

Внутренний аудит СМК

[Логотип/Шапка ООО «АйТек»]

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

ДП-09-02 «Внутренний аудит СМК»

Код документа: ДП-09-02	УТВЕРЖДАЮ
Версия: 1.0	Генеральный директор
Дата введения: [указать дату]	ООО «АйТек»
Количество листов: 12	
Статус документа: Действующий	_____
	Виноградов К.П.
	«» _____ 20 г.

1. НАЗНАЧЕНИЕ

1.1. Настоящая документированная процедура устанавливает единый порядок планирования, проведения, документирования и оценки результатов внутренних аудитов системы менеджмента качества (далее – СМК) в ООО «АйТек» (далее – Компания).

1.2. **Цель процедуры** — получение объективной и достоверной информации о том, что СМК:

- соответствует требованиям **ISO 9001:2015** и собственным требованиям Компании;
- результативно внедрена, поддерживается и постоянно улучшается .

1.3. Детальная последовательность действий и взаимосвязи процессов представлены в **Карте процесса КП УП-03 «Внутренние аудиты СМК»**. Настоящая процедура устанавливает правила и методы выполнения этих действий.

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

2.1. Процедура распространяется на все структурные подразделения, процессы и виды деятельности, включённые в область применения СМК (РК-01, раздел 1.2).

2.2. Требования процедуры обязательны для:

- **Главного специалиста СМК по стандартизации и сертификации** (далее – Главный специалист СМК) – владельца процесса;
- **внутренних аудиторов**, включённых в реестр аудиторов;
- **руководителей проверяемых подразделений** (владельцев процессов).

3. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

3.1. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015), раздел 9.2 . 3.2. ГОСТ Р ИСО 19011-2021 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента». 3.3. ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Основные положения и словарь». 3.4. РК-01 «Руководство по качеству», разделы 9.2, 10.2. 3.5. **КП УП-03 «Внутренние аудиты СМК»** (карта процесса). 3.6. ДП-10-01 «Корректирующие действия». 3.7. ДП-07-04 «Управление документацией и записями».

4. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Термин	Определение
Аудит (проверка)	Систематический, независимый и документируемый процесс получения свидетельств аудита и их объективного оценивания для установления степени выполнения критериев аудита .
Критерии аудита	Совокупность политики, процедур, требований (ISO 9001, внутренние документы, законодательство), на соответствие которым проверяется СМК .
Свидетельства аудита	Записи, изложение фактов или иная информация, связанные с критериями аудита и проверяемые .
Наблюдение аудита	Результат оценивания свидетельств аудита в сопоставлении с критериями .
Заключение по аудиту	Итоговый выходной документ аудита, содержащий выводы и рекомендации .
Несоответствие (НС)	Невыполнение требования .
Значительное несоответствие	Отсутствие или полное невыполнение требования стандарта; системная проблема, влияющая на способность СМК достигать запланированных результатов .
Малозначительное несоответствие	Единичное, несистематическое упущение или ошибка, не оказывающие существенного влияния на результативность СМК .
Уведомление (наблюдение)	Свидетельство аудита, не носящее характер несоответствия, но фиксируемое в целях предотвращения возможного несоответствия или улучшения .

Сокращения:

Сокращение	Расшифровка
------------	-------------

ВА	Внутренний аудит
РГА	Руководитель группы аудита
НС	Несоответствие
КД	Корректирующее действие
КП	Карта процесса
СМК	Система менеджмента качества
Гл. спец. СМК	Главный специалист СМК по стандартизации и сертификации

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Роль / Должность	Ответственность в рамках процесса
Генеральный директор	Утверждение Программы внутренних аудитов на год. Обеспечение ресурсов. Анализ результатов аудитов (раздел 9.3 РК).
Главный специалист СМК	Владелец процесса. Разработка и актуализация Программы аудитов. Формирование группы аудита. Контроль выполнения процедуры. Мониторинг результативности корректирующих действий. Хранение документированной информации по аудитам.
Руководитель группы аудита (РГА)	Назначается из числа аттестованных аудиторов. Планирование конкретного аудита, распределение задач, проведение совещаний, формирование отчёта, оценка результативности КД по своему аудиту.
Внутренний аудитор	Качественное проведение проверки в закреплённой области, объективный сбор свидетельств, корректное оформление наблюдений, соблюдение этики аудитора .
Руководитель проверяемого подразделения	Обеспечение доступа к документам, записям и персоналу; участие в аудите; разработка и выполнение корректирующих действий (совместно с ДП-10-01).

6. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

6.1. Общая схема процесса

Процесс внутреннего аудита реализуется в соответствии с циклом PDCA и детализирован в **Карте процесса КП УП-03**. Настоящая процедура устанавливает правила и методы выполнения каждого этапа.

Основные этапы:

- 1. Планирование (разработка Программы аудитов).

2. Подготовка к конкретному аудиту (план, чек-листы).
3. Проведение аудита (сбор свидетельств).
4. Оформление отчёта и регистрация несоответствий.
5. Корректирующие действия и оценка их результативности.
6. Мониторинг и анализ процесса.

6.2. Планирование внутренних аудитов (Программа аудитов)

6.2.1. **Главный специалист СМК** ежегодно, до 15 декабря, разрабатывает «**Программу внутренних аудитов СМК на ____ год**» (форма 9.2-01).

6.2.2. **Входные данные для разработки Программы :**

- важность (значимость) процессов для качества продукции/услуг;
- результаты предыдущих аудитов (где были НС, туда чаще);
- изменения в организации (структура, технологии, персонал);
- жалобы и рекламации потребителей;
- риски процессов (данные из ДП-06-01);
- результаты анализа со стороны руководства.

6.2.3. **Применение риск-ориентированного подхода:**

- процессы **высокой значимости** (производство, ОТК, снабжение) проверяются **не реже 1 раза в год**;
- процессы **средней значимости** — **1 раз в 1-2 года**;
- процессы **низкой значимости** (при стабильных результатах) — **1 раз в 3 года** .

6.2.4. Программа утверждается **Генеральным директором** и доводится до руководителей подразделений не позднее 31 декабря предшествующего года.

6.2.5. **Внеплановые аудиты** инициируются Главным специалистом СМК при:

- резком росте несоответствий или рекламаций;
- существенных изменениях в процессах;
- требованиях руководства .

6.3. Подготовка к аудиту

6.3.1. На каждый аудит, включённый в Программу, назначается **Руководитель группы аудита (РГА)** из числа аттестованных аудиторов.

6.3.2. РГА разрабатывает «**План проведения аудита**» (форма 9.2-02), который включает:

- цели и область аудита;
- критерии аудита (разделы ISO 9001, РК, ДП, КП);
- дату, время, состав группы;
- распределение проверяемых процессов/подразделений по аудиторам;

- перечень сопровождающих лиц (при необходимости).

6.3.3. План направляется проверяемому подразделению **не позднее, чем за 5 рабочих дней** до начала аудита .

6.3.4. Аудиторы **самостоятельно** разрабатывают **опросные листы (чек-листы) (форма 9.2-03)**. Чек-лист — рабочий документ, **не подлежит обязательному хранению после аудита**, но рекомендуется для систематизации.

6.3.5. **Ключевое требование:** аудиторы должны быть **независимы** от проверяемой деятельности. Запрещается назначать аудитором сотрудника, отвечающего за проверяемый процесс .

6.4. Проведение аудита

6.4.1. Аудит начинается с **предварительного совещания**. РГА:

- подтверждает план и область;
- поясняет методы проверки;
- согласует время заключительного совещания .

6.4.2. **Методы сбора свидетельств :**

- **интервьюирование** (беседы с сотрудниками всех уровней);
- **наблюдение** за выполнением работ, состоянием рабочих мест, маркировкой;
- **анализ документированной информации** (записи, журналы, отчёты, протоколы).

6.4.3. Все наблюдения аудита (соответствия, несоответствия, уведомления) **документируются**. Формулировка НС должна быть:

- **конкретной** (что не выполнено);
- **ссылочной** (на какой пункт требования);
- **объективной** (подтверждённой свидетельством).

Пример:

□ «Плохо ведётся журнал». □ «В «Журнале учёта НП» (цех №2) отсутствует запись о дате выявления брака за 10.02.2026, что является невыполнением требования ДП-08-02, п. 6.3.2».

6.4.4. Аудит завершается **заключительным совещанием**, на котором РГА:

- доводит предварительные итоги;
- подтверждает формулировки НС с проверяемыми (принцип «без сюрпризов»);
- согласует сроки предоставления корректирующих действий.

6.5. Оформление результатов и отчётность

6.5.1. РГА в течение **3 рабочих дней** после аудита оформляет «**Отчёт о внутреннем аудите**» (форма 9.2-04).

6.5.2. Отчёт содержит :

- общую информацию (дата, группа, область, критерии);
- **выявленные несоответствия** (с классификацией: значительные / малозначительные);
- **уведомления** (наблюдения, возможности для улучшения);
- **выводы** о степени соответствия и результативности СМК.

6.5.3. Отчёт направляется:

- проверяемому подразделению;
- Главному специалисту СМК;
- Генеральному директору (для анализа со стороны руководства).

6.6. Корректирующие действия и оценка результативности

6.6.1. **По каждому зарегистрированному несоответствию** руководитель проверяемого подразделения **обязан**:

- выполнить **коррекцию** (немедленно устранить проявление несоответствия);
- инициировать **корректирующее действие (КД)** в соответствии с **ДП-10-01** для устранения **причины** несоответствия и предотвращения повторения .

6.6.2. **Уведомления** не требуют обязательного КД, но должны быть рассмотрены для улучшений.

6.6.3. Главный специалист СМК ведёт «**Реестр корректирующих действий по итогам аудитов**» (может быть интегрирован с Реестром КД из ДП-10-01).

6.6.4. **Оценка результативности КД** проводится в сроки, установленные в плане КД. Подтверждением результативности является **отсутствие повторного несоответствия** по тому же пункту в течение установленного периода (не менее 3 месяцев).

6.7. Хранение документированной информации

Документ	Ответственный за хранение	Срок хранения
Программа внутренних аудитов	Главный специалист СМК	3 года после замены
Планы аудитов	Главный специалист СМК	3 года
Отчёты о внутренних аудитах	Главный специалист СМК	5 лет
Заполненные чек-листы	<i>(на усмотрение аудитора)</i>	Не обязательны
Подтверждения результативности КД	Главный специалист СМК	3 года

7. ТРЕБОВАНИЯ К КОМПЕТЕНТНОСТИ ВНУТРЕННИХ АУДИТОРОВ

7.1. Внутренним аудитором может быть назначен сотрудник, **прошедший подготовку** по программе **«Внутренний аудитор СМК ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015)»** с получением подтверждающего документа (свидетельства / удостоверения) .

7.2. Требования к знаниям и навыкам :

- знание стандартов ISO 9000, ISO 9001, ISO 19011;
- понимание процессного подхода и риск-ориентированного мышления;
- владение методами опроса, наблюдения, анализа документов;
- навыки оформления отчётности.

7.3. Личные качества аудитора :

- этичность, беспристрастность, дипломатичность;
- наблюдательность, настойчивость, уверенность.

7.4. Поддержание компетентности:

- участие во внутренних аудитах **не реже 1 раза в год**;
- периодическое повышение квалификации (не реже 1 раза в 3 года).

7.5. Главный специалист СМК ведёт **«Реестр внутренних аудиторов» (форма 9.2-05).**

8. ПРИЛОЖЕНИЯ (ФОРМЫ)

Форма 9.2-01. Программа внутренних аудитов СМК на ____ год

УТВЕРЖДАЮ: Генеральный директор _____ / Виноградов К.П. «_» _____ 20 г.

№	Месяц	Объект аудита (процесс/по дразделени е)	Критерии аудита	Основание (периодичн ость/риск)	РГА / Состав группы	Примечание
1	Февраль	Процесс ОП-04 «Производство»	ISO 9001: п. 8.5; РК; ДП-08-02	Высокая значимость, НС-2025	Иванов (РГА), Петрова	
2	Апрель	Процесс ВП-01 «Управление персоналом»	ISO 9001: п. 7.1, 7.2, 7.3; ДП-07-01	Плановый (1 раз в год)	Сидоров	

Форма 9.2-02. План проведения аудита № ____

ООО «АйТек»	УТВЕРЖДАЮ
ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ АУДИТА № ____ от «» ____ 20 г.	Главный специалист СМК _____ / [ФИО]

1. Цель аудита: _____
2. Область аудита: _____
3. Критерии аудита: _____
4. Дата и время: _____
5. Руководитель группы: _____
6. Состав группы: _____
7. Проверяемое подразделение/процесс: _____
8. Распределение работы: _____

Время	Проверяемый процесс/подразделение	Аудитор	Представитель проверяемой стороны
10:00-11:30	Процесс «Закупки»	Иванов	Петров
...	...	...	...

1. Предварительное совещание: : Заключительное совещание: :

С планом ознакомлен(ы): _____ / _____ (подпись, дата)

Форма 9.2-03. Опросный лист (чек-лист) аудитора (рекомендуемая форма, необязательна для хранения)

№	Проверяемый пункт / вопрос	Ссылка на требование	Свидетельство / Наблюдение	Оценка (Да/Нет/Частично)	Примечание
1					

Форма 9.2-04. Отчёт о внутреннем аудите № ____

ООО «АйТек»	УТВЕРЖДАЮ
ОТЧЁТ О ВНУТРЕННЕМ АУДИТЕ № ____ от «» ____ 20 г.	Главный специалист СМК _____ / [ФИО]

1. Объект аудита (процесс/подразделение): _____
2. Дата проведения аудита: _____
3. Руководитель группы / аудиторы: _____
4. Критерии аудита: _____
5. Результаты аудита: 5.1. Соответствия и сильные стороны: _____
- 5.2. Выявленные несоответствия: _____

№	Описание несоответствия	Требование (пункт)	Классификация (Зн/Мал)
1			

5.3. Уведомления (наблюдения, улучшения): _____

1. Выводы и заключение:

- СМК в проверенной области: ☐ соответствует требованиям ☐ требует улучшений
- Несоответствия подлежат устранению в рамках ДП-10-01.

2. Приложения: Листы регистрации несоответствий (при наличии).

Руководитель группы: _____ / [ФИО] (подпись)

С отчётом ознакомлен(ы): _____ / [ФИО] (подпись, дата)

Форма 9.2-05. Реестр внутренних аудиторов

№	ФИО	Должность, подразделение	Дата подготовки	№ свидетельства	Дата след. аттестации	Участие в аудитах (год, №)
1	Иванов И.И.	Инженер-конструктор	15.03.2025	25-078	15.03.2028	2025-03, 2025-07
2	...	...	...	...	...	...

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящая процедура подлежит пересмотру не реже 1 раза в 3 года, а также при изменении требований стандарта ISO 9001, организационной структуры или по результатам внешних аудитов.

9.2. Все сотрудники, назначенные внутренними аудиторами, должны быть ознакомлены с настоящей ДП под подпись.

Разработал: Главный специалист СМК по стандартизации и сертификации _____
/ [Ваша Фамилия И.О.]

Согласовано: (по необходимости)

- Начальник ОТК _____ / Гапон Д.А.
- Начальник производства _____ / [ФИО]