



Государственное Автономное Профессиональное Образовательное Учреждение  
«Набережночелнинский медицинский колледж»

Система менеджмента качества

ДП

Внутренний аудит



**СИСТЕМА КАЧЕСТВА**  
**ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»**  
**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА**  
**ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

г. Набережные Челны 2023 год

	Должность	Фамилия	Подпись	Дата
Разработали:	Руководитель Службы качества	Ахметганеева Ю.Е.		27.10.2023
	Менеджер по качеству	Ахметзянова Л.И.		26.10.2023
Согласовал:	Ведущий юрист-консультант	Мальцева Е.Н.		27.10.2023



Перечень сокращений.

ГАПОУ - Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение

ВР - Воспитательная работа

ДИ - Должностная инструкция

ДП - Документированная процедура

ПД - Предупреждающие действия

КД - Корректирующие действия

ЛПО - Лечебно-профилактические организации

МК - Методический кабинет

РК - Руководство по качеству

СК - Служба качества

СПО - Среднее профессиональное образование

СП - Структурное подразделение

СМК - Система менеджмента качества

УК - Уполномоченный по качеству

ООПО - Отдел основного профессионального образования

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ЦМК - Цикловая методическая комиссия



## Оглавление

1. Термины и определения.....	4
2. Назначение и область применения процедуры.....	8
3. Описание процедуры.....	9
3.1. Общие положения.....	9
3.2. Виды внутреннего аудита.....	10
3.3. Задачи внутреннего аудита.....	11
3.4. Принципы внутреннего аудита.....	11
3.5. Подготовка к проведению аудита.....	12
3.6. Проведение аудита.....	16
3.7. Заключительное совещание и отчет по аудиту.....	22
3.8. Завершение аудита.....	24
3.9. Оформление аудита.....	25
3.10. Работа с несоответствиями .....	25
4. Обязанности, ответственность и права аудитора.....	28
5. Нормативные документы.....	29
6. План-график.....	30
7. Лист согласований плана-графика внутренних аудитов.....	31
8. Список внутренних аудиторов ГАПОУ.....	32
9. Программа внутреннего аудита.....	33
10. Контрольный лист № .....	34
11. Отчет о внутреннем аудите.....	35
12. ОТЧЕТ (сводный).....	36
13. Протокол несоответствия.....	37
14. Журнал регистрации внутренних аудитов.....	38
15. Лист регистрации изменений.....	39



## 1. Термины и определения:

**Внутренний аудит (проверка)** – систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и оценки для определения степени, с которой выполнены критерии.

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

**Адресность** – каждый документ должен быть адресован конкретным исполнителям.

**Группа аудиторов** – несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости, поддерживаемые техническими экспертами.

**Заключение по результатам аудита:** выходные данные, представляемые группой по аудиту после всех наблюдений.

**Записи** – документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности.

**Компетентность** – способность применять знания и навыки для достижения намеченных результатов.

**Корректирующее действие** – действие, предпринятое для устранения причин имеющегося несоответствия или дефекта с целью предотвращения их повторного возникновения

**Несоответствие** – невыполнение установленного требования.

Установленным требованием является требование, определенное документацией. Несоответствия делятся на 2 категории:

**Значительное несоответствие** – несоответствие системы управления, которое с большой вероятностью может повлечь нарушение логической целостности системы, подсистемы, процесса, невыполнение требований заинтересованных сторон.



*Примечание: к значительным несоответствиям может быть отнесено отсутствие элемента или совокупности элементов и/или отсутствие их результативного функционирования.*

**Незначительное несоответствие** – отдельное несистематическое упущение, ошибка, недочет в функционировании системы управления 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 системы управления.

*Примечание: к незначительным несоответствиям системы управления может быть отнесено несоблюдение единичного требования к системе, её подсистеме, процессу.*

**Наблюдение** – свидетельство аудита, не носящее характер несоответствия и фиксируемое с целью предотвращения возможного несоответствия.

**Область аудита** – документы, разделы документов, регламентирующие требования к деятельности подразделения. Область аудита отвечает на вопрос: На соответствие требованиям какого документа проводится аудит? **Область аудита** - объем и границы аудита. Область аудита, включает указание на физическое или виртуальное местонахождение, функции, подразделения организации, виды деятельности и процессы, а также планируемый период времени. Виртуальное местонахождение – это то, где организация выполняет работы или оказывает услуги, используя онлайн режим, давая возможность работникам выполнять процессы вне зависимости от физического местоположения.



**Приказ о проведении ВА (программа):** описание всех видов деятельности и мероприятий аудита.

**План - график внутренних аудитов** – совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели:

**Процесс** - совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, которая использует входы для производства запланированного результата.

**Руководитель группы внутренних аудиторов (главный)** – человек, осуществляющий руководство при проведении конкретного аудита.

**Система менеджмента** - совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих элементов организации для разработки политик и целей, а также процессов для достижения этих целей.

**Свидетельства аудита:** запись, документирование фактов или другой информации, которая имеет отношение к критериям аудита и может быть проверена.

**Соответствие** - выполнение требования.

**Несоответствие** - невыполнение требования.

**Технический эксперт** – лицо в группе по аудиту, обладающее знаниями или практическим опытом в конкретной области.

**Наблюдатель** - лицо, сопровождающее группу по аудиту, но не выполняющее функций аудитора.

**Примечание:** *Эксперты при рассмотрении свидетельств и формировании выводов (наблюдений) аудита имеют только право совещательного голоса.*



**Риск** - влияние неопределенности. Влияние – это отклонение от ожидаемого результата, может быть положительным или отрицательным. Неопределенность – состояние, даже частичной, недостаточности информации, связанное с пониманием события или знанием о нем, его последствий и вероятности. Риск часто характеризуется указанием возможных событий и последствий, или их комбинации. Риск часто выражается в форме комбинации последствий события (включая изменения в обстоятельствах) и связанной с ним вероятности возникновения.



## 2. Назначение и область применения процедуры.

2.1 Внутренний аудит является систематическим, независимым и документируемым процессом анализа СМК и ее процессов.

2.2 Целью проведения внутренних аудитов в Колледже является получение информации о том, что система менеджмента качества Колледжа соответствует собственным требованиям к СМК, требованиям международного стандарта ISO 9001, результативно внедрена и функционирует

2.3 Настоящая документированная процедура устанавливает:

– основные этапы, порядок и периодичность проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества Государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Набережночелнинский медицинский колледж»

– определяет ответственность и регламентирует порядок действий при планировании, проведении, оформлении результатов внутренних аудитов, работу с несоответствиями, наблюдениями по результатам внутренних аудитов системы менеджмента качества в Колледже.

2.4 Требования процедуры обязательны для применения во всех структурных подразделениях колледжа в части их деятельности, связанной с системой менеджмента качества.

2.5 Процедура является обязательным руководством к действию для лиц (уполномоченных по качеству), выполняющих функции внутренних аудиторов, а также ответственных за качество образовательной и иной деятельности.

2.6 Планирование проведения внутренних аудитов структурных подразделений ГАПОУ "Набережночелнинский медицинский колледж"





осуществляется с учетом того, что каждое структурное подразделение (процесс/самостоятельное должностное лицо), должно быть проверено не реже 1 раза в год.

### 3. Описание процедуры.

#### 3.1. Общие положения

Внутренний аудит образовательной деятельности структурных подразделений Набережночелнинского медицинского колледжа предназначен для обеспечения руководства объективной и своевременной информацией о степени соответствия деятельности в системе менеджмента качества предоставляемых образовательных услуг требованиям стандарта ИСО 9001, Федеральным государственным образовательным стандартам и другим требованиям.

Внутреннему аудиту подлежат следующие процессы:

- проектирование и разработка образовательных программ по подготовке специалистов среднего звена;
- управление процессами, связанными с запросами потребителей (Маркетинг);
- реализация образовательных программ по подготовке специалистов среднего звена;
- воспитательная и социальная деятельность со студентами;
- управление подготовкой абитуриентов и прием студентов;
- управление и социальная поддержка персонала;
- управление методической деятельностью;
- библиотечное и информационное обеспечение;
- управление материально-техническим обеспечением (Закупки);



- обеспечение безопасности жизнедеятельности обучающихся студентов и персонала;
- социальная поддержка обучающихся студентов колледжа;
- управление образовательной средой, инфраструктурой и охрана труда.

Внутренний аудит отдельных процессов или видов деятельности в рамках процессов может заменяться по решению руководителя Службы качества иными формами контроля:

- проверкой (плановой или внеплановой) структурных подразделений;
- инспекцией отдельных работников структурного подразделения;
- комиссией по анализу эффективности и результативности деятельности обеспечивающих процессов.

Внутренние аудиты выполняются обученным персоналом, который не несет прямую ответственность за проверяемую деятельность. Выбор группы аудита и проведение аудитов осуществляется в соответствии с принципами объективности и беспристрастности процесса аудита.

Группа аудита состоит из руководителя внутреннего аудита и или одного, или нескольких аудиторов. Распределение обязанностей между членами группы аудита осуществляет руководитель группы аудиторов.

### **3.2. Виды внутреннего аудита**

#### **3.2.1 Проверка документации:**

- проверка комплектности и полноты документов;
- актуальность;
- 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;

### 3.2.2 Аудит соответствия.

Устанавливается, насколько система менеджмента качества понятна, внедрена и соблюдается персоналом. В результате аудита проводится сравнение деятельности процесса или СП с требованиями стандарта или требованиями других внутренних документов колледжа. Выявленные наблюдения, соответствия или несоответствия вносятся в протокол.

### **3.3. Задачи внутреннего аудита.**

Внутренний аудит деятельности колледжа позволяет:

- подтвердить соответствие деятельности и ее результатов установленным требованиям;
- устранить причины выявленных несоответствий;
- подтвердить выполнение корректирующих действий;
- оценить эффективность функционирования системы качества;
- установить степень выполнения работниками колледжа целей, задач и требований, установленных документами системы качества;
- определить пути дальнейшего совершенствования системы менеджмента качества.

### **3.4. Принципы внутреннего аудита.**

*Единообразие.* Аудит осуществляется в соответствии с единой официально установленной руководством колледжа настоящей процедурой, что обеспечивает его упорядоченность, однозначность проведения.



*Документированность.* Проведение аудита документируется для обеспечения необходимой информационной базой всей деятельности колледжа.

*Предупредительность.* При планировании аудита сотрудники проверяемого структурного подразделения **за 10 дней** 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 колледжа были предметом постоянного анализа и оценки со стороны руководства.

*Независимость.* Лица, проводящие аудит, не должны нести непосредственную ответственность за проверяемую работу и зависеть от руководителя проверяемого структурного подразделения.

### **3.5. Подготовка к проведению аудита.**

Начало аудита включает в себя:

- подбор состава группы аудиторов;
- назначение аудитора или руководителя группы аудиторов;
- определение целей, объема, критериев аудита, изложенных в контрольных вопросах;
- распределение обязанностей членов группы аудиторов;
- подготовку рабочих документов (форм, контрольных вопросов);
- обеспечение группы аудиторов документацией по аудиту и формами контроля;



- установление первоначального контакта с проверяемым структурным подразделением;
- ознакомление руководителя СП (процесса/ должностным лицом) с критериями аудита и перечнем вопросов;
- согласование программы, состава группы и сроков проведения с руководителем проверяемого структурного подразделения;

Проверяемое структурное подразделение может просить произвести замену конкретных членов группы аудиторов, аргументируя свое заявление, исходя из принципов проведения аудита. Руководитель группы аудиторов и руководитель Службы качества должны рассмотреть данное заявление совместно.

Аудит должен проводиться в соответствии с документированными целями, объемом и критериями (вид деятельности или процессы подлежащие проверке, период времени проверки и пр.).

При необходимости для работы в составе группы аудиторов могут быть привлечены консультанты (эксперты) из структурных подразделений колледжа или иных внешних организаций с целью обеспечения квалифицированной оценки, связанной со спецификой проверяемой деятельности.

Осуществимость аудита должна быть определена до его начала с учетом таких факторов, как:

- достаточность и соответствие информации документации и критериям аудита;
- готовность к сотрудничеству проверяемого структурного подразделения;
- наличие времени и соответствующих ресурсов.

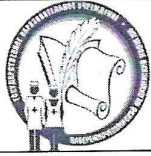


Если аудит неосуществим, то после консультаций с проверяемым подразделением и руководством колледжа должен быть предложен альтернативный вариант проверки деятельности структурного подразделения.

Если документация не соответствует критериям аудита, то руководитель группы аудиторов должен сообщить об этом руководству колледжа, руководителю СП «Служба качества» 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.

Внутренний аудит проводится в соответствии с комплексным планом работы колледжа. Приказ о проведении внутреннего аудита включает перечень мероприятий и порядок проведения аудита, а также график (план-график). План-график проведения аудитов составляется в начале учебного года и утверждается директором колледжа. Каждое структурное подразделение проверяется не реже одного раза в год. Форма план-графика внутренних аудитов деятельности процессов колледжа на учебный год приведена в Ф/01.

Группа аудиторов на текущий учебный год назначается директором колледжа. В ее состав могут входить работники колледжа компетентные в деятельности проверяемого процесса, имеющие стаж работы в колледже не менее 3 года и прошедшие обучение аудиту в системе менеджмента качества, либо имеющие специальное образование аудитора. Аудиторы наделяются правами, ответственностью и обязанностями. Количественный состав группы аудиторов определяется целями и объемом аудита.



*Программа аудита.*

Программа аудитов:

- разрабатывается с учетом важности проверяемых процессов, изменений, оказывающих влияние на деятельность Колледжа, результатов предыдущих аудитов;
- содержит информацию о критериях аудита и области проверки для каждого аудита;
- вводится в действие приказом директора Колледжа.

Необходимость проведения внеплановых внутренних аудитов определяется директором Колледжа, оформляется приказом.

Руководитель группы аудиторов готовит программу аудита (форма Ф/03) и согласует с руководителем проверяемого структурного подразделения и руководством службы качества.

Программа должна отражать:

- цели, критерии и объем аудита;
- ожидаемую продолжительность действий по аудиту на местах, включая совещания с руководством структурного подразделения и совещания самой группы аудиторов;
- обязанности членов группы аудиторов;

*Распределение обязанностей членов аудиторской группы.*

Руководитель группы аудиторов должен установить ответственность каждого члена группы за проверку конкретных процессов, функций, областей или действий. В процессе аудита по решению руководителя группы аудиторов могут быть изменены обязанности членов группы аудиторов.



*Подготовка рабочих документов.* Члены группы аудиторов в ходе подготовки должны ознакомиться с программой аудита и запросить все документы, на соответствие которым проводится аудит, а также любые другие материалы, относящиеся к предмету аудита (протоколы, регистрационные журналы, планы, распоряжения и другие материалы согласно номенклатуре дел проверяемого структурного подразделения).

Члены группы аудиторов на предварительной стадии проведения аудита готовят листы контрольных вопросов (Ф/04) на основе документов, выбранных для аудита, опросные формы для регистрации информации (Ф/03, Ф/05, Ф/07).

### ***3.6. Проведение аудита***

Внутренний аудит состоит из нескольких этапов:

- проведение вступительного совещания;
- сбора и проверки информации;
- подготовки заключений по результатам аудита;
- проведение заключительного совещания.

Внутренние аудиты выполняются обученным персоналом, который не несет прямую ответственность за проверяемую деятельность.

Выбор группы аудита и проведение аудитов осуществляется в соответствии с принципами объективности и беспристрастности процесса аудита.

Группа аудита состоит из руководителя группы аудиторов (руководитель аудита) и одного или нескольких аудиторов.

Распределение обязанностей между членами группы аудита осуществляет руководитель аудита.

Обязанности руководителя аудита:





- согласование с проверяемым подразделением (должностным лицом) и информирование группы аудита, менеджера по качеству о дате и времени проведения внутреннего аудита;
- планирование выполнения объема аудита структурного подразделения или должностного лица и постановка задач членам группы аудита;
- проведение вступительной и заключительной беседы с проверяемыми работниками;
- проведение внутреннего аудита на местах (проверка соответствия свидетельств аудита критериям аудита, на основе которых формируются выводы аудита);
- координация деятельности аудиторов и обеспечение выполнения объема аудита;
- соблюдение принципов беспристрастности, профессиональной осмотрительности, конфиденциальности и независимости при проведении внутренних аудитов.
- разрешение спорных вопросов, возникающих в процессе аудита;
- внесение изменений в работу группы аудита (при необходимости);
- информирование работников проверяемого структурного подразделения или должностного лица о результатах аудита, количестве выявленных несоответствий, наблюдений аудита, о порядке и сроках разработки, согласования и выполнения корректирующих действий;
- предоставление сведений о результатах проведенного внутреннего аудита менеджеру по качеству (уполномоченному по качеству);
- своевременное внесение записей по результатам внутреннего аудита в утвержденную Программу;



- оформление протоколов о несоответствиях и/или наблюдениях (при выявлении несоответствий и/или потенциальных несоответствий, области для улучшения);
- согласование разработанных проверяемыми структурными подразделениями мер коррекции, корректирующих и/или предупреждающих действий;
- проверка устранения несоответствий, выявленных по результатам предыдущих аудитов.

**Вступительное совещание** проводится руководителем аудита с участием руководства колледжа и коллектива преподавателей или сотрудников проверяемого структурного подразделения, ответственных за функции или процессы, подлежащих проверке. Иногда в зависимости от принятого решения руководителем аудита и руководителем проверяемого СП вступительное совещание может ограничиваться только сообщением об аудите.

Цель совещания – изложение и обсуждение действий по аудиту.

**Сбор и проверка информации** состоит из нескольких этапов:

1. Оценка документов системы менеджмента качества предусматривает
  - наличие и доступность всех документов службы качества, обязательных для деятельности проверяемого структурного подразделения (процесса)
  - наличие условий хранения документов;
  - выполнения функций поддержания документов (внешний вид, регистрация, актуальность, своевременное изъятие устаревших и др.).
2. Проверка соответствия документов СМК установленным требованиям предусматривает:
  - контроль оформления документов, возможность их идентификации;



– актуальность и адресность документов.

3. Сбор информации от участников проверяемого СП/ процесса:

- интервью с работниками проверяемого структурного подразделения;
- данные обратной связи с потребителями;
- наблюдения за деятельностью и условиями реализации основных и обеспечивающих процессов;
- документы структурного подразделения по номенклатуре дел СП (протоколы, планы, стандарты, инструкции, рабочие журналы и пр.);

Все наблюдения должны быть документированы и иметь четкое и конкретное подтверждение объективными данными. Аудитор должен гарантировать, что записи по аудиту создаются и управляются для демонстрации выполнения программы аудита.

Записи могут включать в себя следующее:

а) Записи, связанные с программой аудита, такие, как:

- график аудитов;
- цели и объем программы аудита;
- определяющие риски и возможности в рамках программы аудита, также соответствующие внешние и внутренние факторы;
- результаты анализа результативности программы аудита;

б) Записи, относящиеся к конкретному аудиту, такие как:

- планы аудита и отчеты по аудиту;
- объективные свидетельства аудита и выводы;
- отчеты о несоответствиях;
- отчеты о коррекциях и корректирующих действиях;
- отчеты о последующих действиях;



в) Записи, связанные с группой по аудиту, относящиеся к таким вопросам, как:

- компетентность и оценка результативности членов группы по аудиту;
- критерии для формирования групп по аудиту и выбора членов группы;
- поддержание и повышение компетентности.

Форма и уровень детализации записей должны давать возможность продемонстрировать, что цели аудита были достигнуты.

***Критерии для определения степени соответствия СМК подразделения (процесса/должностного лица) требованиям колледжа к СМК и требованиям международного стандарта***

Количество значительных несоответствий	Количество незначительных несоответствий	Вывод о соответствии
0	0 -10	соответствует
0	более 10	не соответствует
1 и более	0 и более	
Повторно выявленное несоответствие вследствие невыполнения корректирующих действий по результатам предыдущего аудита (1 и более)		не соответствует

В случае выявления несоответствия и/или областей для улучшения, потенциальных несоответствий после проведения внутреннего аудита оформляется протокол о несоответствии (Ф/07). Протокол оформляется в одном экземпляре. После согласования плана корректирующих действий с руководителем аудита и внесения соответствующих записей в протокол о несоответствии с него снимается копия (остается в проверяемом подразделении, у проверяемого должностного лица), оригинал протокола передается менеджеру по качеству.



Каждое выявленное несоответствие оформляется отдельным протоколом.

В протоколе указывается градация несоответствия - незначительное или значительное несоответствие.

Примерами незначительных несоответствий являются следующие факты: - некоторое корректирующее мероприятие незакончено в соответствии с планом; - обнаружено оборудование, которое не подвергалось проверке (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.

Примерами значительного несоответствия являются следующие факты:

- не проводится анализ СМК со стороны руководства;
- процессы и виды деятельности колледжа не обеспечиваются ресурсами;
- не выполняется анализ результативности корректирующих действий;
- не ведутся записи о результатах проверки значительной части оборудования;
- отсутствует обязательная документированная процедура (ДП), локальный нормативный акт;
- отсутствуют контролируемые условия процесса и т.п.

Незначительное (малозначительное) несоответствие – отдельное



несистематическое упущение, ошибка, недочет в функционировании СМК или в документации, которое может 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. К незначительным несоответствиям может быть отнесено несоблюдение единичного требования к системе, ее подсистеме, процессу.

В случае если руководитель проверяемого подразделения (должностное лицо) не согласен с результатами аудита, он может направить служебную записку на имя директора колледжа.

### ***3.7. Заключительное совещание и отчет по аудиту.***

До заключительного совещания группа аудитором должна:

- проанализировать наблюдения и любую другую информацию, собранную в процессе аудита;
- согласовать заключение по результатам аудита между собой и подготовить рекомендации, если последнее предусмотрено целями аудита;
- обсудить возможности проведения последующего аудита (в случае необходимости).

Заключение по результатам аудита должно отражать следующие вопросы:

- степень соответствия образовательной и иной проверяемой деятельности колледжа критериям аудита;
- результативность внедрения, поддержания и совершенствования системы менеджмента качества;

Заключение по результатам аудита может содержать рекомендации по улучшению деятельности в проверяемом структурном подразделении.



Несоответствия, выделенные в ходе проверки, оформляются в протоколе, форма которого указана в Приложении Ф/07.

В приложении (Ф/05) представляются результаты аудита СП не позднее, чем через 10 дней после окончания аудита.

Участниками заключительного совещания должны быть представители проверяемого структурного подразделения, группа аудиторов и представители руководства колледжа.

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

Составление отчета по проведенному аудиту предусматривает сбор и обработку необходимых материалов; подготовку, обсуждение и принятие заключения по аудиту; составление и утверждение отчета. За подготовку отчета несет ответственность руководитель группы аудиторов. Отчет об аудите должен быть составлен руководителем аудита не позднее 10 дней после окончания аудита и содержать полные, точные, четкие записи:

- цель аудита;
- объем аудита,
- дату и место проведения аудита;
- критерии аудита;
- план аудита;
- наблюдения аудита;
- заключение по аудиту;
- неразрешенные разногласия;



– рекомендации по улучшению деятельности процесса (если это предусмотрено целями аудита);

– согласованная программа последующего аудита (при необходимости);

В качестве приложения к отчету прилагаются протоколы выявленных несоответствий критериям проверки, заполненные контрольные листы - вопросники.

В отчет не следует включать второстепенные недостатки, которые обнаруживаются и корректируются в ходе аудита. Сведения об этих недостатках должны быть отражены в аудиторских контрольных листах на случай проведения повторных аудитов. Ответственность за точность, полноту и достоверность итогового отчета несет руководитель группы auditors.

Форма обобщенного отчета аудитов по колледжу представлена в приложении Ф/06. Отчет об аудите должен быть проанализирован и утвержден руководителем службы качества. Отчет об аудите является собственностью колледжа.

### **3.8. Завершение аудита**

Аудит считается завершенным, если все действия, установленные планом аудита, выполнены и утвержден сводный отчет об аудите. Аудиторы и лица, ответственные за проведение аудита, не должны разглашать содержание документов, любую другую информацию, полученную в ходе аудита, или содержание отчета об аудите каким-либо лицам без согласия директора колледжа, если иное не предусмотрено законодательством.

В заключении по результатам аудита может быть указано на необходимость проведения корректирующих, предупреждающих действий





или действий по улучшению образовательной или иной деятельности структурного подразделения. Такие действия разрабатывает и проводит в течение согласованного срока само структурное подразделение, о чем информирует руководителя службы качества.

Выполнение и результативность корректирующих действий должны проверяться. Эта проверка может быть частью очередного аудита.

### **3.9. Оформление аудита**

В целях совершенствования методов и техники проведения аудита все материалы каждого конкретного аудита необходимо комплектовать в специальном деле. В состав дела обязательно включаются:

- приказ и план-график об аудите;
- программа аудита (Ф/03);
- сводный отчет об аудите (Ф/06);
- заполненные контрольные листы – вопросники (Ф/04);
- протоколы о несоответствии (Ф/07);
- копии планов корректирующих действий;

Результаты аудита и несоответствия, выявленные в ходе аудита, регистрируются в специальном журнале. (Форма журнала приведена в Ф/09).

### **3.10. Работа с несоответствиями**

При определении градации несоответствия необходимо учитывать следующее:

- **значительное несоответствие** - это полное невыполнение требований одного из пунктов международного стандарта ISO 9001 или полное невыполнение требований нормативного документа, а также обнаружение



ситуации, несущей угрозу жизни и здоровью потребителей и/или заинтересованных сторон.

Невыполнение корректирующих действий также является значительным несоответствием.

- **незначительное несоответствие** - это частичное невыполнение требований одного из пунктов международного стандарта ISO 9001 или частичное невыполнение требований внутреннего или внешнего нормативного документа.

Руководитель проверяемого структурного подразделения (процесса/проверяемое должностное лицо) должен:

- определить, насколько применимо, мероприятие по устранению выявленного несоответствия (меры коррекции);
- проанализировать несоответствие и определить причины, вызвавшие появление несоответствия;
- проанализировать возможность наличия аналогичного несоответствия или вероятность его возникновения где-либо еще;
- разработать корректирующие действия, направленные на устранение причины (причин) несоответствия с тем, чтобы избежать повторного возникновения несоответствия;
- внести в протокол о несоответствии записи о мерах коррекции, корректирующих действиях, ответственных за выполнение и сроки выполнения запланированных мероприятий;
- согласовать протокол о несоответствии (с указанными в нем корректирующими действиями и/или мерами коррекции) с внутренним аудитором, выявившим несоответствие, а также с руководителями соответствующих подразделений (с соответствующими должностными лицами) в случае, если



выполнение корректирующих действий и/или мер коррекции требует привлечения работников других подразделений (должностных лиц);

– передать оригинал заполненного и подписанного всеми заинтересованными лицами протокола о несоответствии менеджеру по качеству (копия - остается у проверяемого подразделения (должностного лица));

– обеспечить выполнение указанных в протоколе о несоответствии мер коррекции, корректирующих действий с внесением соответствующих отметок о статусе выполнения в протокол;

– проанализировать результативность каждого предпринятого корректирующего действия с внесением соответствующих записей в протокол о несоответствии.

Внутренний аудитор, выявивший несоответствие, проводит согласование разработанных проверяемым подразделением (должностным лицом) корректирующих действий на предмет их соответствия требованиям МС ISO 9001, которое подтверждается подписью внутреннего аудитора в протоколе о несоответствии.

Анализ выполнения КД проводится внутренним аудитором при последующем внутреннем аудите.

Оценка результативности КД проводится руководителем проверяемого подразделения / проверяемым должностным лицом, как правило, при проведении последующего внутреннего аудита. Исходя из характера выявленного несоответствия и содержания КД, оценка результативности КД может проводиться в другие, более ранние или поздние, сроки.



#### 4. Обязанности, ответственность и права аудитора.

Внутренние аудиторы назначаются и освобождаются приказом директора колледжа. Внутренние аудиторы не могут проверять свою собственную деятельность. Аудит может проводить один аудитор или группа аудиторов. Персонал, ответственный за проведение внутреннего аудита и осуществляющий его, проходит специальную подготовку в колледже и имеет полномочия внутреннего аудитора.

##### Аудитор **обязан:**

- собирать и анализировать объективные доказательства состояния образовательной деятельности в проверяемом структурном подразделении;
- документировать ход и результаты аудита;
- представлять экспертные заключения и составлять отчеты о проделанной работе.

##### Аудитор **несет ответственность:**

- разъяснение требований аудита;
- своевременное выполнение плана-графика аудитов;
- сообщение результатов наблюдений руководителю группы аудиторов;
- поддержание в порядке и сохранности документов (записей), относящихся к аудиту;
- объективность собственных доказательств;
- немедленное информирование руководителя группы аудиторов об обнаружении в ходе аудита значительных несоответствий.

##### Аудитор имеет **право:**

- знакомиться с документацией, необходимой для проведения аудита;
- беседовать с персоналом проверяемого структурного подразделения для получения необходимой информации;



- запрашивать дополнительную информацию в целях аудита;
- приостанавливать аудит в случае оказания давления или противодействия со стороны персонала, поставив об этом в известность руководителя группы аудитором.

Аудитор несет ответственность за недобросовестное исполнение своих обязанностей, использование своего положения в корыстных целях, использование информации, полученной в ходе аудита, в ущерб репутации проверяемого структурного подразделения и колледжа в целом.

### **5.Нормативные документы.**

4.1. ИСО 9000 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь».

4.2. ИСО 9001 «Система менеджмента качества. Требования».

4.3. ИСО 19001 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»



Ф/01

«Согласовано»

Руководитель

Службы качества

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

«Утверждаю»

Директор ГАПОУ

«Набережночелнинский  
медицинский колледж»

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

«\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

**6. План-график внутренних аудитов  
деятельности структурных подразделений  
ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»  
на 20\_\_ /20\_\_ учебный год**

Проверяемые структурные подразделен ия	Область аудита	Критерии аудита (пункты ИСО 9001:2015)	Срок проведения аудита	Руководитель группы аудиторов	Ответственный за аудит в проверяемом структурном подразделении
1	2		3	4	5



**7. Лист согласований плана-графика внутренних аудитов  
на 20\_\_/20\_\_ учебный год**

Должность	Подпись/дата	ФИО

Руководитель группы внутренних аудиторов \_\_\_\_\_

(подпись, дата, расшифровка подписи)



**8. Список внутренних аудиторов ГАПОУ**  
**«Набережночелнинский медицинский колледж»**  
на 20\_\_/20\_\_ учебный год.

Ф/02

№ п/ п	Ф.И.О.	Должность	Основание	Отметка о прохождении учебы
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				

Менеджер по качеству: \_\_\_\_\_  
(дата, подпись, расшифровка)





### 9. Программа внутреннего аудита.

Ф/03

1. Основание для аудита \_\_\_\_\_

(№ приказа)

2. Тип внутреннего аудита (плановый, внеплановый)

3. Цели аудита:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Критерии аудита	Объем аудита		Аудиторы	Представитель структурного подразделения
	Область аудита деятельность/ процесс/ структурное подразделение	Дата и время проведения аудита		

**Согласовано:**

Руководитель группы auditors \_\_\_\_\_

(подпись, дата, расшифровка подписи)

Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_

(подпись, дата, расшифровка подписи)



10. Контрольный лист № \_\_\_\_\_

Ф/ 04

Должность	Ф. И. О. собеседника	дата	время
1.			
2.			
Проверяемое структурное подразделение			
Область аудита			
Контрольные вопросы	Записи аудитора		

Аудитор: \_\_\_\_\_  
(подпись, дата, расшифровка подписи)

Аудируемый: \_\_\_\_\_  
(подпись, дата, расшифровка подписи)



Ф/05

Согласовано

Менеджер по качеству

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Утверждаю

руководитель Службы качества

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

### 11. Отчет о внутреннем аудите.

Дата аудита: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Структурное подразделение \_\_\_\_\_

Цели аудита: \_\_\_\_\_

Область аудита \_\_\_\_\_

Документ, на соответствие которому проводился аудит \_\_\_\_\_

Пункт ИСО 9001	Пункт документа	Наблюдение (несоответствие)	Рекомендации
1	2	3	4

Руководитель аудита: \_\_\_\_\_  
(подпись, дата, расшифровка подписи)

Аудитор: \_\_\_\_\_  
(подпись, дата, расшифровка подписи)

Аудитор: \_\_\_\_\_  
(подпись, дата, расшифровка подписи)

Руководитель структурного подразделения: \_\_\_\_\_  
(подпись, дата, расшифровка подписи)



Ф/06

Согласовано  
Руководитель  
Службы качества

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Утверждаю  
Директор ГАПОУ  
«Набережночелнинский  
медицинский колледж»

\_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### 12. ОТЧЕТ (сводный)

о результатах внутреннего аудита системы менеджмента

качества, проведенного в период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ п/п	Проверяемое структурное подразделение	Руководитель структурного подразделения	Ссылка на пункты ИСО и документа СМК колледжа	Несоответствие (наблюдения)	Корректирующие и предупреждающие действия	Срок исполнения
1	2.	3.	4.	5.	6.	7.

Менеджер по качеству

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата, расшифровка подписи)



13. Протокол несоответствия

Ф/07

<b>ПРОТОКОЛ РЕГИСТРАЦИИ НЕСООТВЕТСТВИЯ</b>		Пункт стандарта ИСО:		Процесс:	
№ _____ от _____		Номер пункта ДП колледжа:		Руководитель процесса:	
<b>Несоответствие</b>	Выявлено: <input type="checkbox"/> в результате текущей работы <input type="checkbox"/> в ходе внутреннего аудита Краткое содержание:				
	<b>Анализ</b>	<b>Аудиторы:</b>		<b>Причина несоответствия:</b>	
<b>Дата</b>		<b>Должность</b>	<b>ФИО</b>	<b>Подпись</b>	
<b>Корректирующие (предупреждающие) действия</b>	<b>№ п/п</b>	<b>Мероприятия (в том числе коррекция)</b>	<b>Срок выполнения</b>	<b>Ответственный</b>	<b>Результат</b>
	1.				
<b>Оценка эффективности устранения</b>	Устранено: ДА/ НЕТ				
	Замечания: _____ _____ _____ Фактическая дата выполнения _____ Аудитор: _____ (дата, подпись, расшифровка подписи)				



14. Журнал регистрации внутренних аудитов

Ф/08

№ п/ п	Дата проведен ия	Основание для аудита (план, приказ)	Проверяемое структурное подразделение	Область аудита	Аудиторы	Наличие несоответств ий да/нет; количество	№ отчета об аудите и дата его утверждени я
1	2	3	4	5	6	7	8

