



ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

Система менеджмента качества


ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

ДП 8.2.2

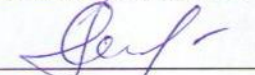
Второе издание

СОГЛАСОВАНО


Первый проректор


И.В. Макурин
«10» сентября 2014 г.

Начальник ОМК


М.Г. Некрасова
«09» 04 2014 г.

Начальник ОПУ


Н.А. Лашкина
«09» сентября 2014 г.

УТВЕРЖДАЮ

Ректор университета


Э.А. Дмитриев
2014 г.





Содержание

1	Назначение и область применения	5
1.1	Назначение	5
1.2	Область применения.....	5
2	Нормативные ссылки.....	5
3	Термины, определения, обозначения и сокращения	5
3.1	Термины и определения.....	5
3.2	Обозначения и сокращения	6
4	Ответственность.....	6
5	Общие положения	7
5.1	Цель аудита	7
5.2	Причины проведения внутреннего аудита	7
5.3	Объекты аудита	7
5.4	Корректирующие и предупреждающие действия.....	8
6	Описание процесса «Внутренний аудит».....	9
6.1	Полномочия руководства и сотрудников	9
6.2	Схема проведения внутреннего аудита.....	11
6.3	Планирование и проведение внутреннего аудита	11
6.4	Анализ результатов аудита	14
6.5	Управление корректирующими действиями.....	15
6.6	Управление предупреждающими действиями.....	15
7	Документация внутреннего аудита.....	17
7.1	Документооборот процесса «Проведение аудита»	17
7.2	Документооборот процесса «Корректирующие действия».....	17
8	Разработчики	18
	Приложение А Кодекс поведения внутреннего аудитора	19
	Приложение Б Отчет о выполнении корректирующих мероприятий	20
	Лист регистрации изменений	21



1 Назначение и область применения

1.1 Назначение

Документированная процедура устанавливает требования к порядку организации и проведения внутренних аудитов, документации внутреннего аудита.

1.2 Область применения

Требования настоящего стандарта распространяются на все подразделения университета.

2 Нормативные ссылки (Изм. № 1, 2)

Документированная процедура разработана на основе следующих нормативных документов:

ГОСТ ISO 9000-2011 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь

ГОСТ ISO 9001-2011 Системы менеджмента качества. Требования

ГОСТ Р ИСО 9004-2010 Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества

ГОСТ Р ИСО 19011-2012 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества

РК Руководство по качеству

ДП 4.2.3/4.2.4 Управление документацией и записями.

3 Термины и определения, обозначения и сокращения

3.1 Термины и определения

Аудит (проверка) – систематический, независимый документированный процесс получения свидетельства аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита

Аудитор – лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита.

Внутренний аудит – аудит, проводимый самой организацией.

Выводы (наблюдения) аудита – результаты оценки собранных свидетельств аудита на соответствие критериям аудита.

Группа по аудиту (проверке) – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими средствами.

Запись - документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующая входы в выходы.



Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Контроль – процедура оценивания соответствия путем наблюдения и суждений, сопровождаемых соответствующими измерениями, испытаниями или калибровкой.

Несоответствие – невыполнение требования.

Область аудита – содержание и границы аудита.

План аудита – описание деятельности и мероприятий по проведению аудита.

Предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причин потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

Программа аудита – совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели.

Процедура (процедура управления) – процесс нижнего уровня, который содержит в себе действия, не требующие дополнительной группировки.

Система менеджмента качества – система менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству.

Требование – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

Соответствие – выполнение требования.

3.2 Обозначения и сокращения

СМК – система менеджмента качества

НД – нормативный документ

СТО – стандарт организации (Изм. № 3)

ОМК – отдел менеджмента качества

РК – руководство по качеству

ДП – документированная процедура

ПП – положение о подразделении

ДИ – должностная инструкция

4 Ответственность

4.1 Ответственность за планирование, осуществление и контроль проведения внутренних аудитов несет начальник отдела менеджмента качества.

4.2 Ответственность за осуществление, координацию, регистрацию и контроль корректирующих и предупреждающих действий в рамках процессов несут владельцы процессов, в структурных подразделениях – руководители соответствующих подразделений.

4.2 Ответственность за выполнение данной ДП несет представитель высшего руководства по качеству, начальник ОМК.

Введена приказом № 124-О от 09.03.2014



5 Общие положения

5.1 Цель аудита

– оценка результативности функционирования СМК или отдельных ее процессов с точки зрения достижения целей, определенных в области качества;

– определение возможности и путей улучшения СМК;

– определение несоответствий в СМК или отдельных ее процессов в сравнении с требованиями, установленными документацией СМК;

– получение исходных данных для планирования, контроля и анализа выполнения корректирующих и предупреждающих действий;

– управление корректирующими и предупреждающими действиями для устранения причин несоответствий и предупреждения их (повторного) возникновения;

– проверка результативности корректирующих действий по результатам предыдущих аудитов.

В отдельных случаях внутренний аудит проводится с целью оценки соответствия всей СМК или отдельных ее процессов.

5.2 Причины проведения внутреннего аудита

– профилактические аудиты, в том числе плановые;

– необходимость совершенствования деятельности;

– необходимость совершенствования документации СМК, вызванная внутренними или внешними причинами;

– подготовка к сертификации/ресертификации СМК университета;

– изменение сферы действия сертификата.

5.3 Объекты аудита

– качество образовательной услуги;

– состояние процессов;

– функционирование СМК;

– возможности постоянного улучшения и др.

Аудит качества оказания образовательной услуги – определяет соответствие фактических показателей требуемым, то есть степень выполнения требований, предъявляемых к образовательной услуге.

Аудит процессов - оценивает способность обеспечивать заданные требования и стабильность процессов.

Аудит функционирования СМК:

– проверяется документация;

– фактическое выполнение требований, изложенных в документации.

Проверка документации СМК проводится по следующим направлениям:

– соответствие требованиям, изложенным в РК, политике в области



качества, стратегии развития, целям и задачам в области качества (для документов нижнего уровня - требованиям вышестоящих документов);

- процедуры по управлению документацией (правильность утверждения, выпуска, ведения, изменения, изъятие устаревшей документации);
- качество самой документации (доступность, правильность формулировок требований, четкость изложения, наличие полного комплекта);
- наличие документации на рабочих местах;
- записи (определены согласно РК и прописаны в ПП).

5.4 Корректирующие и предупреждающие действия

Корректирующие и предупреждающие действия являются составной частью непрерывного улучшения деятельности КнАГТУ и направлены на:

- совершенствование отдельных процессов, процедур, работ;
- повышение результативности функционирования СМК;
- повышение удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- анализ политики и целей в области качества;
- совершенствование документации СМК.

Корректирующие и предупреждающие действия подразделяются по срокам их выполнения на два вида:

- текущие – действия оперативного характера, разрабатываемые по мере необходимости на всех уровнях;
- перспективные – меры, планируемые на длительный срок.

5.4.1 Источники информации, по которым принимается решение о разработке корректирующих и предупреждающих действий:

- отрицательные отзывы потребителей и/или других заинтересованных сторон;
- отчеты о внутренних аудитах;
- выходные данные со стороны руководства;
- выходные данные анализа результативности отдельных процессов СМК;
- соответствующие записи;
- результаты самооценки;
- результаты контроля образовательного (учебного) процесса со стороны подразделений и служб университета.

5.4.2 Способы установления причин несоответствий:

- анализ, проводимый отдельным лицом или группой людей;
- наблюдение;
- статистические методы;
- социологические методы.



5.4.3 Информация по результатам корректирующих и предупреждающих действий является составной частью входных данных для анализа СМК со стороны руководства университета. Эта информация доводится до сведения руководства различными способами, соответствующими типу несоответствия: в виде отчетов по работе отдельных направлений и/или структурных подразделений; отчетов начальника ОМК, в том числе по итогам аудитов; в виде докладных записок, устной информации и т.п.

5.4.4 Оценку достаточности и адекватности корректирующих и предупреждающих действий проводит контролирующее лицо (руководитель подразделения, в котором проводятся мероприятия, руководитель ОМК, владелец процесса и др.).

Если корректирующее или предупреждающее действие признано неадекватным, то разрабатывается новое действие. Таким образом, процесс является итерационным, пока несоответствие не будет устранено.

При необходимости, по результатам корректирующих и предупреждающих действий разрабатываются и вносятся изменения в регламентирующую документацию.

5.4.5 Ответственным за выполнение корректирующих и предупреждающих мероприятий является владелец процесса и/или руководитель подразделения, где осуществляются корректирующие и предупреждающие действия.

Если мероприятие не связано с существенным выделением ресурсов, то руководитель соответствующего подразделения обязан в рамках процесса самостоятельно запланировать и реализовать мероприятия.

5.4.6 Наиболее «проблемные» несоответствия рассматриваются в ходе анализа СМК со стороны руководства.

6 Описание процесса «Внутренний аудит»

6.1 Полномочия руководства и сотрудников

6.1.1 Проведение независимого аудита и анализа системы менеджмента качества обеспечивает руководство университета.

6.1.2 Руководство внутренним аудитом.

Сотрудники отдела менеджмента качества:

- разрабатывают программу аудита;
- определяют документы, процедуры, процессы и т.д., подлежащие аудиту;
- определяют возможность и методы проведения;
- утверждают планы аудита;
- определяют штат сотрудников, для проведения аудита;
- организуют подготовку персонала в области методов и организации аудита;
- формируют группы по проведению аудита с учетом всех необхо-



димых требований к персоналу;

- постоянно анализируют и оценивают деятельность групп, проводящих аудит, с целью достижения согласованности и адекватности их деятельности и совершенствования работы;

- проводят анализ результатов аудита;

- контролируют ход выполнения корректирующих мер по результатам аудита.

6.1.3 Аудитор, имеет специальную подготовку, соответствующую квалификации и **знанию:**

- основополагающих нормативных документов;

документов СМК университета (стандарты организации, положения, инструкции и другие документы) (**Изм. № 3**);

- принципов, методов и организации проведения аудита СМК.

Личные качества и мастерство:

- умение устанавливать личные контакты, коммуникабельность;

- умение выслушивать собеседника;

- уравновешенность, умение владеть собой;

- реалистичность и объективность;

- целеустремленность;

- умение устно и письменно выражать свои мысли;

- тактичность, выносливость и надежность в работе.

Соответствие квалификации персонала периодически анализируется отделом менеджмента качества. Аудиторы ознакомлены с кодексом поведения внутреннего аудитора под роспись (**приложение А**). Копии документов подтверждающих подготовку и списочный состав аудиторов находятся в электронном виде в соответствующей сетевой папке ОМК.

6.1.4 Группа, проводящая внутренний аудит

В зависимости от цели, объекта и масштаба каждый конкретный внутренний аудит организуется сотрудниками ОМК и проводится создаваемыми группами по аудиту с привлечением специалистов университета, не занятых в проверяемой области деятельности. В группу по аудиту назначается не менее двух человек. Руководитель группы назначается из числа специалистов по внутреннему аудиту. Руководитель группы несет ответственность за все этапы проводимого аудита и наделен полномочиями, принимать решения по вопросам организации проведения аудита и оценки его результатов.

Руководитель группы несет ответственность за:

- установление и разъяснение целей аудита;

- формирование группы аудиторов, организацию ее работы;

- представление группы аудиторов руководству проверяемого подразделения;



- объективность оценки результатов аудита;
- составление отчета о результатах аудита;
- сохранение и ведение документации по аудиту.

Члены группы аудита обязаны:

- действовать в установленном масштабе проводимого аудита;
- проявлять объективность;
- собирать и анализировать доказательства, необходимые для заключения о проверяемом объекте;
- заполнять план-отчет по аудиту;
- соблюдать этические нормы;
- соблюдать конфиденциальность.

6.1.5 Обязанности руководителя проверяемого подразделения:

- информировать сотрудников подразделения о целях и масштабах аудита;
- назначать ответственных из числа сотрудников для сопровождения членов группы по аудиту;
- обеспечивать членов группы по аудиту соответствующим рабочим местом;
- обеспечивать членам группы по аудиту доступ к необходимому оборудованию, материалам и документации;
- обеспечивать сотрудничество с членами группы по аудиту и невмешательство в аудит без оснований;
- анализировать результаты аудита;
- определять и осуществлять корректирующие действия на основании отчета по аудиту без излишней отсрочки для устранения обнаруженных несоответствий и вызвавших их причин; **(Изм. № 2)**
- предоставить в установленный срок план проведенных корректирующих мероприятий в ОМК.

6.2 Схема проведения внутреннего аудита представлена на рисунке 1.

6.3 Планирование и проведение внутреннего аудита

6.3.1 Составление программы аудита

Программа проведения аудита разрабатывается ОМК на учебный или календарный год. При составлении программы аудита учитывается статус и важность процессов и подразделений, а также результаты предыдущих аудитов. Программа аудита согласовывается с первым проректором (представителем высшего руководства по качеству) и утверждается ректором университета, доводится до сведения персонала университета путем публикации на внутреннем сайте университета, издания и рассылки соответствующего приказа в начале учебного года.

Программа аудита содержит:

- область СМК, подлежащая проверке;
- проверяемые объекты;

Введена приказом № 124-О от 09.03.2014



- состав аудиторской группы (руководитель и члены аудиторской группы);
- основание проведения аудита;
- проверяемые подразделения, должностное лицо;
- примерные сроки проведения аудитов.

Форма программы аудита публикуется на сайте университета:
www.knastu.ru / Университет / Подразделения / Отдел менеджмента качества / Аудит.



Рисунок 1 – Схема проведения внутреннего аудита

6.3.2 Составление плана аудита

Все внутренние аудиты проводятся в соответствии с утвержденными

Введена приказом № 124-О от 09.03.2014



планами, которые составляются на основе программы аудита. Утверждает план аудита начальник отдела менеджмента качества.

Конкретные сроки проведения аудита в структурном подразделении определяются руководителем аудиторской группы по согласованию с руководителем проверяемого подразделения. Руководитель группы по аудиту распределяет задания по проверке между членами группы.

План аудита включает:

- основание проведения данного аудита;
- наименование проверяемого подразделения, процесса;
- состав аудиторской группы;
- перечень объектов и элементов, подлежащих аудиту;
- сроки и время проведения аудита.

Форма план-отчета аудита после выполнения программы аудита и анализа результатов пересматривается. Электронный вид документа находится на сайте университета: www.knastu.ru / Университет / Подразделения / Отдел менеджмента качества / Аудит.

6.3.3 Последовательность проведения аудита:

- уведомление проверяемого подразделения;
- проведение предварительного совещания с проверяемым подразделением;
- проведение собственно аудита;
- проведение итогового совещания с проверяемым подразделением;
- составление отчета о результатах аудита.

6.3.3.1 Уведомление проверяемого подразделения. Руководитель группы по аудиту уведомляет руководителя проверяемого подразделения о предстоящей проверке заранее, не позднее, чем **за неделю** до проведения аудита «на месте».

6.3.3.2 Проведение собственно аудита. Данные, необходимые для анализа работы проверяемого подразделения, получают путем опроса персонала, экспертизы документов, анализа первичных носителей информации и наблюдения на проверяемых участках. Информация, полученная в ходе опроса, проверяется путем сравнения с информацией на ту же тему, полученной из других независимых источников (физическое наблюдение, измерение, отчеты и др.).

Процессы получения информации и данных, а также их оценки и вынесение суждений контролируются руководителем группы по аудиту с тем, чтобы обеспечивались требования настоящего стандарта. Руководитель группы по аудиту может вносить изменения в план аудита и задания членам группы для оптимального достижения цели аудита. В ходе аудита, по усмотрению руководителя группы, проводятся промежуточные совещания, где руководитель знакомится с результатами наблюдений. При необходимо-



сти изменения плана аудита руководитель группы по аудиту информирует об этом руководителя проверяемого подразделения и согласовывает с ним, вносимые изменения.

Если необходимая документация не может быть представлена в сроки, определенные планом аудита, руководителю аудиторской группы следует проинформировать лицо, ответственное за управление программой аудита. Затем следует принять решение о целесообразности продолжения проведения аудита или о приостановке его проведения до тех пор, пока будут разрешены все вопросы, связанные с документацией.

6.3.3.3 Проведение итогового совещания. По завершении аудита, до подготовки отчета, руководитель группы проводит совещание с руководством проверяемого подразделения с целью представления и разъяснения результатов аудита. По выявленным несоответствиям руководитель аудиторской группы дает **рекомендации по корректирующим и предупреждающим действиям.**

6.3.3.4 Руководитель проверяемого подразделения анализирует отчет, принимает решения и определяет корректирующие и предупреждающие действия, необходимые для устранения несоответствий и их причин, назначает исполнителя и сроки выполнения, которые отражает в плане отчета внутреннего аудита. В случае несогласия руководителя проверяемого подразделения с результатами аудита окончательное решение принимается представителем руководства по качеству, при необходимости проводится повторная проверка. После выполнения выявленных несоответствий аудиторской группой в ОМК предоставляется отчет о выполнении корректирующих мероприятий.

6.4 Анализ результатов аудита

6.4.1 ОМК формирует базу данных в программе «Аудит», в которую вносят оценку, корректирующие и предупреждающие действия на несоответствия, выявленные в структурных подразделениях университета с указанием сроков и исполнителей. Сотрудники ОМК контролируют выполнение этих мероприятий и производят сбор планов о выполнении корректирующих мероприятий по выявленным несоответствиям от подразделений университета.

6.4.2 Отдел менеджмента качества проводит анализ результатов аудита согласно принятой в ОМК процедуре проведения анализа результатов внутреннего аудита, полученные результаты в виде отчета представляются высшему руководству (представителю высшего руководства по качеству). При необходимости обсуждение результатов внутренних проверок проводится на собраниях внутренних аудиторов университета с последующим формированием протокола по собранию.

Отчет является одним из видов записей по качеству, необходим для оценки и принятия решений об улучшении СМК. Отчёт публикуется на сай-



те университета: www.knastu.ru / Университет / Подразделения / Отдел менеджмента качества / Аудит. Методика проведения внутренних аудиторских проверок и анализ полученных результатов может изменяться.

6.5 Управление корректирующими действиями

6.5.1 Корректирующие действия включают в себя:

- выявление несоответствия;
- доведение информации об обнаруженных несоответствиях до лиц, ответственных за их анализ и установление причин их появления;
- регистрацию несоответствия для процессов и процедур системы качества;
- анализ выявленных несоответствий;
- регистрацию результатов анализа;
- определение причин несоответствий;
- определение необходимости проведения корректирующих действий, направленных на устранение несоответствия;
- планирование корректирующих действий, предусматривающее оценку их адекватности последствиям выявленного несоответствия и выделение ресурсов для их выполнения;
- реализацию запланированных корректирующих действий;
- контроль выполнения корректирующих действий и регистрацию их результатов;
- анализ предпринятых корректирующих действий и определение их результативности;
- составление итогового документа (отчет, протокол, акт и др.).

Схема процесса и ответственные за выполнение отдельных этапов процесса «Корректирующие действия» приведены на рисунке 2.

6.5.2 Основным критерием достаточности корректирующих действий является способность свести к минимуму возникшее несоответствие.

6.5.3 В случае недостаточности корректирующих действий рассматривают возможные причины возникшего несоответствия:

- неисполнение требований нормативной документации (внешнего и внутреннего происхождения);
- неисполнение требований документации СМК;
- несовершенство существующей документации;
- ненадлежащее исполнение требований ДИ.

6.5.4 Регистрация данных по результатам корректирующих действий производится в соответствующих документах (план корректирующих действий, журнал, акт, протокол и т.д.).

6.6 Управление предупреждающими действиями

6.6.1 Предупреждающие действия включают в себя:



- анализ претензий, жалоб потребителей и других заинтересованных сторон;
- разработка мероприятий по исключению причин возможных несоответствий и выполнение этих мероприятий;
- контроль за выполнением предупреждающих действий;
- фиксирование информации о предпринятых действиях;
- оценка результативности и адекватности предупреждающих действий.

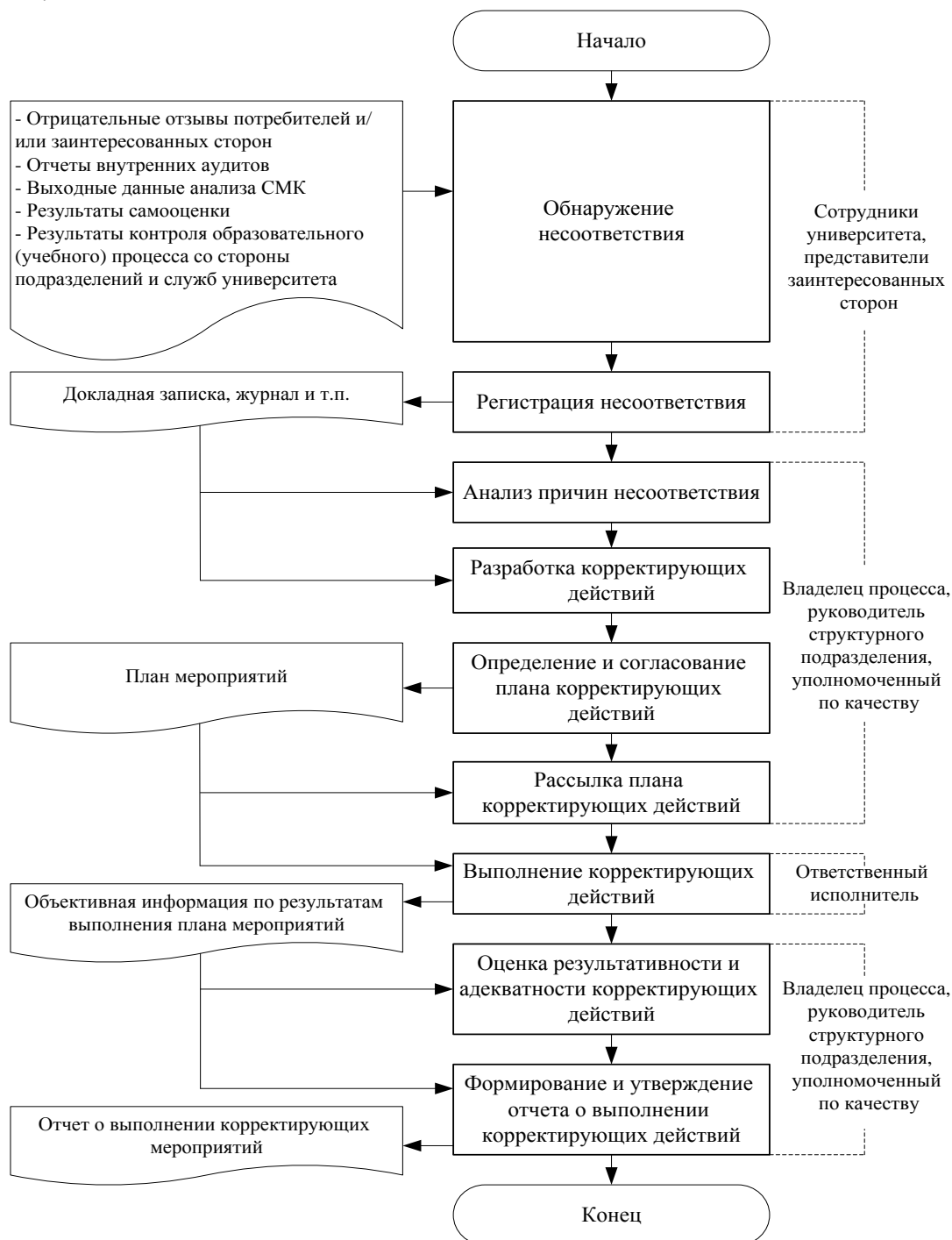


Рисунок 2 – Схема процесса «Корректирующие действия»
Введена приказом № 124-О от 09.03.2014



6.6.2 При необходимости предупреждающего действия выбирается способ проверки его на результативность и адекватность. Способом проверки может являться плановый или внеплановый аудит. Основным критерием достаточности предупреждающих действий является способность предотвратить или свести к минимуму случаи возникновения причин несоответствия.

6.6.3 Предупреждающие действия планируются с учетом уровня риска потенциального несоответствия. При самом высоком уровне риска, потенциальное несоответствие должно быть устранено в кратчайшие сроки.

6.6.4 Регистрация данных по результатам предупреждающих действий производится в соответствующих документах (журнал, акт, протокол и т.д.).

7 Документация внутреннего аудита

7.1 Документооборот процесса «Проведение аудита»

7.1.1 Ответственность за заполнение план-отчета несет руководитель группы по аудиту. Отчет заполняется членами аудиторской группы **не позднее недели** со дня проведения аудиторской проверки и передается в проверенное подразделение в печатном или электронном виде (форма план-отчета расположена на сайте университета: www.knastu.ru / *Университет / Подразделения / Отдел менеджмента качества / Аудит*).

7.1.2 Руководитель проверенного подразделения знакомится с отчетом по аудиту, определяет корректирующие мероприятия и ставит подпись. Заполненный, датированный и подписанный план-отчет руководителем проверяемого подразделения передается для согласования членам аудиторской группы и утверждается начальником ОМК. Один экземпляр отчета хранится в отделе менеджмента качества, второй экземпляр отчета хранится в проверенном подразделении. Документы хранятся в соответствии с требованиями, место и срок хранения записей (план-отчеты и другие документы по аудиту) указаны в номенклатуре дел структурного подразделения. Схема документооборота внутреннего аудита представлена на рисунке 3.

7.2 Документооборот процесса «Корректирующие действия» представлен на рисунке 2, аналогично осуществляется документооборот процесса «Предупреждающие действия».

7.2.1 По результатам внутренних аудитов корректирующие мероприятия фиксируются в план-отчете аудита. Отчет о выполнении корректирующих мероприятий составляется руководителем и уполномоченным по качеству структурного подразделения, затем предоставляется в отдел менеджмента качества. Форма отчета о выполнении корректирующих мероприятий подразделения представлена в **приложении Б**. Корректирующие меро-



приятия по результатам анализа, самооценок и тому подобное отражаются во внутренних документах подразделения. (Изм. № 3)

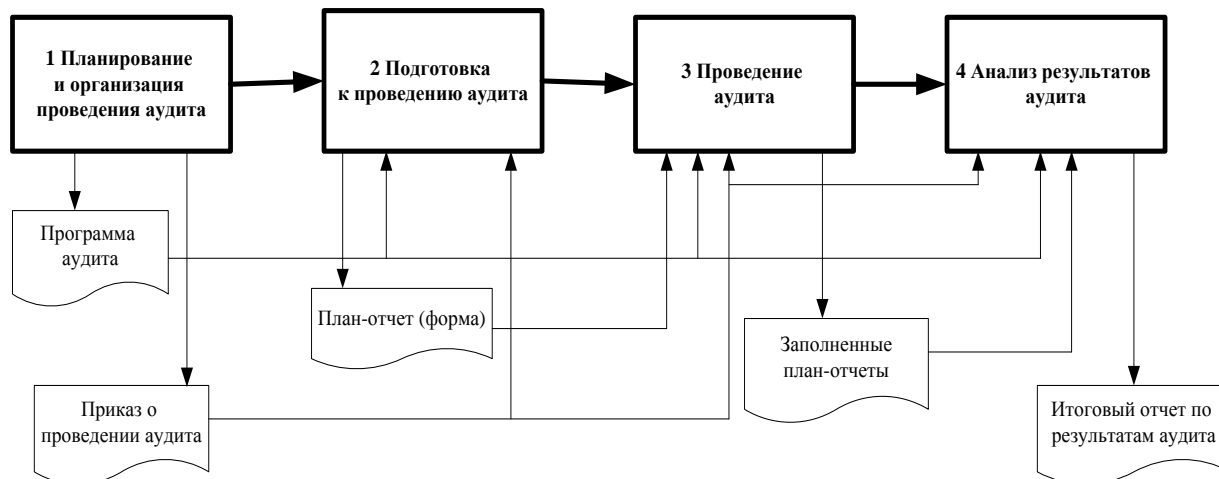


Рисунок 3 - Документооборот внутреннего аудита

7.2.2 Каждое выявленное несоответствие регистрируется лицом, обнаружившим несоответствие в соответствующем документе (отчет по результатам аудита, журнал, протокол, акт и др.). Несоответствие формулируется конкретно и объективно. Руководитель подразделения при обнаружении несоответствия проводит его анализ и совместно с работниками подразделения принимает меры по их устранению, при необходимости разрабатывая корректирующие и/или предупреждающие мероприятия.

7.2.3 Ответственный за реализацию корректирующего/ предупреждающего действия по результатам их выполнения регистрирует данные в соответствующем документе по установленной форме документа.

7.2.4 В случае, если установлено несоответствие, устранение причин которого зависит от действий другого подразделения, факт установления несоответствия доводится письменно (в виде докладной записки) до руководителя этого подразделения и владельца процесса.

7.2.5 В структурном подразделении может быть разработан годовой план проведения корректирующих и предупреждающих мероприятий, разработанный на основе анализа деятельности подразделения за предшествующие периоды.

8 Разработчики

Данную документированную процедуру разработали:

Начальник ОМК

Ведущий специалист ОМК

Введена приказом № 124-О от 09.03.2014

М.Г. Некрасова

Н.А. Деменова



ПРИЛОЖЕНИЕ А (обязательное)

Кодекс поведения внутреннего аудитора

Принимаю на себя обязательства внутреннего аудитора.

Подтверждаю готовность соблюдать следующие этические правила и нормы поведения:

- действовать заслуживающим доверие и непредубежденным образом по отношению к персоналу проверяемого объекта;
- ставить в известность руководителя аудиторской группы аудита о характере своих отношений с персоналом проверяемого объекта перед тем, как проводить аудиторскую проверку;
- не действовать в ущерб репутации персонала проверяемого объекта;
- не раскрывать выявленную в ходе аудиторской проверки информацию, которая может нанести моральный ущерб персоналу проверяемого объекта;
- проявлять уважение к персоналу проверяемого объекта, создавать атмосферу сотрудничества и доброжелательности;
- избегать резкого тона замечаний и оценок, замечания высказывать только по отношению к предмету аудиторской проверки, но ни в коем случае не в адрес сотрудников проверяемого объекта;
- постоянно сохранять позитивную психологическую установку при проведении аудиторской проверки;
- в конфликтных ситуациях сохранять спокойствие и деловой тон, не поддаваться эмоциям и избегать нетактичного поведения со своей стороны;
- способствовать поддержанию авторитета аудиторской службы.

Аудитор

подпись, дата

Ф. И.О.



ПРИЛОЖЕНИЕ Б
(обязательное)
(Изм. № 3)

Отчет о выполнении корректирующих мероприятий

от «__» _____ 20__ г.,
проведенной согласно программе аудита
(приказ № _____ от _____)

Выявленное несоответствие	Корректирующее мероприятие	Срок исполнения	Ответственный исполнитель	Отметка о выполнении	Факты подтверждающие выполнение

Руководитель подразделения _____
Ф.И.О. _____ подпись _____ дата _____

Уполномоченный
по качеству подразделения _____
Ф.И.О. _____ подпись _____ дата _____



Лист регистрации изменений

	Номер приказа, дата утверждения изменения	Количество страниц изменения	Дата получения изменения	Подпись уполномоченного по качеству
1	№ 323-О от 16.09.2014	-	17.09.2014	Короткова М.В.
2	№ 53-О от 04.02.2015	1	04.02.2015	Короткова М.В.
3	№ 202-О от 25.05.2016	1	26.05.2016	Короткова М.В.