



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

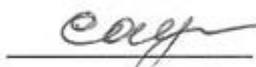
Алматы 2023

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.



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** курирующий Проректор и Департамент стратегического 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-II «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 ОПРЕЛЕНИЯ

| | |
|--|--|
| 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 стратегического развития (далее ДСР) 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.

в) 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 КазНИТУ 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 КазНИТУ 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 ДСР 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 ДСР 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 ДСР 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 | ДСР | постоянно |
| 2 | Программа-отчет внутреннего аудита | Ф КазНИТУ 801-02 | ДСР | постоянно |
| 3 | Чек-лист | Ф КазНИТУ 801-03 | ДСР | постоянно |
| 4 | Акт по несоответствующей продукции | Ф КазНИТУ 801-04 | ДСР | постоянно |
| 5 | Отчет о внутреннем аудите СОТК | Ф КазНИТУ 801-05 | ДСР | постоянно |
| 6 | План корректирующих/предупреждающих действий | Ф КазНИТУ 801-06 | ДСР | постоянно |
| 7 | Журнал регистрации несоответствий | Ф КазНИТУ 801-07. | ДСР | постоянно |

Приложение А

Требования к аудиторам

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

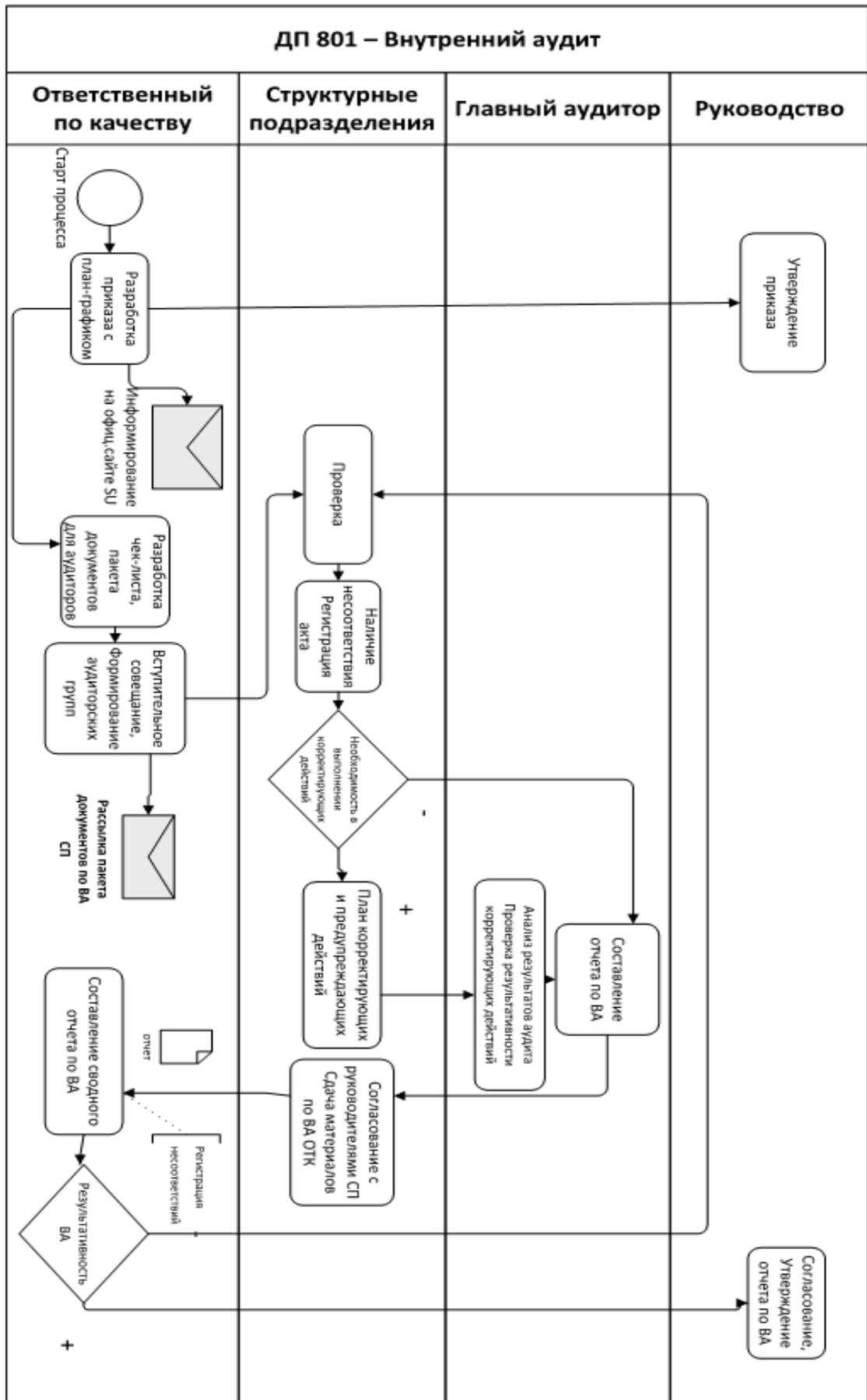
А2 Один раз в 3 года внутренние аудиторы проходят обучение для подтверждения их квалификации в специализированных организациях по обучению.

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 |
| а 2. | р 2.п. 1.3 | заменить | а 2 от | 19.01. | Мушарифов Т. В. С. С. С. С. К. С.  |
| а 2 | р 4.п. 4.1 | заменить | к.ос. | 2024 | |
| а 3 | р 10.п. 10.5 | заменить | 2024 | | |
| а 4 | р 11.п. 11.1 | заменить | | | |
| а 5 | р 13.п. 13.1 | заменить | | | |