



СТАНДАРТ  
ОРГАНИЗАЦИИ

СТО СМК  
9.2.0-01-2023



УТВЕРЖДАЮ

Ректор

О.А. Кравченко

« 13 » 03 2023 г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

**ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

Тула  
ТулГУ  
2023

## Предисловие

Цели и принципы стандартизации в РФ установлены Федеральным законом от 29 июня 2015 г. № 162-ФЗ «О стандартизации в Российской Федерации», а правила применения стандартов организации в РФ – ГОСТ Р 1.4-2004 «Стандартизация в РФ. Стандарт организации. Общие положения».

1 РАЗРАБОТАН отделом менеджмента качества ТулГУ.

2 ВНЕСЕН отделом менеджмента качества ТулГУ.

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ Приказом ректора ФГБОУ ВО «ТулГУ» № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

4 ВЗАМЕН СТ ТулГУ 9.2 – 2021.

*Документ является собственностью ТулГУ и не подлежит передаче, воспроизведению и копированию без разрешения ректора или представителя руководства по качеству.*

## Содержание

1 Область применения.....	5
2 Нормативные ссылки .....	5
3 Термины, определения и сокращения .....	6
4 Общие положения.....	8
5 Порядок проведения внутреннего аудита (проверки) СМК, включая СМК ПСН .....	10
6 Процедура проведения внутреннего аудита.....	15
7 Методы работы при внутреннем аудите.....	18
8 Записи о результатах внутреннего аудита.....	20
9 Мониторинг программы аудита .....	23
10 Пересмотр и улучшение программы аудита .....	23
11 Ответственность и полномочия .....	23
12 Критерии внутреннего аудита СМК, включая СМК ПСН.....	25
Приложение А .....	26
Приложение Б.....	28
Приложение В .....	29
Приложение Г .....	30
Приложение Д .....	31
Приложение Е.....	32
Приложение Ж.....	33
Приложение И .....	34
Приложение К .....	35
Приложение Л .....	36

### **Введение**

Настоящий стандарт является одним из документов системы менеджмента качества, действующей в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тульский государственный университет» (далее – ФГБОУ ВО «ТулГУ», или ТулГУ, или университет).

Настоящий стандарт разработан в соответствии с нормативно-правовыми документами Российской Федерации, регламентирующими деятельность в сфере государственного оборонного заказа, высшего образования и науки, Уставом ТулГУ, приказами ректора, решениями учёного совета ТулГУ, требованиями стандартов ГОСТ Р ИСО 9001-2015, ГОСТ РВ 0015-002-2020, ОСТ 134-1028-2012 с изм.1, РК-11-КТ.

Настоящий стандарт разработан с целью развития системы менеджмента качества ТулГУ, а также для обеспечения качества продукции, выполнения работ, оказания услуг.

---

**СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ**

---

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА****ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

---

Дата введения –

**1 Область применения**

1.1 Настоящий стандарт устанавливает общие требования к порядку планирования и проведения внутреннего аудита системы менеджмента качества (далее – СМК), в том числе системы менеджмента качества продукции специального назначения (далее – СМК ПСН), в ТулГУ.

1.2. Требования стандарта распространяются на работу группы внутреннего аудита и могут быть использованы всеми заинтересованными сторонами при проведении внутреннего аудита. Стандарт составлен в соответствии с требованиями п. 9.2 ГОСТ Р ИСО 9001-2015, п. 9.2 ГОСТ РВ 0015-002-2020, п. 9.2 ОСТ 134-1028-2012 с изм.1.

**2 Нормативные ссылки**

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие нормативные документы:

ГОСТ 19.701-90 ЕСПД. Схема алгоритмов, программ, данных и систем. Условные обозначения и правила применения.

ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.

ГОСТ Р ИСО 19011-2021 Руководящие указания по проведению аудита систем менеджмента.

ГОСТ РВ 0015-002-2020 Система разработки и постановки на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.

ОСТ 134-1028-2012 с изм. 1 Ракетно-космическая техника. Требования к системам менеджмента качества предприятий, участвующих в создании, производстве и эксплуатации изделий.

Примечание – При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверять действие ссылочных стандартов. Если ссылочный стандарт заменён (изменён), то при пользовании настоящим стандартом следует руководствоваться заменяющим (изменённым) стандартом. Если ссылочный стандарт отменён без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку.

### 3 Термины, определения и сокращения

3.1 В настоящем стандарте применены термины по ГОСТ Р ИСО 9000, а также следующие термины с соответствующими определениями:

3.1.1 **аудит:** Систематический, независимый и документированный процесс для получения объективного свидетельства и его объективной оценки для определения степени, с которой выполнены критерии аудита.

3.1.2 **область аудита:** Объем и границы аудита.

3.1.3 **план аудита:** Описание деятельности и организационных мероприятий по проведению аудита.

3.1.4 **критерии аудита:** Совокупность требований, используемых как эталон, с которым сравнивается объективное свидетельство.

3.1.5 **свидетельство аудита:** Записи, изложение фактов или другая информация, которые связаны с критериями аудита и являются верифицируемыми.

3.1.6 **наблюдения аудита:** Результаты оценивания собранных.

3.1.7 **заключение по результатам аудита:** Выход аудита после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита.

3.1.8 **результативность:** Степень, с которой запланированные задачи выполнены и запланированные результаты достигнуты.

3.1.9 **аудитор:** Лицо, проводящее аудит.

3.1.10 **группа по аудиту:** Одно лицо или более, проводящее(их) аудит при поддержке, если необходимо, технических экспертов.

3.1.11 **компетентность:** Способность применять знания и навыки для достижения намеченных результатов.

3.1.12 **несоответствие:** Невыполнение требования.

3.1.13 **требование:** Потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

3.1.14 **предупреждающее действие:** Действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

3.1.15 **коррекция:** Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

3.1.16 **корректирующее действие:** Действие, предпринятое для устранения причины *несоответствия* и предупреждения его повторного возникновения.

3.1.17 **улучшение:** Действия по улучшению результатов деятельности.

Примечание — Действия могут быть повторяющимися или единичными действиями.

3.1.17 **постоянное улучшение:** Повторяющаяся деятельность по улучшению результатов деятельности.

3.1.19 **возможность:** Способность объекта получить выход, который будет соответствовать требованиям к этому выходу.

3.1.20 **риск:** Влияние неопределенности.

3.1.21 **область аудита:** Объем и границы аудита.

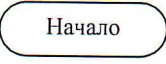



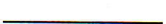
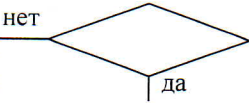

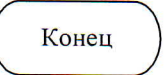
3.1.22 **предупреждающее действие:** Действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

3.1.24 **программа аудита:** Совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели.

3.1.25 **технический эксперт:** Лицо, которое предоставляет специальные знания или опыт группе по аудиту.

3.2 В настоящем стандарте применены следующие обозначения:

3.2.1 Символы, применяемые в настоящем стандарте для обозначения алгоритма выполнения работ, по ГОСТ 19.701:

	Старт, начало процесса, исполнитель (подразделение или должностное лицо)
	Действие в процессе (проработка, проведение анализа, выполнение работы)
	Документ (приказ, указание, протокол, акт, решение, мероприятия накладная, удостоверение)
	Проверка, проведение контроля
	Линия выполнения операций
	Принятие решения
	Доработка, внесение изменений
	Конец процесса (окончание данного вида работы)

3.3 В настоящем стандарте применены следующие сокращения:

ГОСТ	– межгосударственный стандарт;
ГОСТ Р	– национальный стандарт Российской Федерации;
ДС	– документы по стандартизации;
ОМК	– отдел менеджмента качества;
ПРК	– представитель руководства по качеству;

- ПРК ОД – представитель руководства по качеству образовательной деятельности  
ПРК ПСН – представитель руководства по качеству продукции специального назначения;  
СМК – система менеджмента качества;  
СМК ПСН – система менеджмента качества продукции специального назначения;  
СТО – стандарт организации;

## 4 Общие положения

4.1 Внутренние аудиты являются инструментом руководства организации по сбору объективных данных и подтверждению эффективного внедрения и функционирования СМК/СМК ПСН.

Внутренние аудиты проводятся на соответствие положениям ДС СМК, отвечающим требованиям ГОСТ Р ИСО 9001, включая для СМК ПСН требования ГОСТ РВ 0015-002, ОСТ 134-1028 с изм.1, РК-11-КТ, а также любым другим документам (плановым, законодательным, организационно-распорядительным и др.), содержащим требования к качеству.

4.2 Целями внутренних аудитов СМК/СМК ПСН являются:

- проверка СМК/СМК ПСН организации в части соответствия установленным требованиям ДС;
- разработки плана мероприятий по совершенствованию деятельности подразделений;
- выявления несоответствий и определения причин их появления;
- проверки результативности корректирующих действий, осуществленных по результатам предыдущих внутренних аудитов;
- оценки результативности функционирования СМК/СМК ПСН в соответствии с политикой в области качества и установленными требованиями.

4.3 Объектами внутренних аудитов являются все структурные подразделения ТулГУ, входящие в область сертификации СМК/СМК ПСН.

При аудите *качества результатов деятельности* определяется соответствие качества услуг и продукции установленным требованиям (степень соответствия фактически достигнутых значений показателей качества запланированным).

При аудите документации СМК/СМК ПСН проверяется:

- наличие и актуальность политики и целей в области качества, свидетельств их реализации и достижения;
- для СМК образовательной деятельности: наличие руководства по качеству и документированной информации, требуемой ГОСТ Р ИСО 9001 (включая записи), а также свидетельств их применения;
- для СМК ПСН: наличие руководства по качеству и документированной информации, требуемой ГОСТ Р ИСО 9001, ГОСТ РВ 0015-002, ОСТ 134-1028 с изм.1, РК-11-КТ (включая записи), а также свидетельств их применения;



– наличие, адекватность и актуальность документированной информации, определенной университетом как необходимую для обеспечения результативности СМК и СМК ПСН (включая записи);

При *аудите СМК/СМК ПСН*, оценивается степень выполнения требований к СМК/СМК ПСН, ее адекватность, результативность и эффективность, что обеспечивается путем проверки:

- результатов деятельности;
- документации СМК/СМК ПСН;
- функционирования процессов и структурных подразделений;
- выполнения должностными лицами установленных требований;
- регистрации и анализа жалоб, претензий и рекламаций, поступивших от потребителей;
- выполнения коррекций и корректирующих действий по результатам аудитов (внутренних и внешних), оценки их результативности;
- проведения анализа функционирования структурных подразделений, процессов, СМК/СМК ПСН, (с установленной периодичностью) и реализация мероприятий по улучшению.

4.4 При планировании программы внутреннего аудита учитываются статус и важность процессов и участков, подлежащих проверке, а также результаты предыдущих проверок.

Основанием для внутренних аудитов является:

- а) для планового внутреннего аудита – утвержденные приказом ректора годовая программа и календарный график внутренних проверок;
- б) для внепланового (внеочередного) внутреннего аудита:
  - жалобы и претензии потребителей;
  - неудовлетворительное качество результатов деятельности;
  - несоблюдение установленных требований;
  - существенные изменения в организационной структуре ТулГУ, кадровом составе или деятельности;
  - инициирование со стороны руководства ТулГУ, руководителей процессов, структурных подразделений, а также вышестоящей организации.

Решение о проведении внепланового аудита может принимать: Совет по качеству, ученый совет ТулГУ, ректор, ПРК (ПРК ОД / ПРК ПСН).

4.5 Внутренние аудиты проводит группа аттестованных специалистов организации, уполномоченная ректором на проведение этих работ. Аудиты осуществляют специалисты, не несущие непосредственной ответственности за проверяемые участки.

Во внутренних аудитах (проверках) может принимать участие ВП по согласованию с ним.

4.6 Результаты внутренних аудитов СМК являются основанием для разработки и реализации мероприятий по совершенствованию СМК и отдельных процессов, разработке новых методов и средств управления качеством продукции, по совершенствованию

состава и содержания документации СМК/СМК ПСН, по подготовке СМК/СМК ПСН к сертификации.

Результаты внутренних аудитов СМК образовательной деятельности подлежат анализу со стороны высшего руководства на ученом совете, ректорате. Результаты внутренних аудитов СМК ПСН подлежат анализу со стороны высшего руководства на Совете по качеству. По результатам анализа результатов внутренних аудитов СМК/СМК ПСН университета вырабатываются и утверждаются корректирующие и предупреждающие действия в соответствии с СТО СМК ПСН 10.0.0-01 «Улучшение. Корректирующие действия».

## 5 Порядок проведения внутреннего аудита (проверки) СМК, включая СМК ПСН

Порядок подготовки и проведения внутреннего аудита СМК/СМК ПСН представлен на схеме выполнения работ в Приложении А.

### 5.1 Планирование внутреннего аудита

5.1.1 Все процессы СМК/СМК ПСН и подразделения, входящие в область сертификации СМК/СМК ПСН подлежат регулярной, не реже одного раза в год, проверке.

5.1.2 При планировании внутреннего аудита могут применяться два варианта (горизонтальный и вертикальный) программы внутреннего аудита (рисунок 1).

Вариант 1 используется для проверки соответствия отдельного вида деятельности или процесса требованиям СМК/СМК ПСН и оценивания его результативности.

Вариант 2 используется для проверки соответствия деятельности отдельного подразделения требованиям СМК/СМК ПСН и оценивания ее результативности.

Объект проверки	Подразделение или должностное лицо						
	1	2	3	4	5	...	n
1							
2							
3							
...							
n							

Вариант 1  
(Горизонтальная  
проверка)

Вариант 2 (Вертикальная проверка)

Рисунок 1 – Варианты программы проведения внутреннего аудита

Выбор варианта внутреннего аудита возлагается на руководителя группы проверки.

5.1.3 Подготовку годовой программы внутреннего аудита осуществляет начальник ОМК, согласовывает и утверждает – ПРК (для аудита СМК по образовательной деятельности – ПРК ОД, для аудита СМК ПСН – ПРК ПСН).

Программа внутреннего аудита СМК ПСН может быть согласована с ВП (по решению ВП). Управление программой внутренних аудитов осуществляется в соответствии с ГОСТ Р ИСО 19011.

В программу внутреннего аудита включаются проверки отдельных документов, подразделений, процессов и СМК/СМК ПСН в целом. Форма программы внутреннего аудита представлена в Приложении Б.

Доведение программы до соответствующих должностных лиц, координация, корректировка программы и контроль выполнения программы возлагаются на начальника ОМК.

Изменения в годовую программу вносятся начальником ОМК по согласованию с ПРК (ПРК ОД / ПРК ПСН) и ВП (по согласованию с ВП) для СМК ПСН в случаях:

- введения в действие новых ДС СМК/СМК ПСН;
- поступления информации от потребителей или контролирующих органов о несоответствии качества продукции установленным требованиям.

5.1.4 На основании утвержденной годовой программы внутреннего аудита составляется календарный график внутреннего аудита СМК/СМК ПСН.

Форма календарного графика внутреннего аудита СМК/СМК ПСН приведена в Приложении В.

График должен включать:

- идентификацию объекта внутреннего аудита;
- дату проведения проверки;
- ФИО аудиторов.

5.1.5 В соответствии с годовой программой внутреннего аудита на каждую проверку составляется план аудита.

Форма плана аудита приведена в Приложении Г.

## 5.2 Формирование группы внутреннего аудита

5.2.1 После разработки и утверждения программы внутреннего аудита ПРК (ПРК ОД / ПРК ПСН) для проведения конкретной проверки определяет состав групп по представлению начальника ОМК и предложениям руководителей структурных подразделений и процессов. Группа аудита назначается приказом ректора. Выбор состава группы аудита должен обеспечить объективность и беспристрастность процесса проверки в части независимости технических экспертов, участвующих в работе комиссии. Члены группы проверки не должны проверять свою собственную работу.

5.2.2 В состав группы аудита включаются квалифицированные специалисты со стажем работы в университете не менее трех лет и прошедших обучение по методике проведения внутреннего аудита.

Количество членов группы зависит от сложности объекта проверки. По решению ПРК (ПРК ОД / ПРК ПСН) проверка может проводиться одним специалистом.

5.2.3 В группу аудита не должны включаться работники, административно зависимые от руководителя проверяемого подразделения, с целью исключения возможности их необъективности принятия решений в ходе проверки.

5.2.4 При подборе членов группы должны учитываться требования квалификации и компетентности, умение работать с документами, людьми и опыт проведения проверок.

5.2.5 Выделяемые для проведения аудитов работники должны обладать следующим набором личных качеств:

- этичность (честность, правдивость, искренность и благоразумие);
- открытость и непредубежденность (желание и готовность воспринимать альтернативные идеи или точки зрения);
- дипломатичность (тактичность при обращении с людьми);
- наблюдательность (активное наблюдение за окружающей обстановкой и видами деятельности);
- восприимчивость (осведомленность и способность к пониманию ситуаций);
- универсальность (возможность быстро адаптироваться к различным ситуациям);
- упорство (настойчивость, нацеленность на достижение целей);
- решительность (своевременное принятие решений на основе логических соображений и анализа);
- самостоятельность (действовать и выполнять свои функции независимо, результативно взаимодействуя с другими);
- принципиальность (готовность действовать ответственно и этично даже в тех случаях, когда эти действия могут не встречать одобрения или приводить к разногласиям или конфронтации);
- готовность к самосовершенствованию (обучение в процессе работы, стремление к достижению наилучших результатов при проведении аудитов);
- высокая культура поведения (соблюдение и уважительное отношение к культурным ценностям университета);
- умение сотрудничать и работать с людьми (результативное взаимодействие с другими, включая членов группы по аудиту и работников университета).

5.2.6 Компетентность аудиторов и руководителей аудиторских групп периодически анализирует начальник ОМК, как правило, не реже одного раза в три года. При оценке компетентности учитываются личные качества, а также способность применять знания, умения и навыки при проведении аудита.

К участию в аудиторской группе в качестве технических экспертов могут привлекаться специалисты других структурных подразделений, не включенные в команду внутренних аудиторов, но обладающие специальными знаниями или опытом, необходимыми группе по аудиту. Технический эксперт работает под руководством руководителя аудиторской группы, но не имеет полномочий аудитора.

5.2.7 Члены группы обязаны:

- соблюдать при проверке требования конфиденциальности;
- знать и понимать документы по стандартизации, на соответствие которым могут осуществляться проверки качества в ТулГУ;
- знать структуру и процессы проверяемого подразделения;
- быть объективными и независимыми;
- собирать и анализировать доказательства, необходимые и достаточные для составления заключений о проверяемой области деятельности;
- составлять проект отчета о внутреннем аудите;
- сообщать результаты внутреннего аудита руководителю группы;
- поддерживать в порядке и сохранности документы, относящиеся к внутреннему аудиту (предоставление таких документов по требованию, обеспечение конфиденциальности документов, бережное отношение к сведениям, полученным в результате внутреннего аудита);
- рассматривать риски и возможности при планировании, проведении внутреннего аудита и отчетности по внутреннему аудиту с целью гарантии того, что аудит был сосредоточен на важных вопросах и для достижения целей программы аудита.

5.2.8 Один из проверяющих в группе (даже в случае, если группа состоит из одного работника) должен выполнять обязанности руководителя группы.

5.2.9 Руководитель группы внутреннего аудита должен пройти соответствующий курс подготовки по внутреннему аудиту СМК (если внутренний аудит проводится для проверки соответствия требованиям ГОСТ РВ 0015-0020, ОСТ 134-1028, РК-11-КТ – руководитель группы внутреннего аудита должен пройти курс подготовки по внутреннему аудиту по требованиям данных стандартов).

5.2.10 При подготовке к внутреннему аудиту руководитель группы должен выделить каждому члену группы определенную часть плановой работы и при необходимости может производить изменения в назначениях в ходе внутреннего аудита.

### 5.3 Уведомление о внутреннем аудите

5.3.1 После разработки и утверждения плана внутреннего аудита и определения состава группы руководитель группы должен в форме извещения на проведение внутреннего аудита в течение трех дней до начала проверки уведомить о ней руководителя процесса или проверяемого структурного подразделения. При уведомлении указываются объект, дата и время проверки.

Форма письменного уведомления – Извещения на проведение внутреннего аудита, приведена в Приложении Д.

### 5.4 Подготовка к внутреннему аудиту

5.4.1 В ходе подготовки к внутреннему аудиту необходимо:

- всем членам группы ознакомиться с планом внутреннего аудита и четко определить ее границы;
- руководителю группы внутреннего аудита обеспечить членов группы рабочими материалами;
- каждому члену группы проанализировать все относящиеся к его обязанностям документы и материалы с целью выявления наиболее существенных вопросов, подлежащих квалифицированному обсуждению с персоналом проверяемого подразделения;
- руководителю группы подготовить контрольные листы. Вопросы, включаемые в контрольный лист, должны строиться таким образом, чтобы ответы на них давали члену группы исчерпывающее и верное представление о проверяемом объекте.
- руководителю группы учесть при планировании риски, которые могут возникнуть при проведении внутреннего аудита, и довести их до членов аудиторской группы;
- руководителю проверяемого подразделения подготовить все указанные в плане документы СМК/СМК ПСН, на соответствие которым должна проводиться проверка, а также любые другие материалы, относящиеся к объекту проверки: организационно-распорядительные документы, положение о подразделении, должностные инструкции работников.

5.4.2 Во время подготовки к проверке аудиторам целесообразно подготовить комплект рабочих документов, помогающих в реализации целей аудита.

Рабочие документы могут включать в себя:

- перечень несоответствий по результатам предыдущего аудита;
- перечень нормативной документации, выданной в структурное подразделение;
- и др.

Рабочие документы не являются документами аудита, но их рекомендуется хранить до завершения аудита. Применение контрольного листа позволяет аудитору:

- рационально распределить время;
- сфокусировать внимание на ключевых аспектах;
- установить и сохранить последовательность опроса;
- вести записи о свидетельствах и наблюдениях аудита.

### 5.5 Риски внутреннего аудита

– не достижение целей аудита, например, из-за недостатка времени, отводимого на конкретный аудит, из-за некомпетентности аудиторов, из-за противодействия руководства и персонала проверяемого подразделения;

– неполучение объективной и достоверной информации в ходе аудита, например, из-за недостаточной квалификации специалистов проверяемого

подразделения, из-за некомпетентности аудиторов, из-за противодействия руководства и персонала проверяемого подразделения;

– разглашение конфиденциальной информации, полученной аудитором в ходе аудита, третьим лицам, например, предприятию-конкуренту.

## **6 Процедура проведения внутреннего аудита**

### **6.1 Вводное совещание**

6.1.1 Вводное совещание проводит руководитель группы с целью ознакомления персонала проверяемого подразделения с планом и методами проверки и формирования к ней позитивного отношения.

6.1.2 В ходе совещания руководитель группы внутреннего аудита должен:

- представить персоналу проверяемого подразделения членов группы;
- изложить цель и задачи внутреннего аудита, а также рассказать об области, его критериях, методах и процедурах, которые будут использоваться при проверке;
- напомнить участникам совещания о значении внутреннего аудита для обеспечения качества продукции/оказываемых услуг;
- сообщить о способах отчетности при внутреннем аудите;
- ознакомить участников с графиком внутреннего аудита;
- удостовериться в том, что к каждому члену группы прикреплен (если это необходимо) представитель проверяемого подразделения;
- разъяснить персоналу проверяемого подразделения, где и каким образом практически будет проводиться внутренний аудит;
- сообщить персоналу проверяемого подразделения, что результаты внутреннего аудита будут доведены до сведения соответствующих должностных лиц;
- отметить, что в процессе внутреннего аудита представители проверяемого подразделения могут задавать членам группы любые вопросы по существу дела.
- согласовывать даты и/или времени проведения промежуточных совещаний (при необходимости) и итогового совещания;
- уточнять другие вопросы, связанных с проведением аудита.

6.1.3 По решению руководителя группы вводное совещание может быть заменено на обсуждение условий проведения внутреннего аудита с руководителем проверяемого подразделения.

6.1.4 Если проверяемое подразделение возражает против каких-либо пунктов плана внутреннего аудита, такие возражения должны быть немедленно доведены до сведения ПРК (по направлению аудита – ПРК ОД / ПРК ПСН) и начальника ОМК.

6.1.5 В случае невозможности проведения проверки в соответствии с планом аудита руководитель аудиторской группы сообщает об этом ПРК (по направлению аудита – ПРК ОД / ПРК ПСН), который принимает решение о внесении необходимых изменений в проведение конкретной проверки. Решение о переносе сроков оформляется организационно-распорядительным документом (распоряжением).

## 6.2 Сбор и обработка информации

6.2.1 Источниками исходной информации для членов группы внутреннего аудита являются документы, регламентирующие деятельность подразделения и процессы: положение о подразделении, должностные инструкции, процедуры, рабочие инструкции, методики, приказы, распоряжения, планы, акты, регистрационные журналы, протоколы совещаний, программы и журналы обучения, средства труда и др.

6.2.2 Собираемая в ходе внутреннего аудита информация используется членом группы внутреннего аудита для оценивания степени соответствия деятельности подразделения требованиям действующей документации. Каждое подтверждение соответствия, как и факт отсутствия соответствия или возможность улучшения, должны быть членом группы идентифицируемы и документированы. Выявленные несоответствия или замечания должны быть идентифицированы и классифицированы по форме проявления и степени значимости.

6.2.3 По степени значимости (степени риска отрицательных последствий) несоответствие может быть отнесено к значительному и незначительному.

6.2.4 Значительным несоответствием СМК/СМК ПСН является факт, когда:

- отсутствует необходимый процесс СМК/СМК ПСН или процедура;
- отсутствует система испытаний и контроля, обеспечивающая прямо или косвенно контроль всех характеристик продукции/оказываемых услуг на соответствие требованиям, установленным к этой продукции/услугам;
- отсутствует порядок оценки процесса выполнения работ и оказания услуг;
- требования документов по стандартизации СМК/СМК ПСН и настоящей процедуры не выполняются;
- требования стандарта, на соответствие которому проводится проверка, не соблюдаются;
- зарегистрированные данные по качеству и деятельности по обеспечению качества не дают представления о результативности функционирования СМК/СМК ПСН.

Для облегчения оценивания значительных несоответствий может быть использовано их ранжирование по характеру и критериям значимости.

6.2.5 К незначительным несоответствиям относятся выявленные факты ошибок или недочетов, которые могут отрицательно повлиять на качество.

Например:

- соответствующий процесс (где обнаружено несоответствие) СМК/СМК ПСН разработан и внедрен, есть доказательства его функционирования, но необходимо провести улучшения;
- обнаружены примеры отклонений, указывающие на отсутствие исполнительской дисциплины в применении ДС СМК/СМК ПСН;
- отсутствуют объективные доказательства ознакомления работников подразделения с ДС СМК/СМК ПСН;



- имеются отдельные нечеткие записи при регистрации данных о качестве;
- отсутствуют актуализированные копии ДС СМК/СМК ПСН;
- отсутствует регистрация данных о качестве или записи о качестве с нарушением установленных форм.

6.2.6 К числу несоответствий или замечаний не следует относить отступления или отклонения, санкционированные уполномоченными на это лицами соответствующими разрешениями.

6.2.7 Выявленное при проверке и подтвержденное представителем проверяемого подразделения несоответствия или замечания должны быть документировано в форме протокола (Приложение Ж) и доведены до сведения руководителя проверяемого структурного подразделения (процесса).

6.2.8 Допускается устранение несоответствий в ходе аудита путем проведения корректировок.

### 6.3 Заключительное совещание

6.3.1 По завершении проверки руководитель аудиторской группы проводит заключительное совещание с руководством проверяемого структурного подразделения (процесса), на котором представляет и разъясняет результаты аудита. Руководитель аудиторской группы имеет право давать свои рекомендации по проведению корректировок и корректирующих и предупреждающих действий.

6.3.2 По результатам аудита руководитель структурного подразделения (процесса) предпринимает действия по выявлению причин несоответствий и планированию необходимых корректировок, корректирующих и предупреждающих действий, а также сроков их выполнения.

6.3.3 В случае несогласия руководителя структурного подразделения (процесса) с результатами аудита возникшие разногласия отражаются руководителем аудиторской группы в отчете о результатах внутреннего аудита. Решение по результатам такого аудита и последующим действиям принимает начальник ОМК, по согласованию с ПРК (ПРК ОД / ПРК ПСН).

### 6.4 Регистрация результатов внутреннего аудита

6.4.1 Результаты внутреннего аудита регистрируются в Журнале учета аудитов (Приложение Е) и являются обязательными записями данных о качестве, подлежащими анализу со стороны высшего руководства.

6.4.2 Все материалы каждого внутреннего аудита комплектуются в номенклатуре дел ОМК под соответствующим регистрационным номером, в состав которого включаются:

- план аудита;
- извещение на проведение внутреннего аудита – письменное уведомление руководителя проверяемого подразделения;
- заполненный опросный лист (чек-лист);

- копии протоколов о несоответствиях;
- отчет о внутреннем аудите;
- копия плана корректирующих/предупреждающих действий;
- справка-отчет о выполнении корректирующих действий;
- другие материалы.

Дело о внутреннем аудите хранится в ОМК в течение одного года.

Материалы дела о внутреннем аудите могут быть использованы для:

- контроля сроков выполнения и результатов корректирующих/предупреждающих действий;
- для разработки последующих опросных листов;
- ссылок в последующем внутреннем аудите;
- возможных юридических последствий.

6.4.3 Основным документом дела о внутреннем аудите является отчет, ответственность за подготовку которого несет руководитель группы.

## 7 Методы работы при внутреннем аудите

В ходе проведения внутреннего аудита член группы в своей работе должен использовать различные методы:

- наблюдение;
- опрос;
- доказательство;
- анализ;
- оценивание.

Применение методов на различных этапах приведено в Таблице 1.

Таблица 1 – Методы работы на различных этапах внутреннего аудита

Этапы внутреннего аудита	Методы работы
Подготовка к внутреннему аудиту	Анализ
Сбор исходной информации	Наблюдение, опрос, анализ
Определение степени соответствия	Оценивание, доказательство
Обсуждение находок	Анализ, оценивание, доказательство
Подготовка заключения	Анализ, оценивание, доказательство
Участие в разработке корректирующих действий	Анализ, оценивание

### 7.1 Наблюдение

7.1.1 Наблюдение строится на ознакомлении, осмотре и изучении объекта исследования.

7.1.2 Объектами исследования при наблюдении являются:

- состояние документации;
- записи данных о качестве;
- оборудование и средства измерений;

- состояние рабочих мест;
- поведение работников.

7.1.3 Основным средством наблюдения является зрительное восприятие.

## 7.2 Опрос

7.2.1 Опрос может проводиться в форме непосредственной беседы с работниками подразделения по предварительно подготовленному вопроснику.

7.2.2 В процессе планирования проверки следует предусмотреть беседы с руководителем процесса (подразделения) и при необходимости – с поставщиком или потребителем процесса.

7.2.3 В ходе беседы член группы должен опираться только на те свидетельства собеседника, которые подтверждаются соответствующими фактами. В противном случае они носят субъективный характер и поэтому крайне затруднительны для использования в доказательствах.

7.2.4 Информация, полученная в ходе беседы, должна анализироваться путем ее сопоставления с информацией на данную тему, полученной из бесед с другими работниками, и личными наблюдениями члена группы внутреннего аудита.

## 7.3 Доказательство

7.3.1 Каждое доказательство должно быть подкреплено соответствующими записями, констатацией фактов или иной информацией, полученной в ходе внутреннего аудита.

7.3.2 Внутренний аудит, ввиду ограниченности времени и ресурсов, ведется с использованием выборочного метода сбора доступной информации. Член группы внутреннего аудита должен соотносить применение выборочного метода с имеющей место в данных обстоятельствах степенью доверия к полученной информации.

7.3.3 Сбор доказательств является основным из наиболее важных и сложных моментов в работе члена группы внутреннего аудита.

## 7.4 Анализ

7.4.1 Анализ позволяет расчленить проверяемую деятельность на более простые части и установить взаимоотношение этих частей. Анализ дает возможность отделить существенное от несущественного, свести сложное к простому, выстроить логическую цепь рассуждений.

7.4.2 Анализ может рассматриваться и как самостоятельный метод работы аудитора, и как составная часть наблюдения, опроса, доказательства и оценивания.

## 7.5 Оценивание

7.5.1 Результаты оценивания могут быть использованы для:

- утверждения в ходе внутреннего аудита;

- решения о способности объекта внутреннего аудита выполнять установленные требования;
- установления характера последствий обнаруженного несоответствия;
- установления возможности улучшения;
- заключения по результатам внутреннего аудита.

7.5.2 При любом оценивании существует вероятность неправильной (ошибочной) оценки и, как следствие, неверного заключения по результатам внутреннего аудита. Для того, чтобы уменьшить вероятность неправильной оценки, необходимо использовать объективные данные, основанные на измерениях.

## **8 Записи о результатах внутреннего аудита**

### **8.1 Требования к записям о результатах внутреннего аудита**

8.1.1 Результаты проведения каждого внутреннего аудита определенным образом документируются в виде соответствующих записей с тем, чтобы обеспечить сохранность и сравнимость информации о фактическом состоянии объекта.

8.1.2 Результаты каждого внутреннего аудита носят открытый характер, то есть являются доступными для ознакомления любым работником проверяемого подразделения.

8.1.3 Результаты внутреннего аудита включаются в дело о проверке и представляют собой записи различного типа:

- журнал учета аудитов;
- протокол о несоответствиях/замечаниях;
- отметка в графике внутренних аудитов;
- отчет о каждом внутреннем аудите;
- отчет по выявленным рискам/возможностям.

8.1.4 Записи о результатах внутреннего аудита должны вестись и поддерживаться в рабочем состоянии для предоставления свидетельств соответствия требованиям и результативности функционирования СМК/СМК ПСН. Они должны быть четкими, легко идентифицированными и восстанавливаемыми.

8.1.5 За поддержание в рабочем состоянии, хранение и предоставление заинтересованным лицам записей о результатах каждого внутреннего аудита несет ответственность начальник ОМК.

### **8.2 Протокол регистрации несоответствия /замечания**

8.2.1 Обнаруженное (выявленное) аудитором и подтвержденное представителем проверяемого подразделения несоответствие или замечание должно быть документировано в форме протокола, в котором должны быть отмечены:

- время и место обнаружения;
- краткое содержание несоответствия (замечания);
- значимость несоответствия;

- ссылка на нарушение требования определенного документа;
- объективные свидетельства;
- необходимость коррекции или корректирующего действия.

8.2.2 Протокол регистрации несоответствия/замечания не должен содержать мнений проверяющего и/или его рекомендаций по устранению несоответствия/замечания или каких-либо категорических замечаний.

В протокол не включаются несоответствия или замечания, обнаруженные проверяющим, но откорректированные работниками проверяемого подразделения во время проведения проверки.

8.2.3 Форма протокола о несоответствии/замечании приведена в Приложении Ж.

8.2.4 Протокол регистрации несоответствия/замечания заполняет проверяющий, выявивший это несоответствие/замечание в ходе проверки, подписывают руководитель группы аудита и руководитель проверяемого подразделения.

8.2.5 Заполненный протокол о несоответствии/замечании регистрирует работник ОМК и подшивает его в дело о внутреннем аудите. Копии протоколов направляют руководителю проверяемого подразделения. По согласованию с руководителем подразделения копии протоколов направляют также заинтересованным или во взаимодействующим с ним подразделениям.

### 8.3 Отчет о внутреннем аудите

8.3.1 Отчет о внутреннем аудите должен представлять полные, точные и достоверные данные о проведенной работе.

8.3.2 В отчете о внутреннем аудите указывают:

- основание для проведения аудита (программа аудитов, приказ ректора);
- наименование проверяемого структурного подразделения (процесса);
- цели аудита;
- дата проведения аудита;
- состав аудиторской группы;
- представитель структурного подразделения (процесса) - сопровождающее лицо;
- наименования проверенных объектов;
- критерии аудита;
- свидетельства и наблюдения аудита;
- несоответствия, выявленные в ходе аудита;
- возникшие разногласия;
- заключения (выводы) по результатам аудита с выделением общего количества выявленных несоответствий или с отметкой об их отсутствии и др.;
- рекомендации аудиторов (при наличии).

В отчете выявленные несоответствия должны подтверждаться объективными свидетельствами и ссылками на соответствующие нормативные документы.

*Примеры:*

*1 Цели в области качества на текущий год не измеримы. Не выполнены требования п. 6.2.1 ГОСТ Р ИСО 9001.*

*2 Не представлены доказательства выполнения корректирующих действий по результатам предыдущего внутреннего аудита. Не выполнены требования п. 7.3.1 СТО СМК 9.2.0-01-2023 «Внутренние аудиты».*

8.3.3 Ответственность за подготовку и содержание отчета несет руководитель группы внутреннего аудита.

8.3.4 Отчет о внутреннем аудите подготавливается в двух экземплярах, один экземпляр отчета передается руководителю проверяемого подразделения, второй экземпляр – руководителю аудита. Форма отчета о внутреннем аудите приведена в Приложении И.

8.3.5 Руководители проверяемых структурных подразделений (процессов), обеспечивают необходимые коррективы и корректирующие действия для устранения обнаруженных несоответствий и вызвавших их причин. План мероприятий по устранению несоответствий СМК/СМК ПСН, направляется в ОМК не позднее 7 дней после проверки. Форма плана мероприятий по устранению несоответствий СМК/СМК ПСН приведена в Приложении К.

Сроки выполнения коррекций и корректирующих действий могут быть продлены по решению начальника ОМК на основании служебной записки от руководителя структурного подразделения (процесса) с обоснованием переноса сроков.

8.3.6 Руководители проверяемых структурных подразделений (процессов), контролируют выполнение корректирующих действий в установленные планом мероприятий сроки и направляют в ОМК справку-отчет об устранении несоответствий, выявленных при внутреннем аудите СМК/СМК ПСН по форме, приведенной в Приложении Л.

8.3.7 Справка-отчет представляется в ОМК не позднее пяти рабочих дней после окончания установленного срока выполнения всех коррекций и корректирующих действий. Допускается представлять отчет по частям по мере выполнения коррекций и корректирующих действий.

8.3.8 Начальник ОМК при получении справки-отчета об устранении несоответствий системы менеджмента качества анализирует документы, подтверждающие реализацию корректирующих действий, полученные вместе со справкой-отчетом, делает отметку в протоколе регистрации несоответствий и Журнале учета аудитов о выполнении структурным подразделением корректирующих/предупреждающих действий.

8.3.9 В случае признания корректирующего действия нерезультативным назначается это же или другое корректирующее действие, осуществление которого подтверждается отчетом структурного подразделения и проверяется при следующем

внеплановом внутреннем аудите. Информация о невыполнении коррекции и/или не результативности второго корректирующего действия доводится начальником ОМК до сведения ПРК (по направлению деятельности – ПРК ОД / ПРК ПСН).

8.3.10 Начальник ОМК доводит итоговую информацию о результатах внутренних аудитов до сведения ПРК (по направлению деятельности – ПРК ОД / ПРК ПСН).

8.3.11 Начальник ОМК проводит анализ выполнения программы аудитов и представляет результаты анализа в отчете о функционировании СМК/СМК ПСН. При необходимости результаты внутренних аудитов обсуждаются на заседаниях Совета по качеству, ученого совета ТулГУ, ректоратах.

## **9 Мониторинг программы аудита**

Лицо, управляющее программой аудита, должно гарантировать оценку:

- а) того, что был выдержан график и достигнуты цели аудита;
- б) работы членов группы по аудиту, в том числе руководителя группы по аудиту;
- в) способности группы по аудиту выполнять план аудита;
- г) достаточности и адекватности документированной информации по процессу аудита в целом.

## **10 Пересмотр и улучшение программы аудита**

Уроки, извлеченные из анализа программы аудита, следует использовать в качестве исходных данных для постоянного улучшения программы.

Лицо, управляющее программой аудита, должно обеспечить следующее:

- анализ выполнения программы аудита в целом;
- выявление областей и возможностей для улучшения;
- внесение изменений в программу аудита в случае необходимости;
- отслеживание постоянного профессионального развития аудиторов;
- предоставление отчета о результатах выполнения программы аудита.

## **11 Ответственность и полномочия**

11.1 Ректор ТулГУ:

- утверждает приказ о проведении внутреннего аудита.

11.2 ПРК:

- контролирует составление программы и графика аудита;
- формирует команду группы аудита;
- контролирует устранение несоответствий;
- вносит изменения в программу аудита (при необходимости).

11.2 Управление программой внутренних аудитов осуществляет начальник ОМК, который несет ответственность за:

- разработку программы и планов внутренних аудитов;
- подготовку предложений по целям, объектам и критериям аудита;
- организацию обучения внутренних аудиторов и представителей структурных подразделений методам проведения внутреннего аудита, оценку их компетентности;
- проведение анализа результатов внутренних аудитов и деятельности аудиторских групп;
- разработку рекомендаций по совершенствованию процедуры внутреннего аудита;
- обеспечение хранения документов по внутренним аудитам (программ, планов, отчетов);
- проведение анализа результатов выполнения программы аудитов.

11.3 Ответственность за подготовку и проведение аудита на месте несет руководитель аудиторской группы, который:

- несет ответственность за все этапы внутреннего аудита;
- участвует в подборе членов группы;
- утверждает план внутреннего аудита и знакомит с ним членов группы внутреннего аудита и проверяемого подразделения;
- распределяет обязанности между членами аудиторской группы;
- представляет аудиторскую группу руководству проверяемого подразделения;
- осуществляет анализ документации, относящейся к деятельности проверяемого подразделения и СМК/СМК ПСН организации;
- информирует проверяемое подразделение о критических несоответствиях;
- докладывает ПРК (по направлению – ПРК ОД либо ПРК ПСН) обо всех существующих препятствиях, возникающих при осуществлении внутреннего аудита;
- осуществляет ведение документации по внутреннему аудиту;
- готовит отчет о внутреннем аудите и представляет его в ОМК в установленные сроки.

11.4 Обязанности членов группы по аудиту

- знать и уметь применять принципы, процедуры и методы аудита;
- эффективно планировать и организовывать работу;
- проводить аудит в течение установленного срока;
- устанавливать приоритеты и фокусироваться на существенных вопросах;
- собирать информацию посредством опроса, наблюдений, анализа документов, записей и данных;
- учитывать мнения технических экспертов (при необходимости);
- знать и применять соответствующие методы выборочного контроля;
- проверять точность собранной информации;



- подтверждать достаточность и приемлемость свидетельств аудита для обоснования выводов аудита и заключений;
- использовать рабочие документы для регистрации деятельности по аудиту;
- участвовать в подготовке отчета о внутреннем аудите;
- сохранять конфиденциальность информации, документов и записей;
- обмениваться информацией с членами аудиторской группы.

#### 11.5 Руководители проверяемых подразделений

- информируют персонал подразделений о целях и объемах внутреннего аудита, а по ее окончании – о результатах внутреннего аудита;
- сопровождают сами или назначают ответственное лицо для сопровождения членов группы внутреннего аудита;
- обеспечивают членов аудиторской группы рабочим местом на время аудита;
- обеспечивают доступ членов группы внутреннего аудита к необходимому оборудованию и первичным данным (записям, карточкам, протоколам, актам и др. документам);
- обеспечивают взаимодействие с членами группы внутреннего аудита;
- анализируют результаты внутреннего аудита и организывают устранение обнаруженных недостатков, отмеченных в отчете о внутреннем аудите;
- планируют мероприятия по устранению несоответствий и причин их возникновения, организуют и контролируют выполнение этих мероприятий;
- своевременно представляют отчеты о выполнении корректирующих, корректирующих/предупреждающих действий.

#### 11.6 Представитель ВП в организации (по согласованию с ВП):

- участвует во внутреннем аудите СМК ПСН организации;
- принимает участие в анализе результатов внутреннего аудита;
- осуществляет контроль за выполнением корректирующих мероприятий по результатам анализа внутреннего аудита.

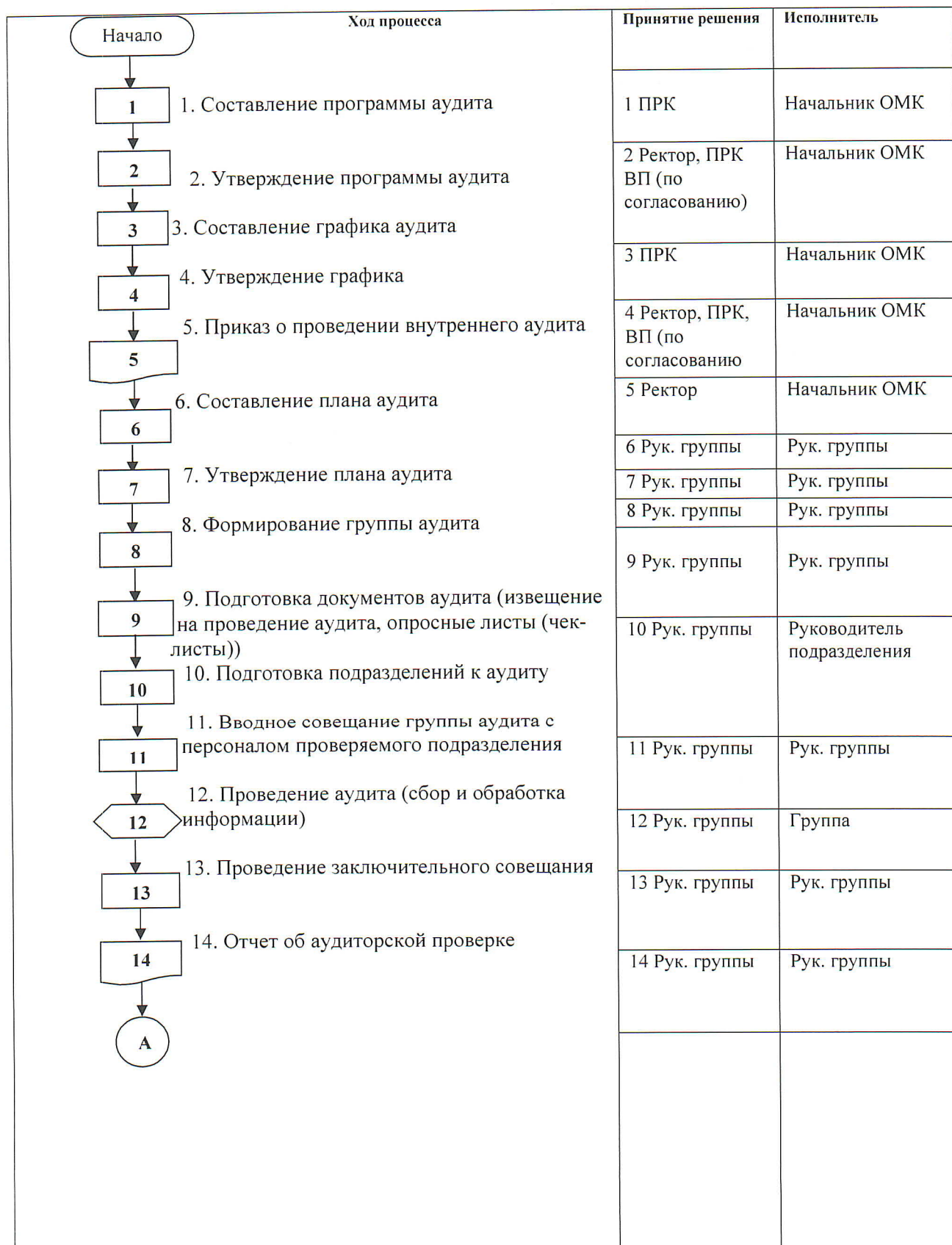
## 12 Критерии внутреннего аудита СМК, включая СМК ПСН

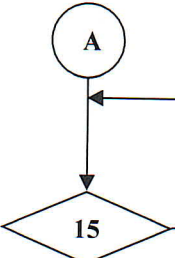






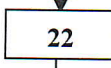
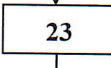

12.1 Выполнение годового плана внутренних аудитов – 100 %.

12.2 Результативность выполнения корректирующих действий по выявленным несоответствиям структурных подразделениях – 100 %.

**Приложение А**  
(обязательное)

**Схема выполнения работ при проведении внутреннего аудита**



Ход процесса	Принятие решения	Исполнитель
 <p>15. Решение о доработке отчета</p>	15 Начальник ОМК	Рук. группы
 <p>16. Доработка отчета</p>	16 Начальник ОМК	Рук. группы
 <p>17. Рассылка второго экземпляра отчета руководителю проверяемого подразделения</p>	17 Рук. группы	Начальник ОМК
 <p>18. Имеются ли несоответствия по результатам аудита?</p>	18 Рук. группы	Член группы
 <p>19. Разработка, утверждение</p>	19 Рук. группы	Руководитель подразделения
 <p>20. Контроль за выполнением корректирующих / предупреждающих действий</p>	20 Рук. группы	Член группы
 <p>21. Несоответствие устранено?</p>	21 Рук. группы	Член группы
 <p>22. Регистрация результатов аудита в журнале учета аудитов</p>	22 Рук. группы	Член группы
 <p>23. Оформление дела об аудите</p>	23 Рук. группы	Начальник ОМК
 <p>Конец</p>		

**Приложение Б**  
(рекомендуемое)  
**Форма годовой программы внутренних аудитов**

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по \_\_\_\_\_, ПРК \_\_\_\_\_<sup>1</sup>  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*подпись* / *ФИО*  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г  
МП

**ГОДОВАЯ ПРОГРАММА**

внутренних аудитов

на 202\_\_ год

структурных подразделений ТулГУ, входящих в область сертификации,  
на соответствие требованиям стандартов, по которым сертифицирована  
система менеджмента качества, включая систему менеджмента качества продукции  
специального назначения ТулГУ

№ п/п	Цели аудита	Объект аудита	Область аудита (Проверяемые элементы СМК) <sup>2</sup>				Дата прове- дения	Ф.И.О. главног о аудитор а	Ф.И.О аудит оров	Отметка о выполнен ии, номер протокол а, дата
			ГОСТ РВ 0015- 002	ОСТ 134- 1028	ГОСТ Р ИСО 9001	РК-11- КТ				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
...										
n										

Разработал      Начальник ОМК      / \_\_\_\_\_ /      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
*ФИО*      *подпись*      *дата*

<sup>1</sup> Указывается проректор – представитель руководства по качеству, ответственный за определенную СМК, назначенный приказом ректора

<sup>2</sup> Указывается соответствующие пункты стандартов, по которым проверяется подразделение.

**Приложение В**  
(рекомендуемое)  
**Форма графика внутренних аудитов**

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по \_\_\_\_\_, ПРК \_\_\_\_\_<sup>3</sup>  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*подпись* *ФИО*  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г  
МП

**ГРАФИК  
ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ**

на 202\_\_ год

структурных подразделений ТулГУ, входящих в область сертификации,  
на соответствие требованиям стандартов, по которым сертифицирована  
система менеджмента качества, включая систему менеджмента качества продукции  
специального назначения ТулГУ

№	Объект аудита	Дата аудита / статус аудита	Месяц												Группа аудитор ов	Примечание	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>														<b>9</b>	<b>10</b>
1		дата															
		состояние															
2		дата															
		состояние															
3		дата															
		состояние															
...		дата															
		состояние															
n		дата															
		состояние															

Подготовил      Начальник ОМК      / \_\_\_\_\_ /      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
*ФИО*      *подпись*      *дата*

<sup>3</sup> Указывается проректор – представитель руководства по качеству, ответственный за определенную СМК, назначенный приказом ректора

**Приложение Г**  
(рекомендуемое)  
**Форма плана внутреннего аудита**

**ПЛАН**

проведения внутреннего аудита структурных подразделений ТулГУ на соответствие требованиям стандартов \_\_\_\_\_  
*указываются конкретные стандарты*

**Основание для проведения внутреннего аудита:** приказ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20\_\_

**Цели аудита:** \_\_\_\_\_

<b>ОБЪЕКТ АУДИТА</b>		<b>Рег. № аудита:</b> _____	
Процесс/Подразделение: _____		Срок проведения аудита	«__» _____ 20__
Руководитель аудита: _____ <i>ФИО</i> <i>подпись</i>		Дата предоставления отчета: «__» _____ 20__	

№ пп	Состав группы аудита	
1.	Руководитель:	
2.	Аудиторы:	
3.	Стажеры	

№ пп	Критерии аудита	
1.		
2.		
3.		

№ пп	Аудитор (Ф.И.О.)	Структурные единицы подразделения	Область аудита	Дата, время
1.	.			
2.				
Руководитель процесса/Подразделения _____ / _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Подпись</span> <span>ФИО</span> <span>Дата</span> </div> Начальник ОМК _____ / _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Подпись</span> <span>ФИО</span> <span>Дата</span> </div>				

**Приложение Д**  
(рекомендуемое)  
**Форма извещения на проведение внутреннего аудита**

**ИЗВЕЩЕНИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА**

Руководителю

(структурное подразделение Ф.И.О. должность)

В соответствии с графиком внутренних аудитов СМК на 20\_\_ год структурных подразделений ТулГУ, входящих в область сертификации на соответствие требованиям стандартов, по которым сертифицирована система менеджмента качества (СМК) ТулГУ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. требованием на плановый/внеплановый аудит.

(нужное подчеркнуть).

Деятельность Вашего подразделения будет проверяться на выполнение требований стандартов, по которым сертифицирована система менеджмента качества (СМК) ТулГУ, документированной информации системы менеджмента качества, по разделам:

---



---



---



---

**Подразделению необходимо подготовить следующую документацию:**

- 1 Положение о подразделении;
- 2 Должностные инструкции работников;
- 3 Номенклатуру дел;
- 4 Иные документы и записи СМК/СМК ПСН.

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

Аудиторы:

---

Начальник ОМК

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись                      ФИО                      Дата

Извещение получил

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись                      ФИО                      Дата

**Приложение Е**  
(рекомендуемое)  
**Форма журнала учета аудитов**

Дата проверки	Основание для проверки (№ программы)	Объект проверки	Область проверки	Критерии проверки	Ф.И.О. членов группы проверки	Пометки о фактическом состоянии объектов исследования	Отметки рук. группы проверки об устранении несоответствий с указанием даты реализации	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9



**Приложение Ж**  
(рекомендуемое)

**Форма протокола о несоответствии/замечании**

Протокол регистрации несоответствия/замечания №			
<b>Организация/СП</b>			
<b>Цели аудита</b>			
<b>Дата</b>			
<b>Раздел 1. Сведения о несоответствии.</b>			
<b>Объект проверки</b> <i>(процесс, вид деятельности, подразделение)</i>			
<b>Стандарт</b> <i>(номер раздела)</i>		<b>Классификация несоответствия</b>	<i>(критическое или некритическое)</i>
<b>Описание несоответствия:</b>			
<b>Объективные свидетельства (о):</b>			
<b>Аудитор</b>	<i>Подпись</i>	<b>Руководитель аудита</b>	<i>Подпись</i>
<b>Представитель подразделения</b>	<i>Подпись</i>		
<b>Раздел 2. Действия организации</b>			
<b>Основная причина несоответствия:</b>			
<b>Коррекция:</b>			
<b>Корректирующие действия:</b>			
<b>Дата выполнения</b> <i>(планируемая)</i>		<b>Представитель подразделения ТулГУ</b>	<i>Подпись Дата</i>
<b>Аудитор</b>	<i>Подпись Дата</i>		
<b>Раздел 3. Сведения о результатах проверки выполнения корректирующих действий/коррекции</b>			
<b>Несоответствие устранено</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>Несоответствие не устранено</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>Комментарии Руководителя аудита:</b>			
<b>Дата проверки:</b>			
<b>Руководитель аудита:</b> _____		/ _____	
<i>Подпись</i>		<i>ФИО</i>	

**Приложение И**  
(обязательное)  
**Форма отчета о внутреннем аудите СМК**

**ОТЧЕТ о внутреннем аудите СМК** \_\_\_\_\_  
*наименование подразделения*  
**на соответствие требованиям стандартов** \_\_\_\_\_  
*наименования стандартов*

№ <u>XXX-YY/Z</u>	ОТ		
« <u>   </u> » <u>   </u> 20 <u>   </u> г.	<b>Отчет о внутреннем аудите СМК</b>		
Основание аудита	_____		
Цель аудита	_____		
Область проверки:	_____ <i>указываются проверяемые пункты стандартов</i>		
Проверяемое подразделение	_____		
Дата аудита	_____		
Руководитель аудита	_____		
Аудиторы	_____		
Основные контакты	_____ <i>должность, фамилия и.о. лица, несущего ответственность за проверяемую д</i>		
Документы, на соответствие которым проводилась проверка			
Объем выполнения проверки: полная, не полная*			
Выявленные несоответствия:			
№ п/п	Номер пункта/подпункта стандартов, по которым сертифицирована СМК ТулГУ	№№ актов о несоответствиях	№№ актов о наблюдениях
Возникшие разногласия:			
_____			
Выводы аудита:			
_____			
Рекомендации аудиторов:			
_____			
Дополнительные сведения:			
Рекомендации по улучшению:			
Приложение 1: План аудита			
Приложение 2: Извещение на проведение внутреннего аудита			
Руководитель группы	_____	_____	_____
	<i>подпись</i>	<i>расшифровка подписи</i>	<i>дата</i>
Аудиторы	_____	_____	_____
	<i>подпись</i>	<i>расшифровка подписи</i>	<i>дата</i>
С отчетом ознакомлен	_____	_____	_____
	<i>подпись руководителя проверяемого подразделения</i>	<i>расшифровка подписи</i>	<i>дата</i>
* - Объем выполнения проверки: полная, не полная – нужное подчеркнуть			

**Приложение К**  
 (обязательное)  
**Форма плана мероприятий по устранению несоответствий СМК ТулГУ**

**П Л А Н**  
**мероприятий по устранению несоответствий СМК ТулГУ,**  
**выявленных при внутреннем аудите СМК**

\_\_\_\_\_ дата аудита

\_\_\_\_\_ структурное подразделение ТулГУ

Номер протокола несоответствия	Номер пункта стандартов, по которым сертифицирована система менеджмента качества (СМК)	Формулировка несоответствия	Причина несоответствия	Коррекция	Корректирующее / предупреждающее действие	Срок выполнения	Ответственное лицо
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>З а м е ч а н и я</b>							

Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. подпись (ФИО)

**Приложение Л**  
(обязательное)  
**Форма справки-отчета**  
**об устранении несоответствий системы менеджмента качества**

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по \_\_\_\_\_, ПРК \_\_\_\_\_<sup>4</sup>  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*подпись* *ФИО*  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

**Справка-отчет**  
об устранении несоответствий системы менеджмента качества,  
структурного подразделения ТулГУ  
выявленных при внутреннем аудите СМК/СМК ПСН \_\_\_\_\_  
дата аудита

№ п/п	№ несоответствия (по протоколу несоответствий и замечаний)	Выполненная коррекция	Выполненные корректирующие действия	Документы, подтверждающие реализацию корректирующих действий организации	Примечание
1	2	3	4	5	6

Приложения\*:

Уполномоченный по качеству \_\_\_\_\_  
подпись (ФИО)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

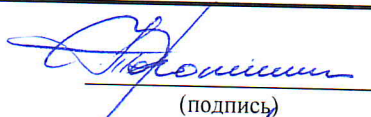
\* Прилагаются документы, заверенные выписки, копии или фрагменты документов, указанных в графе «Документы, подтверждающие реализацию корректирующих действий организации».

<sup>4</sup> Указывается проректор – представитель руководства по качеству, ответственный за определенную СМК, назначенный приказом ректора

Ключевые слова: внутренний аудит, группа аудита, несоответствие, план аудита.

---

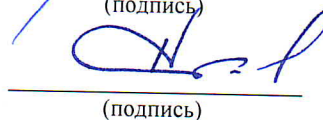
Проректор по НР



(подпись)

М.С. Воротилин

Проректор по УР

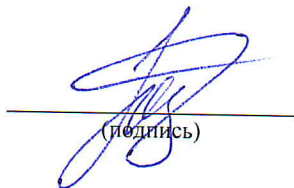


(подпись)

В.В. Котов

Руководитель  
разработки

Руководитель Проектного офиса



(подпись)

Т.В. Козлова

Исполнитель  
Начальник ОМК



(подпись)

А.С. Абрамов

**СОГЛАСОВАНО:**

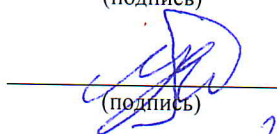
Начальник УНИР



(подпись)

О.А. Фомичева

Начальник УМУ



(подпись)

А.В. Моржов /

2.3.2023 *Помошарова М.В.*

### ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

Номер изменения	Номера листов (страниц)			Номер документа	Подпись	Дата изменения	Срок введения изменения
	измен.	замен.	новых				