



2

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**«Юго-Западный государственный университет»**

**Система менеджмента качества**

**Утверждаю**

**Ректор университета**

(подпись)

**С. Г. Емельянов**

*августа* 2013 г.



## СТАНДАРТ УНИВЕРСИТЕТА

**Внутренний аудит системы менеджмента качества.  
Требования к планированию, проведению  
и оформлению результатов**

**СТУ 05.57.011–2013**

(Издание 2)

**Введё**

**Введён в действие**

Приказом от « 7 » августа 20 13 г. № 6

Дата введения « 7 » августа 20 13 г.

Срок действия до « 7 » августа 20 18 г.

31.12.2025 г.

Введён: взамен СТУ 05.40.011-2008 «Внутренний аудит системы менеджмента качества. Требования к планированию, проведению и оформлению результатов»

8  
9  
10  
11

## Содержание

1 Область применения	3
2 Нормативные ссылки	3
3 Термины, определения, обозначения и сокращения	4
3.1 Термины и определения	4
3.2 Обозначения и сокращения	5
4 Общие положения	5
Приложение А (обязательное) – Графическое описание процедуры «Внутренний аудит»	10
Приложение Б (обязательное) – Акт регистрации несоответствий	13
Приложение В (обязательное) – Акт регистрации уведомлений	14
Лист согласования	15
Лист ознакомления	16
Лист регистрации изменений	17

## 1 Область применения

1.1 Настоящий стандарт определяет порядок управления программой внутренних аудитов системы менеджмента качества, проведения внутренних аудитов на месте и оформления отчетов по их результатам, а также:

– устанавливает квалификационные требования, порядок подготовки и назначения внутренних аудиторов;

– устанавливает ответственность и полномочия по разработке и реализации программы внутреннего аудита СМК;

– устанавливает формы записей по программе внутреннего аудита СМК.

1.2 Настоящий стандарт предназначен для руководящих должностных лиц университета, внутренних аудиторов, владельцев и руководителей процессов всех уровней, а также для должностных лиц структурных подразделений, подвергаемых внутреннему аудиту.

Настоящий стандарт распространяется на все структурные подразделения университета, входящие в область распространения СМК, и обязателен для исполнения всеми должностными лицами, участвующими в реализации программы внутреннего аудита СМК.

## 2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие нормативные документы:

– МС ИСО 9000:2005 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь»;

– МС ИСО 9001:2008 Система менеджмента качества. Требования;

– МС ISO 19011:2011 (ГОСТ Р ИСО 19011-2012) Руководящие указания по аудиту систем менеджмента;

– ПП 02.01.00-2014 Управление документацией;

– ПП 02.02.00-2014 Управление записями;

– ПП 05.03.00-2007 Мониторинг и измерение процессов;

– И 20.002–2011 Инструкция по делопроизводству ФГБОУ ВО ЮЗГУ;

– ВД П 02.001-2011 Словарь терминов и определений системы менеджмента качества;

– ФО 57.010-2013 Участники процесса внутреннего аудита СМК;

– Устав университета.

ГОСТ РВ 0015-002-2012 СМК. Общие требования

3

4

2

1

### 3 Термины, определения, обозначения и сокращения

#### 3.1 Термины и определения

В настоящем стандарте применяют следующие термины и определения:

– **Аудит** (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита (проверки) и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита (проверки);

– **Аудитор** – лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита (проверки);

– **Аудиторская группа (комиссия)** – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими экспертами;

– **Выводы аудита** – результат оценки собранных свидетельств аудита на соответствие критериям аудита;

– **Заключения по результатам аудита** (проверки) – выходные данные аудита, предоставленные группой по аудиту (проверке) после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита;

– **Компетентность** – выраженная способность применять свои знания и умение;

– **Контроль** – процедура оценивания соответствия путем наблюдения и суждений, сопровождаемых соответствующими измерениями, испытаниями или калибровкой;

– **Контрольный лист** – форма записи по внутреннему аудиту, используемая при подготовке и проведении аудита на месте и определяющая сгруппированные по направлениям вопросы, критерии и результаты контроля.

– **Критерии аудита** (проверки) – совокупность политики, процедур или требований, которые применяются в виде ссылок;

– **Наблюдения аудита** (проверки) – результат оценки свидетельства аудита (проверки) в зависимости от критериев аудита (проверки);

– **Несоответствие** – невыполнение требования;

– **Значительное несоответствие** – несоответствие системы менеджмента качества требованиям, которое с большой вероятностью может повлечь невыполнение требований потребителей и/или обязательных требований к продукции.

К значительным несоответствиям может быть отнесено отсутствие элемента или совокупности элементов и/или отсутствие их результативного функционирования.

– **Малозначительное несоответствие** – отдельное несистематическое упущение, ошибка, недочет в функционировании системы менеджмента качества или в документации, которые могут привести к невыполнению требований потребителя и/или обязательных требований к продукции, или к снижению результативности функционирования элемента (совокупности элементов) системы менеджмента качества. К малозначительным несоответствиям систе-

мы менеджмента качества может быть отнесено несоблюдение единичного требования к системе.

– **Уведомление** – Свидетельство аудита, не носящее характер несоответствия и фиксируемое с целью предотвращения возможного несоответствия или рекомендаций по улучшению деятельности.

– **Область аудита** – содержание и границы аудита;

– **Объективное свидетельство** – данные, подтверждающие наличие или истинность чего-либо;

– **Программа аудита (проверки)** – совокупность одного или нескольких аудитов (проверок), запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели;

– **План аудита** – описание деятельности и мероприятий по проведению аудита;

– **Свидетельство аудита (проверки)** – записи, изложение фактов или другой информации, связанной с критериями аудита (проверки), которая может быть перепроверена;

– **Технический эксперт** – лицо, обладающее специальными знаниями или опытом применительно к объекту, подвергаемому аудиту;

– **Требование** – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

### 3.2 Обозначения и сокращения

В настоящем стандарте используют следующие обозначения и сокращения:

СТУ – стандарт университета;

ЮЗГУ – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Юго-Западный государственный университет»;

ПП – паспорт процесса;

ВА – внутренний аудит СМК;

ВНД – внутренняя нормативная документация;

ФГОС – Федеральный государственный образовательный стандарт;

ОПР – ответственный представитель руководства в области качества;

РАГ – руководитель аудиторской группы;

РПА – руководитель программы аудита;

РСП – руководитель структурного подразделения;

СП – структурное подразделение университета;

ОМК – отдел менеджмента качества;

АГ – члены аудиторской группы.

5

## 4 Общие положения

4.1 Внутренние аудиты в университете проводятся для установления и оценки адекватности документации СМК, соответствия СМК критериям ауди-

та (МС ИСО 9001:2008), ВНД, ГОС и т.п.), определения областей и объектов для предупреждения несоответствий, проблем и улучшения качества, а также для информирования руководства и персонала об имеющихся недостатках в работе и способности обеспечения требуемого качества.

4.2 Результаты внутреннего аудита являются входами процессов 05.07.00 «Корректирующие и предупреждающие действия» и 01.05.00 «Анализ системы качества со стороны руководства» и являются источником информации и оценки результативности процессов СМК.

4.3 Внутренние аудиты СМК носят выборочный характер и проводятся по процессам СМК в структурных подразделениях – участниках проверяемого процесса.

4.4 Внутренние аудиты процессов и процедур СМК проводятся для установления объективных доказательств их соответствия требованиям ИСО 9001:2008, установленным требованиям потребителей и требованиям внутренней нормативной документации. Аудиты качества предоставляемых услуг и их результата, качества научно-технической продукции проводится для установления на основе объективных доказательств соответствия фактических характеристик (показателей) продукции характеристикам (показателям) установленным потребителем в законодательных, распорядительных документах, стандартах, договорах и т.п.

4.5 Руководителем программы внутреннего аудита является ответственный представитель руководства в области качества.

4.6 Руководители аудиторских групп и аудиторы назначаются приказом ректора после прохождения обучения по программе подготовки и оценки их компетентности. Приказом ректора университета назначается ведущий эксперт-аудитор по внутренним аудитам (проверкам) процессов разработки и производства ПСН. Во внутренних аудитах (проверках) может принимать участие ВП по согласованию с ним.

4.7 Обязанности и полномочия РПА, РАГ и аудиторов определены в ФО 57.010-2013. Аудитор не имеет права участвовать в проверке структурного подразделения, в котором он работает.

4.8 Порядок материального стимулирования работы внутренних аудиторов должен быть документально установлен ректором университета.

4.9 Компетентность аудиторов должна соответствовать требованиям 7 раздела ГОСТ ISO 19011-2012 (МС ИСО 19011:2011) при этом должны быть выполнены следующие требования к образованию и опыту работы:

- высшее образование;
  - общий стаж работы не менее трех лет, в том числе в системе высшего профессионального образования не менее двух лет;
  - опыт проведения аудитов – не менее двух аудитов в качестве стажера.
- Компетентность аудиторов, привлекаемых к внутренним аудитам (проверкам) процессов разработки и производства ПСН, должна соответствовать требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012.

4.10 Требования к обучению и оценке знаний и навыков внутренних аудиторов должны обеспечиваться:

- первоначальный курс подготовки внутренних аудиторов по утвержденной программе объемом 24 часа с оценкой полученных знаний и навыков (кроме лиц, обучившихся на эксперта по внутренним или внешним аудитам СМК и имеющих соответствующее удостоверение, сертификат и т.д.);

- периодическое повышение квалификации внутренних аудиторов (раз в 2 года) по утвержденной программе объемом 6 часов с оценкой подтверждения установленной компетентности (кроме лиц, прошедших обучение во внешних организациях по программам, превышающих объем 6 часов, с получением подтверждающих документов), и аттестованных лиц, имеющих действующий сертификат компетентности внутреннего аудитора;

- анализ работы и оценивание аудиторов руководителем программы аудита на периодических совещаниях аудиторов (один раз в год) при проведении мониторинга и анализа программы внутреннего аудита СМК. Повышение квалификации аудиторов, привлекаемых к внутренним аудитам (проверкам) процессов разработки и производства ПСН организуется и проводится ежегодно.

4.11 Планирование внутреннего аудита СМК университета осуществляется на календарный год. Проект программы аудита составляется ОМК, подписывается руководителем программы аудита и утверждается ректором университета, при этом должно учитываться:

- изменения в Политике и Целях в области качества;

- результаты предыдущих аудитов СМК (внутренних и внешних), а также проверок деятельности университета, входящей в область сертификации уполномоченными органами (лицензирование, аккредитация и т.п.);

- внедрение в деятельность новых законодательных, распорядительных, нормативных и контрактных документов, устанавливающих требования к процессам образовательной, научно-исследовательской деятельности и деятельности в области менеджмента университета;

- значительные изменения в организационной структуре университета, реорганизацию, перераспределение обязанностей и полномочий;

- освоение новых видов и направлений образовательных услуг, расширение областей научно-исследовательской деятельности;

- уровень качества и другие установленные показатели структурных подразделений, оказывающие влияние на достижение Целей в области качества;

- освоение новых процессов, технологий осуществления процессов образовательной и научно-исследовательской деятельности;

- решения Ученого совета и Совета по качеству, инициативы структурных подразделений и руководства университета;

- риски университета.

Примечание: Планирование внутреннего аудита СМК университета по процессам разработки и производства ПСН осуществляются на календарный

год. Проект программы аудита процесса разработки и производства ПСН составляется ОМК, согласовывается с владельцами и руководителями процессов разработки и производства ПСН, ВП (по согласованию с ним) и утверждается ректором университета.

4.12 При мониторинге и анализе программы аудита руководителем программы аудита (с учетом факторов, указанных в п. 4.11) могут приниматься решения о внесении изменений в программу внутреннего аудита или проведении внеплановых аудитов. Эти изменения вводятся в действие приказом ректора университета.

4.13 Контроль выполнения планов внутреннего аудита, учет записей по программе аудита, анализ результатов аудитов, корректирующих и предупреждающих мероприятий, осуществляется ОПр в области качества, руководителем ОМК или ведущим-экспертом аудитором.

4.14 При составлении плана аудита РПА может принять решение о включении в аудиторскую группу стажеров и технических экспертов.

4.15 План внутреннего аудита, утвержденный РПА, доводится под роспись до руководителей структурных подразделений, входящих в область аудита не позднее чем за пять дней до его начала.

4.16 Руководитель структурного подразделения, входящего в область аудита, после ознакомления с планом аудита обязан:

- информировать персонал структурного подразделения о предстоящей проверке;

- назначить своим распоряжением ответственное лицо (или несколько лиц по согласованию с РАГ) для сопровождения членов аудиторской группы;

- обеспечить доступность для членов АГ необходимой документации и помещений структурного подразделения;

- лично принимать участие в предварительном и заключительном совещаниях;

- информировать персонал структурного подразделения о результатах внутреннего аудита;

- организовать разработку и выполнение корректирующих мероприятий по выявленным несоответствиям и предупреждающих мероприятий по уведомлениям аудита в сроки, согласованные с начальником ОМК (ведущим экспертом-аудитором);

- информировать ОМК (ведущего эксперта-аудитора) о выполнении корректирующих и предупреждающих мероприятий в установленные сроки.

4.16 Руководитель аудиторской группы должен принять все меры для выполнения плана аудита. В случае невозможности выполнения плана аудита и доведения аудита до конца (невыполнение персоналом требований к достоверности информации, противодействий персонала и других некорректных действий) РАГ может принять решение о приостановке внутреннего аудита, оформив её служебной запиской на имя РПА с обоснованием решения. Копии служебной записки предоставляются руководителю структурного подразделения, не обеспечившего необходимые условия проведения аудита, и в ОМК.



4.17 В процессе проверки РАГ по согласованию с РПА и руководителем структурного подразделения, входящего в область аудита, может принять решение о внесении необходимых, обоснованных изменений в план аудита.

4.18 После сбора и анализа свидетельств аудита, сопоставления свидетельств с критериями аудита членами аудиторской группы устанавливаются несоответствия и производится их градация на «Значительные» и «Малозначительные», о чем делаются соответствующие записи в форме Ф 05.010 «Акт регистрации несоответствий» (Приложение Б).

Малозначительные несоответствия, устраненные до окончания аудита и не требующие разработки корректирующих мероприятий, по решению РАГ могут не включаться в отчет по внутреннему аудиту.

При выявлении свидетельств, указывающих на возможность возникновения несоответствий или возможность улучшения принятой практики осуществления деятельности (процессов), аудиторами формулируются Уведомления, которые оформляются в «Акт регистрации уведомлений» по форме Ф 05.011 (Приложение В).

4.19 Все акты регистрации несоответствий (потенциальных несоответствий) рекомендуется нумеровать следующим образом:

- номер формы документа;
- знак дробной черты;
- порядковый номер программы аудита;
- порядковый номер аудита в программе;
- порядковый номер аудита, проводимого в данном структурном подразделении.

4.20 Процедура реализации КД/ПД осуществляется в соответствии с СТУ 05.57.013-2014 «Система менеджмента качества. Корректирующие и предупреждающие действия. Требования к разработке, реализации, контролю и анализу»

4.21 Отчет по результатам аудита и все записи по аудиту, оформленные в установленном порядке, должны быть переданы РАГ в ОМК в течение трех дней после завершения аудита.

Ведущим экспертом-аудитором должны быть предприняты все меры для урегулирования разногласий по итогам внутреннего аудита до его завершения.

В случае обоснованного несогласия (в соответствии с требованиями МС ИСО 9001:2000, внутренней документации) руководителя структурного подразделения с выводами аудита окончательное решение по разногласиям принимает ответственный представитель руководства в области качества на совещании после заслушивания мнений и доводов по разногласиям ведущего эксперта и руководителя проверенного структурного подразделения, при этом срок завершения аудита переносится до принятия окончательного решения по разногласиям ОПР в области качества.

4.22 Критерием соответствия деятельности структурного подразделения (процесса) установленным требованиям являются:

- отсутствие значительных несоответствий;

– отсутствие малозначительных несоответствий, или при их присутствии, устранение малозначительных несоответствий в течение не более 2 месяцев с момента проведения внутреннего аудита (возможность устранения малозначительных несоответствий определяется РАГ и РСП до завершения внутреннего аудита).

Результаты внутренних аудитов (проверок) СМК являются основанием для разработки и реализации мероприятий по совершенствованию СМК, направленных на разработку новых методов и средств управления качеством ПСН.

4.23 ОМК производит тиражирование в установленном в университете порядке и рассылку отчета заинтересованным сторонам и подготовку проекта приказа ректора университета по результатам аудита (в случае необходимости по решению ОПР в области качества).

ОМК в течение пяти дней после завершения аудита доводит зарегистрированные копии актов регистрации несоответствий до проректоров, курирующих деятельность соответствующих структурных подразделений.

4.24 Ответственность за установление причин выявленных несоответствий, разработку корректирующих мероприятий и обеспечение их выполнения в установленные сроки несет руководитель структурного подразделения, в котором выявлено несоответствие, если иное не установлено распорядительным документом по результатам аудита.

4.25 Инспекционный контроль выполнения корректирующих и предупреждающих мероприятий организуется РАГ и ОМК.

Начальник отдела менеджмента качества один раз в квартал докладывает на заседаниях ректората о результатах внутреннего аудита и выполнении КД.

4.26 Проект сводного отчета по анализу выполнения программы аудита подготавливается ОМК, подписывается РПА и утверждается ректором университета.

4.25 Управление документацией и записями по программе аудита производятся в соответствии с ПП 02.01.00-2005 «Управление документацией» и ПП 02.02.00-2006 «Управление записями». Внесение изменений в программу внутреннего аудита осуществляется приказом ректора университета. Проект приказа вносит руководитель ОМК по согласованию с ОПР в области качества.

4.26 Каждое структурное подразделение университета должно быть проверено в течение межсертификационного периода (три года).

Анализ результатов выполнения НИР, ОКР, аванпроектов и их составных частей проводится на всех этапах их выполнения в объеме требований, установленных ГОСТ РВ 0015-002-2012, обсуждается секцией ПСН Научно-технического совета. Результаты анализа оформляются документально, утверждаются Председателем НТС и предоставляются заказчику (ВП) в составе документации по приёмке НИР, ОКР, аванпроектов или их этапов.

4.27 Настоящий стандарт является интеллектуальной собственностью университета и не подлежит предоставлению другим организациям, кроме органов по сертификации СМК при проведении сертификации (инспекционного

контроля) и членам комиссии по лицензированию и аккредитации университета.

4.28 Графическое описание процедуры «Внутренний аудит» приведено в приложении А к данному стандарту.

## Приложение А (обязательное)

### Графическое описание процедуры «Внутренний аудит»

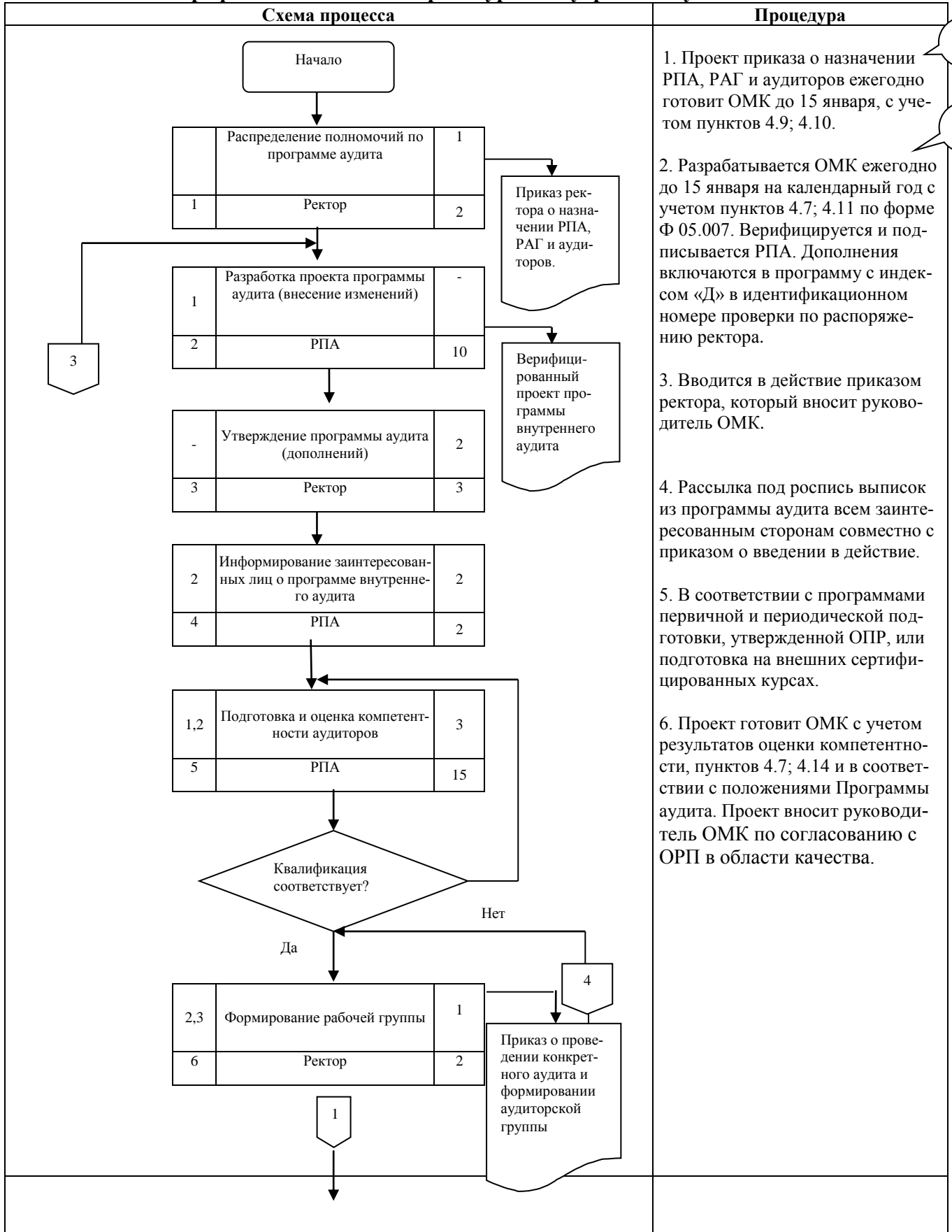
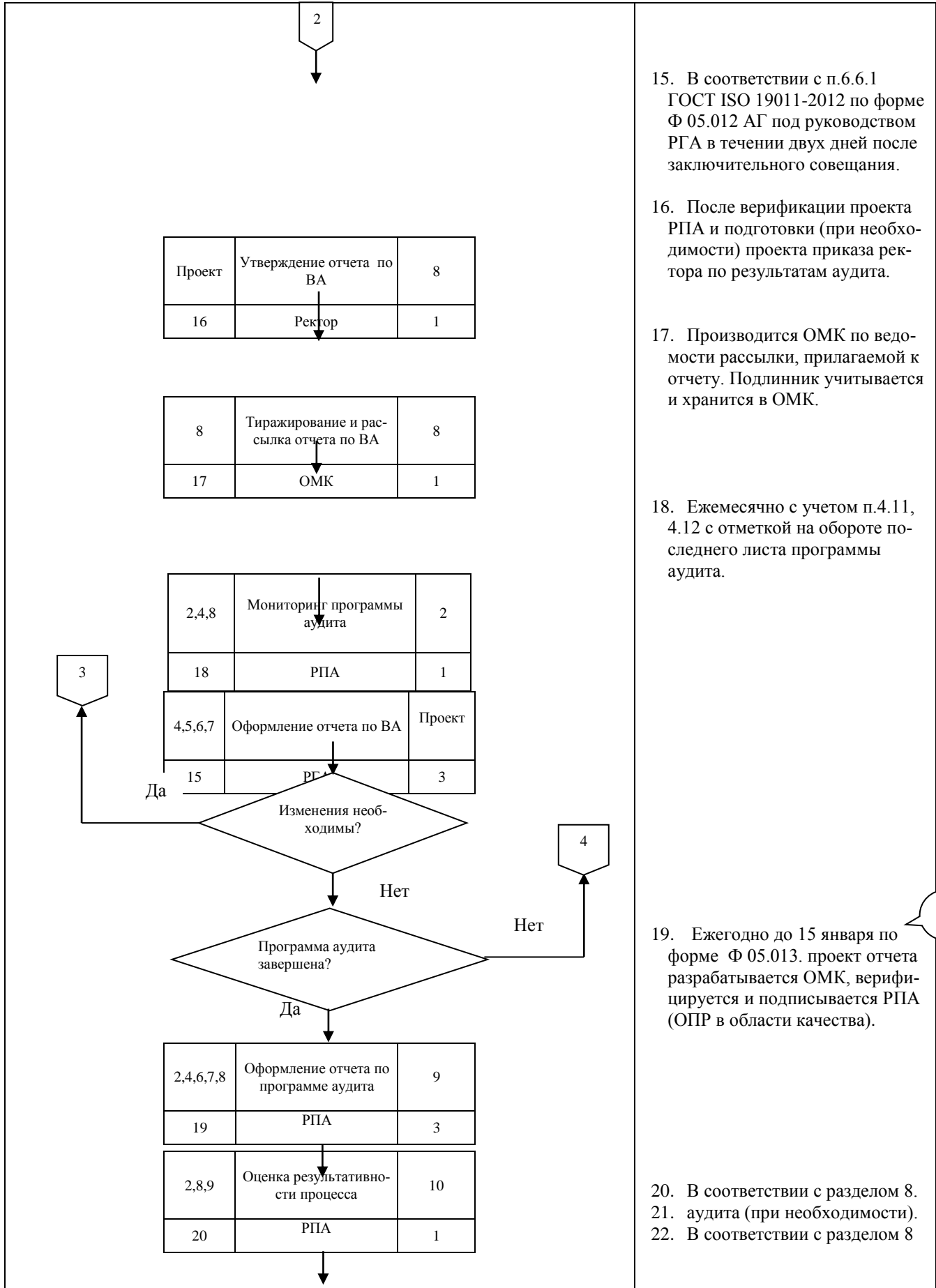


Схема процесса			Процедура
<div style="text-align: center;"> </div>			<p>7. В соответствии с п.6.4.1 ГОСТ ISO 19011-2012 по форме Ф 05.008 не позднее чем за 8 дней до начала аудита.</p> <p>8. Верификация проекта плана производится начальником ОМК. РГА представляет план на утверждение РПА.</p> <p>9. Копии утвержденного плана доводятся под роспись РСП не позднее, чем за 5 дней до начала аудита. Возражения и замечания по плану (при их наличии) должны быть доложены РСП служебной запиской на имя РПА и разрешены им до начала аудита.</p> <p>10. РСП за 3 суток до начала аудита представляет требуемую документацию для проверки адекватности по запросу РГА. АГ готовится к проведению аудита в соответствии с п. 6.4.3 ГОСТ ISO 19011-2012.</p> <p>11. Проводится под руководством РГА согласно п. 6.5.1 ГОСТ ISO 19011-2012.</p> <p>12. Документирование фактов, регистрация несоответствий и выявление областей и объектов для улучшения в соответствии с п.6.5.2-6.5.4 ГОСТ ISO 19011-2012.</p> <p>13. Принятие решения РГА о регистрации несоответствий (градация) и уведомлений</p> <p>14. Информирование РСП, обсуждение выявленных несоответствий в соответствии с п. 6.5.6-6.5.7 ГОСТ ISO 19011-2012.</p>
СТУ 05.57.011-2013			Страница: 13
Страниц: 17			



**Приложение Б  
(обязательное)**

**Ф 05.010**

**Акт № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года  
регистрации несоответствий, выявленных в ходе внутреннего аудита**

**Объект аудита:** \_\_\_\_\_  
(наименование структурного подразделения)

**Область аудита:** \_\_\_\_\_

Номер несоответствия п/п	Описание несоответствия	Градация несоответствия (нужное подчеркнуть)	Пункт МС ИСО 9001	Наименование и пункт ВНД	Ф.И.О. и подпись эксперта	Ф.И.О. и подпись сопровождающего лица	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							

Руководитель аудиторской группы

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

**Согласовано:**

Руководитель проверяемого подразделения

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)





## Лист согласования

### Основание для разработки:

п. 31 плана разработки документации СМК ЮЗГУ на 2013 г. № ПЛ 02.01.00/09-2013

(наименование, дата и номер документа)

	Должность	Подпись	Фамилия, инициалы	Дата
<b>Разработан:</b>	Инженер по качеству II категории ОМК		Ю.Д. Бухарина	05.08.13
<b>Проверен:</b>	И.о. начальника ОМК, инженер по качеству II категории		Е.М. Желиховская	05.08.13.
<b>Согласован:</b>	Советник при ректорате, ответственный представитель руководства в области качества		В.Г. Полищук	06.08.13.



## Лист регистрации изменений

№ изменения	Номера страниц				Всего страниц	Дата	Основание для изменения и подпись лица, проводившего изменения
	измененных	замененных	аннулированных	новых			
1	3,6,7,9,10	-	-	-	5	23.10.2014	Приказ № 840а от 14.10.2014 Л.Н. Кустова
2	1,5	-	-	-	2	10.06.2015	Приказ № 524 от 09.06.2015 Д.А. Проценко
3	3	-	-	-	1	30.07.2015	Приказ № 850а от 16.10.2014 Д.А. Проценко
4	3	-	-	-	1	30.07.2015	Приказ № 850а от 16.10.2014 Д.А. Проценко
5	7,11,13	-	-	-	3	30.07.2015	Приказ №657 от 30.07.2015 Д.А. Проценко
6	4	-	-	-	1	07.12.2015	Приказ № 1081 от 04.12.2015 Д.А. Проценко
7	9,10	-	-	-	2	07.11.2016	Приказ №929 от 12.11.2016 г. Д.А. Проценко
8	1	-	-	-	1	14.09.2018	Приказ от 14.09.2018 №537 Д.А. Проценко
9	1	-	-	-	1	14.01.2022	Приказ от 29.12.2021 №1788 Л.Н. Кустова
10	1	-	-	-	1	14.01.2023	Приказ от 12.01.2023 №17 Л.Н. Кустова
11	1	-	-	-	1	22.01.2024	Приказ от 27.12.2023 №1986 Л.Н. Кустова