» итогового отчета дается оценка того, насколько проверяемое подразделение способно обеспечить достижение целей в области качества; насколько деятельность персонала соответствует требованиям СМК; эффективны ли корректирующие мероприятия по результатам предыдущих проверок; какова оперативность устранения несоответствий (в случае их наличия).

В разделе «Рекомендации» указывается:





- необходимость и срок разработки корректирующих действий на уровне подразделения или организации;
- несоответствия, которые необходимо устранить до разработки плана корректирующих действий;
- предложения для включения в план корректирующих действий;
- рекомендации по совершенствованию документов СМК.

### 13 ПРОВЕРКА И АНАЛИЗ ИТОГОВОГО ОТЧЕТА

13.1 РГА должен представить итоговый отчет в ООКиА в установленный программой аудита срок.

13.2 Руководитель ООКиА анализирует итоговый отчет совместно с РГА. «План корректирующих действий», «План предупреждающих действий» (приложение Ж, И) составляется руководителем проверяемого СП и согласовывается с РГА.

13.3 Руководители соответствующих СП должны обеспечить, чтобы действия персонала для устранения обнаруженных несоответствий и вызвавших их причин предпринимались без излишней отсрочки.

13.4 Верификация корректирующих и предупреждающих действий.

13.4.1 Верификация результатов корректирующих и предупреждающих действий включает:

- проверку и подтверждение того, что рекомендованные корректирующие действия осуществлены;
- обеспечение эффективности предпринятых корректирующих и предупреждающих действий;
- регистрацию данных о проделанной проверке по выполнению корректирующих и предупреждающих действий;
- при невыполнении корректирующих и предупреждающих действий в установленные сроки – оформление служебной записки, которая передается ПРК.

13.4.2 Проверка выполнения корректирующих и предупреждающих действий в СП осуществляется РГА.

13.4.3 Запись о выполнении в «Плане корректирующих действий», «Плане предупреждающих действий» производит РГА.

13.4.4 Порядок и правила выполнения корректирующих и предупреждающих действий приведены в СТУ-07-2021 «Корректирующие и предупреждающие действия».

13.5 Анализ внутренних аудитов.

13.5.1 Руководитель ООКиА периодически (но не реже одного раза в год) анализирует результаты внутренних проверок и представляет их в виде отчета для утверждения и принятия решений.

13.5.2 В отчет включают следующую информацию:

- результаты проверок, сгруппированные по подразделениям;
- оценку динамики изменения зарегистрированных данных;
- среднее количество несоответствий, приходящихся на одну проверку;
- описание повторяющихся значительных несоответствий, место их выявления;
- анализ эффективности корректирующих и предупреждающих мероприятий;
- предложения по совершенствованию СТУ и другой документации СМК;
- оценку эффективности функционирования СМК;
- предложения по совершенствованию СМК.





13.5.3 Результаты анализа внутренних аудитов являются входными данными для анализа со стороны высшего руководства СМК с целью обеспечения ее постоянной пригодности, адекватности и эффективности.

13.5.4 ПРК на ежегодном совещании по качеству (на заседании Ученого совета или ректората) докладывает результаты анализа внутренних аудитов.

13.5.5 Результаты анализа внутренних аудитов должны использоваться ООКиА и другими подразделениями при разработке текущих и перспективных планов, программ по повышению качества обучения и удовлетворению потребностей и ожиданий заказчиков.

13.6 Ведение, хранение документации и записей по аудиту.

13.6.1 Записи по аудиту должны управляться в соответствии СТУ «Управление записями».

13.6.2 Сроки хранения документов по аудиту устанавливаются номенклатурой дел ООКиА.

## 14 КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВНУТРЕННИХ АУДИТОРОВ

14.1 Требования к внутренним аудиторам.

14.1.1 Внутренние аудиторы должны иметь:

- знания и навыки в области СМК и аудита;
- определенные личные качества;
- образование и практический опыт;
- опыт проведения аудита.

14.1.2 Внутренний аудитор должен знать:

- требования МС ИСО серии 9001-2015;
- принципы, процедуры и методы аудита по МС ИСО 19011:2011 и настоящего СТУ;
- организационную структуру и функциональную деятельность АО «КазУТБ»;
- содержание законов, норм и другие требования, относящиеся к деятельности организации образования.

14.1.3 РГА должны иметь дополнительные знания и навыки, которые должны включать:

- планирование внутренних аудитов и эффективное использование ресурсов;
- организацию и распределение работ между членами группы по внутреннему аудиту;
- принятие заключений по внутреннему аудиту;
- предупреждение и разрешение конфликтов;
- подготовку отчета по внутреннему аудиту.

14.1.4 Внутренние аудиторы должны иметь специальные знания и навыки:

- о методах и технологиях, имеющих отношение к качеству;
- по продукции, услугам и процессам деятельности АО «КазУТБ».

14.1.5 Внутренний аудитор должен обладать следующими личными качествами: быть открытым, дипломатичным, наблюдательным, восприимчивым, решительным, уверенным и уметь сосредотачиваться на достижении цели.

14.2 Поддержание и повышение уровня профессионализма внутренних аудиторов.

14.2.1 Должен поддерживаться постоянный рост профессионализма внутренних аудиторов посредством приобретения опыта, обучения, стажировок, участия в совещаниях, семинарах, конференциях, путем самообразования.

14.2.2 Внутренние аудиторы должны поддерживать и демонстрировать свою компетентность в проведении аудитов посредством постоянного участия в аудитах СМК АО «КазУТБ».

14.3 Процесс оценивания внутренних аудиторов.





АО «Казакский университет технологии и бизнеса»

Редакция 4

Системы менеджмента качества. Стандарт университета  
«Внутренние аудиты»

СТУ 20-22.23-2021

14.3.1 Оценивание внутренних аудиторов проводится в следующем порядке:

- первоначальная оценка лиц, желающих стать внутренними аудиторами;
- регулярная оценка характеристик внутренних аудиторов.

14.3.2 Методы оценки уровня подготовки и компетентности внутренних аудиторов:

- анализ записей об образовании, обучении, работе и опыте по аудиту;
- беседы по оценке личных качеств, знаний и навыков;
- устные и письменные экзамены, психометрическое тестирование;
- анализ обратной связи (письменные свидетельства, жалобы и т.д.).

14.3.3 Оценивание внутренних аудиторов должен осуществлять руководитель ООКиА (или ПРК), пользуясь одним или несколькими методами оценивания, указанными в п. 14.3.2. Оценивание деятельности внутренних аудиторов должно производиться не реже одного раза в год.

## 15 АНАЛИЗ ВЫХОДНЫХ ДАННЫХ

15.1 Выходные данные настоящего стандарта представлены в таблице 15.1

Таблица 15.1 – Выходные данные

Наименование выходных данных	Содержание выходных данных или документ, созданный при выполнении процедуры	Должностное лицо, ответственное за выходные данные
1. Отчет о проведении аудита (в том числе листы несоответствия)	Отчет	РГА
2. Результаты верификации предпринятых мер по предыдущему аудиту, корректирующим и предупреждающим действиям	Отчет	РГА
3. Список аудиторов	Список	отдел ОКИА
4. Цели и программа аудита	Программа	РГА
5. Результаты анализа рекламаций (отзывов)	Отчет	ЦОС
6. Анализ отчетов внутреннего аудита	Результаты анализа	Руководитель отдела ОКИА, ПРК





## 16 АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

16.1 Алгоритм проведения настоящего СТУ приведен в таблице 16.1

Алгоритм	Этапы Процесса	Ответствен- ный	Участник	Получатель информации	Выходящие документы
	1. План внутренних аудитов	Руководитель ООКиА	ООКиА	ПРК, руководители СП	План аудита
	2. Подготовка к аудиту, составление программы аудита	РГА	ООКиА, ГА	Руководител и СП	Программа аудита
	3. Проведение аудита	РГА	Аудиторы	отдел ОКиА	-
	4. Составление отчета о внутреннем аудите	РГА	Аудиторы	Руководитель ООКиА, ПРК	Отчет об аудите
	5. Анализ отчета	руководитель ООКиА, РГА	ГА	Руководитель СП	
	6. Коррекция нужна?	Руководитель ООКиА, РГА	Руководитель СП	СП	
	7. Корректирующие действия	Руководитель СП, РГА	ООКиА	ПРК, ООКиА	План
	8. Предупреждающие действия	Руководитель СП, РГА	ООКиА	ПРК, ООКиА	План
	9. Верификация предпринятых мер	РГА	СП	ПРК, ООКиА	Запись о выполнении
	10. Анализ внутренних аудитов	Руководитель ООКиА	РГА, ООКиА	Президент- ректор, ПРК	Результаты анализа

## 17 ИЗМЕНЕНИЯ СТУ

17.1 Разработку, оформление, согласование настоящего СТУ, а также внесение в него изменений производят в соответствии с СМК.

## 18 СОГЛАСОВАНИЕ, ХРАНЕНИЕ И РАССЫЛКА

18.1 Рабочие экземпляры настоящего СТУ рассылаются ООКиА в структурные подразделения АО «КазУТБ».

18.2 Согласование настоящего СТУ осуществляется с ПРК, проректорами и другими должностными лицами и оформляется в «Листе согласования».

18.3 Ответственность за передачу настоящего СТУ (первого экземпляра) на хранение в ООКиА несет руководитель ООКиА.

18.4 Ответственность за хранение и рассылку СТУ возлагается на ООКиА.





АО «Казахский университет технологии и бизнеса»

Редакция 4

Системы менеджмента качества. Стандарт университета  
«Внутренние аудиты»

СТУ 20-22.23-2021

**Приложение А**  
(обязательное)

**ФОРМА ПРОГРАММЫ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА**

Утверждаю  
Представитель РК

\_\_\_\_\_  
/подпись/ /Ф.И.О./  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПРОГРАММА**

проведения внутреннего аудита системы менеджмента качества АО «КазУТБ»

1. Структурное подразделение и/или процессы СМК \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/наименование/

2. Основание для аудита \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/годовой план, указания высшего руководства/

3. Цель аудита \_\_\_\_\_

4. Состав группы аудиторов \_\_\_\_\_

5. Область и критерии аудита \_\_\_\_\_

Проверяемые функции и/или процесс СМК (объекты аудита)	Критерий аудита (пункт МС ИСО 9001 или другое требование)	Дата аудита	Аудитор (Ф.И.О.)	Представитель подразделения (Ф.И.О.)
1	2	3	4	5
А. Согласование Программы				
Б. Предварительное совещание				
1.				
2.				
В. Обобщение наблюдений аудита				
Г. Заключительное совещание				
Д. Оформление итогового отчета				

Согласовано:

Руководитель подразделения

РГА

\_\_\_\_\_  
/подпись/

\_\_\_\_\_  
/Ф.И.О./


\_\_\_\_\_  
/подпись/

\_\_\_\_\_  
/Ф.И.О./

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



	АО «Каззахский университет технологии и бизнеса»	Редакция 4
	Системы менеджмента качества. Стандарт университета «Внутренние аудиты»	СТУ 20-22.23-2021

**Приложение Б**  
(обязательное)

Форма опросного листа о состоянии СМК

**ЛИСТ ОПРОСА О СОСТОЯНИИ СМК**

Область аудита \_\_\_\_\_  
/наименование СП, документа СМК/

Контрольные вопросы	Ответ		Пояснение
	да	нет	
1. Общие вопросы			
1.1 Имеется ли в СП перечень документов, относящихся к системе качества?			
1.2 Имеет ли перечень документов официальный статус? (Укажите в пояснении, кем и когда утвержден)			
1.3 Назначено ли лицо, ответственное за поддержание перечня в рабочем состоянии и его ведение? (Укажите в пояснении, кем, когда и каким документом это лицо назначено).			
1.4 Установлен ли документальный порядок ознакомления персонала с документами, включенными в перечень и относящимися к выполняемой ими работе? (Укажите в пояснении, каким документом установлен этот порядок)			
1.5 Установлены ли документально требования к хранению, внесению изменений и изъятию документов (Укажите в пояснении, каким документом)			
1.6 Ознакомлен ли персонал отдела с политикой в области качества?			
1.7 Имеется ли документальное подтверждение ознакомление персонала с политикой в области качества?			
2. Специальные вопросы			
2.1 Определены процессы, необходимые для системы менеджмента качества?			
2.2 Установлена последовательность этих процессов?			
2.3 Определены критерии этих процессов?			
2.4 Эти процессы как наблюдаются и измеряются?			
2.5 Какие меры принимаются для достижения запланированных результатов?			
2.6 Включает ли документация СМК - документально оформленные заявления о политике и целях в области качества? - документированные процедуры, требуемые МС ИСО 9001: 2015? - документы, необходимые для эффективного планирования, работы и управления процессами? - записи о качестве?			





2.7 Как проводится актуализация документов?			
2.8 Как проводится идентификация документов?			
2.9 Как хранятся и уничтожаются документы?			
2.10 Имеется ли положение о подразделении?			
2.11 Ознакомлен персонал с Положением о подразделении?			
2.12 Имеется ли в подразделениях номенклатура дел?			
2.13 Как идентифицируются, хранятся и изымаются записи о качестве?			
2.14 Как поддерживаются связи с поставщиками?			
2.15 Каким образом выполняются требования потребителей?			
2.16 Как осуществляется планирование по процессам в подразделении?			
2.17 Определены ли ответственность и полномочия внутри подразделения?			
2.18 Каким образом осуществляется анализ деятельности в подразделении?			
2.19 Чем можете подтвердить компетентность персонала ?			
2.20 Каким образом проводятся корректирующие и предупреждающие действия подразделения ?			
2.21 Проводится ли проверка предпринятых мер ?			
2.22 Какие методы мониторинга и измерения процессов СМК применяются в подразделении?			
2.23 Как улучшается эффективность СМК и посредством чего?			

Примечание – Приведенный перечень общих вопросов является рекомендуемым и может дополняться аудитором при составлении опросного листа в соответствии с целью и задачами конкретного аудита.





АО «Казахский университет технологии и бизнеса»

Редакция 4

Системы менеджмента качества. Стандарт университета  
«Внутренние аудиты»

СТУ 20-22.23-2021

**Приложение В**  
(обязательное)

**ФОРМА КОНТРОЛЬНОГО ЛИСТА ПО АУДИТУ**

**КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ПО АУДИТУ**

Аудит № \_\_\_\_\_

Спецификация: МС ISO 9001:2015

Место проверки \_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Требование	Пункт МС ИСО 9001:2008	Данные наблюдения





АО «Казахский университет технологии и бизнеса»

Редакция 4

Системы менеджмента качества. Стандарт университета  
«Внутренние аудиты»

СТУ 20-22.23-2021

**Приложение Г**  
(обязательное)

**ФОРМА ЛИСТА НЕСООТВЕТСТВИЯ**

Заполняется лицом, выявившим несоответствие	Дата обнаружения несоответствия «__» _____ 20__ г.
	Лицо, идентифицировавшее несоответствие _____ /Ф.И.О., должность/
	Лицо, которому выставлено несоответствие _____ /Ф.И.О., должность/
	Описание несоответствия ▶ _____ _____ _____ _____ _____
	Воздействие несоответствие ▶ _____ _____ _____ _____ _____
Причины несоответствия ▶ _____ _____ _____ _____ _____	
Пункт ИСО 9001:2008 ▶ _____ _____ _____ _____	
Начальник ООКиА _____ /подпись/	





АО «Казахский университет технологии и бизнеса»

Редакция 4

Системы менеджмента качества. Стандарт университета  
«Внутренние аудиты»

СТУ 20-22.23-2021

**Приложение Д**  
(обязательное)

**ФОРМА ИТОГОВОГО ОТЧЕТА ПО АУДИТУ**


**ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ ПО АУДИТУ**

№ \_\_\_\_\_

/проверяемое подразделение и/или процесс СМК/

Дата аудита	Аудиторская группа:	Стандарт аудита: МС ISO 9001:2015
Проверенные области (область применения)	Контакты в ходе аудита (Ф.И.О., должность)	Выставленные значительные несоответствия
		Выставленные незначительные несоответствия
		Наблюдения
Описание выявленного несоответствия		
Заключение		
Рекомендации		
Разослать:	Приложения:	РГА (Ф.И.О., подпись)



	АО «Казахский университет технологии и бизнеса»	Редакция 4
	Системы менеджмента качества. Стандарт университета «Внутренние аудиты»	СТУ 20-22.23-2021

**Приложение Е**  
(обязательное)

**КЛАССИФИКАЦИЯ НЕСООТВЕТСТВИЙ**

<b>Наименование несоответствий</b>	<b>Содержание несоответствий</b>
Значительные несоответствия	Полный элемент системы (требование стандарта) или значительная часть элемента пропущен или неэффективен, или если законченный продукт не соответствует установленным требованиям.
Незначительные несоответствия	Незначительный недочет в пределах системы (результат человеческого фактора), который может быть быстро исправлен. Несколько незначительных несоответствий одного содержания (неправильное издание документации при применении в нескольких местах) демонстрирует развал системы, и поэтому они могут рассматриваться как одно значительное.



















