

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Пермский национальный исследовательский  
политехнический университет»  
(ПНИПУ)**

## П Р И К А З

03.03.2023

№ 17-0

Пермь

[О введении в действие стандартов СТУ СМК 1,  
СТУ СМК 6, положения ПСТ и классификатора КСТУ]

С целью оптимизации и обновления документированной информации и использования её в системе «1С» ПНИПУ

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и с 03 марта 2023 г. ввести в действие следующую документированную информацию:

- ПСТ-2023. Положение о стандартизации в ПНИПУ (версия 3).
- КСТУ-2023. Классификатор стандартизации университета (версия 5).
- СТУ СМК 1-2023. Управление системой менеджмента качеством в университете (версия 8).
- СТУ СМК 6-2023. Управление аудитами и корректирующими действиями (версия 9).

2. Руководителям и работникам подразделений, уполномоченным по качеству в подразделениях в своей деятельности использовать:

- утверждённую документированную информацию,
- сокращённые обозначения названий подразделений в соответствии с КСТУ-2023.

3. Директору ЦУКО Селезневой А. В. обеспечить консультации работников подразделений в ходе их работы с утверждённой документированной информацией.

4. И. о. начальника УСК Колесник А. Ю. разместить положение ПСТ, классификатор КСТУ, стандарты СТУ СМК 1, СТУ СМК 6 на закрытой части интернет-сайта университета, выписку из классификатора КСТУ с сокращёнными обозначениями названий подразделений – на открытой части интернет-сайта ПНИПУ.

5. Считать утратившими силу:

- РК-2022. Руководство по качеству (версия 10).
- ПСТ-2014. Положение о стандартизации в ПНИПУ (версия 2).
- КСТУ-2022. Классификатор стандартизации университета (версия 4).

- СТУ СМК 1-2022. Управление системой менеджмента качеством в университете (версия 7).
- СТУ СМК 6-2021. Внутренний аудит (версия 8).
- СТУ СМК 8-2021. Корректирующие действия (версия 4).

6. Контроль исполнения приказа возлагаю на проректора по образовательной деятельности Петроченкова А. Б.

Приложение 1. ПСТ-2023. Положение о стандартизации в ПНИПУ (в. 3).

Приложение 2. КСТУ-2023. Классификатор стандартизации университета (в. 5).

Приложение 3. СТУ СМК 1-2023. Управление системой менеджмента качеством в университете (в. 8).

Приложение 4. СТУ СМК 6-2023. Управление аудитами и корректирующими действиями (в. 9).

И. о. ректора

А. А. Ташкинов

СОГЛАСОВАНО

Проректор  
по образовательной деятельности

А. Б. Петроченков

Директор ЦУКО

А. В. Селезнева

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

	<p>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования <b>«Пермский национальный исследовательский политехнический университет»</b></p> <hr/> <p>Стандарт университета Система менеджмента качеством</p>	
Версия 9	<b>СТУ СМК 6-2023</b>	

## **УПРАВЛЕНИЕ АУДИТАМИ И КОРРЕКТИРУЮЩИМИ ДЕЙСТВИЯМИ**

*Quality management system.  
Audits, and corrective actions management*

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ СМК 6-2023</b>

## Предисловие

Цели и принципы стандартизации в ПНИПУ установлены в «Положении о стандартизации в ПНИПУ» (ПСТ-2023), а правила применения стандартов университета – в СТУ ПНИПУ 1.1 «Стандартизация в ПНИПУ. Общие положения».

В стандарте учтены требования, установленные в ГОСТ Р ИСО 9001 и ГОСТ Р ИСО 19011, введённые в 2015 году.

### Сведения о стандарте

1 ПОДГОТОВЛЕН стандарт (версия 9, изменённая и дополненная) в центре стандартизации университета – центре управления качеством образования ПНИПУ.

2 УТВЕРЖДЁН и введён в действие приказом ректора университета от 3 марта 2023 г. № 17-О.

3 ДАТА введения в действие – 3 марта 2023 года.

4 ВВЕДЁН взамен стандартов СТУ СМК 6-2021 (версия 8) и СТУ СМК 8-2021 (версия 4).

Стандарт СТУ СМК 6-2023 (версия 9, изменённая и дополненная) отличается от предыдущей версии в следующем:

1) актуализированы:

- нормативные ссылки (разд. 3);
- сокращённые обозначения (п. 4.2);

2) разделён:

- подраздел 5.3.5 «Разработка и реализация корректирующих действий» на подразделы 9.1 «Разработка корректирующих действий», 9.2 «Реализация корректирующих действий» и 9.3 «Завершение аудита и анализ результатов»;
- введены «свидетельства аудита» (пп. 3 и 4 таблицы 6.1);

3) уточнены:

- новые пп. 6.4.6, 6.4.7;

4) добавлены:

- в новый подраздел 9.1 – пп. 9.1.1-9.1.2 из бывшего СТУ СМК 8;
- в новый подраздел 9.2 – п. 9.2.1 из бывшего СТУ СМК 8;
- приложение Д «Форма листа опроса»;
- приложение Е «Примерный перечень вопросов для проведения аудита»;
- приложения К, Л из бывшего СТУ СМК 8.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ SMK 6-2023</b>

## Содержание

1 Область применения .....	4
2 Общие положения .....	4
3 Нормативные ссылки .....	5
4 Термины, определения и сокращённые обозначения .....	5
5 Ответственность .....	7
6 Описание процедуры управления внутренними аудитами .....	8
6.1 Планирование внутренних аудитов .....	8
6.2 Подготовка ко внутреннему аудиту .....	10
6.3 Проведение внутреннего аудита .....	12
6.4 Оформление результатов внутреннего аудита .....	14
7 Компетентность и оценка внутренних аудиторов .....	15
8 Порядок работы при внешнем аудите .....	17
8.1 Подготовка к внешнему аудиту .....	17
8.2 Сопровождение внешнего аудита .....	17
8.3 Результаты внешнего аудита .....	17
9 Управление корректирующими действиями .....	18
9.1 Разработка корректирующих действий .....	18
9.2 Реализация корректирующих действий .....	19
9.3 Заключительные процедуры по корректирующим действиям .....	19
Приложение А. Форма плана проведения внутренних аудитов .....	21
Приложение Б. Форма для состава аудиторских групп .....	22
Приложение В. Программа проведения планового внутреннего аудита .....	23
Приложение Г. Пример письма руководителю аудируемого подразделения ...	24
Приложение Д. Форма листа опроса .....	25
Приложение Е. Примерный перечень вопросов для проведения аудита .....	26
Приложение Ж. Бланк для первичной записи свидетельств внутреннего аудита ...	28
Приложение И. Форма отчёта о результатах планового (внепланового) внутреннего аудита .....	29
Приложение К. Форма акта аттестации внутренних аудиторов .....	30
Приложение Л. Форма плана корректирующих действий и мер коррекции ....	31
Приложение М. Алгоритмическая блок-схема управления корректирующими действиями и мерами коррекции .....	32
Приложение Н. Схема распределения ответственности за реализацию КД и МК .....	33
Приложение П. Форма матрицы оценки функционирования SMK по итогам внутренних аудитов .....	34
Лист регистрации изменений .....	35

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

## 1 Область применения

1.1 Требованиями, изложенными в настоящем стандарте, установлен единый порядок планирования, проведения и оценки результатов внутренних аудитов и корректирующих действий в системе менеджмента качеством ПНИПУ.

1.2 Требования, установленные в настоящем стандарте, распространяются на деятельность всех подразделений университета.

## 2 Общие положения

2.1 В ПНИПУ реализуют план проведения внутренних аудитов на год (раздел 6) – внутренние аудиты системы менеджмента качеством в университете в текущем календарном году (приказ проректора «О периодичности функционирования SMK университета»).

2.2 Аудиты в ПНИПУ проводят в целях:

- оценки соответствия системы качества в области ведения образовательной деятельности, выполнения научно-исследовательских, опытно-конструкторских, технологических работ, научно-технических услуг, строительно-монтажных работ и производства машиностроительной продукции требованиям к SMK, установленным в ПНИПУ;

- оценки соответствия тому, что система менеджмента качеством внедрена и функционирует в соответствии с требованиями, установленными в ГОСТ Р ИСО 9001, ISO 9001, в запланированных мероприятиях, в контрактах заказчиков;

- обеспечения фактической информацией, на основе которой руководство университета может принимать решения по улучшению деятельности;

- подтверждения достижения запланированных показателей по качеству;

- определения степени реализации и / или результативности запланированных мероприятий по качеству (в том числе корректирующих действий);

- подготовки к внешним аудитам.

2.3 Классификация аудитов. Аудиты могут быть плановые и внеплановые.

2.3.1 Плановые аудиты проводят в соответствии с приказом ректора университета.

2.3.2 Внеплановые аудиты проводят по решению руководства университета:

- при возникновении серьёзного риска ухудшения качества в соответствующей области деятельности;

- при значительных организационных изменениях в структуре университета;

- при организационных изменениях в процессах;

- по результатам проведённого анализа результативности функционирования SMK со стороны руководства университета.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ SMK 6-2023</b>

2.4 При аудите опираются на семь принципов проведения аудита (ГОСТ Р ИСО 19011):

- 1) **честность**: основа профессионализма;
- 2) **беспристрастное представление**: обязательство представлять правдивый и точный отчёт;
- 3) **должная профессиональная осмотрительность**: прилежание и обдуманность решений при проведении аудита;
- 4) **конфиденциальность**: защита информации;
- 5) **независимость**: основа беспристрастности аудита и объективности заключений об аудите;
- 6) **подход, основанный на свидетельствах**: рациональный метод получения надёжных и воспроизводимых заключений об аудите в систематическом процессе аудита;
- 7) **риск-ориентированный подход**: подход, при котором учитывают риски и возможности.

### 3 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие стандарты:

- ГОСТ Р ИСО 9000-2015. Системы менеджмента качеством. Основные положения и словарь.
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Системы менеджмента качеством. Требования.
- ГОСТ Р ИСО 19011-2021. Оценка соответствия. Руководящие указания по проведению аудита систем менеджмента.
- Приказ проректора «О периодичности функционирования SMK университета» от 08.09.2016 г. № 100-О.
- КСТУ–2023. Классификатор стандартизации университета.
- СТУ SMK 1-2022. Управление системой менеджмента качеством в университете.
- СТУ SMK 5-2022. Управление документированной информацией.
- СТУ SMK 9-2020. Риски и возможности.
- Положение о стандартизации в ПНИПУ (ПСТ-2023).
- Положение о координационном совете по качеству (ПВ.20.3-2022).
- Положение о закупке товаров, работ, услуг для нужд ФГАОУ ВО «ПНИПУ», утв. решением наблюдательного совета, протокол от 23.09.2022 г. № 12.

### 4 Термины, определения и сокращённые обозначения

4.1 В настоящем стандарте использованы следующие термины и определения:

4.1.1 **аудит (проверка)** – систематический, независимый и документируемый процесс получения объективных свидетельств и их объективного оценивания для установления степени соответствия критериям аудита;

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

4.1.2 **аудитор (член аудиторской группы)** – лицо, проводящее аудит (3.1.1);

4.1.3 **группа по аудиту (аудиторская группа)** – одно или несколько лиц, проводящих аудит (4.1.1), при необходимости поддерживаемых техническими экспертами;

4.1.4 **наблюдения аудита** – результаты оценивания собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита (4.1.1);

4.1.5 **несоответствие** – невыполнение требования;

**отклонение** – значительное критическое **несоответствие**, оказывающее существенное отрицательное влияние на обеспечение качества образовательной деятельности, НИОКТР, НТУ, СМР, производства машиностроительной продукции и должно быть устранено в кратчайшие сроки;

**замечание** – незначительное **несоответствие**, оказывающее не вполне существенное отрицательное влияние на обеспечение качества образовательной деятельности, НИОКТР, НТУ, СМР, производства машиностроительной продукции, но должно быть устранено в кратчайшие сроки;

4.1.6 **компетентность** – способность работников применять навыки, подготовку, образование и опыт для выполнения своих обязанностей;

4.1.7 **корректирующее действие** – действие, предпринятое для устранения причины несоответствия (4.1.5) и предупреждения его повторного возникновения;

4.1.8 **коррекция** – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия (3.1.5);

4.1.9 **критерии аудита** – совокупность правил, процедур или требований, используемых для сопоставления с ними объективных свидетельств;

4.1.10 **отчёт об аудите** – совокупность заключений, сформулированных по проведённому аудиту (4.1.1) и отражающих положительные наблюдения, выявленные несоответствия (4.1.5) и рекомендации (4.1.13) руководителям аудированных подразделений;

4.1.11 **план аудита (в ПНИПУ)** – совокупность нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени (на год) и направленных на достижение конкретной цели;

4.1.12 **программа аудита (в ПНИПУ)** – описание деятельности и организационных мероприятий по проведению аудита (4.1.1), запланированного на конкретный период времени и преследующего конкретные цели;

4.1.13 **рекомендация** – совет (пожелание), направленный на повышение результативности процесса и / или улучшение качества образовательной деятельности, НИОКТР, НТУ, СМР, производства машиностроительной продукции;

4.1.14 **руководитель аудиторской группы (главный аудитор)** – лицо, проводящее аудит (4.1.1) и управляющее аудиторами (4.1.2) при проведении аудита.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ СМК 6-2023</b>

4.1.15 технический эксперт – лицо, предоставляющее специальные знания или опыт группе по аудиту (4.1.3).

Примечание. Технический эксперт не имеет полномочий аудитора.

4.2 В настоящем стандарте использованы следующие сокращённые обозначения:

- ВО** – высшее образование;
- ГОСТ** – межгосударственный стандарт;
- ГОСТ Р** – государственный (национальный) стандарт России;
- ИМС** – инструкторско-методический семинар;
- ИСО (ISO)** – международная организация по стандартизации;
- КД** – корректирующее(ие) действие(ия);
- КСК** – координационный совет по качеству;
- КСТУ** – классификатор стандартизации университета;
- МК** – мера(ы) коррекции;
- НИОКТР** – научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы;
- НПР** – научно-педагогический работник;
- НТУ** – научно-технические услуги;
- ОД** – образовательная деятельность;
- ПНИПУ** – Пермский национальный исследовательский политехнический университет;
- РАП** – руководитель аудируемого подразделения;
- РЗП** – руководитель заинтересованного подразделения (и / или процесса);
- СМК** – система менеджмента качеством;
- СМР** – строительно-монтажные работы;
- СТУ** – стандарт университета;
- ФГАОУ** – федеральное государственное автономное образовательное учреждение;
- ЦУКО** – центр управления качеством образования ПНИПУ;
- ISO** – *the International organization for standardization*.

Сокращённые обозначения названий подразделений университета, приведённых в п. 4.2, использованы в соответствии с КСТУ.

## 5 Ответственность

5.1 Ответственность за соблюдение норм и требований, установленных в ГОСТ Р, международных стандартах, стандартах университета, при подготовке и издании настоящего стандарта, за анализ, актуализацию стандарта несёт директор ЦУКО ПНИПУ.

5.2 Ответственность за выполнение требований, установленных в настоящем стандарте, несут руководство университета, директор ЦУКО, руководители подразделений, уполномоченные по качеству в подразделениях, внутренние аудиторы и работники подразделений.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ SMK 6-2023</b>

## **6 Описание процедуры управления внутренними аудитами**

Процедуру управления внутренними аудитами возглавляет уполномоченный руководства университета по качеству – проректор по образовательной деятельности.

Проректор по образовательной деятельности определяет ресурсы, необходимые для реализации плана проведения внутренних аудитов и руководит выполнением плана проведения аудитов.

Порядок проведения аудитов:

- разработка и утверждение плана внутренних аудитов;
- разработка и согласование программ проведения аудитов в подразделениях;
- проведение аудитов;
- разработка и утверждение отчётов о результатах аудитов;
- разработка и утверждение планов корректирующих действий и мер коррекции (далее – план КД);
- контроль выполнения планов КД и анализ их результативности.

Алгоритмическая блок-схема управления планом проведения внутренних аудитов представлена в таблице 6.1.

### **6.1 Планирование внутренних аудитов**

6.1.1 Директор ЦУКО разрабатывает в начале года план проведения внутренних аудитов в подразделениях университета, включённых в систему менеджмента качеством, согласовывает его с проректором по образовательной деятельности и утверждает приказом ректора университета.

Форма плана приведена в приложении А.

6.1.2 План проведения внутренних аудитов разрабатывают на основе:

- требований применяемых внешних и внутренних нормативных документов;
- данных о качестве;
- результатов внутренних и внешних аудитов в предшествующие периоды;
- результатов анализа SMK со стороны руководства университета;
- рисков и возможностей.

6.1.3 Не позднее, чем в течение трёх лет должны быть проверены все подразделения университета, включённые в SMK.

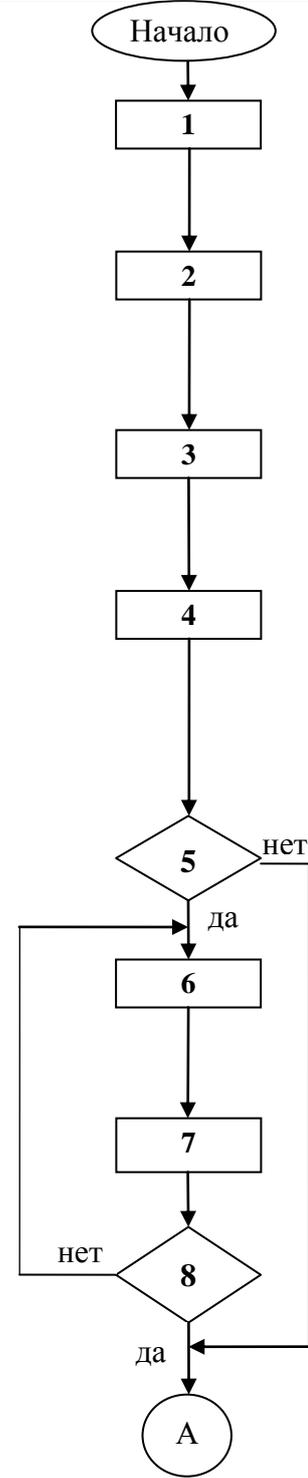
6.1.4 Для проведения внутреннего аудита директор ЦУКО формирует состав аудиторских групп из числа обученных сотрудников во главе с руководителем (главным аудитором) каждой аудиторской группы.

При формировании аудиторских групп должен соблюдаться подход на основе принципа независимости, в соответствии с которым аудитор не может проверять деятельность своего подразделения.

Утверждает состав аудиторских групп проректор по образовательной деятельности (приложение Б).

6.1.5 Срок хранения в ЦУКО утверждённого плана проведения внутренних аудитов и состава аудиторских групп – пять лет.

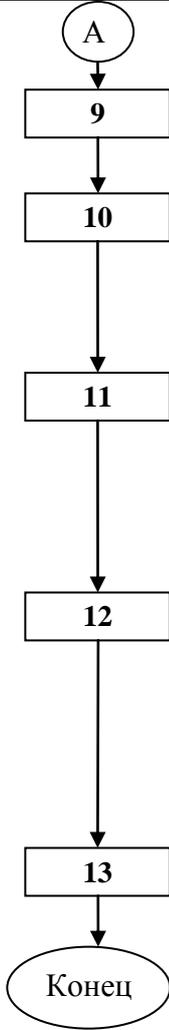
Таблица 6.1 – Алгоритмическая блок-схема управления планом проведения внутренних аудитов

Вход	Алгоритм	Краткое описание действий	Ответственный	Выход
1 Цели в области качества. Орг. структура университета и функциональная структура процессов		1 Планирование внутренних аудитов, аттестация внутренних аудиторов	Проректор по учебной работе / директор ЦУКО	1 Акт аттестации; приказ о назнач. аудиторов, приказ о проведении внутренних аудитов, план проведения аудитов, перечень руководителей аудиторских групп
2 План проведения внутренних аудитов		2 Подготовка, составление, согласование с РАП программ внутренних аудитов в подразделениях	Руководитель группы по аудиту	2 Программы проведения плановых внутренних аудитов в подразделениях
3 Программа проведения планового внутреннего аудита		3 Проведение планового внутреннего аудита на месте	Проректор по ОД, руководитель группы*, аудиторы	3 Свидетельства аудита; заключение о результатах внутреннего аудита
4 Заключение о результатах внутреннего аудита, свидетельства аудита		4 Оформление результатов проверки в отчёте о результатах планового внутреннего аудита, согласование с РАП, утверждение проректором по ОД	Проректор по учебной работе, руководитель группы, аудиторы	4 Отчёт о результатах планового внутреннего аудита с перечнем несоответствий и рекомендаций по улучшению
5 Отчёты о результатах плановых внутренних аудитов		5 Принятие решения о КД: есть несоответствия?	РАП	-----
6 Перечень несоответствий и рекомендаций по улучшению (из отчёта)		6 Разработка, согласование с руководителем группы аудита и утверждение плана КД проректором по ОД	РАП	6 Утверждённый план КД
7 План КД		7 Выполнение плана КД	РАП	7 Отметки о выполнении КД и МК (в плане) и доклад в ЦУКО
8 Отчёт о выполнении планов КД подразделений (раздел отчёта о состоянии и функционировании SMK – «Результаты аудитов»)		8 Результативны ли КД за предыдущий период проверки?	Проректор по учебной работе, руководитель группы	8 Отметки о результативности в планах КД

\* - руководитель группы – руководитель аудиторской группы (главный аудитор).  
См. продолжение таблицы.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Продолжение таблицы 6.1

Вход	Алгоритм	Краткое описание действий	Ответственный	Выход
9 План проведения аудитов	 <pre> graph TD     A((A)) --&gt; 9[9]     9 --&gt; 10[10]     10 --&gt; 11[11]     11 --&gt; 12[12]     12 --&gt; 13[13]     13 --&gt; End((Конец))           </pre>	9 Оценка выполнения плана аудитов	Директор ЦУКО	Отметки о выполнении в плане аудитов
10 Матрица оценки функционирования SMK по итогам внутренних аудитов		10 Оформление и утверждение матрицы оценки аудитов проректором по ОД	Проректор по ОД, директор ЦУКО	Утверждённая матрица оценки аудитов
11 Подготовка распоряжения проректора по ОД об улучшении функционирования SMK		11 Издание распоряжения проректора по ОД об улучшении функционирования SMK	Проректор по ОД, директор ЦУКО	Распоряжение
12 План инструкторско-методического семинара		12 Оповещение уполномоченных по качеству в подразделениях о результатах аудита на расширенном ИМС.	Директор ЦУКО	Бюллетень и размещение записанного семинара на сайте университета
13 План аудитов		13 Мониторинг выполнения мероприятий, утверждённых в планах КД	Директор ЦУКО	Сканированные планы КД с отметками о выполнении, учёт в ведомости ЦУКО

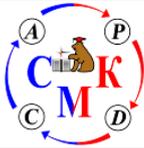
## 6.2 Подготовка ко внутреннему аудиту

6.2.1 Программу аудита подразделения (процесса) составляет руководитель аудиторской группы (главный аудитор) согласно «Плану проведения внутренних аудитов в подразделениях университета в \_\_\_\_ году», согласует её с руководителем проверяемого подразделения. Копию программы предоставляет в ЦУКО.

Форма программы приведена в приложении В.

При составлении программы аудита должны учитываться:

- требования, установленные в СТУ SMK и в иной управляющей документированной информации ПНИПУ;
- требования, установленные в настоящем стандарте;
- информация о предыдущих аудитах в данном подразделении;

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ СМК 6-2023</b>

- внутренние и внешние факторы;
- ресурсы (материальные, временные, транспортные);
- потребность и ожидания соответствующих заинтересованных сторон;
- риски, связанные с организацией и проведением аудита;
- требования к конфиденциальности.

6.2.2 Назначенная группа аудиторов перед посещением аудита предварительно проводит анализ адекватности документированной информации подразделения, определённого в плане аудита. При подготовке аудиторов к внутреннему аудиту они знакомятся с документированной информацией на веб-страницах подразделения, а также могут запросить определённую документированную информацию у руководителя подразделения, подлежащего аудиту.

6.2.3 Одновременно с разработанной программой аудита руководитель аудиторской группы (главный аудитор) составляет и подписывает письмо руководителю аудируемого подразделения с сообщением о дате проведения внутреннего аудита. Форма письма приведена в приложении Г. Копию письма предоставляет в ЦУКО.

6.2.4 Письмо и копию разработанной программы аудита передают руководителю аудируемого подразделения (процесса) не позднее 7 дней до проведения аудита.

6.2.5 Копии программы аудита передают участникам аудита (аудиторам – помощникам главного аудитора) не позднее 5 дней до проведения аудита.

6.2.6 До начала проведения аудита мониторинг программы аудита осуществляют как участники аудита, так и аудиторы. В случае необходимости возможно внесение изменений в программу аудита (по согласованию руководителя аудиторской группы с соответствующим руководителем аудируемого подразделения), но не позднее одного дня до проведения аудита (т. е. дня накануне аудита).

6.2.7 Руководитель аудиторской группы и аудиторы могут подготовить лист опроса (чек-лист) в соответствии с критериями проверки и требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001.

Рекомендуемая форма листа опроса представлена в приложении Д, примерный перечень вопросов представлен в приложении Е. В листе опроса учитывают требования для оценки в каждом подразделении. Для формирования вопросов о деятельности подразделения документированной информации используют базовые списки, указанные в СТУ СМК 5, и соответствующие СТУ СМК, положения, инструкции и т. д.

6.2.8 Лист опроса для аудитора-стажёра обязателен и является одним из критериев оценки при проведении аттестации аудитора. Копию листа опроса аудитор-стажёр передаёт в ЦУКО. Лист опроса хранят пять лет.

6.2.9 Срок хранения в ЦУКО подписанных программ аудитов, в подразделениях копий программ аудитов – пять лет. Срок хранения писем об аудитах – один год.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

### **6.3 Проведение внутреннего аудита**

6.3.1 Перед началом аудита проводят вводное совещание с руководителем подразделения и другими ответственными лицами подразделения или процесса, в котором запланирован аудит. Совещание ведёт руководитель аудиторской группы (главный аудитор).

6.3.2 Совещание должно включать вопросы:

- представление руководителю проверяемого подразделения (или процесса) участников группы аудита и представление руководителю аудиторской группы (главному аудитору) руководителя и уполномоченного по качеству проверяемого подразделения;
- обсуждение объёма и целей аудита;
- представление краткого обзора программы проведения аудита;
- уточнение деталей программы аудита;
- подтверждение даты и времени проведения заключительного совещания и возможных промежуточных бесед.

6.3.3 Руководитель аудиторской группы (главный аудитор) при проведении внутреннего аудита распределяет обязанности между участниками и бланки первичных записей свидетельств внутреннего аудита (приложение Ж).

6.3.4 Проведение аудита включает:

- контроль соблюдения требований, указанных для системы управления стандартизацией университета («Положение о стандартизации в ПНИПУ»);
- проверку документированной информации SMK: управленческой (положение о подразделении, должностные инструкции и т. д.) и других документов, действующих в данном подразделении, включая записи о качестве;
- проверку и оценку результативности корректирующих действий и мер коррекции предыдущих аудитов;
- контроль средств пожаротушения;
- проверку фактической деятельности участников процесса (сотрудников подразделения);
- опрос сотрудников (при аудите на месте) по запланированным к проверке критериям аудита, процессам, видам деятельности (рекомендуется использовать лист опроса).

6.3.5 Проверка документированной информации предусматривает определение:

- наличия перечня документированной информации подразделения;
- наличия документированной информации в соответствии с перечнем;
- наличия лица, ответственного за поддержание перечня документированной информации в рабочем состоянии и его ведение;
- соответствие документированной информации SMK требованиям, установленным в стандарте ГОСТ Р ИСО 9001;
- порядка ознакомления персонала с внутривузовской документированной информацией, включённой в перечень подразделения и относящейся к выполняемой им работе;

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

– соблюдения процедур, выполняемых работниками на местах в соответствии с требованиями, установленными в нормативных документах.

#### 6.3.6 Аудитор (помощник главного аудитора):

– самостоятельно выполняет функции аудитора (по вопросам, порученным ему руководителем аудиторской группы);

– ведёт чёткие записи в бланке для первичной записи свидетельств внутреннего аудита;

– по окончании аудита в проверенном подразделении передаёт свои записи руководителю аудиторской группы с необходимыми комментариями для вынесения отдельных вопросов на заключительное совещание с руководителем подразделения.

6.3.7 Руководитель проверяемого подразделения (или процесса) несёт ответственность:

– за достоверность и качество предоставляемой информации в полном объёме в течение запланированного для аудита времени;

– за определение ответственности по предоставлению аудиторам свидетельств выполнения предъявляемым требованиям;

– за обеспечение доступа аудиторов к рабочим местам, оборудованию и инструменту, продукции, документам;

– за информирование о правилах охраны труда и промышленной безопасности и при необходимости снабжает аудиторов средствами индивидуальной защиты.

6.3.8 Уполномоченный по качеству проверяемого подразделения во время аудита сопровождает руководителя аудиторской группы (главного аудитора) по местам проверок и представляет его аудируемым сотрудникам.

6.3.9 По результатам аудита могут быть сформулированы следующие наблюдения:

– положительное наблюдение – заслуживающий положительной оценки аспект системы менеджмента качеством;

– потенциал для улучшения (рекомендация) – мнение аудитора по оптимизации системы менеджмента качеством относительно требований нормы. Руководителю подразделения рекомендуется реализовать потенциал для улучшения;

– замечание (некритическое несоответствие) – неполное выполнение требований нормы в отдельных случаях, но которое не ставит под сомнение результативность системы менеджмента качеством;

– отклонение (критическое несоответствие) – невыполнение требований нормы.

6.3.10 Формулировки несоответствий должны быть однозначными, содержать ссылки на факты и /или объективные свидетельства (или отсутствие объективных свидетельств выполнения требований) и обеспечивать возможность их перепроверки: предмет наблюдения, № и / или название документа, дата документа, должность, фамилия, имя и отчество ответственного лица.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Если отклонение может быть устранено на месте, то следует это выполнить, но при этом данное обстоятельство зафиксировать в отчёте.

6.3.11 Заключительное совещание проводит руководитель аудиторской группы (главный аудитор) с руководителем подразделения и присутствием лиц, участвовавших во вводном совещании, привлекая при целесообразности участников проверки. В ходе совещания руководитель аудиторской группы (главный аудитор) перечисляет и, если необходимо, комментирует отмеченные несоответствия и замечания, подводит итоги аудита.

## **6.4 Оформление результатов внутреннего аудита**

6.4.1 По результатам аудита руководитель аудиторской группы (главный аудитор) в течение семи дней составляет, согласовывает с руководителем основного проверяемого подразделения (КСТУ) отчёт о результатах внутреннего аудита по форме, указанной в приложении И; допускается согласование отчёта по телефону или электронной почте. Руководитель проверяемого подразделения (или процесса) знакомится и подписывает отчёт.

Участниками аудита должно быть сделано всё возможное для преодоления любых разногласий, нерешённые вопросы должны быть зафиксированы в отчёте об аудите.

6.4.2 Проректор по образовательной деятельности утверждает отчёт, подписанный руководителем аудиторской группы (главным аудитором) и руководителем проверенного подразделения (или процесса) об ознакомлении с отчётом. Копию отчёта направляют руководителю проверенного подразделения (процесса).

6.4.3 Оригинал отчёта о результатах внутреннего аудита хранят в ЦУКО.

6.4.4 Срок хранения в ЦУКО утверждённых отчётов о результатах внутренних аудитов, в подразделениях копий отчётов о результатах внутренних аудитов – пять лет.

6.4.5 После завершения выполнения ежегодного плана внутренних аудитов проректор по образовательной деятельности совместно с директором ЦУКО проводит обобщение, анализ и систематизацию их результатов.

Директор ЦУКО отражает анализ в ежегодном отчёте о состоянии и функционировании SMK. Для оценки полноты охвата подразделений университета и качества проведённых внутренних аудитов на соответствие требованиям, установленным в ГОСТ Р ИСО 9001, составляют матрицу оценки функционирования SMK по итогам внутренних аудитов (приложение П).

Результаты аудитов являются входными данными для анализа SMK руководством университета.

6.4.6 Директор ЦУКО:

– готовит к изданию проект распоряжения о реализации корректирующих действий по результатам внутреннего / внешнего аудита;

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ SMK 6-2023</b>

– проводит расширенный ИМС с уполномоченными по качеству в подразделениях и со всеми заинтересованными лицами (с применением дистанционной технологии).

На семинаре оглашают результаты проведённых внутренних / внешних аудитов.

Запись проведённого ИМС сохраняют на сайте университета.

6.4.7 Результаты аудитов должны быть рассмотрены в подразделениях на оперативных совещаниях по качеству, на заседаниях кафедры, на учёном совете факультета.

По решению руководства университета результаты аудитов могут быть рассмотрены на учёном совете университета.

Результаты рассмотрения аудитов оформляют протоколом (там, где применяют протоколы).

6.4.8 Срок хранения в ЦУКО матрицы оценки функционирования SMK по итогам внутренних аудитов – пять лет.

## **7 Компетентность и оценка внутренних аудиторов**

7.1 Для проведения внутренних аудитов в университете создают группу внутренних аудиторов.

Подбор членов группы производят из числа сотрудников университета с учётом опыта работы, личных качеств, прошедших обучение на семинарах в качестве внутренних аудиторов, проводимое специалистами с опытом проведения внутренних аудитов SMK по требованиям, установленным в стандартах ГОСТ Р ИСО 9000 и ГОСТ Р ИСО 19011.

Аудитор должен иметь высшее образование. Требования к компетентности аудиторов установлены в пп. 7.3-7.5, к руководителям аудиторских групп – в пп. 7.8-7.9.

7.2 Вновь назначенных уполномоченных по качеству в подразделениях университета, как правило, привлекают к проведению внутренних аудитов в других подразделениях сначала в качестве стажёров; затем они проходят обучение и аттестацию на внутренних аудиторов.

7.3 Аудитор должен быть:

- этичным, справедливым, правдивым, искренним, честным и тактичным;
- решительным, т. е. своевременно приходить к заключениям, основанным на логичном рассуждении и анализе фактов;
- наблюдательным, т. е. живо воспринимать окружающую реальность.

7.4 Аудитор должен знать требования, установленные в стандартах системы менеджмента качеством и другой документированной информации, обеспечивающие качество ведения образовательной деятельности, оказываемых услуг, а также управление документированной информацией.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ SMK 6-2023</b>

7.5 Аудитор должен уметь:

- планировать и организовывать чёткую работу;
- собирать информацию путём целевых опросов, наблюдений за деятельностью и анализа документированной информации;
- проверять точность собранной информации;
- оценивать результативность корректирующих действий;
- оценивать адекватность разработанных корректирующих действий;
- объяснять значимость поиска причин несоответствий;
- подготавливать отчёты об аудитах.

7.6 Аудиторы развивают, поддерживают и улучшают свою компетентность посредством постоянного повышения квалификации методом обучения, самообразования и регулярного участия в аудитах.

7.7 Координационный совет по качеству ежегодно проводит аттестацию (оценку) аудиторов с составлением акта (приложение К), руководствуясь при этом:

- рекомендациями, предписанными в ГОСТ Р ИСО 19011;
- анализом отчётной документированной информации по аудиторам;
- отзывами, рекомендациями, претензиями, мнением коллег;
- рассмотрением листа опроса (для аудиторов-стажёров);
- результатами зачёта.

При аттестации аудиторов подтверждают уровень их компетентности и оценивают результативность работы внутренних аудиторов в университете.

Аттестации (оценке) подлежат также вновь обученные сотрудники, претендующие на право стать внутренним аудитором SMK, участвовавшие во внутреннем аудите в качестве аудитора-стажёра.

По результатам аттестации издаёт приказ ректора университета (проректора по образовательной деятельности) о назначении внутренних аудиторов в ПНИПУ.

7.8 Руководителей аудиторских групп (главных аудиторов) назначают приказом ректора университета. Руководитель несёт полную ответственность за организацию и проведение аудита, за объективность и достоверность результатов и своевременное предоставление отчёта заинтересованным лицам.

7.9 Руководитель аудиторской группы (главный аудитор) должен:

- планировать аудит в подразделении;
- проводить аудит на месте (в том числе проводить вступительное и заключительное совещания);
- организовывать и руководить членами аудиторской группы, распределяя и устанавливая ответственность аудитора(ов) за проверку конкретных процессов, функций, документированной информации;
- запрашивать доступ к соответствующим документам, включая отчётные;
- предупреждать и разрешать конфликты;

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ SMK 6-2023</b>

- документировать свидетельства аудита;
- подготавливать и составлять отчёт об аудите, знакомить и согласовывать его с руководителем подразделения / процесса;
- собирать доказательства фактического состояния функционирования SMK;
- поддерживать свою компетентность;
- сообщать руководителю проверяемого подразделения обо всех препятствиях, возникающих в ходе аудита;
- оценивать работу аудитора / аудиторов, входящих в группу.

## **8 Порядок работы при внешнем аудите**

### **8.1 Подготовка к внешнему аудиту**

8.1.1 SMK университета подвергают внешнему аудиту с целью подтверждения действия сертификатов соответствия требованиям, установленным в ГОСТ Р ИСО 9001.

8.1.2 Для проведения внешнего аудита SMK университета третьей стороной решение принимает руководство университета. На основе данного решения по рекомендации уполномоченного руководства университета по качеству – проректора по образовательной деятельности директор ЦУКО готовит запросы о коммерческих предложениях в различные сертифицирующие органы и с подписью ректора университета рассылает адресатам.

8.1.3 При получении коммерческих предложений в отделе государственных закупок проводят тендер и выбирают орган для проведения внешнего аудита SMK университета («Положение о закупке товаров, работ, услуг для нужд ФГАОУ ВО "ПНИПУ"»).

8.1.4 В ЦУКО совместно с выбранным сертифицирующим органом готовят и согласовывают договор о проведении внешнего аудита SMK университета, который подписывает ректор университета.

8.1.5 Порядок прохождения внешнего аудита определён требованиями, установленными в сторонней организации – сертифицирующем органе.

### **8.2 Сопровождение внешнего аудита**

При проведении внешнего аудита SMK университета экспертами третьей стороны сотрудники центра управления качеством образования сопровождают их по указанным в плане проверки подразделениям.

Уполномоченные по качеству в подразделениях сопровождают группу аудиторов и сотрудников ЦУКО в ходе внешнего аудита.

### **8.3 Результаты внешнего аудита**

8.3.1 Результатами внешнего аудита являются следующие документы:

- акты о несоответствии / наблюдении;
- отчёт о результатах ресертификационной/инспекционной проверки SMK;
- сертификаты соответствия SMK (при ресертификации) требованиям, установленным в ГОСТ Р ИСО 9001, ISO 9001.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

8.3.2 Акты о несоответствии / наблюдении передают директору ЦУКО для составления плана корректирующих действий и мер коррекции, его выполнения и отметок о выполнении мероприятий плана.

Отчёт о результатах ресертификационной/инспекционной проверки СМК передают директору ЦУКО для последующего анализа данных (9.3.2).

8.3.3 По результатам анализа актов о несоответствии / наблюдении руководством университета по качеству данные акты работники ЦУКО рассылают уполномоченным по качеству в подразделениях.

## **9 Управление корректирующими действиями**

### **9.1 Разработка корректирующих действий**

9.1.1 Корректирующие действия разрабатывают на отклонения и замечания, выявленные в ходе внутреннего аудита, а также на несоответствия, выявленные при внешнем аудите.

9.1.2 Для устранения причины несоответствия, выявленного любым внутренним либо внешним органом контроля или надзора, сертифицирующим органом в результате функционирования любого процесса системы менеджмента качеством, а также деятельности подразделения университета, предусматривают корректирующие действия, отражают их в «Плане корректирующих действий и мер коррекции» и принимают практические меры для устранения несоответствий.

9.1.3 Для разработки корректирующих действий и мер коррекции (КД и МК) используют следующие источники информации:

- результаты различных видов контроля знаний и аттестации по отдельным учебным дисциплинам (зачётные, экзаменационные ведомости / экзаменационные листы);
- отчёты руководителей практической подготовки студентов от университета и отзывы руководителей от предприятий (организаций) о практической подготовке студентов;
- результаты государственной итоговой аттестации (протоколы ГЭК), отчёты председателей ГЭК;
- протоколы общего собрания научно-педагогических работников и обучающихся кафедры о результатах прохождения аттестации аспиранта;
- отзывы заинтересованных сторон, прежде всего работодателей;
- результаты самообследования;
- результаты прохождения аккредитации;
- отчёты о приёмных кампаниях;
- результаты обсуждения выполнения отдельных этапов НИОКТР, НТУ на кафедрах или в подразделениях университета;
- результаты заслушивания отдельных этапов и результатов НИОКТР, НТУ на конференциях, семинарах, защите кандидатских и докторских диссертаций;

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

- результаты проверки завершённых НИОКТР, НТУ или их отдельных этапов заведующими кафедрами, руководителями подразделений начальником УОНИ;
- результаты выполненных работ (услуг) на предприятиях и в организациях.
- жалобы, претензии потребителей (заказчиков);
- жалобы, претензии соответствующих заинтересованных сторон;
- результаты анализа системы менеджмента качеством со стороны руководства университета;
- результаты оценки степени удовлетворённости потребителей (заказчиков) с предложениями, замечаниями обучаемых университета и заинтересованных сторон;
- результаты проверок условий охраны труда, пожарной безопасности;
- отчёты о внутренних аудитах;
- отчёты о любых внешних аудитах (любыми органами контроля и надзора, ревизионными комиссиями).

9.1.4 По результатам внутреннего аудита руководитель подразделения (или процесса) в течение пяти дней после получения отчёта об аудите разрабатывает план КД; план согласовывает с руководителем аудиторской группы (главным аудитором); допускается предварительное согласование плана по электронной почте. План КД утверждает проректор по образовательной деятельности.

После утверждения плана КД копию плана предоставляют в ЦУКО.

Форма плана корректирующих действий и мер коррекции приведена в приложении Л.

9.1.5 Срок хранения во всех подразделениях университета утверждённых планов корректирующих действий и мер коррекции (и их копий в ЦУКО) по устранению причин несоответствий, выявленных в ходе проведения внутренних и внешних аудитов – пять лет.

9.1.6 К разработке корректирующих действий руководителем подразделения (или процесса) могут быть привлечены специалисты университета из других подразделений, а также аудиторы, выявившие несоответствия.

## **9.2 Реализация корректирующих действий**

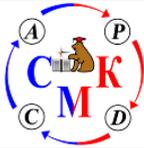
Порядок реализации корректирующих действий и мер коррекции представлен в алгоритмической блок-схеме управления КД и МК (приложение М), а ответственность за их реализацию – в матрице распределения ответственности за реализацию КД и МК (приложение Н).

### **9.3 Заключительные процедуры по корректирующим действиям**

9.3.1 Корректирующее действие считают выполненным при наличии документального подтверждения выполнения предписанного мероприятия.

9.3.2 Результат выполнения корректирующих действий и мер коррекции фиксируют в плане КД:

- краткой записью о выполнении;
- подписью руководителя подразделения (или процесса);

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ СМК 6-2023</b>

- записью даты выполнения;
- записью названия, даты и номера документированной информации – свидетельства (при необходимости).

9.3.3. При очередном или внеплановом аудите руководитель аудиторской группы (главный аудитор) осуществляет контроль результативности корректирующих действий и мер коррекции, оценивая их положительно:

- если выявленные несоответствия не зафиксированы повторно;
- если устранена причина появления несоответствий, выполнены все утверждённые коррекции и корректирующие действия.

В случае выявления повторных несоответствий корректирующие действия признают нерезультативными.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение А  
(обязательное)  
Форма А.1

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования



**Пермский национальный исследовательский  
политехнический университет**



УТВЕРЖДАЮ  
Ректор ПНИПУ  
\_\_\_\_\_ М. М. Митин  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### ПЛАН

**проведения внутренних аудитов в подразделениях университета в 20\_\_ году**

Цели проведения аудитов:

1. Проверка соответствия требованиям, указанным в ...
2. ....

№ п.п.	Подразделение	Основные проверяемые процессы и виды деятельности	Срок проведения	Отмет. о выполн.
1	2	3	4	5

Примечание. В плане, издаваемом приложением к приказу, графу 5 исключать.

#### Ресурсы

Вид ресурса	Категория, название ресурса	Примечания

Рисунок А.1 – Форма плана проведения внутренних аудитов  
в подразделениях университета

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение Б  
(обязательное)  
Форма Б.1

	<b>Пермский национальный исследовательский политехнический университет</b>	
--	--	--

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по образовательной  
деятельности  
\_\_\_\_\_ И. И. Игнатьев  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Состав аудиторских групп  
и порядок проведения плановых внутренних аудитов в подразделениях ПНИПУ  
с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

№ п.п.	Фамилия, инициалы аудитора	Аудируемые подразделения. Даты												При- меч.
		ЦУКО	АКФ	...	...	...	...	БФ	ЛФ	...	АПУ	ДНИ	...	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Руководители аудиторских групп:</b> (приказ от 22.22.2222 № 22)														
<b>Аудиторы университета:</b> (приказ от 22.22.2222 № 22)														

Директор ЦУКО \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)

Рисунок Б.1 – Форма для состава аудиторских групп

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение В  
(обязательное)  
Форма В.1

	<b>Пермский национальный исследовательский политехнический университет</b>	
<b>ПРОГРАММА</b> проведения планового внутреннего аудита		
В _____ (названия аудируемых подразделений)		

Вид и порядковый № аудита:	
Основание проведения аудита:	
Цели проведения аудита:	
Критерии аудита (базовая документированная информация):	
Дата и время аудита на месте:	
Состав группы аудиторов:	руководитель группы –
	аудитор –
	аудитор-стажёр –
Лицо, сопровождающее аудит:	

Дата	Время	Фамилия, имя, отчество руководителя подразделения/процесса	Область аудита		Аудиторы
			аудируемое подразделение	процесс / вид деятельности	

**I. Человеческие ресурсы:** сотрудники подразделений, необходимые для внутреннего аудита.

**II. Временные ресурсы:**

- время для анализа документированной информации;
- время для подготовки результатов по итогам аудита.

**III. Материальные ресурсы:** компьютеры и принтеры подразделений, писчая бумага, ручки, файлы для бумаги.

**IV. Транспортные ресурсы:** автотранспорт филиала.

**V. Финансовые ресурсы:** оплата командировочных расходов.

**Программа аудита составлена / изменена:**

Руководитель группы по аудиту: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(инициалы, фамилия) (подпись)

СОГЛАСОВАНО

Руководитель подразделения: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(инициалы, фамилия) (подпись)

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение Г  
(рекомендуемое)  
Пример письма

	<b>Пермский национальный исследовательский политехнический университет</b>	
---	--	---



**Центр управления  
качеством образования**

614990, Пермский край, г. Пермь,  
Комсомольский проспект, д. 29,  
тел. 8(342) 219-89-75,  
факс 8(342) 219-80-67, e-mail: ckko@pstu.ru

Начальнику

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(название подразделения)  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы руководителя)

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

Уважаемый(-ая) \_\_\_\_\_!  
(имя, отчество руководителя)

В соответствии с приказом ректора университета от XX.XX.20\_\_ г. № XXX-В и планом проведения внутренних аудитов в подразделениях ПНИПУ в 20\_\_ году сообщаю Вам о проведении XX марта 20\_\_ г. планового внутреннего аудита в \_\_\_\_\_ и предоставляю Вам  
(названия подразделений)  
программу проведения планового внутреннего аудита.

Руководитель группы по аудиту \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение Д  
(рекомендуемое)  
Форма Д.1



Пермский национальный исследовательский  
политехнический университет



## ЛИСТ ОПРОСА

Подразделение – \_\_\_\_\_  
(название подразделения)

Вид деятельности в подразделении/ процессе	Документированная информация	Пункты ГОСТ Р ИСО 9001	ВОПРОСЫ	Время	Возможные свидетельства
Процессы, связанные с потребителем.	Устав ПНИПУ.	4.2	Требования, не определённые потребителями, но необходимые для конкретного использования.	10.45	требования, не определённые потребителем
Документы, разработанные в подразделении для взаимодействия со студентами, аспирантами, сотрудниками.	СТУ СМК 4.	7.5	Что подлежит пересмотру и актуализации?	11.35	

Аудитор-стажёр ПНИПУ:

А. А. Анин \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись)

Рисунок Д.1 – Форма листа опроса

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
Управление аудитами и корректирующими действиями		<b>СТУ SMK 6-2023</b>

Приложение Е  
(рекомендуемое)  
Пример

## ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ вопросов для проведения внутреннего аудита в подразделениях

Пункт ГОСТ Р ИСО 9001, название	Примерные формулировки вопросов	Возможные свидетельства
5.2.2 Ознакомление с политикой в области качества	<i>Каким образом Ваши сотрудники ознакомлены с политикой университета в области качества? Как Вы понимаете, что все сотрудники осведомлены о политике и знают, где в случае необходимости её найти?</i>	<i>Листы ознакомления, понимание содержания политики</i>
6.1 Действия в отношении рисков и возможностей	<i>Какие риски (а какие возможности для развития подразделения) Вы себе прогнозируете? Какие действия в отношении рисков планируете предпринять?</i>	<i>Реестр рисков и возможностей</i>
6.2 Цели в области качества и планирование их достижения	<i>Какие цели для подразделения (сотрудникам) Вы поставили в этом году? Каким образом сотрудники осведомлены об этих целях? Какие планируются мероприятия по достижению целей? Каким образом распределена ответственность по достижению целей</i>	<i>Цели в области качества, листы ознакомления, план мероприятий подразделения по развитию SMK, другие планы подразделения, сотрудников. Понимание своей роли в достижении целей, планируемые и реализуемые мероприятия (что, когда?)</i>
7.5 Документированная информация	<i>Какими документами Вы в своей деятельности руководствуетесь: внешними, внутренними? Как Вы к ним получаете доступ, где и как они хранятся? Как определяется актуальность документа? Каким образом происходит идентификация актуальных и неактуальных документов?</i>	<i>Внешние документы и доступ к ним, внутренние документы (см. базовые списки документированной информации в подразделениях – СТУ SMK 5)</i>

См. продолжение приложения.

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Продолжение приложения Е

Пункт ГОСТ Р ИСО 9001, название	Примерные формулировки вопросов	Возможные свидетельства
8.7 Управление несоответствующими результатами процессов	<i>Каким образом осуществляется работа со студентами, не сдавшими сессию? Каким образом осуществляется управление бракованной продукцией (несоответствующими работами, услугами)?</i>	<i>Документы, где отражены несоответствия, и какие приняты действия</i>
9.1.2 Удовлетворённость потребителей	<i>Каким образом осуществляется мониторинг и оценка удовлетворённости потребителей? Какие мероприятия были реализованы по рекомендациям?</i>	<i>Положение о мониторинге..., реагирование на отзывы и пожелания потребителей</i>
10.2 Несоответствия и корректирующие действия	<i>Какие несоответствия были выявлены по результатам внутренних аудитов? Каким образом были проработаны и устранены причины возникновения несоответствий?</i>	<i>Отчёты о результатах внутренних и внешних аудитов, планы КД</i>
10.3 Постоянное улучшение	<i>Какие результаты были получены за отчётный период?</i>	<i>Реализуемые планы и достижение целей, различные мероприятия, отчёты</i>

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение Ж  
(рекомендуемое)  
Форма Ж.1



**Пермский национальный исследовательский  
политехнический университет**



\_\_\_\_\_ (аудируемое подразделение)

\_\_\_\_\_ (руководитель подразделения)

**БЛАНК**  
для первичной записи свидетельств внутреннего аудита

Положительные наблюдения:

Выявленные несоответствия:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_

**Рекомендации:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Аудитор: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(инициалы, фамилия) (подпись)

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение И  
(обязательное)  
Форма И.1

	<b>Пермский национальный исследовательский политехнический университет</b>	
---	--	---

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор  
по образовательной деятельности  
\_\_\_\_\_ И. И. Игнатъев  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ОТЧЁТ**  
о результатах планового (внепланового) внутреннего аудита № \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Аудированные подразделения: \_\_\_\_\_

Цели аудита: \_\_\_\_\_

Критерии аудита (базовая документированная информация): \_\_\_\_\_

Результаты аудита: \_\_\_\_\_

Причина переноса аудита: \_\_\_\_\_

Положительные наблюдения: \_\_\_\_\_

Выявленные несоответствия (замечания):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Выявленные критические несоответствия (отклонения):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Рекомендации:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Оценка проведённого аудита и рисков, связанных с ним.

Руководитель группы по аудиту: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(инициалы, фамилия) (подпись)

ОЗНАКОМЛЕН  
Руководитель подразделения: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(инициалы, фамилия) (подпись)

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение К  
(обязательное)  
Форма К.1



**Пермский национальный исследовательский  
политехнический университет**



**АКТ**  
**аттестации внутренних аудиторов**  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Координационный совет по качеству ПНИПУ в составе председателя совета – проректора по образовательной деятельности Игнатъева И. И. и членов совета: руководителя подразделения (процесса) Михайлова М. М., руководителя подразделения (процесса) Романова Р. Р., руководителя подразделения (процесса) Тимофеева Т. Т. и руководителя подразделения (процесса) Фёдорова Ф. Ф. в соответствии с рекомендациями, предписанными в стандарте ГОСТ Р ИСО 19011, рассмотрел личные качества, знания и результаты участия во внутренних аудитах представленных лиц и принял решение об аттестации следующих внутренних аудиторов университета:

№	Подразделение	Фамилия, имя, отчество	Решение	Примечание
1	АКФ	Владимиров Владимир Владимирович	аттестован	-----

Проректор по образовательной деятельности –  
председатель совета \_\_\_\_\_

И. И. Игнатъев

Члены совета:

– руководитель подразделения (процесса) \_\_\_\_\_

М. М. Михайлов

– руководитель подразделения (процесса) \_\_\_\_\_

Р. Р. Романов

– руководитель подразделения (процесса) \_\_\_\_\_

Т. Т. Тимофеев

– руководитель подразделения (процесса) \_\_\_\_\_

Ф. Ф. Фёдоров

Рисунок К.1 – Форма акта аттестации внутренних аудиторов

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение Л  
(обязательное)  
Форма Л.1

	<b>Пермский национальный исследовательский политехнический университет</b>	
---	--	---

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор  
по образовательной деятельности  
\_\_\_\_\_ И. И. Игнатьев  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПЛАН**  
**корректирующих действий и мер коррекции по устранению причин**  
**выявленных несоответствий при проведении \_\_\_\_\_**  
(вид проверки / контроля / аудита)  
**в \_\_\_\_\_**  
(подразделение)  
(акт / отчёт о результатах \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_)  
(вид проверки)

№ п.п.	Выявленное несоответствие	Причина несоответствия	Разработанные		Ответственный исполнитель	Срок исполнения	Отметка (свидетельства) о выполнении	Оценка результативности
			корректирующие действия	коррекции				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Руководитель подразделения: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(инициалы, фамилия) (подпись)

СОГЛАСОВАНО  
Руководитель группы аудита \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(контролирующего органа) (инициалы, фамилия) (подпись)

Рисунок Л.1 – Форма плана корректирующих действий и мер коррекции

### Алгоритмическая блок-схема управления корректирующими действиями и мерами коррекции

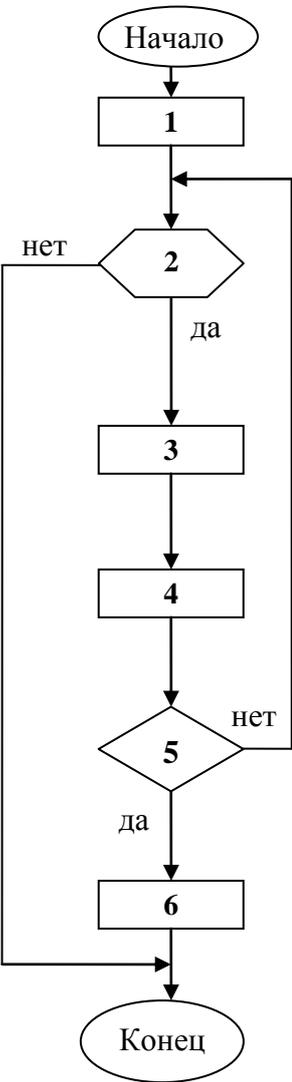
Вход	Алгоритм	Краткое описание действий	Ответственный	Выход
1 Информация о выявленном или потенциальном несоответствии		1 Выявление и регистрация несоответствий	В соответствии с распределением ответственности (прилож. Н)	1 Запись о выявленных несоответствиях в отчёте
2 Выявленное или потенциальное несоответствие		2 Анализ, исследование причин и принятие решений о проведении КД и МК		2 Результаты анализа, выявленные причины
3 Результаты анализа, выявленные несоответствия		3 Разработка мероприятий по КД и МК		3 План КД
4 План КД		4 Реализация плана КД с отметками о выполнении		4 Результаты КД и МК
5 Записи результатов КД и МК		5 Проверка результативности КД и МК		5 Записи о результативности КД и МК в плане
6 Записи результатов КД и МК. Свидетельства о выполнении.		6 Изменение (документирование), подтверждение устранения причин		6 Изменение (документирование)

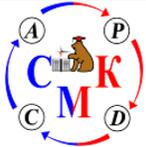
Рисунок М.1 – Алгоритмическая блок-схема управления КД и МК

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение Н  
(обязательное)  
Форма Н.1

### МАТРИЦА распределения ответственности за реализацию КД и МК

Действия	Основание для проведения корректирующих действий					
	Результаты анализа СМК со стороны высшего руководства университета	Результаты внешних аудитов	Результаты внутренних аудитов	Результаты самообследования кафедр по реализуемым образовательным программам (результаты внутренней оценки качества ОД)	Претензии и предложения потребителей (заказчиков), заинтересованных лиц. Результаты оценки степени удовлетворённости потребителей (заказчиков) и сотрудников	Отчёты и предложения НПР и УВП университета
<b>1</b> Выявление и регистрация несоответствия / Документ, в котором производят регистрацию	Проректор по ОД / Отчёт о состоянии и функционировании СМК (для анализа руководству университета) (СТУ СМК 1)	Аудиторы / Отчёт о внешнем аудите и акты	Аудиторы / Отчёт о внутреннем аудите	УМУ	ЦУКО / Положение об анкетировании. Сводка замечаний	РЗП / Протоколы советов факультетов или общих собраний НПР кафедр
<b>2</b> Анализ, исследование причин и принятие решений о проведении КД и МК	Проректор по ОД	Проректор по ОД	РЗП	Заведующий кафедры	ЦУКО, РЗП	РЗП
<b>3</b> Разработка КД и МК / Документ, по которому составляют план КД	Проректор по ОД / Протоколы заседаний КСК	Проректор по ОД / Отчёт о внешнем аудите и акты	РЗП / Отчёт о внутреннем аудите	Заведующий кафедры	ЦУКО, РЗП / Рекомендации руководителю подразделения	РЗП / Протоколы советов факультетов или общих собраний НПР кафедр
<b>4</b> Реализация плана КД	Проректор по ОД	Проректор по ОД	РЗП	Заведующий кафедры	ЦУКО, РЗП	РЗП
<b>5</b> Проверка результативности КД и МК / Документ, в котором фиксируют результативность	Проректор по ОД при следующем анализе СМК / Протокол заседания КСК (СТУ СМК 1)	Проректор по ОД при следующих внеш. аудитах или внеплановых аудитах / Отчёты об аудитах	РГА при следующих внутренних аудитах или внеплановых аудитах / Планы КД	РГА при следующих внутренних аудитах или внеплановых аудитах / Планы КД	ЦУКО при следующих внутренних аудитах / Отчёты о состоянии и функционировании СМК	РЗП / Протоколы последующих советов факультетов или общих собраний НПР кафедр
<b>6</b> Изменение (документирование)	Проректор по ОД	Проректор по ОД	РЗП	Заведующий кафедры	ЦУКО, РЗП	РЗП

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ SMK 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

Приложение П  
(обязательное)  
Форма П.1



Пермский национальный исследовательский политехнический университет



УТВЕРЖДАЮ  
Проректор  
по образовательной деятельности  
\_\_\_\_\_ И. И. Игнатьев  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**МАТРИЦА**  
оценки функционирования SMK по итогам внутренних аудитов за 20\_\_ год

Подразделение	Пункты из ГОСТ Р ИСО 9001																							Примеч.		
	4.4	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	9.1	9.2	9.3	10.2		10.3	

Директор ЦУКО \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)

	ФГАОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»	
	Система менеджмента качеством	
<b>СТУ СМК 6-2023</b>		
Управление аудитами и корректирующими действиями		

**ЛИСТ  
регистрации изменений**

Изм. №	Номера страниц			Номер документа (извещения об изменении)	Подпись лица, внесшего изменение	Дата внесения изменения	Срок введения изменения
	заменённых	новых	аннулированных				