

 SATBAYEV UNIVERSITY	МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	
	НЕКОММЕРЧЕСКОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ К.И.САТПАЕВА	
	ИСПЫТАТЕЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ НИЛАС	
Документ СМ 2-го уровня	Документированная процедура	ДП ИЛ НИЛАС 8.8
	Редакция № 1 от « <u>17</u> » <u>04</u> 2020 г.	

ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ

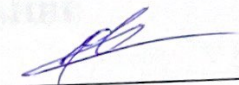
ДП ИЛ НИЛАС 8.8

Алматы 2020

ПРЕДИСЛОВИЕ

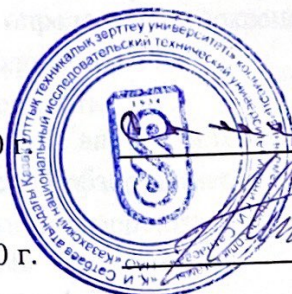
1 РАЗРАБОТАНО Испытательной лабораторией Научно-исследовательской лаборатории архитектуры и строительства (НИЛАС) НАО «КазНИТУ имени К.И. Сатпаева»

Заведующий ИЛ НИЛАС
«09» 04 2020 г.

 Е. Хамза

2 СОГЛАСОВАНО

Проректор по науке
«16» 04 2020 г.

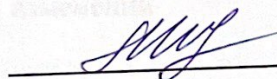


А. Сыздыков

Руководитель НИЛАС
«15» 04 2020 г.

Б.Куспангалиев

Начальник управления
лицензирования,
сертификации и контроля
качества образования
«14» 04 2020 г.



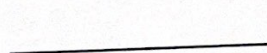
А. Сауранбаева

Начальник отдела
юридического обеспечения
«13» 04 2020 г.



Д.Кульджанова

Начальник отдела по
развитию
государственного языка
«__» ____ 2020 г.



Ж.Оракбаева

3 УТВЕРЖДЕНО решением Правления от «17» 04 2020 г. № 19

4 ВВЕДЕНО впервые

СОДЕРЖАНИЕ

1	Цель и область применения	4
2	Нормативные ссылки	4
3	Термины, определения и сокращения	4
4	Общие положения	5
5	Ответственность	6
6	Планирование внутренних аудитов	7
7	Аудиторский обзор на месте	7
8	Последующие корректирующие действия и завершение	7
	Приложение А	8
	Приложения Б	9
	Лист регистрации изменений	10
		11

1 Цель и область применения

1.1. Предоставить настоящую процедуру «Внутренние аудиты» с описанием программы аудита, используемой для оценки, мониторинга и постоянного улучшения системы менеджмента качества. Правильно выполненная оценка системы менеджмента качества демонстрирует уровень соответствия применимым стандартам и нормативным требованиям. Собранная информация используется для постоянного улучшения системы.

1.2 Эта процедура применяется к испытательной лаборатории НИЛАС и лабораторным рабочим продуктам и процессам. Эта процедура непосредственно касается программы обеспечения качества лаборатории.

Внутренние аудиты системы качества проводятся по заранее установленному графику и в соответствии с указаниями руководства.

2 Нормативные ссылки

2.1 ГОСТ ISO 19011: 2002, Руководство по аудиту систем менеджмента качества и / или окружающей среды.

2.2 ГОСТ ISO / IEC 17025-2019, «Общие требования к компетенциям испытательных и калибровочных лабораторий» Раздел 8.8.

3 Термины, определения и сокращения

3.1 Применяемые в настоящей процедуре термины и определения соответствуют ГОСТ ISO / IEC 17025-2019.

3.2 Термины:

Аудит - это запланированная и задокументированная следственная оценка объекта или процесса для определения адекватности и соответствия запланированным мероприятиям, а также того, эффективно ли реализованы эти механизмы и выполнимы ли они для достижения целей.

Аудиторский отчет - это краткое изложение объема и результатов аудита.

Факторы качества - Эти критерии являются элементами качества, необходимыми для целенаправленной работы. Запросы на выполнение работ или программы обеспечения соответствия, в которых содержится руководство по работе или общие руководящие документы, такие как лабораторное руководство, руководство по системе управления качеством, соответствующие лабораторные процедуры и рабочие инструкции, содержат элементы качества.

Мониторинг - это наблюдение и запись активности для измерения соответствия стандартам производительности, рутинного и постоянного сбора данных об индикаторе.

Несоответствие - это невыполнение определенного или подразумеваемого требования системы менеджмента качества или качественного рабочего продукта.

Объективные доказательства - это информация, которая может быть подтверждена на основе фактов, полученных с помощью наблюдений, измерений, испытаний или других средств. Объективные доказательства включают, помимо прочего, собеседования с сотрудниками, непосредственное наблюдение, проверку документов или проверку записей.

Наблюдение - это объективное свидетельство, вызывающее беспокойство, которое может указывать на будущие проблемы.

Коррекция на месте - это немедленный шаг, предпринятый для исправления или устранения несоответствия.

3.3 Сокращения:

НД – нормативные документы.

ИЛ – испытательная лаборатория.

НИЛАС – научно-исследовательская лаборатория архитектуры и строительства.

СТ РК – национальный стандарт.

СМ – Система менеджмента.

ДП – документированная процедура СМ.

ГОСТ – межгосударственный стандарт.

ИСО – международная организация по стандартизации.

ИО и СИ – испытательное оборудование и средства измерений.

4 Общие положения

4.1 Аудиты должны проводиться в соответствии с местным графиком, изложенным в местных процедурах лаборатории.

4.2 Программа аудита должна охватывать все элементы системы управления, включая лабораторные работы и процедуры.

4.3 Внутренние аудиты должны учитывать важность соответствующих лабораторных мероприятий, изменения, влияющие на лабораторию, и результаты предыдущих аудитов.

4.4 Аудит должен исследовать все аспекты системы управления с использованием как горизонтальных, так и вертикальных методов аудита.

4.5 Менеджер по качеству определяет критерии аудита, объем, частоту, цели, методы и т. д. до начала аудита с использованием подхода, основанного на оценке риска.

4.6 Если используется внешний аудитор или группа, аудитор или группа аудиторов могут проводить начальные и закрытые встречи с руководством, чтобы наметить план действий и обсудить выводы и соответствие лаборатории заявленным требованиям.

4.7 Аудиторы проводят ревизии и получают информацию из нескольких источников:

- интервью с персоналом,
- экспертиза документации,
- наблюдение за деятельностью и условиями,
- обзор качества и технической документации, и
- использование контрольных списков.

4.8 Для всех проверок должны быть получены объективные доказательства в поддержку наблюдения.

4.9 При использовании контрольного списка, аннотируйте его конкретными объективными доказательствами, чтобы поддержать оценку решения удовлетворительным или неудовлетворительным. Информация, собранная в контрольном списке, помогает при составлении отчета и инициировании корректирующих действий.

4.10 Менеджер по качеству предоставляет руководству сводный отчет, документирующий область проверяемой деятельности, результаты аудита и исправления на месте.

4.11 Когда оценка результатов аудита ставит под сомнение эффективность операций с собственной системой управления или возможность повторения несоответствующей работы, лаборатория должна своевременно принять корректирующие меры.

4.12 Соответствующие исправления и корректирующие действия записываются и осуществляются без неоправданной задержки.

4.13 Последующие аудиторские мероприятия должны проверять и регистрировать выполнение и эффективность плана корректирующих действий.

5 Ответственность

5.1 Заведующий лабораторией:

- может назначать аудиторов в лаборатории для внутренних аудитов.
- обеспечивает информацию и доступ к аудиторам.
- информирует персонал о графике аудита.
- гарантирует, что процесс корректирующих действий реализован

5.2 Менеджер по качеству:

- может выступать в качестве ведущего аудитора в лаборатории.
- координирует ревизии и обеспечивает надлежащее обучение и руководство аудиторов.
- контролирует аудиторскую деятельность, собирает отчет и обеспечивает представление результатов аудита соответствующему руководству.
- контролирует процессы постоянного улучшения.
- обеспечивает инициирование процесса корректирующих действий для выявленных несоответствий.

5.3 Аудитор:

- отзывы справочной информации.
- проводит аудит в соответствии с определенной областью.

- собирает объективные доказательства в поддержку выводов.

5.4 Персонал лаборатории:

- своевременно предоставляет аудитору ответы на аудиторские запросы.

6 Планирование внутренних аудитов

6.1 На основании программы аудита определяют календарный план, место и объем внутреннего аудита.

6.2 При подготовке аудита аудитору следует получить доступ ко всем относящимся к делу документам, руководствам, отчетам предыдущих аудитов и записям подразделения, в котором проводится аудит, чтобы убедиться, что они соответствуют требованиям системы менеджмента, и составить список ключевых вопросов. К тому же, основными или полезными будут следующие документы:

- Стандарты, такие как ISO/IEC 17025 и ISO 9001
- Форма для отчета о наблюдениях аудита, например, позволяющая зафиксировать тип несоответствия, или формы для требуемых корректирующих действий.

7 Аудиторский обзор на месте

7.1 На открытом заседании у руководства ИЛ Руководитель команды по аудиту представляет команду по аудиту, согласовывает критерии аудита, рассматривает область применения аудита, разъясняет процедуру аудита и согласовывает график работы.

7.2 Аудиторская деятельность на месте включает задание вопросов, наблюдения, изучение помещений и записей. Команда аудитор проверяет соответствие записей системе менеджмента. Для этой цели он использует документы системы менеджмента качества (руководство по качеству, процедуры системы, картотека испытательного оборудования, руководства по эксплуатации и т. д.) и проверяет, как они на самом деле выполняются. Информацию следует собирать настолько эффективно, насколько это возможно, без предвзятости и без риска для аудируемых.

7.3 После того, как вся деятельность была проверена, Команда по аудиту тщательно анализирует, какие из полученных данных следует включить в отчет как несоответствия, а какие следует включить как рекомендации или выделить как особо положительные аспекты.

7.4 В случае выявления серьезных несоответствий руководство аудируемого подразделения должно быть проинформировано о том, кто несет ответственность за выполнение согласованных исправлений и принимает решение о предпринимаемых мерах.

7.5 На заключительном заседании с лицами, ответственными за аудит подразделения, руководитель команды по аудиту должен представить данные и результаты аудита. Несоответствия должны быть зафиксированы, а

составленный календарный план корректирующих действий следует согласовать.

7.6 Всякий раз, когда обнаружено несоответствие, которое может поставить под угрозу результат любой лабораторной деятельности, следует приостановить соответствующую деятельность до тех пор, пока не будет выполнено подходящее корректирующее действие и доказано, что оно успешно. Если это несоответствие может повлиять на достоверность уже выданных сертификатов, отчетов о калибровке и/или испытаниях, следует соответствующим образом проанализировать полученные данные и, при необходимости, проинформировать заказчика.

8 Последующие корректирующие действия и завершение

8.1 Руководитель команды по аудиту должен предоставить ясный и однозначный отчет о несоответствиях на основании объективных данных аудита. По существу отмечаются и документируются рекомендации по улучшению.

8.2 Менеджер по качеству обеспечивает, чтобы все сотрудники, вовлеченные в деятельность подвергаемую аудиту, получили отчет по аудиту.

8.3 Руководитель подразделения, подвергаемого аудиту, несет ответственность за формулирование, планирование и выполнение корректирующих действий.

8.4 Если это предусмотрено в системе менеджмента качества, аудитор может проверить выполнение корректирующих мер по истечении согласованного периода времени.

8.5 Все записи по аудиту следует хранить в течение установленного периода времени. Менеджер по качеству отслеживает тенденции, выявленные при внутренних аудитах, а результаты внутреннего аудита рассматриваются при последующем анализе со стороны руководства.

Перечень форм

№	Наименование записи	Код формы записи	Хранение	
			место	срок
1	2	3	4	5
1.	Форма отклонения / наблюдения	Ф ИЛ НИЛАС 8.8-01	МУК 101	3 года
2.	Отчет по внутреннему аудиту	Ф ИЛ НИЛАС 8.8-02	МУК 101	3 года

Приложение А

РАСПИСАНИЕ АУДИТА

Обзор деятельности	Рецензент	Формы	Расписание / количество
Обзор рабочего листа	Ф.И.О	Будет определен о позже	Ежегодно - 2 на одного специалиста
Обзор на месте	Ф.И.О	Будет определен о позже	Ежегодно - 1 на специалиста Ежегодно - 1 за метод
Устный обзор	Ф.И.О	Будет определен о позже	# в год Каждые 4 года - 1 на специалиста
Учитываемость образцов	Ф.И.О	Будет определен о позже	Ежеквартально - записи случайные фактов, 5 активных, 5 в процессе или не назначены; 5 завершено.
Отчеты об оборудовании	Ф.И.О	Будет определен о позже	Ежеквартально - 5 видов каждый; испытательное оборудование, измерительные приборы
Экологический контроль	Ф.И.О	Будет определен о позже	Ежеквартально - определено%
Стандарты, Реагенты, Физические справочные стандарты / Материалы	Ф.И.О	Будет определен о позже	Ежеквартально - определено%
Внутренний аудит (комплексный)	Ф.И.О	Аккредитационный контрольный список	Ежегодно

Приложение Б

График аудита, организованный по финансовым годам

Требования ГОСТ ISO / IEC 17025: 2019	10 мес	11 мес	12 мес	01 мес	02 мес	03 мес	04 мес	05 мес	06 мес	07 мес	08 мес	09 мес
4.1 – 4.2												
5.1 – 5.7												
8.8 – 8.9												
6.1 – 6.2												
6.3 – 6.4												
6.5 – 6.6												
7.1 – 7.3												
7.4 – 7.7												
7.8 – 7.11												
8.1 – 8.4												
8.5 – 8.7												
Выполнено												

Лист регистрации изменений к _____
обозначение документа

Порядковый номер изменения	Раздел, пункт документа	Вид изменения (заменить, аннулировать, добавить)	Номер и дата извещения	Изменение внесено	
				Дата	Фамилия и инициалы, подпись, должность