



SATBAYEV
UNIVERSITY

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени К.И. САТПАЕВА»

Документ СМК 2 уровня

Документированная
процедура

Редакция №5
от «*02*» *08* 2023г.

ДП КазННТУ 801

ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

ДП КазННТУ 801

Алматы 2023

ПРЕДИСЛОВИЕ

1 РАЗРАБОТАНО отделом оценки и качества Департамента корпоративного развития НАО «Казахский национальный исследовательский технический университет имени К.И.Сатпаева»

Начальник отдела оценки и качества

«28» 04 2023г.

 А. Сауранбаева

2 СОГЛАСОВАНО

Член Правления – Проректор по науке и корпоративному развитию

«01» 08 2023г.



Е. Кульдеев

И.о начальника Управления юридического обеспечения и государственных закупок

«31» 07 2023г.

Т. Абуkenов

Начальник отдела документационного обеспечения и развития государственного языка

« » _____ 2023г.

Ж. Оракбаева

3 УТВЕРЖДЕНО решением Правления от «02» 08 2023г. № 12

4 ВВЕДЕНО взамен редакции №4 от 03.02.2020г.

СОДЕРЖАНИЕ

1 Общие положения	4
2 Нормативные ссылки	5
3 Термины и определения	5
4 Планирование внутреннего аудита	6
5 Подготовка к проведению внутреннего аудита	7
6 Проведение аудита	7
7 Обнаружение несоответствующей продукции	8
8 Идентификация несоответствующей продукции	9
9 Анализ и обработка несоответствующей продукции.....	9
10 Оформление результатов аудита	10
11 Корректирующие действия	10
12 Ответственность	11
13 Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита.....	11
Приложение А	13
Требования к аудиторам	13
Лист регистрации изменений	15

ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

Документированная процедура № 801

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Настоящая процедура «Внутренний аудит» разработана с **целью** управления внутренними проверками, несоответствующей продукцией и корректирующими действиями систем менеджмента в КазНИТУ имени К.И.Сатпаева (далее – Университет).

1.2 Настоящая процедура устанавливает единый порядок, правила и ответственность при планировании и проведении внутренних аудитов, который направлен на определение соответствия установленным требованиям, оценку результативности и установление возможности совершенствования качества.

1.3 Все работы по настоящей процедуре **контролирует** Проректор по науке и корпоративному развитию и Департамент корпоративного развития.

1.4 Документированная процедура «Внутренний аудит» является документов систем менеджмента Университета, определяющим требования стандартов ESG, ISO 9001, 45001, 14001 и ISO /МЭК 17025. Внутренний аудит проводится штатными сотрудниками, прошедшими соответствующее обучение и получившими необходимую квалификацию внутреннего аудитора (**Приложение А**).

1.5 Процедура обязательна для **исполнения** всеми работниками Университета, участвующими в процессах внутренних проверок.

1.6 Для наглядности в **Приложение Б** представлены блок-схема и матрицы входов/выходов процесса «Внутренний аудит».

1.7 Процесс «Внутренний аудит» включает в себя следующие основные подпроцессы:

- планирование внутреннего аудита;
- подбор аудиторов с соответствующей компетентностью;
- проведение аудита;
- анализ результатов аудита;
- обсуждение и составление плана проведения предупреждающих и корректирующих мероприятий;
- контроль выполнения и анализ эффективности проведения коррекции.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая процедура разработана с учетом требований следующих нормативных документов:

- Закон РК от 27 июля 2007 года № 319-III «Об образовании»;
- Закон Республики Казахстан от 09 ноября 2004 года № 603-III «О техническом регулировании».
- Закон Республики Казахстан «Об аккредитации в области оценки соответствия» от 05 июля 2008 года № 61-IV.
- Международные стандарты качества ISO серии 9000, 45000 и 14000.
- ГОСТ ISO/IEC 17025:2019 Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий.
- МС ISO 19011:2018 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента.
- Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area. ESG report. 2015. (Стандарты и рекомендации для гарантии качества в Европейском пространстве высшего образования (ESG)).
- Правила организации учебного процесса по кредитной технологии обучения в организациях высшего и (или) послевузовского образования утвержденный приказом Министра науки и высшего образования Республики Казахстан от 5 апреля 2023 года № 145.
- Устав Некоммерческого акционерного общества «Казахский национальный исследовательский технический университет имени К.И.Сатпаева».
- Программа развития НАО на 2023-2027гг. утвержденная Постановлением Правительства от 26 мая 2023 года № 401;
- Политика в области качества КазННТУ имени К.И.Сатпаева;
- Приказы и распоряжения ректора КазННТУ имени К.И.Сатпаева.

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Анализ	Определение пригодности, адекватности, результативности объекта для достижения заданных целей
Аудит	Систематический, независимый и документированный процесс получения объективного свидетельства и его объективной оценки с целью определения степени соответствия критериям аудита
Внутренний нормативный документ	Документ, разработанный и утвержденный в Университете. Область действия такого документа ограничивается рамками Университета
Руководитель группы	Эксперт, назначенный для руководства аудитом
Аудитор	Лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита
Компетентность	Способность применять свои знания и навыки для достижения

	намеченных результатов
Корректирующее действие	Действие для устранения причин несоответствия и предотвращения его повторения
Коррекция	Действие для устранения обнаруженного несоответствия <i>Примечание 1. Коррекция может осуществляться в сочетании с корректирующим действием.</i> <i>Примечание 2. Коррекция может включать, например, переделку или снижение градации</i>
Критерии аудита	Совокупность политик, процедур или требований, используемых для сопоставления с ними объективных свидетельств, могут представляться в виде ссылок на стандарты.
Наблюдение аудита	Результат оценки собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита
Несоответствие	Невыполнение требований
Область аудита	Содержания и границы аудита
Предупреждающее действие	Действие для устранения причин потенциальных несоответствий или иной нежелательной ситуации
Результативность	Степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов
Риск	Влияние неопределенности
Соответствие	Выполнение требований
Улучшение	Действие по улучшению показателей деятельности
Эффективность	Соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами

4 ПЛАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

4.1 В августе текущего года Приказом ректора утверждается план-график и состав аудиторской группы на предстоящий учебный год ([Ф КазННТУ 801-01](#)). Информирование осуществляет Департамент корпоративного развития (далее ДКР) посредством СЭД Documentolog, электронной рассылки приказа, а также объявлением на сайте Университета.

4.2 Внутренний аудит может быть плановым и внеплановым.

4.3 При возникновении особых ситуаций в процессе деятельности Университета, например, появлении претензий от заинтересованных сторон, а также по требованию заказчиков, могут быть проведены внеплановые внутренние проверки системы обеспечения качества на основании распоряжения Высшего руководства.

5 ПОДГОТОВКА К ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

5.1 Руководитель группы по аудиту применяет риск-ориентированный подход при планировании аудита на основе информации, содержащейся в программе аудита и документированной информации, предоставленной проверяемой СП.

5.2 Руководитель группы, назначенный для проведения внутренней проверки подразделения, составляет Программу-отчет внутреннего аудита ([Ф КазНИТУ 801-02](#)).

5.3 Программа внутреннего аудита нацелена на установление того, что система качества соответствует всем основным требованиям в области качества, внедрена результативно и поддерживается в рабочем состоянии. Программа составляется с учетом статуса и важности процессов и участков, подлежащих аудиту, а также результатов предыдущих аудитов.

5.4 При составлении Программы – отчета:

- формулируются цели проверки;
- определяется объем проверки;
- уточняются методы и критерии проверки.

5.5 За неделю до начала внутреннего аудита, Руководитель группы передает копию Чек-листа ([Ф КазНИТУ 801-03](#)) руководителю проверяемого подразделения и необходимые разъяснения о сроках и целях проверки, составе группы аудиторов.

5.6 Руководитель подразделения извещает сотрудников о предстоящем аудите и готовит к проверке необходимые документы.

6 ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТА

6.1 Внутренний аудит начинается со вступительного совещания группы аудиторов с руководителем (или представителем подразделения) и персоналом проверяемого подразделения. На совещании производится разъяснение целей, объема, методов и критериев аудита, а также разъяснение других требований аудита. Продолжительность совещания не превышает пяти минут.

6.2 В процессе проведения внутреннего аудита производится сбор объективных доказательств:

- а) исходные данные, для определения рисков и возможностей:
- результаты анализа внешних и внутренних факторов;
 - индикаторы Программы развития;
 - заинтересованные стороны, связанные с конкретной системой менеджмента, и их требования;
 - потенциальные источники риска, такие как экологические аспекты, угрозы безопасности и коррупционные в том числе.

б) методы оценки рисков и возможностей.

6.3 Аудит проводится посредством опроса персонала проверяемого подразделения (должностного лица), информационного моделирования (изучения документов), визуального наблюдения (обследовании объектов, тестирование и анкетирование).

6.4 Внутренний аудит начинается с проверки выполнения корректирующих и предупреждающих действий по результатам предыдущего аудита (если ранее таковой проводился).

6.5 Информация об обнаруженных несоответствиях отражается в Акте о несоответствии/наблюдении ([Ф КазННТУ 801-04](#)), и в отчете Руководителя группы аудита, с подписью ознакомления руководителя проверяемого СП. Аудитор фиксирует свои заключения на основе свидетельств (фактов).

6.6 Все наблюдения, полученные при проверке, аудиторы отражают в чек-листе. Записи в чек-листах должны быть достаточными для осуществления обсуждения результатов аудита.

6.7 Аудит продолжается не более одного часа.

7 ОБНАРУЖЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПРОДУКЦИИ

7.1 Области обнаружения несоответствия включают в себя, например, учебные планы, работа ППС и обучающихся, услуги, предоставляемые Университетом, качество проводимых испытаний в лабораториях и отчетность по испытаниям, качество проведения ремонтных работ оборудования и т.д. Записи по несоответствиям должны быть зарегистрированы и ежегодно актуализироваться.

Несоответствующая продукция / услуга выявляется в процессах:

- входного контроля;
- контроля качества на различных стадиях жизненного цикла;
- внутренних проверок качества;
- самоконтроля работ со стороны исполнителей;
- при анализе и обработке претензий и жалоб в адрес Университета.

7.2 Ответственность за выявление несоответствующей продукции / услуги несут:

- исполнители работ и их руководители;
- ответственные за проведение контроля качества продукции / услуги;
- ответственные за регистрацию жалоб и претензий;
- обучающиеся.

7.3 Порядок регистрации и управления претензиями, поступившими от Потребителей (ППС и обучающихся), определен в ДП КазННТУ 721 «Рассмотрение обращений и юридических лиц».

7.4 При обнаружении несоответствующей продукции / услуги исполнители работ обязаны:

- осуществлять действия с целью устранения обнаруженного действия;
- бороться с последствиями;
- устранить отклонение – если это возможно.

8 ИДЕНТИФИКАЦИЯ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПРОДУКЦИИ

8.1 Для идентификации обнаруженной несоответствующей продукции составляется Акт по несоответствующей продукции (Ф КазНИТУ 801-04).

8.2 Градация несоответствия определяется Руководителем группы аудита следующим образом:

Значительные /критические несоответствия – несоответствия которые противоречат законам и правилам РК, Министерства науки и высшего образования, а также представляющие риск появления несоответствий, которые могут привести к финансовым убыткам.

Незначительные несоответствия – отклонение от внутренних стандартов Университета, которое можно исправить в кратчайшие сроки.

9 АНАЛИЗ И ОБРАБОТКА НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПРОДУКЦИИ

9.1 Руководитель и сотрудники подразделения проводят анализ несоответствующей продукции или услуг и определяют:

- причины появления несоответствующей продукции;
- решение по несоответствующей продукции;
- необходимые корректирующие и предупреждающие действия по устранению причин несоответствий, а также гарантирующие исключение появления;
- лицо, на которое возлагается ответственность за осуществление необходимых корректирующих действий;
- необходимость пересмотра бизнес-процессов.

9.2 Продукция или услуга после коррекции или корректирующих действий повторно проверяется на соответствие документально установленным требованиям.

9.3 Проверку устранения несоответствия и анализ предпринятого корректирующего действия осуществляет руководитель подразделения, о чем делается соответствующая запись в акте.

10 ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АУДИТА

10.1 По результатам проверки Руководитель группы заполняет отчет ([Ф КазНИТУ 801-05](#)), в течение 3-х рабочих дней.

10.2 Руководитель группы информирует руководителя проверяемого подразделения или в его отсутствие представителя подразделения с отчетом проверки под роспись (в отчете).

10.3 Документы (акт, программа и отчет) подписываются всеми членами аудиторской группы.

10.5 Руководитель группы передает оригинал отчета в ДКР для формирования сводного отчета о проведении внутренних аудитов и утверждения его решением Правления.

11 КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

КД предпринимаются для предупреждения возможных рисков, перспектив улучшений, повышения результативности и, как следствие, повышение удовлетворенности потребителей (внутренних и внешних).

Результаты выполнения корректирующих и предупреждающих действий доводятся до сведения потребителей и других заинтересованных сторон.

Процесс выполнения КД включает:

- определение и анализ причин появления несоответствий по результатам бизнес-процессов, в том числе:
 - изучение отзывов потребителей (обучаемых, работодателей, преподавателей, сотрудников и других заинтересованных сторон);
 - мониторинг осуществления процессов жизненного цикла продукции, процессов обеспечения и управления;
 - контроль обучаемых на всех стадиях академического процесса;
 - назначение коррекции и КД по несоответствиям и их причинам;
 - контроль выполнения КД;
 - оценку результативности;
 - необходимое документирование на соответствующих этапах.

Установление и анализ причин появления несоответствий, оценивание необходимых действий осуществляет руководитель подразделения (или ответственный за процесс), в котором выявлено несоответствие, с привлечением необходимых специалистов, с учетом их компетентности, квалификации и опыта.

Руководитель проверенного подразделения (или в его отсутствие другое должностное лицо) согласно Акта по несоответствующей продукции:

- разрабатывает план корректирующих и предупреждающих действий ([Ф КазНИТУ 801-06](#)), предусматривающих меры по устранению причин несоответствий в соответствии с процедурой;

- обеспечивает осуществление корректирующих действий;
- проверяет результативность корректирующих действий.

Руководитель группы проводит проверку выполнения корректирующих действий в согласованные сроки с руководителем проверяемого подразделения и расписывается в Программе-отчете внутреннего аудита. В случае невыполнения корректирующих действий руководитель подразделения представляет в ДКР объяснительную записку о причинах невыполнения за подписью курирующего проректора.

12 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Ответственность за проведение аудита возлагается на назначенного руководителя группы по аудиту

Ответственность за улучшения системы обеспечения качества несут руководители подразделений в рамках своих полномочий.

13 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

13.1 В процессе проведения внутреннего аудита могут возникнуть риски, в зависимости, от вида которых необходимо предпринять меры по их минимизации.

Наименование и описание риска	Причины риска	Последствия риска	Мероприятия по управлению риска	Подтверждающие документы
Срыв сроков проведения аудита	Изменение структуры Университета Недостаточное количество обученных аудиторов	Неисполнение требований аудита, приказа ректора Дисциплинарное взыскание	Корректировка план-графика аудита Проведение обучения ППС и сотрудников	Утвержденная структура Университета, План-график внутренних проверок, Отчет по аудиту
Риск непредставления отчетов о проведении аудита Руководителями групп в установленные сроки	Недобросовестное отношение Руководителей групп при составлении программы-отчета Затянувшийся процесс согласования отчета	Недовольство структурных подразделений качеством проведенного аудита Срыв сроков предоставления сводного отчета	Контроль со стороны ДКР Повторный аудит	Акт, программа-отчет, чек-лист и отчет

Перечень форм ДП КазНИТУ 801

№	Название документа	Форма	Место хранения	Срок хранения
1	План-график проведения внутреннего аудита	Ф КазНИТУ 801-01	ДКР	постоянно
2	Программа-отчет внутреннего аудита	Ф КазНИТУ 801-02	ДКР	постоянно
3	Чек-лист	Ф КазНИТУ 801-03	ДКР	постоянно
4	Акт по несоответствующей продукции	Ф КазНИТУ 801-04	ДКР	постоянно
5	Отчет о внутреннем аудите СОТК	Ф КазНИТУ 801-05	ДКР	постоянно
6	План корректирующих/предупреждающих действий	Ф КазНИТУ 801-06	ДКР	постоянно
7	Журнал регистрации несоответствий	Ф КазНИТУ 801-07.	ДКР	постоянно

Приложение А

Требования к аудиторам

А1 К проведению внутреннего аудита привлекаются работники Университета, прошедшие обучение по курсу подготовки внутренних аудиторов СМ.

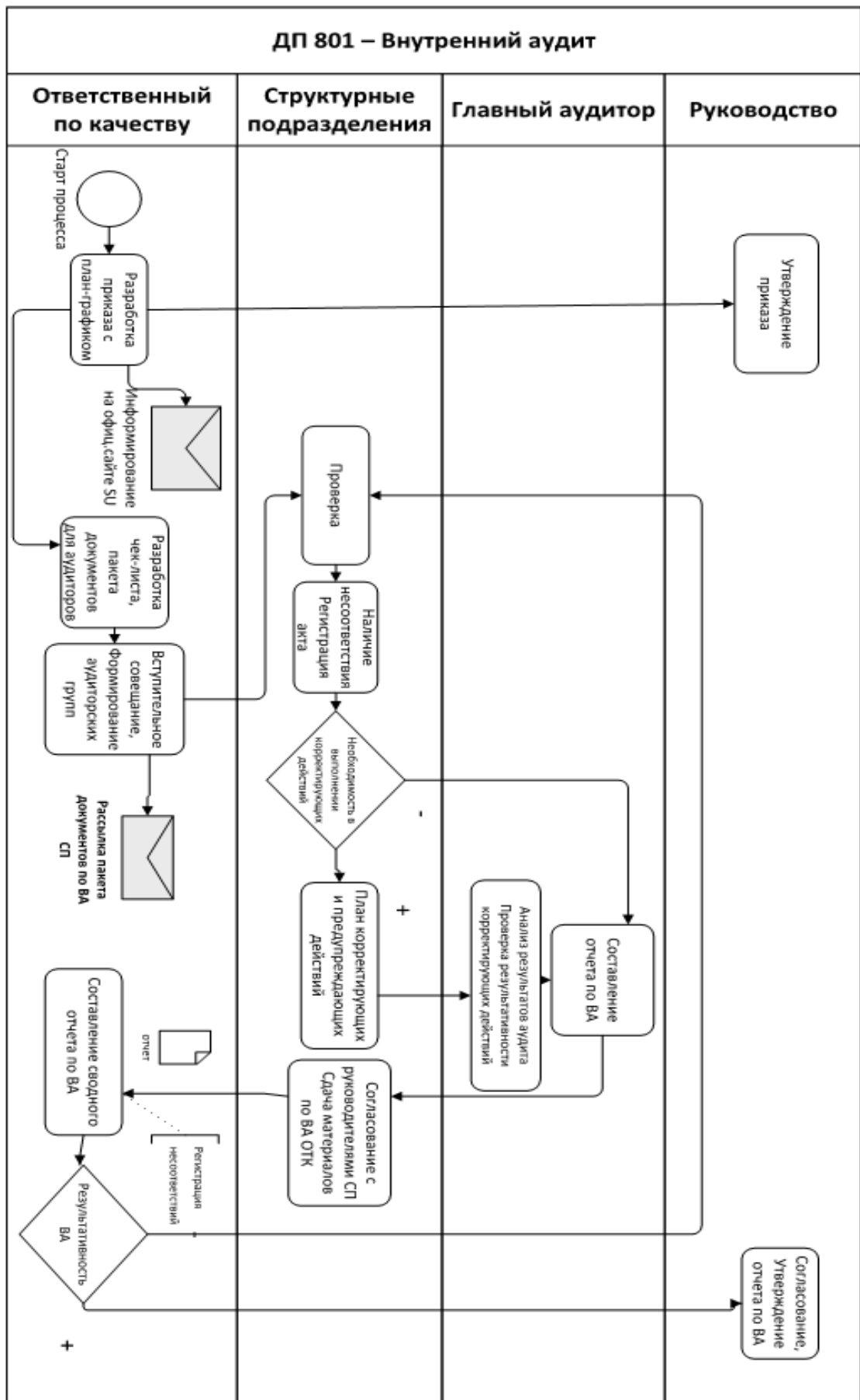
А2 Один раз в 3 года внутренние аудиторы проходят обучение для подтверждения их квалификации в специализированных организациях по обучению.

А3 Руководство Университета при отборе кандидатур ответственных для обучения и работы (экспертами) аудиторами внутренних проверок СМ учитывает требования МС ISO 19011, ISO/IEC 17025. Подбираются работники, пользующиеся авторитетом в Университете, спокойные, уравновешенные, умеющие отстаивать свое мнение, имеющие высшее образование и опыт работы.

А4 В целях обеспечения независимости и объективности для осуществления конкретной проверки назначаются эксперты, не работающие в проверяемом подразделении.

А5 Количество подготовленных аудиторов определяется по числу сотрудников Университета с расчетом обеспечения непрерывности процесса внутренних проверок.

Приложение Б



ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

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