



Государственное научное учреждение
«Объединенный институт проблем информатики
Национальной академии наук Беларуси»



www.uip.bas-net.by

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

СТП ОД 11

Ключевые слова: аудит, система менеджмента качества, компетентность, критерий, корректирующие и предупреждающие действия

ПРЕДИСЛОВИЕ

1 РАЗРАБОТАН отделом организационной поддержки научных исследований и разработок (ООПНИР)

2 ИСПОЛНИТЕЛИ Аманенко В.В., вед. инженер по качеству ООПНИР

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ приказом генерального директора от 22.03.2023 № 13-адм.

4 ДОКУМЕНТ СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕБОВАНИЯМ СТБ ISO 9001-2015

5 ВВЕДЕН взамен СТП ОД 11-2018

6 ДАТА ВВЕДЕНИЯ 27.03.2023

7 СРОК ДЕЙСТВИЯ до замены новым

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без разрешения представителя руководства, ответственного за систему менеджмента ОИПИ НАН Беларуси.

Издан на русском языке

Содержание

1	Назначение и область применения	4
2	Нормативные ссылки.....	4
2.1	Технические нормативные правовые акты	4
3	Термины, определения, обозначения и сокращения.....	5
3.1	Термины и определения.....	5
3.2	Обозначения.....	5
3.3	Сокращения.....	6
4	Описание деятельности.....	6
4.1	Общие положения	6
5	Внутренние аудиты.....	7
5.1	Планирование внутренних аудитов.....	7
5.2	Составление Программы внутренних аудитов.....	8
5.3	Подготовка к проведению аудита.....	9
5.4	Проведение внутреннего аудита.....	10
5.5	Оформление результатов внутреннего аудита	12
5.6	Анализ результатов аудитов, разработка, проведение и контроль выполнения корректирующих действий	12
5.7	Подготовка и аттестация аудиторов	13
5.8	Общие требования к внутренним аудиторам	14
5.9	Права и обязанности аудиторов.....	15
6	Распределение ответственности.....	16
7	Документирование.....	17
8	Внесение изменений.....	18
	Приложение А	19
	(обязательное).....	19
	Формы документов ОИПИ НАН Беларуси	19
	Лист регистрации изменений.....	29
	Лист согласования.....	30
	Лист рассылки	31

Стандарт организации

СТП ОД 11

1 Назначение и область применения

1.1 Настоящий стандарт организации СТП ОД 11 «Внутренние аудиты (далее – стандарт) устанавливает единый порядок планирования, организации и проведения внутренних аудитов, а также требования к подготовке и аттестации внутренних аудиторов.

1.2 Действие настоящего стандарта распространяется на всех участников внутренних аудитов в ОИПИ НАН Беларуси.

1.3 Настоящий стандарт входит в состав SMK ОИПИ НАН Беларуси и разработан в соответствии с требованиями подпункта 9.2 СТБ ISO 9001 [2.1;1].

2 Нормативные ссылки

2.1 Технические нормативные правовые акты

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие технические нормативные правовые акты:

- 1 СТБ ISO 9001-2015 Система менеджмента качества. Требования
- 2 СТБ ISO 9000-2015 Система менеджмента качества. Основные положения и словарь
- 3 СТБ ISO 19011-2021 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента

2.2 Локальные нормативные правовые акты

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие локальные нормативные правовые акты:

- 1 Устав ОИПИ НАН Беларуси (утвержден Постановлением Бюро Президиума Национальной академии наук Беларуси 30.06.2016 № 317)
- 2 СТП ОП 01 Стратегическое и оперативное планирование, анализ со стороны руководства и постоянное улучшение

- 3 СТП ОД 03 Управление документацией
- 4 СТП ОД 04 Управление записями
- 5 СТП ОД 05 Управление несоответствиями
- 6 СТП ОД 06 Корректирующие действия
- 7 СТП ОП 09 Менеджмент персонала
- 8 СТП ОД 16 Менеджмент рисков и возможностей
- 9 И 03.1 Инструкция по делопроизводству

3 Термины, определения, обозначения и сокращения

3.1 Термины и определения

В настоящем стандарте использованы термины и определения в соответствии с СТБ ISO 9000 [2.1; 2]:

3.1.1 аудит: Систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и объективного их оценивания для определения степени выполнения критериев аудита.

3.1.2 аудитор: Лицо, которое проводит аудит.

3.1.3 внутренний аудит: Аудит первой стороной, проводится самой организацией или от ее имени для анализа со стороны руководства и других внутренних целей и может создавать основу для декларации о соответствии организации. Демонстрацией независимости может служить отсутствие обязанностей по деятельности, которая подвергается аудиту.

3.1.4 команда по аудиту: Одно или более лиц проводящих аудит.

3.1.5 корректирующие действия: Действие, предпринятое для устранения причины несоответствия и предупреждения повторного его возникновения.

3.1.6 коррекция: Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

3.1.7 предупреждающие действия: Действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

3.1.8 программа аудита: Совокупность одного и более аудитов, запланированных в конкретные временные рамки и направленных на достижение конкретной цели.

3.1.9 руководитель команды по аудиту: Один аудитор из команды по аудиту назначается руководителем команды.

3.2 Обозначения

ВА – внутренний аудит

ДЗ – докладная записка

Институт – Государственное научное учреждение «Объединенный институт проблем информатики Национальной академии наук» (ОИПИ НАН Беларуси)

КД – корректирующие действия

НПА – нормативный правовой акт

ООПНИР – отдел организационной поддержки научных исследований и разработок

ОКиПР – отдел кадровой и правовой работы

ПД – предупреждающие действия

ПРК – представитель руководства по качеству

СМК – система менеджмента качества

СП – структурное подразделение

СТБ – национальный стандарт Республики Беларусь

СТП ОД – стандарт организации, описывающий деятельность

СТП ОП – стандарт организации, описывающий процесс

ТНПА – технический нормативный правовой акт

ЭВ – электронный вариант

3.3 Сокращения

вед. – ведущий

гл. – главный

др. – другие

зав. – заведующий

зам. – заместитель

п. – пункт

4 Описание деятельности

4.1 Общие положения

4.1.1 Для оценки результативности действующей СМК и выработки корректирующих и предупреждающих мероприятий в институте с целью совершенствования СМК в соответствии с требованиями СТБ ISO 9001 [2.1;1] проводятся внутренние аудиты.

4.1.2 ВА включают следующие этапы:

- планирование;
- подготовку к проведению аудита;
- проведение аудита;
- оформление результатов аудита;
- разработку, выполнение и контроль за выполнением коррекции (при обнаружении несоответствий) и КД (при необходимости устранения причин несоответствий);

- анализ результативности проведенных КД;
- архивирование результатов ВА;
- представление протокольных данных о ВА для анализа со стороны высшего руководства.

4.1.3 ВА проводит команда по аудиту в составе:

- руководителя команды по аудиту;
- внутренних аудиторов;
- технических экспертов (при необходимости).

4.1.4 Численный состав команды зависит от объема ВА. Допускается осуществлять ВА одним лицом. В данном случае аудитор должен выполнять соответствующие обязанности, возлагаемые на руководителя команды по аудиту.

4.1.5 Аудиторы, назначенные для проведения ВА, не должны быть заняты в проверяемой ими деятельности (принцип независимости).

4.1.6 Все формы документов процедуры «Внутренний аудит» приведены в [Приложении А](#).

5 Внутренние аудиты

5.1 Планирование внутренних аудитов

5.1.1 Объем ВА основан на размере и характере аудируемого СП. Частота проведения ВА СП не одинакова и должна учитывать важность проверяемой деятельности, процессов и ответственность персонала проверяемых СП в части выполнения требований СМК.

5.1.2 ВА могут проходить планоно и внепланоно.

5.1.3 Плановые ВА СМК института проводятся в соответствии с Программой ВА ([Ф 11-001](#)), которая содержит аудиты, планируемые высшим руководством института к проведению в течение года, а также требования к видам деятельности в ходе ВА, срокам выполнения и необходимым ресурсам.

5.1.4 Вед. инженер по качеству разрабатывает Программу ВА, согласовывает с ПРК, а затем предоставляет на утверждение генеральному директору.

5.1.5 Если для проведения ВА необходимы специальные знания, руководитель команды по аудиту может привлечь для участия в аудите технического эксперта из числа специалистов института. При этом возможность участия специалиста во ВА подлежит согласованию с его руководителем.

5.1.6 Программа ВА на год должна быть разработана и представлена на согласование в начале планируемого года.

5.1.7 В течение года в Программу могут быть внесены изменения (через протокол Дирекции). Оригинал Программы ВА хранится в ООПНИР у вед. инженера по качеству.

5.1.8 Внеплановые ВА проводятся на основании решения генерального директора. Основанием для проведения внеплановых ВА может служить:

- реорганизация института;
- введение новых процессов и видов деятельности (процедур) в область сертификации (необходимость совершенствования СМК);
- поступление информации от потребителей, контролирующих внешних организаций и др. заинтересованных лиц о несоответствии качества предоставленной услуги (продукции) установленным требованиям;
- предложения руководителя команды по аудиту, выработанные в результате анализа проведенных ВА;
- неудовлетворительная оценка результативности проведенных КД;
- наличие существенных замечаний, выявленных по результатам внешнего аудита и др.

5.1.9 Решение о проведении внеплановых ВА могут быть оформлены через протокол заседания Дирекции/приказ генерального директора, в котором указываются основание и цель проведения внепланового ВА, область (аудируемое СП), срок исполнения, ответственные.

5.1.10 Приказ на проведение внепланового ВА готовит вед. инженер по качеству ООПНИР. Порядок разработки, согласования, подписания и рассылки приказа осуществляется в соответствии с И 03.1 [2.2; 9].

5.1.11 Порядок планирования внеплановых аудитов аналогичен запланированным (см. п 5.2, 5.1.4).

5.1.12 Контроль за выполнением Программы ВА на год / внеплановых ВА осуществляет ПРК.

5.1.13 В случае проведения внепланового аудита в СП, в Программе ВА на год делаются соответствующие отметки: номер приказа/протокола Дирекции, номер Программы ВА.

5.2 Составление Программы внутренних аудитов

5.2.1 При составлении Программы ВА должны быть рассмотрены и обязательно определены:

- цели, критерии и любые ссылочные документы ВА;
- область применения, включая идентификацию организационных и функциональных элементов и процессов (СП, рабочих мест, процессов, продукции и т.д.);
- сроки и продолжительность осуществляемой аудиторской деятельности на местах;
- вопросы, относящиеся к конфиденциальности.

5.2.2 Основными целями Программы ВА СМК могут быть:

- определение результативности функционирования СМК или отдельных процессов, видов деятельности с точки зрения достижения Целей в области качества, реализации направлений Политики в области качества;
- осуществление систематического независимого контроля выполнения требований стандартов (Инструкций, Положений и др. документов) СМК, соответствия деятельности СП института (отдельных процессов) установленным требованиям СТБ ISO 9001 [2.1; 1];
- получение информации, необходимой для рассмотрения и анализа функционирования СМК со стороны высшего руководства для оценки ее результативности, необходимости выработки КД с целью устранения выявленных и потенциальных несоответствий, их причин и предупреждения появления несоответствий;
- определение возможности и путей совершенствования, как отдельных процессов, так и СМК института в целом;
- получение свидетельств для обеспечения уверенности руководства, что научно-техническая продукция (услуги) соответствует требованиям ТНПА;
- проверка результативности проведенных КД по результатам предыдущих аудитов.

5.2.3 При необходимости (в зависимости от области ВА), Программа ВА обсуждается с руководством института, владельцами процессов, зав. СП. При этом устанавливаются конкретные сроки ВА и назначаются специалисты для работы с аудиторами. Факт согласования подтверждается визированием.

5.3 Подготовка к проведению аудита

5.3.1 Подготовку проведения ВА по конкретному СП (процессу /виду деятельности) возглавляет руководитель команды по аудиту.

5.3.2 За две недели до начала ВА руководитель команды по аудиту проводит подготовительное собрание с аудиторами, участвующими в предстоящем ВА (команда по аудиту), на котором знакомит аудиторов с утвержденной Программой и решает необходимые организационные вопросы.

5.3.3 До начала ВА команда по аудиту разрабатывает контрольные вопросы, которые они вписывают в контрольные листы для проведения ВА (далее – контрольный лист) (Ф 11 002). При формулировании контрольных вопросов аудиторы руководствуются действующими документами СМК института и требованиями СТБ ISO 9001 [2.1; 1].

5.3.4 Для обеспечения полноты, объективности и достижения целей ВА разработанные аудиторами контрольные листы проверяет и визирует руководитель команды по аудиту.

5.3.5 При необходимости руководитель команды по аудиту с привлечением экспертов проводит с аудиторами разъяснительную беседу

или оказывает помощь в составлении контрольных вопросов. Допускается составлять один контрольный лист на группу.

5.3.6 При подготовке к аудиту аудируемый зав. СП:

- информирует сотрудников СП о цели, области, дате и времени проведения ВА;
- обеспечивает соответствующее рабочее место и данные для проверок;
- формирует документацию СМК;
- назначает ответственных лиц из числа персонала СП для работы с аудиторами и обеспечивает сотрудничество с ними.

5.3.7 При проведении ВА одним аудитором, им выполняются обязанности руководителя команды по аудиту.

5.4 Проведение внутреннего аудита

5.4.1 Проведение ВА осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта и ГОСТ ISO 19011 [2.1; 3]

5.4.2 ВА включает в себя:

- предварительное совещание, проводимое непосредственно перед началом ВА;
- проведение ВА (обследование объекта аудита);
- составление заключения о результатах аудита;
- заключительное совещание по итогам проведенного ВА.

5.4.3 Предварительное совещание организует и проводит руководитель команды по аудиту перед началом ВА. Цели совещания:

- краткое изложение действий по ВА;
- подтверждение каналов связи;
- обеспечение возможности для сотрудников проверяемого подразделения задать вопросы.

На предварительном совещании должны присутствовать (в зависимости от области ВА) ген. директор института (представители руководства института), владелец процесса, зав. СП, специалисты, сопровождающие аудиторов при проведении ВА, а также аудиторы и эксперты, указанные в Программе.

5.4.4 Допускается не проводить предварительное совещание, если все вышеназванные вопросы были согласованы в устной форме между зав. проверяемого СП и руководителем команды по аудиту.

5.4.5 Методика и техника проведения ВА:

- опрос персонала, используя контрольный лист (допускается для более глубокого изучения объекта ВА задавать по ходу работы дополнительные вопросы, фиксируя их в контрольных листах);
- анализ документов и наблюдение за ходом работы, состоянием рабочих мест, оборудования, средств контроля и испытаний, работой персонала аудируемого СП;

- анализа фактически проводимой деятельности и оценивания ее соответствия требованиям СТБ ISO 9001 [2.1; 1].

5.4.6 При ВА в общем случае рассматривают:

- наличие соответствующей документации;
- распределение ответственности и полномочий;
- достаточность ресурсов для осуществления деятельности;
- результаты мониторинга процессов и продукции (услуги);
- результаты деятельности и их соответствие запланированным показателям;
- идентификацию установленных несоответствий;
- документальное оформление результатов деятельности;
- деятельность по улучшению в СП института;
- результаты анализа данных со стороны руководства (руководителей подразделений института);
- взаимодействие с заинтересованными сторонами, включая внутренних потребителей;
- оценку удовлетворенности внешних и внутренних потребителей.

5.4.7 Информацию, полученную в результате опроса, аудиторы должны проверить и подтвердить путем сравнения с информацией, полученной из документированных источников, таких как: протоколы, отчеты, акты и др. зарегистрированные записи. Полученную при ВА информацию аудиторы записывают в контрольных листах в графе «Свидетельства аудита».

5.4.8 Ответы на все вопросы оцениваются членами группы по аудиту по двум параметрам «соответствует»/ «не соответствует», которые проставляются в контрольных листах в графе «Выводы (наблюдения аудита), выявленные несоответствия».

5.4.9 После проведения ВА команда аудиторов рассматривает контрольные листы с документированными в них наблюдениями и решает, какие из них должны быть представлены как несоответствия.

5.4.10 Все несоответствия аудиторы записывают в протокол аудита ([Ф 11-003](#)) (раздел «Установленное несоответствие»). При этом выявленное несоответствие обязательно должно быть четко сформулировано и подтверждено доказательствами. Несоответствия должны быть идентифицированы на языке конкретных требований СТБ ISO 9001 [2.1; 1] или др. документов, на соответствие которым проводился ВА.

5.4.11 В протоколы ВА могут быть включены несоответствия, не вошедшие в перечень контрольных вопросов, но выявленные при ВА.

5.4.12 По результатам проведенного ВА руководитель команды по аудиту проводит заключительное совещание с зав. и персоналом проверяемого СП, цель которого – представление и разъяснение участникам ВА его результатов и всех несоответствий, отмеченных в контрольных

листах. В случае если зав. СП не согласен с результатами ВА, руководитель команды по аудиту ставит в известность ПРК, для решения возникших вопросов.

5.4.13 В ходе заключительного совещания могут быть выработаны рекомендации по улучшению, которые не являются обязательными, а только рекомендуемыми.

5.4.14 Допускается не проводить заключительное совещание, если все вышеуказанные вопросы были согласованы в ходе аудита между зав. проверяемого СП и аудитором.

5.5 Оформление результатов внутреннего аудита

5.5.1 В течение двух календарных дней после аудита, руководитель команды по аудиту оформляет «Протокол по внутреннему аудиту» (далее – протокол) ([Ф 11 003](#)), используя контрольные листы, для каждого СП/процесса отдельный.

5.5.2 Каждому протоколу ВА присваивается номер согласно порядковому номеру аудита по журналу регистрации аудитов.

5.5.3 КД разрабатываются на заключительном совещании совместно с аудиторами, проводившими аудит или аудируемым совместно с зав. СП самостоятельно в трехдневный срок после предоставления протокола аудита.

5.5.4 Проект протокола должен быть согласован с аудиторами, принимавшими участие в аудите, зав. аудируемого СП и утвержден ПРК.

5.5.5 Вед. инженер по качеству отмечает протокол в Программе аудитов.

5.5.6 Аудит считается завершенным, если все процедуры выполнены.

5.6 Анализ результатов аудитов, разработка, проведение и контроль выполнения корректирующих действий

5.6.1 Зав. СП, в котором проводился ВА, в срок не более трех рабочих дней после получения протокола аудита анализирует его и разрабатывает КД либо коррекцию.

5.6.2 Анализ причин несоответствий и последующие действия осуществляют в порядке, изложенном в СТП ОД 06 [2.2;6].

5.6.3 Ответственные за процессы СМК разрабатывают КД и проводят анализ рисков, направленные на улучшение процессов СМК (видов деятельности) по результатам аудитов, в соответствии с СТП ОД 06 [2.2;6] и СТП ОД 16 [2.2;6].

5.6.4 Руководитель команды по аудиту информирует участников аудита о проведении повторного аудита (если запланировано), уточняет его сроки. Повторный аудит назначается в срок не позднее недели, если не установлен иной срок, после выполнения КД.

5.6.5 Все документы по аудиту (протокол, контрольные листы и др.) хранятся вед. инженером по качеству.

5.6.6 По итогам года вед. инженер по качеству готовит отчет «Анализ СМК», в котором представлены сведения по итогам выполнения Программы ВА и проведенным аудитам.

5.6.7 При последующих аудитах СМК (как плановых, так и внеплановых) аудиторами осуществляется оценка результативности предпринятых корректирующих действий о чем делаются отметки в протоколах.

5.7 Подготовка и аттестация аудиторов

5.7.1 Вед. инженер по качеству до 25 декабря года, предшествующему планируемому, определяет специалистов института для проведения ВА в качестве аудиторов и экспертов, составляет реестр аудиторов (Ф 11-004) и согласовывает с ПРК. При необходимости подает заявку на обучение аудиторов.

5.7.2 Реестр аудиторов и технических экспертов ежегодно утверждается приказом ген. директора института.

5.7.3 На каждого аудитора вед. инженер по качеству оформляет и ведет Личную карточку по форме (Ф [11-005](#)), в которую вносятся данные о квалификации, аттестации, компетентности и участии во ВА.

5.7.4 Если аудиторы в группе не обладают в достаточной мере знаниями и навыками, то их можно восполнить, включив в группу технических экспертов. Технические эксперты должны работать под руководством аудитора и не имеют полномочий аудиторов.

5.7.5 Технические эксперты института должны иметь опыт и знания применительно к процессу, выполняемой услуге или деятельности, подвергаемым ВА.

5.7.6 В группу аудита могут быть включены аудиторы-стажеры, но они не должны проводить аудит без указания или руководства со стороны руководителя команды по аудиту.

5.7.7 Специалисты института, включенные в реестр в качестве аудиторов, должны пройти обучение по проведению ВА и иметь соответствующий документ, подтверждающий квалификацию.

Обучение специалистов в качестве аудиторов осуществляется:

- в сторонних организациях, имеющих лицензию на право проведения такого обучения;

- непосредственно в институте.

5.7.8 Ксерокопия документов, полученных при обучении в сторонних организациях, должны быть представлены в ОКипР и ООПНИР (вед. инженеру по качеству).

5.7.9 Обучение специалистов в качестве внутренних аудиторов в институте (своими силами) должно осуществляться по программе обучения, составленной вед. инженером по качеству и утвержденной ПРК. Результаты заносятся в Личную карточку аудитора (Ф [11-005](#)).

5.7.10 Обучение специалистов в качестве аудиторов могут проводить аудиторы, осуществившие не менее двух ВА в качестве руководителя команды по аудиту.

5.7.11 Аттестацию действующих аудиторов проводится ПРК раз в три года по следующим критериям:

- анализ записей (верификация базовых сведений об аудиторе);
- интервью (оценивание личного поведения и коммуникационных навыков, тестирование знаний и получение дополнительной информации).

5.7.12 Анализ записей включает в себя записи об образовании, подготовке, производственном опыте и опыте аудита, записей в личной карточке аудитора.

5.7.13 Результаты аттестации аудиторов отражаются в Личной карточке аудитора в графе «Сведения об аттестации аудитора» (Ф [11-005](#)).

5.8 Общие требования к внутренним аудиторам

5.8.1 Общие требования к внутренним аудиторам:

- наличие высшего образования (желательно) без предъявления требований к стажу;
- наличие приказа, протокола внутреннего обучения и аттестации по программе подготовки внутренних аудиторов (если обучение организовывалось в институте) или сертификата, при обучении в сторонней организации;
- знание требований НПА к СМК по принципам, методам и организации внутренних проверок;
- умение устанавливать личные контакты, коммуникабельность, уравновешенность, умение владеть собой;
- реалистичность и объективность, умение аналитически и гибко мыслить, целеустремленность;
- умение устно и письменно выражать свои мысли, тактичность, работоспособность;
- поддержание в порядке и сохранности документов, относящихся к проверке.

5.8.2 Внутренние аудиторы не должны проверять свою собственную деятельность и должны ответственно подходить к сохранению конфиденциальной информации, если она имеется.

5.9 Права и обязанности аудиторов

Права и обязанности членов команды по аудиту соответствуют требованиям ГОСТ ISO 19011 [2.1;3].

5.9.1 Аудиторы должны знать:

1) принципы, процедуры и методы ВА, для того чтобы иметь возможность выбирать и применять их при проведении ВА надлежащим образом. Аудитор должен быть способен к выполнению следующих действий:

- применению принципов, процедур и методов ВА;
- результативному планированию организации работ;
- проведению аудита в течение установленного срока;
- установлению приоритетов и ориентации на существенных моментах;
- сбору данных посредством результативного опроса, выслушивания, наблюдений и анализа документов, записей и данных;
- проверке точности собранных данных;
- подтверждению достаточности и приемлемости аудита для подкрепления наблюдений аудита и заключений по результатам аудита;
- использованию рабочих документов для записи деятельности при аудите;
- подготовке протокола по ВА;
- сохранению конфиденциальности информации;

2) СМК и ссылочные документы для применения критериев аудита;

3) организационные моменты для понимания принципов работы в институте (структуру, функции института и взаимосвязи его СП);

4) применяемые законы, технические регламенты и другие требования, относящиеся к институту (НПА, ТНПА, договоры и т.д.).

5.9.2 Руководитель команды по аудиту должен обладать дополнительными знаниями и навыками, необходимыми для осуществления рационального и эффективного руководства командой по аудиту. Руководитель команды по аудиту обязан:

- планировать и организовывать проведение ВА, распределять работу между аудиторами;
- представлять аудиторов зав. проверяемого СП;
- принимать участие совместно с аудиторами в разработке Контрольных листов ВА и анализе результатов ВА;
- проводить совещания в проверяемом СП;
- предотвращать и разрешать конфликты при проведении ВА;
- своевременно информировать зав. проверяемого СП и ПРК о ходе ВА;
- составлять протоколы о результатах ВА;
- принимать участие (при необходимости) в разработке КД.

5.9.3 Аудитор обязан:

- разрабатывать контрольные листы ВА;
- выполнять все обязанности, возложенные на него руководителем команды по аудиту;
- информировать руководителя команды по аудиту о всех препятствиях, мешающих в достижении цели ВА и о своих заключениях по результатам ВА;
- документировать результаты ВА;
- не оставлять без внимания любую информацию, которая может повлиять на результат ВА;
- бережно относиться к документации, представленной в ходе ВА.

5.9.4 Руководитель команды по аудиту (аудитор) имеет право:

- запрашивать, иметь доступ и быть ознакомленным с любой информацией (документацией, материалами), касающейся объекта ВА;
- требовать от зав. проверяемого СП, если это необходимо, проведение дополнительного, более глубокого изучения объекта, чем было установлено Программой ВА;
- высказывать свое мнение об объекте ВА (руководитель команды по аудиту – ПРК и зав. проверяемого СП; аудитор – руководитель команды по аудиту);
- собирать и анализировать объективные свидетельства, необходимые для составления заключения об объекте ВА;
- принимать участие в совещаниях, проводимых в ходе ВА.

6 Распределение ответственности

Матрица ответственности процедуры «Внутренний аудит» представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Матрица ответственности процедуры «Внутренний аудит»

Этап деятельности	Ответственный за принятие решения	Исполнитель
1	2	3
Подготовка Реестра аудиторов, их аттестация	ПРК	Вед. инженер по качеству
Проведение предварительного и заключительного совещания, ВА	ПРК	Руководитель команды по аудиту
Подготовка Протокола по ВА	Руководитель команды по аудиту	Аудитор

Продолжение таблицы

1	2	3
Контроль устранения несоответствий, выполнения плана КД и оценка результативности корректирующих мероприятий	ПРК	Руководитель команды по аудиту / вед. инженер по качеству
Текущее хранение документов СМК по ВА	ПРК	Вед. инженер по качеству
Утверждение Реестра аудиторов по СМК и технических экспертов	Генеральный директор	ПРК
Утверждение Программы ВА на год	Генеральный директор	ПРК

7 Документирование

Перечень документов, оформляемых в результате осуществления процедуры «Внутренний аудит», приведен в таблице 2.

Таблица 2 – Перечень документов

Наименование / описание документа (группы документов)	Форма документа	Кто оформляет документ	Кому представляют документ	Ответственные за хранение	Срок хранения документа
1	2	3	4	5	6
Программа ВА на 20_г *	Ф 11-001	Руководитель команды по аудиту	ПРК, Генеральный директор	Вед. инженер по качеству	В соответствии с НД
Контрольные вопросы *	Ф 11-002	Аудиторы	ПРК, зав. аудитуемого СП	Вед. инженер по качеству	В соответствии с НД
Протокол по ВА *	Ф 11-003	Руководитель команды по аудиту	ПРК, зав. аудитуемого СП	Вед. инженер по качеству	В соответствии с НД
Реестр ВА*	Ф 11-004	Вед. инженер по качеству	ПРК	Вед. инженер по качеству	В соответствии с НД
Личная карточка аудитора *	Ф 11-005	Вед. инженер по качеству	ПРК	Вед. инженер по качеству	В соответствии с НД

*Записи в соответствии с СТБ ISO 9001[2.1;1], Управление записями – в соответствии с СТП ОД 04 [2.2;4]

8 Внесение изменений

8.1 Внесение изменений в настоящий стандарт осуществляется согласно СТП ОД 03 «Управление документацией» Раздел «Управление документацией по СМК» [2.2;3].

8.2 Ответственность за внесение изменений в настоящий стандарт несет вед. инженер по качеству.

8.3 Вед. инженер по качеству по мере необходимости, но не реже одного раза в три года пересматривает данный стандарт на соответствие требованиям СМК. По итогам рассмотрения вед. инженер по качеству может принять решение о продлении действия стандарта без изменений. В этом случае действие документа продлевается на следующие три года, для чего вед. инженер по качеству делает запись в «Листе регистрации изменений» контрольного экземпляра: Срок действия продлен до 20__г., расписывается и ставит дату. В противном случае делает запись: Требуется пересмотра. Срок действия продлен до 20__г. (срок продления в этом случае не должен превышать один месяц), расписывается и ставит дату. Такая запись инициирует начало пересмотра данного стандарта.

8.4 Решение об изменении стандарта принимается на основании предложений др. СП, результатов анализа установленных и потенциальных несоответствий, а также рекомендаций внутренних или внешних аудитов.

8.5 Сотрудники ОИПИ НАН Беларуси вправе внести предложение по совершенствованию проведения ВА и обратиться к вед. инженеру по качеству через электронную почту, ДЗ, устно.

8.6 Рассмотрение предложений осуществляется в рабочем порядке.

8.7 По мере необходимости вносятся изменения в настоящий стандарт в соответствии с СТП ОД 03 «Управление документацией» [2.2;3].

**Приложение А
(обязательное)**

Формы документов ОИПИ НАН Беларуси

Ф 11-001

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор ОИПИ НАН Беларуси

_____ И.О.Фамилия

_____ 20__

ПРОГРАММА ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ ОИПИ НАН Беларуси

на 20__ г.

Цели аудита:

Область аудита:

Критерии:

Ресурсы:

СТПОД 11 	Редакция 5	Внутренние аудиты	с. 20 из 31
---	------------	-------------------	-------------

ПЛАН-ГРАФИК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ НА 20__ г.

Проверяемое должностное лицо/подразделение	Объект внутреннего аудита	Документы, определяющие требования к объекту внутреннего аудита (СТБ ISO 9001, СТП, ТНПА, НПА)	Ф.И.О руководителя группы по аудиту, аудиторы	Срок проведения аудита
1	2	3	4	5

Примечание: сроки, указанные в графике могут корректироваться.

СОГЛАСОВАНО

Заместитель генерального директора
по научной работе, представитель руководства
по качеству

_____ И.О.Фамилия

РАЗРАБОТАЛ

Вед. инженер по качеству

_____ И.О.Фамилия



Контрольный лист № X

Подразделение (должностное лицо)					
Процесс (деятельность)			Ф.И.О., должность участников:		
			Дата		
			Основание для проверки		
№ п/п	Ключевые вопросы по процедурам / процессам	Критерий аудита		Свидетельства аудита	Выводы (наблюдения аудита), соответствует / не соответствует
		Требования СТБ ISO 9001	Документы СМК		
1					
2					
3					
4					
....					
п					
Общая оценка объекта внутреннего аудита:					
Аудиторы: _____ подпись дата расшифровка подписи				Руководитель команды по аудиту : _____ подпись дата расшифровка подписи	

УТВЕРЖДАЮ
Представитель руководства по
качеству

_____ И.О.Фамилия
подпись расшифровка подписи

____.____.20____

ПРОТОКОЛ АУДИТА

№ ____ - ____ ОТ ____ . ____ .20 ____

<p>Основание проведения аудита: (программа аудита, или приказ на проведение внепланового внутреннего аудита)</p>	<p>п. __ Программы аудита от 00.00.20.. Приказ генерального директора от 00.00.20__ № 00</p>	<p>Лист _ Листов _</p>
<p>Объект аудита/ подразделения</p>		
<p>Цель аудита</p>		
<p>Аудитируемое должностное лицо/структурное подразделение</p>		
<p>Дата проведения внутреннего аудита:</p>	<p>_____</p>	

Дата проведенного предварительного совещания: Проведение внутреннего аудита Дата проведенного заключительного совещания:	НАЧАЛО _____ ОКОНЧАНИЕ _____				
Руководитель команды по аудиту:	_____	_____	_____	_____	_____
	Подпись		Ф.И.О.		
Команда по аудиту:	_____	_____	_____	_____	_____
	Подпись		Ф.И.О.		
	_____	_____	_____	_____	_____
	Подпись		Ф.И.О.		
Технические эксперты:	_____	_____	_____	_____	_____
	Подпись		Ф.И.О.		
Критерии аудита					
При аудите установлено: ___ незначительных несоответствий / <u> </u> существенных несоответствий					
Установленное несоответствие (описание несоответствия с указанием критерия аудита)	Сущ./ несущ.	Коррекция/Корректирующее действие (Что необходимо сделать, чтобы решить эту проблему и предотвратить повторение?)	Срок исполнения	Ответственный исполнитель	Отметка о выполнении

Заключение по внутреннему аудиту: В ходе внутреннего аудита установлено соответствие/несоответствие процесса/деятельности требованиям стандарта института, СТБ ISO 9001, но имеются X несущественных несоответствия, по которым разрабатывается коррекция и/или корректирующие действия			
Протокол составил: _____			
Необходимость проведения повторного аудита с целью подтверждения устранения несоответствий:	Да	_____	
	Нет	_____	
Дата проведения повторного аудита: _____			
Аспекты для улучшения: _____			
Руководитель команды по аудиту:	Ответственное должностное лицо		Зав. СП
_____	_____		_____
Ф.И.О. _____	Ф.И.О. _____		Ф.И.О. _____
подпись _____	подпись _____		подпись _____
_____._____. 20__	_____._____. 20__		_____._____. 20__

УТВЕРЖДЕНО
Приказ генерального директора
ОИПИ НАН Беларуси
__.__. 20__ № _____

**Реестр
внутренних аудиторов на 20__ год**

Аудитор (Ф.И.О.)	Подразделение и занимаемая должность	Специализация (квалификация по диплому образования, № и дата диплома)	Сертификат внутреннего аудитора (№, дата, срок действия)

Представитель руководства
по качеству

Подпись

Расшифровка подписи

Личная карта аудитора

Лицевая сторона

ОИПИ НАН Беларуси ЛИЧНАЯ КАРТА № аудитора _____ _____	Повышение квалификации аудитора		
	Дата (с ... по)	Учебное заведение	Тематика обучения
Дата заполнения _____			
Фамилия _____			
Имя _____			
Отчество _____			
Дата рождения _____			
Образование _____			
Наименование учебного заведения _____ _____			
Год окончания _____			
Номер диплома _____			
Специальность по диплому _____ _____			
Квалификация по диплому _____ _____			
Место работы: _____			
Отдел (лаб.): _____			
Должность _____			
Тел. рабочий _____			
домашний _____			
Домашний адрес _____ _____ _____			
Дополнительные сведения			
	Сведения об аттестации аудитора		
	№ и дата протокола	Результаты аттестации	Примеча- ние

Оборотная сторона

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ			
Дата		Организация, пред- приятие	Основные функции, должность
Начало	Окончание		

УЧАСТИЕ ВО ВНУТРЕННИХ АУДИТАХ				
Дата проверки	Наименование аудита и проверенных подразделений	Роль: аудитор или рук. гр.	№ и дата отчета	Примечание

Лист регистрации изменений

№ изм.	Дата изменения	Изменение		
		Содержание изменения	Основание для изменения	№ стра- ницы

Лист согласования

Наименование СП, должность	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1	3	4	5
Зам. ген. директора по научной работе, ПРК	Касанин С.Н.		
Зав.ООПНИР	Блещик Н.Г.		
Вед. инженер по качеству	Аманенко В.В.		

Лист рассылки

№ экз.	Обозначение	Изменения	Место хранения	Ф.И.О. получателя	Дата	Подпись
1	2	3	4	5	6	7