

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.1 из 54

УТВЕРЖДАЮ

Директор государственного автономного учреждения
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»

____ Лалетина С.Я.

____ 2023 г.



**Руководство Учреждения
по проведению внутренних аудитов
системы менеджмента качества**

ДИ Р ВА СМК - 02 - 2023

Ирбит
2023 г.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____

стр.2 из 54

Содержание

1.	Цели	3
2.	Область применения	4
3.	Нормативные ссылки	5
4.	Термины, определения, сокращения	6
5.	Общие положения	8
6.	Управление процессом внутренних аудитов	9
7.	Планирование внутренних аудитов	10
8.	Подготовка к проведению внутренних аудитов	11
9.	Проведение внутреннего аудита	15
10.	Оформление результатов внутреннего аудита	18
11.	Деятельность после внутреннего аудита	19
12.	Хранение отчетных документов	20
13.	Анализ данных и измерение процесса	21
14.	Управление рисками в процессе внутренних аудитов	22
15.	Приложение 1. Программа внутренних аудитов по системе менеджмента качества (СМК)	24
16.	Приложение 2. Приказ о проведении внутреннего аудита СМК	28
17.	Приложение 3. План внутреннего аудита СМК. Приложение к плану	30
18.	Приложение 4. План для проведения вступительного совещания	33
19.	Приложение 5. Опросный лист для проведения внутренних аудитов в Учреждении на соответствие требованиям стандарта ИСО 9001:2015	34
20.	Приложение 6. Акт о несоответствии / наблюдении и корректирующих действиях по итогам внутреннего аудита	46
21.	Приложение 7. Акт проведения внутреннего аудита СМК	47
22.	Приложение 8. План для проведения заключительного совещания	48
23.	Приложение 9. Сводный отчет по внутренним аудитам СМК Учреждения	49
24.	Приложение 10. План корректирующих мероприятий по устранению несоответствий	51
25.	Лист согласования	52
26.	Лист регистрации изменений	53
27.	Лист рассылки и ознакомления	54

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.3 из 54

1. Цели

Настоящее «Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества» (далее - Руководство) устанавливает порядок и правила проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества (далее – СМК) государственного автономного учреждения социального обслуживания Свердловской области «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям» (далее – Учреждение).

Основными целями внутренних аудитов системы менеджмента качества являются:

- a)** определение степени соответствия СМК требованиям международного стандарта ISO 9001, внутренних нормативных документов, Политике в области качества, целям и задачам в области качества;
- b)** определение результативности процессов СМК (оценка показателей результативности процесса, например: % выполнения государственного задания по оказанию социальных услуг; полнота предоставления социальной услуги в соответствии с требованиями нормативных документов и ее своевременность);
- c)** определение направления совершенствования СМК (включая выработку комплекса мер корректирующего характера и действия в отношении рисков и возможностей по результатам внутренних и внешних аудитов и контроль их эффективности);
- d)** определение степени соответствия деятельности, процессов и услуги требованиям и процедурам СМК;
- e)** определение способности СМК обеспечить соответствие законодательным, договорным и другим требованиям, которые учреждение обязуется выполнять;
- f)** оценка результативности СМК в достижении конкретных целей (например, оценка показателей, характеризующих удовлетворенность качеством оказания услуг: доля получателей социальных услуг, удовлетворенных условиями предоставления социальных услуг от числа опрошенных и др.);
- g)** установление того, что СМК внедрена, результативна и поддерживается в рабочем состоянии;
- h)** выявление сильных и слабых сторон СМК для определения направлений, возможностей и путей постоянного улучшения и совершенствования СМК;
- i)** проверки выполнения и оценки эффективности корректирующих мероприятий по результатам внутренних аудитов и действий в отношении рисков.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.4 из 54**

2. Область применения

Настоящее Руководство описывает цели и методы проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества, распределение ответственности и полномочий внутри процесса, а также критерии оценки результативности деятельности в рамках этого процесса.

Положения настоящего Руководства применимы в деятельности при планировании, подготовке и проведении внутренних аудитов в Учреждении.

Действия настоящего Руководства распространяются на сотрудников Министерства социальной политики Свердловской области (далее – Министерство) и Учреждения, участвующих в проведении внутренних аудитов СМК.

Руководство обязательно для применения всеми структурными подразделениями Учреждения.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.5 из 54

3. Нормативные ссылки

Настоящее Руководство разработано в соответствии с требованиями следующих нормативных документов:

- 3.1. ГОСТ Р ИСО 9000-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. (утв. Приказом Росстандарта от 28.09.2015 N 1390-ст);
- 3.2. ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования;
- 3.3. ГОСТ Р ИСО 19011-2021. Оценка соответствия. Руководящие указания по проведению аудита систем менеджмента;
- 3.4. ДИ Р СМК – 01-2023. Руководство по качеству в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2015.

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.6 из 54

4. Термины, определения, сокращения

В настоящем Руководстве применяются следующие термины с соответствующими определениями, которые представлены в **таблице 1**.

Таблица 1 – Основные термины и определения

№	Термин	Определение
1	Аудит (проверка)	Систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита (проверки) и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита (проверки)
2	Внутренний аудит	процесс регулярного выборочного контроля за деятельностью того или иного подразделения и/или процесса в рамках СМК, инициируемого руководством Учреждения и проводимого силами Учреждения и Министерства
3	Значительное несоответствие	систематическое невыполнение установленных требований или невыполнение требований, которое может значительно снизить качество услуги учреждения и удовлетворенность получателей социальных услуг
4	Незначительное несоответствие	выявленный недостаток в работе при выполнении отдельных требований СМК (например, пункт главы Руководства по качеству) или выявленное единичное несоблюдение требований какого-либо нормативного документа Учреждения
5	Наблюдение	зарегистрированное объективное свидетельство аудита, указывающее на возможные области возникновения несоответствия или на возможные области улучшения СМК
6	Аудиторский риск	субъективно установленный уровень риска, который готов взять на себя аудитор

В Руководстве применяются следующие сокращения и их полные наименования, которые представлены в таблице 2:

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.7 из 54

Таблица 2 - Сокращения и их полные наименования

Сокращение	Полное наименование
ИС СОН	Информационная система социального обслуживания (Свердловской области)
ВА	Внутренний аудит
КД	Корректирующие действия
ПД	Предупреждающие действия
СМК	Система менеджмента качества
Ответственный руководитель	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.8 из 54**

5. Общие положения

Руководство определяет:

- a) порядок организации деятельности по планированию и проведению внутренних аудитов, а также взаимодействие сотрудников в рамках процесса предоставления социальных услуг Свердловской области;
- b) содержание и последовательность этапов проведения внутренних аудитов, требования к их выполнению;
- c) требования к компетентности внутренних аудиторов;
- d) требования к оформлению результатов деятельности в рамках процесса;
- e) требования к анализу полученных результатов;
- f) требования к хранению отчетных документов;
- g) распределение ответственности персонала.

Основанием для инициирования внутреннего аудита является:

- a) Программа внутренних аудитов СМК Учреждения на год;
- b) изменения в процессах СМК и внешних требованиях, регулирующих деятельность Учреждения;
- e) несоответствия, выявленные в повседневной деятельности и при внешних аудитах.

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.9 из 54

6. Управление процессом внутренних аудитов

Этапы управления процессом проведения внутренних аудитов СМК и распределение обязанностей в рамках этой деятельности представлены на **рисунке 1**.

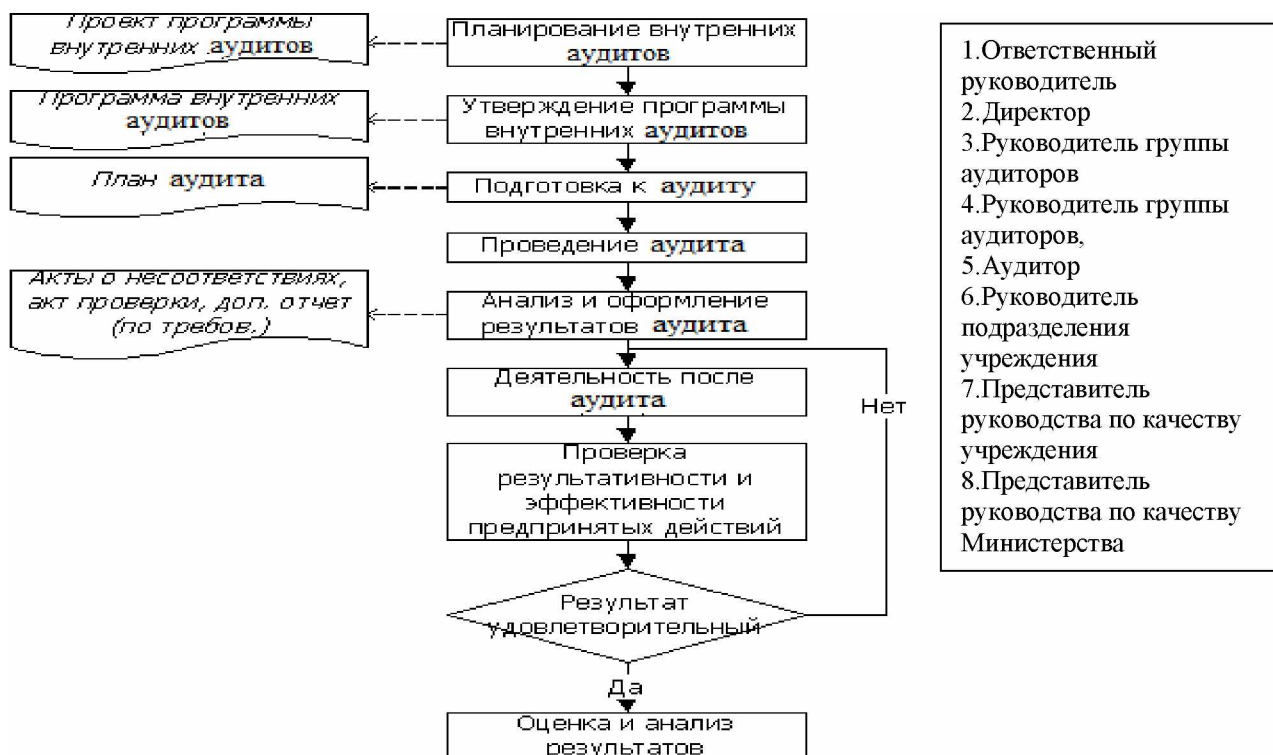


Рисунок 1 – Этапы управления процессом проведения внутренних аудитов.

7. Планирование внутренних аудитов

Проведение плановых аудитов осуществляется в соответствии с Программой внутренних аудитов СМК Учреждения, которая составляется на один календарный год. Форма **Программы внутренних аудитов СМК** приведена в **Приложении 1**.

При составлении Программы внутренних аудитов СМК учитываются место и важность процессов, предполагаемых к проверке, результаты анализа деятельности Учреждения за прошедший год со стороны руководства, данные систематического мониторинга функционирования процессов СМК, а также любая значимая для целей аудита информация от получателей социальных услуг и других заинтересованных сторон.

При этом каждое подразделение Учреждения, должно проверяться посредством внутренних аудитов через запланированные интервалы времени.

Ответственность за общее руководство разработкой и согласованием Программы внутренних аудитов лежит на ответственном руководителе.

Программа внутренних аудитов согласовывается с руководителями проверяемых подразделений.

Программа внутренних аудитов утверждается директором Учреждения. После утверждения Программы её электронный экземпляр размещается в ИС СОН.

В особых случаях возможно проведение внеплановых аудитов, предпосылками к чему могут быть:

- а) существенное изменение нормативной документации по предоставляемым учреждением услугам;
- б) после выполнения корректирующих действий и действий в отношении рисков.

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023

Экземпляр № ____

стр.11 из 54

8. Подготовка к проведению внутренних аудитов

При подготовке к проведению аудита ответственный руководитель:

- a) формулирует задачи и область аудита;
- b) формирует группу аудиторов по проведению аудита;
- c) составляет План внутреннего аудита;
- d) подготавливает Приказ о проведении аудита.

Основанием к подготовке проведения планового аудита является утвержденный Приказ о проведении аудита и План внутреннего аудита.

Ответственный руководитель готовит Приказ на проведение внутреннего аудита СМК, в который включает список группы аудиторов с указанием руководителя группы аудиторов и срока проведения аудита. Приказ подписывает директор Учреждения. Форма **Приказа о проведении внутреннего аудита СМК** приведена в **Приложении 2** (в него входит сам Приказ, лист согласования, лист ознакомления). Утвержденный Приказ о проведении внутреннего аудита рассылается для ознакомления руководителям структурных подразделений Учреждения, включенным в план проверки.

План внутреннего аудита СМК определяет цели, сроки, объект и объем аудита, область аудита, методы проведения аудита (аудит документации, аудит на рабочих местах и т.д.), состав проверяемых требований, состав группы аудиторов, ответственность и полномочия ее членов, форму отчетности по аудиту, своевременное информирование руководства о результатах, выполнение коррекций и корректирующих действий, документирование аудита. Объем аудита определяется, исходя из целей аудита. Форма **Плана внутреннего аудита СМК** приведена в **Приложении 3**.

Руководитель группы аудиторов и члены аудиторской группы выбираются из утвержденного перечня внутренних аудиторов в соответствии с их областью компетентности и с учетом обеспечения независимости от проверяемой деятельности.

Ответственность за подготовку и проведение внутренних аудитов несет руководитель группы аудиторов.

План внутреннего аудита, подписанный руководителем группы аудиторов, направляется руководителям проверяемых подразделений, перечень которых определен в Плане аудита, не позднее 5 дней до начала аудита. В случае согласия с планом руководители проверяемых подразделений подписывают его. Подписанный руководителем группы аудиторов и руководителями проверяемых подразделений План утверждается ответственным руководителем.

Руководители проверяемых подразделений, получив План внутреннего аудита, информируют сотрудников подразделений о предстоящем аудите.

Руководитель группы аудиторов в ходе подготовки знакомит членов группы аудита с Планом аудита, определяет ответственность и объект проверки каждого члена группы в рамках аудита.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № __

стр.12 из 54

8.1. Требования к компетентности внутренних аудиторов

Внутренние аудиторы официально назначаются **Приказом по Учреждению** на осуществление этой деятельности.

Для обеспечения беспристрастности, объективности и независимости принимаемых решений в состав группы аудиторов включаются сотрудники Учреждения, которые не несут ответственности за проверяемый объект (деятельность подразделения и/или функционирование и реализация процесса).

Члены группы аудита должны пройти соответствующую подготовку и удовлетворять следующим критериям компетентности для проведения внутренних аудитов:

а) Принципы, процедуры и методы аудита:

- 1) применять принципы, процедуры и методы аудита;
- 2) результативно планировать и организовывать работу;
- 3) проводить аудит в течение согласованного времени;
- 4) устанавливать приоритеты и концентрироваться на важных вопросах;
- 5) собирать информацию посредством результативного опроса, наблюдений и анализа документов, записей и данных;
- 6) понимать и принимать во внимание мнения экспертов;
- 7) понимать применимость и последствия использования метода выборки в ходе аудита;
- 8) проверять соответствие и точность собранной информации;
- 9) подтверждать достаточность и пригодность свидетельств аудита для обоснования несоответствий и наблюдений аудита и заключений по результатам аудита;
- 10) оценивать те факторы, которые влияют на достоверность несоответствий и наблюдений аудита и заключений по результатам аудита;
- 11) использовать рабочие документы для записей в ходе мероприятий аудита;
- 12) документировать несоответствия и наблюдения аудита и подготавливать соответствующие отчеты по аудиту;
- 13) обеспечивать конфиденциальность и защиту информации, данных, документов и записей;
- 14) результативно обмениваться информацией, устной или письменной;
- 15) понимать типы рисков, связанных с процессом проведения аудита;

б) Проведение аудитов:

- 1) знать процедуру определения продолжительности аудита и применения выборки;
- 2) знать условия сертификации;
- 3) знать процедуру формирования группы аудиторов;

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.13 из 54

- 4) знать критерии классификации несоответствий, применимых в учреждении;
- 5) знать процедуру проведения вступительного и заключительного совещания;
- 6) знать процедуру касательно действий с выявленными несоответствиями;
- 7) знать процедуру управления жалобами;
- 8) знать процедуру принятия решения по результатам сертификации;
- 9) знать этические и моральные нормы;
- 10) знать организационную структуру, функции подразделений, взаимодействие подразделений Учреждения;

с) Специальные стандарты:

Знания в области:

- 1) стандартов ISO 9000, ISO 9001, ISO 19011 и других применимых соответствующих стандартов системы менеджмента качества и прочих нормативных документов;
- 2) взаимодействие между элементами стандартов системы менеджмента качества и прочими документами.

Руководитель группы аудиторов должен дополнительно обладать следующими компетенциями для результативного управления аудитом:

- a) быть способным уравнивать сильные и слабые стороны отдельных членов аудиторской группы;
- b) быть способным создавать гармоничную рабочую атмосферу среди членов аудиторской группы;
- c) быть способным управлять процессом аудита, что включает:
 - 1) планирование аудита и результативное использование ресурсов во время аудита;
 - 2) охрану труда членов аудиторской группы в ходе аудита, включая гарантию соответствия аудиторов требованиям по охране труда и безопасности;
- d) организация и управление членами аудиторской группы;
- e) обеспечение управления и руководства аудиторами-стажерами;
- f) предупреждение и разрешение конфликтов, если необходимо;
- g) быть способным представлять аудиторскую группу при взаимодействии с проверяемым подразделением;
- h) руководить аудиторской группой при вынесении заключений по результатам аудита;
- i) подготавливать и оформлять отчет по аудиту;
- j) проводить вступительное и заключительное совещание и представлять результаты аудита.

Для достижения требуемого уровня компетентности внутренние аудиторы Учреждения проходят обучение в специализированных учебных центрах с получением свидетельств о прохождении обучения. Копии свидетельств о прохождении обучения хранятся в личных

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.14 из 54**

делах обученных сотрудников.

Ответственность за выявление потребностей в подготовке и обеспечение компетентности внутренних аудиторов несет ответственный руководитель.

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023

Экземпляр № ____

стр.15 из 54

9. Проведение внутреннего аудита

Внутренний аудит СМК начинается с проведения вступительного совещания. Форма **Плана вступительного совещания** приведена в **Приложении 4**.

Целью вступительного совещания является доведение до сведения сотрудников: критериев аудита, его целей, методов проведения проверки (опрос, изучение (анализ) документации, наблюдение за протеканием процесса).

На вступительном совещании присутствуют: ответственный руководитель, руководитель группы аудиторов, аудиторы, руководители проверяемых структурных подразделений.

Руководитель группы аудиторов ведет вступительное совещание, на котором представляется группа аудиторов, излагаются цели и задачи внутреннего аудита, его объем, методы проведения, а также каналы взаимодействия между группой аудиторов и проверяемыми подразделениями. Группа аудиторов в соответствии с утвержденной датой и Планом проверяет деятельность подразделения и/или процесса.

В ходе аудита, используя различные методы сбора информации, внутренние аудиторы собирают свидетельства аудита, ведут записи своих наблюдений, точно фиксируя факты, указывающие на возможное несоответствие.

Аудит проводится путем сбора и анализа фактических данных и фиксирования записей (свидетельств аудита) в опросном листе. Форма **Опросного листа** для проведения внутреннего аудита в Учреждении приведена в **Приложении 5**.

В ходе проведения аудита группа аудиторов из Опросного листа выбирает вопросы, которые относятся к деятельности конкретного подразделения в соответствии с пунктами стандарта ISO 9001, представленными в плане проведения внутренних аудитов для этих подразделений. Записи заносятся в Опросный лист в колонку **«Подтверждения»**. Если вопрос аудитора не понятен, то необходимо его перефразировать в соответствии со спецификой проверяемого подразделения.

При проведении внутреннего аудита аудиторы обязаны руководствоваться требованиями к компетентности внутренних аудиторов, соблюдая принципы объективности и беспристрастности.

В ходе проведения проверки руководитель структурного подразделения должен предоставить аудиторам все необходимые запрашиваемые документы.

Проверка документации СМК и записей выполняется посредством определения соответствия фактического ведения документов в структурном подразделении установленным требованиям.

В процессе внутреннего аудита аудитор обязан периодически информировать руководителя проверяемого подразделения (направления деятельности, процесса) о ходе аудита.

Все выявленные несоответствия (уже возникшие или потенциальные, которые могут возникнуть), независимо от их категории (значительные или незначительные) являются несоответствиями. Несоответствие может быть устранено в ходе проверки, в этом случае

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.16 из 54

аудитор его не фиксирует.

Данные, выявленные в ходе аудита, всесторонне анализируются относительно целей, критериев аудита, при необходимости запрашиваются дополнительные материалы. Если после совместного обсуждения с членами группы, руководитель группы аудиторов приходит к выводу, что имеет место несоответствие, оформляется Акт о несоответствии/наблюдении (в акте слово «наблюдение» зачеркивается). Форма Акта о несоответствии/наблюдении приведена в **Приложении 6**.

В зависимости от величины отрицательного воздействия несоответствие может быть отнесено к категории значительных или незначительных.

а) Значительное несоответствие – систематическое невыполнение установленных требований или невыполнение требований, которое может значительно снизить качество услуги учреждения и удовлетворенность получателей социальных услуг.

Примеры значительных несоответствий:

- значительные несоответствия из предыдущих отчетов по внутренним и внешним аудитам учреждения. **Например:** (п.7.1.5.1. Часть средств измерений, необходимых для обеспечения действительных и надежных результатов, на момент проверки непригодна и др.);
- в Учреждении не выполняются требования к компетентности внутренних аудиторов;
- персоналом допускается систематическое неисполнение требований нормативных документов;
- несоответствия, обнаруженные при внутренних аудитах в Учреждении, не устраняются или повторяются при последующих аудитах и др.

б) Незначительное несоответствие – выявленный недостаток в работе при выполнении отдельных требований СМК (например, пункт главы Руководства по качеству) или выявленное единичное несоблюдение требований какого-либо нормативного документа Учреждения.

Примеры незначительных несоответствий:

- незначительные несоответствия из предыдущих отчетов по внутренним и внешним аудитам учреждения. **Например:** (п. 8.1. На момент проверки не представлены свидетельства по планированию, необходимые для выполнения требований к предоставлению услуг; п. 9.2.1: На момент проверки внутренние аудиты на соответствие требований ИСО 9001:2015 проведены не в полном объеме; п. 9.3.2: Представленный отчет о функционировании СМК не содержит входных и выходных данных, требуемых стандартом, например: изменение внутренних и внешних факторов, относящихся к СМК; оценка функционирования процессов проведена не по всем критериям, установленным в картах процессов; результативность действий, принятых в отношении рисков и возможностей и др.);
- имеются единичные случаи неисполнения в учреждении отдельных требований нормативных документов, применимых в деятельности Учреждения;

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.17 из 54

- в нормативный документ, разработанный учреждением, не внесены соответствующие изменения после изменения практики работы учреждения, описанной в данном документе и др.

Наблюдения оформляются в виде Акта о несоответствии/наблюдении, (при этом зачеркивается слово «несоответствие» и 3,4,5 части акта не заполняются). Форма Акта о несоответствии/наблюдении приведена в Приложении 6.

Наблюдение – зарегистрированное объективное свидетельство аудита, указывающее на возможные области возникновения несоответствия или на возможные области улучшения СМК.

Примеры наблюдений:

- наблюдения из предыдущих отчетов по внутренним и внешним аудитам Учреждения.

Например: (на момент проверки в палате при визуальном осмотре наблюдалась недостаточная освещенность помещения; часть представленных должностных инструкций не содержат дат ознакомления; План эвакуации не обновлен с учетом расположения огнетушителей; в группах не ведутся журналы температурного режима, что не позволяет оценить соответствие или несоответствие воздушно-теплого режима установленным параметрам и др.).

После обсуждения выявленных несоответствий с руководителями проверяемых подразделений Учреждения руководитель группы аудиторов документирует итоги аудита в Акте проведения внутреннего аудита СМК, в котором суммируются несоответствия с учетом их значимости для СМК и делается вывод о соответствии деятельности проверяемых подразделений Учреждения в рамках СМК требованиям стандартов, Политике, нормативным документам и запланированным мероприятиям и др. Акт о проведении внутреннего аудита СМК в части 3 включает в себя отчет об аудите. Форма Акта проведения внутреннего аудита СМК приведена в Приложении 7.

Управление деятельностью Учреждения признается результативным при отсутствии значительных несоответствий или при наличии менее 10 незначительных несоответствий.

Управление деятельностью Учреждения признается неэффективным при наличии минимум одного значительного несоответствия или 10 и более незначительных несоответствий.

Согласие с результатами аудита подтверждается подписями руководителя группы аудиторов и руководителей проверяемых подразделений в Акте проведения внутреннего аудита СМК. Акт проведения внутреннего аудита СМК направляется для согласования ответственному руководителю.

Завершается внутренний аудит проведением заключительного совещания с использованием Плана для проведения заключительного совещания, на котором излагаются результаты аудита и намечаются действия и планы после аудита. Форма Плана для проведения заключительного совещания приведена в Приложении 8.

10. **Оформление результатов внутреннего аудита**

Согласие с результатами аудита подтверждается подписями руководителя группы аудиторов и руководителей проверяемых подразделений в Акте проведения внутреннего аудита СМК. Акт проведения внутреннего аудита СМК направляется для согласования ответственному руководителю.

Каждому Акту проведения внутреннего аудита СМК (**Приложение 7**) присваивается идентификационный номер.

Актам о несоответствии/наблюдении (**Приложение 6**), выявленным в ходе конкретного внутреннего аудита также присваиваются идентификационные номера.

Результаты внутреннего аудита СМК Учреждения оформляются следующими документами:

- a) План внутреннего аудита СМК (**Приложение 3**);
- b) Акт проведения внутреннего аудита СМК (**Приложение 7**);
- c) Акты о несоответствии/наблюдении (**Приложение 6**);
- d) заполненный Опросный лист (**Приложение 5**).

Руководитель группы аудиторов составляет подробный годовой Сводный Отчет о внутреннем аудите СМК Учреждения, Форма **Сводного отчета о внутреннем аудите СМК** приведена в **Приложении 9**.

Сводный отчет о внутреннем аудите СМК направляется для рассмотрения ответственному руководителю.

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023

Экземпляр № ____

стр.19 из 54

11. Деятельность после внутреннего аудита

Руководитель группы аудиторов направляет руководителям проверенных подразделений Акт проведения внутреннего аудита СМК, Акты о несоответствиях/наблюдениях для анализа причин возникновения несоответствий и выработки корректирующих действий в соответствии с Методическими рекомендациями для Учреждения «Управление несоответствиями и корректирующим действиями в СМК и СМ СО», а также для доведения до заинтересованных лиц.

Сводный Отчет о внутреннем аудите СМК направляется в проверенные подразделения для дальнейшего анализа и разработки мероприятий по улучшению.

Руководители проверенных подразделений в течение 10 рабочих дней направляют на согласование Руководителю группы аудиторов и ответственному руководителю Планы корректирующих мероприятий по устранению несоответствий для анализа и оценки полноты и адекватности. Форма **Плана корректирующих мероприятий по устранению несоответствий** приведена в **Приложении 10**.

Ответственный руководитель после согласования информирует руководителей проверенных подразделений о том, что меры коррекции, корректирующие действия, а также, где применимо, мероприятия по улучшению, разработанные в результате анализа Сводного отчета о внутренних аудитах СМК, Акта проведения внутреннего аудита СМК, Актов о несоответствии и наблюдении, приняты и утверждены.

Подтверждением устранения несоответствия является предъявление Руководителю группы аудиторов документальных или иных свидетельств выполнения запланированных мероприятий в проверенных подразделениях. Руководитель группы принимает решение о результативности корректирующих действий и в положительном случае подтверждает закрытие несоответствия в Акте о несоответствии/наблюдении своей подписью. Результативность корректирующих мероприятий оценивается при последующих внутренних аудитах СМК. Акт считается незакрытым до момента удовлетворительной оценки корректирующих мероприятий и подписания его Руководителем группы аудиторов.

Руководитель группы аудиторов на основании Планов корректирующих мероприятий, полученных от руководителей проверяемых подразделений, готовит сводный План корректирующих мероприятий по всем внутренним аудитам СМК, которые проводились согласно Программе внутренних аудитов СМК. Форма **Плана корректирующих мероприятий** приведена в **Приложении 10**.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.20 из 54**

12. Хранение отчетных документов

Учреждения размещают в информационную систему «Социальное обслуживание населения» (ИС СОН) копии документов (*Программы внутренних аудитов СМК, Приказ о проведении внутреннего аудита СМК, План внутреннего аудита СМК, Акт проведения внутреннего аудита СМК, Сводной отчет о внутреннем аудите СМК, План корректирующих мероприятий*) в электронном виде, для Министерства социальной политики Свердловской области.

Записи по внутренним аудитам хранятся не менее трех лет. Ответственность за хранение отчетных документов и дополнительных отчетов несет ответственный руководитель.

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023

Экземпляр № ____

стр.21 из 54

13. Анализ данных и измерение процесса

Ответственный руководитель осуществляет контроль процесса внутренних аудитов на всех его этапах через проверку выполнения Программы внутреннего аудита СМК, проверку отчетных документов и т. д.

Оценка результативности внутренних аудитов проводится на уровне СМК Учреждения ответственным руководителем и фиксируется в документе Протокол Анализа СМК со стороны руководства Учреждения.

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.22 из 54

14. Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита

Важным моментом при подготовке проведения внутреннего аудита является оценка риска аудитора.

Аудиторский риск — это субъективно установленный уровень риска, который готов взять на себя аудитор.

Мониторинг рисков осуществляется ответственным руководителем на совещании совместно с заместителями директора на этапе планирования внутреннего аудита. Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита приведено в **таблице 3**.

Таблица 3 - Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита

Риск	Последствия	Условия появления	Корректирующие действия (разрешение)	Предупреждающие действия (предотвращение)
Изменение внешних требований к проверяемому объекту.	Критерии оценки не соответствуют требованиям.	Изменение нормативной документации.	Изменение критериев оценки.	-
Изменение внутренней структуры Учреждения.	Невозможно провести запланированный аудит.	Включённые в план аудита подразделения реорганизованы.	Корректировка плана работы по внутренним аудитам.	-
Процесс изучен/проконтролирован не в полной мере.	Дана неверная (неполноценная) оценка объекта аудита.	Некомпетентность членов группы аудита.	- Обучение аудиторов. - Инструктаж перед проверкой.	Обучение и инструктаж аудиторов перед проведением аудита.
		Критерии оценивания не позволяют осуществить полноценную проверку.	Доработка перечня критериев оценивания.	Актуализация перечня критериев оценивания в соответствии с изменениями в процессе.
Уклонение (препятствование) от проведения	Невозможность проведения аудита на	Не ясны цели и задачи аудита.	Разъяснение целей и задач.	Вступительная беседа.
		Неготовность подразделения к	Перенос даты проведения	Предварительное информирование о

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.23 из 54

аудита.	месте.	проверке.	аудита.	проведении аудита (на год и текущее).
Не объективно сть оценки объекта аудита.	Необъекти вность принимаем ых управленче ских решений.	Не все несоответствия выявлены и задокументированы.	- Корректировка отчетных документов. - Повторный аудит.	Обучение и инструктаж аудиторов перед проведением аудита.
		Аудитор заинтересованное лицо.	Замена членов группы по аудиту.	Проверка на непричастность аудиторов к деятельности подразделения.

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.24 из 54

Приложение 1. Программа внутренних аудитов по системе менеджмента качества (СМК)

Программа внутренних аудитов по системе менеджмента качества (СМК) государственного автономного учреждения социального обслуживания Свердловской области «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям» на ____ год

УТВЕРЖДАЮ

Директор государственного автономного учреждения
социального обслуживания населения Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»

Лалетина С.Я.
« ____ » _____ 2023 г.

№ п/п	Проверяемые объекты (подразделения, должностные лица, процессы)	Сроки проведения аудитов	Ответственное за объект проверки лицо	Руководитель группы аудиторов. Аудиторы	Номер Акта проведения внутреннего аудита СМК	Отметка о проведенном аудите (дата, подпись руководителя группы аудиторов)

Программу разработал: ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО _____ Болдышева С.А.
(подпись/Ф.И.О.)

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № стр.25 из 54

Программа внутренних аудитов по системе менеджмента качества (СМК) государственного автономного учреждения социального обслуживания Свердловской области «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям» на ____ год

Директор государственного автономного учреждения
социального обслуживания населения Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»

_____ Лалетина С.Я.
« » 2023 г.

№ п/п	Проверяемые объекты (подразделения, должностные лица, процессы)	Сроки проведения аудитов	Ответственное за объект проверки лицо	Руководитель группы аудиторов. Аудиторы	Номер Акта проведения внутреннего аудита СМК	Отметка о проведенном аудите <i>(дата, подпись руководителя группы аудиторов)</i>
I кв. Работа по улучшениям по результатам внутренних и внешнего аудитов (раздел 10 стандарта ISO 9001).						
1.					
2.					
3.					
II - III кв. Аудиты по подразделениям/по процессам.						

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.26 из 54

№ п/п	Проверяемые объекты (подразделения, должностные лица, процессы)	Сроки проведения аудитов	Ответственное за объект проверки лицо	Руководитель группы аудиторов. Аудиторы	Номер Акта проведения внутреннего аудита СМК	Отметка о проведенном аудите <i>(дата, подпись руководителя группы аудиторов)</i>
1	Проверяемые подразделения и должностные лица: 1) Директор; 2) Бухгалтерский учёт и финансово-экономическая деятельность; 3) Комплектование и учёт кадров; 4) Материально-техническое снабжение	05-09.04 05.04 06.04 07 - 08.04 09.04 06.04 – 09.04	Ф.И.О. Ф.И.О. Ф.И.О. Ф.И.О.	Руководитель группы аудиторов: Ф.И.О. _____ Аудиторы: 1) Ф.И.О. 2) Ф.И.О. 3) Ф.И.О.	№ 555 №.....	09.04 Ф.И.О. Подпись

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.27 из 54

№ п/п	Проверяемые объекты (подразделения, должностные лица, процессы)	Сроки проведения аудитов	Ответственное за объект проверки лицо	Руководитель группы аудиторов. Аудиторы	Номер Акта проведения внутреннего аудита СМК	Отметка о проведенном аудите <i>(дата, подпись руководителя группы аудиторов)</i>
п	Процесс оказания соц. услуг: 1) этап Отделение сопровождения замещающих семей 2) этап Отделение социальной реабилитации (Временный приют) 3) этап ... Подразделение...	05-08.07 05.07 06.07 07-08.07	 Ф.И.О. Ф.И.О. Ф.И.О.	Руководитель группы аудиторов: Ф.И.О. Аудиторы: 1) Ф.И.О. 2) Ф.И.О. 3) Ф.И.О.	№558 №.....	08.07. Ф.И.О. Подпись
<p style="text-align: center;">IV кв. Подготовка и прохождение внешнего аудита СМК. Планирование аудитов на следующий год</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>						

Программу разработал: ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО _____ Болдышева С.А.
(подпись/Ф.И.О.)

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.28 из 54

Приложение 2. Приказ о проведении внутреннего аудита СМК

ПРИКАЗ

09.01.2023г.

№ ____

г. Ирбит

О проведении внутреннего аудита
системы менеджмента качества

В соответствии с Программой проведения внутренних аудитов СМК на 2023г.,-

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Провести внутренний аудит системы менеджмента качества в период с «____» _____ 202_ г. по «____» _____ 202_ г.
2. Назначить группу аудиторов в следующем составе:
 - 2.1. _____ (должность Ф.И.О.);
 - 2.2. _____ (должность Ф.И.О.);
 - 2.3. _____ (должность Ф.И.О.).
3. Назначить руководителем группы внутренних аудиторов _____ (должность Ф.И.О.);
4. Ответственному руководителю за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО обеспечить выделение необходимых ресурсов.
5. Руководителям проверяемых подразделений обеспечить условия для выполнения плана внутреннего аудита согласно документированной информации «Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества».
6. _____ (должность Ф.И.О.) разместить в программе ИС СОН отчет о проведении внутреннего аудита СМК.
7. Аудит проводить в соответствии с утвержденным Планом внутреннего аудита СМК № ____.
8. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Директор

С.Я. Лалетина

Ознакомлен(а):

«____» _____ 2023г

_____ Ф.И.О.

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № _____ стр.29 из 54

[illegible]

Приложение 3. План внутреннего аудита СМК. Приложение к плану

УТВЕРЖДАЮ
Ответственный руководитель за
поддержание в рабочем
состоянии СМК и СМ СО
_____. Ф.И.О.
« ____ » _____ г.

**ПЛАН
внутреннего аудита СМК**

(указать название учреждения)

1. Сроки проведения внутреннего аудита СМК: с _____ по _____.
 2. Место проведения внутреннего аудита: административные и производственные подразделения, включая, удаленные и временные (посещаемые в ходе аудита) площадки, адреса: _____.
 3. Цель работ **(примеры)**:
 - *проверка соответствия СМК требованиям стандарта ISO 9001, внутренних нормативных документов, целям и задачам Политики в области качества, запланированным мероприятиям;*
 - *оценка способности СМК обеспечивать соответствие применимым законодательным, нормативным и контрактным требованиям;*
 - *оценка результативности СМК для обеспечения уверенности в том, что поставленные цели могут быть достигнуты.*
 - *идентификация областей для возможного улучшения СМК.*
 4. Объем проверки включает аудит адекватности документированной информации и аудит соответствия процессов и элементов СМК, за организацию и обеспечение которых проверяемые подразделения несут ответственность или принимают участие. Объем проверки определен Приложением 1.
 5. Члены группы аудита:
 - руководитель группы аудиторов - _____
 - аудиторы - _____.
 6. Ответственность за достижение цели аудита и выполнение работ в объеме, указанном в п.3, несет Руководитель группы аудиторов.
 7. Отчет по выполненным работам с актами по результатам аудита направляются:
 - Ответственному руководителю за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО;
- Руководителям проверяемых подразделений в срок до _____

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.31 из 54**

8. По выявленным несоответствиям должен быть проведен анализ причин, разработаны необходимые меры коррекции, корректирующие и предупреждающие действия и установлены сроки устранения несоответствий. Информация о запланированных коррекциях и корректирующих действиях должна быть предоставлена Руководителю группы аудиторов в срок до _____.

Руководитель группы аудиторов _____ (подпись/Ф.И.О.)

Руководители проверяемых подразделений _____ (подпись/Ф.И.О.)

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.32 из 54

Приложение к плану внутреннего аудита СМК

№ п/п	Время	Мероприятие	Проверяемые объекты (подразделения, должностные лица, процессы) (указать Ф.И.О. представителя)	Пункт стандарта ISO 9001 (указать номер и название пункта)	Ф.И.О. аудиторов
1-й день проверки (дата)					
1		Вступительное совещание			
2		Анализ документации			
		Проверка соответствия (включает проверку документированной информации, опрос, проверку на местах)			
		Перерыв			
		Проверка соответствия			
n		Анализ результатов 1-го дня проверки			
n-й день проверки (дата)					
1		Проверка соответствия			
		Перерыв			
		Проверка соответствия			
n		Оформление результатов проверки			
n		Заключительное совещание			

Приложение 4. План для проведения вступительного совещания

**План для проведения
вступительного совещания**

Руководитель группы аудиторов:

1. Представил состав группы аудиторов.
2. Информировал присутствующих о причине, цели, объеме и сроках аудита, а также методах, которые будут использоваться внутренними аудиторами в процессе проведения внутреннего аудита.
3. Напомнил присутствующим о критериях аудита.
4. Представил и согласовал план внутреннего аудита СМК.
5. Определил необходимость и согласовал порядок доступа внутренних аудиторов к документации СМК Учреждения.
6. Информировал о требованиях к регистрации и оформлению несоответствий и критериях их классификации.
7. Информировал о роли лиц, сопровождающих аудиторов во время аудита.
8. Согласовал периодичность и время совместных совещаний группы внутренних аудиторов и представителей проверяемых подразделений.
9. Подтвердил наличие ресурсов и оборудования, необходимых группе внутренних аудиторов.
10. Объяснил необходимость заключительного совещания и согласовал дату и время его проведения.
11. Передал ответственному руководителю согласованный план внутреннего аудита СМК.
12. Дал ответы на все интересующие вопросы присутствующих.

**Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ
СО:**

1. Информировал группу внутренних аудиторов о готовности проверяемых подразделений к проверке СМК.

РЕШЕНИЕ: Считать план проверки согласованным.

№ п/п	Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.34 из 54

Приложение 5. Опросный лист для проведения внутренних аудитов в Учреждении на соответствие требованиям стандарта ИСО 9001:2015

**Опросный лист для проведения внутренних аудитов в Учреждении в соответствии с требованиями стандарта ISO 9001:2015
(для использования в опросном (контрольном) листе))**

№	Пункт ISO 9001	ВОПРОСЫ	ПОТВЕРЖДЕНИЯ
4.1 Понимание организации и её организационной среды			
1.	4.1	Определены ли внешние и внутренние факторы, относящиеся к ее намерениям и стратегическому направлению деятельности?	
2.	4.1	Осуществляет ли в Учреждении мониторинг и анализ информации, касающейся этих внешних и внутренних факторов?	
4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон			
3.	4.2	Определены ли заинтересованные стороны и их требования, относящиеся к СМК?	
4.	4.2	Осуществляет ли Учреждение мониторинг и анализ информации об этих заинтересованных сторонах и их требованиях?	
4.3 Определение области применения системы менеджмента качества			
5.	4.3	Определены ли границы и применимость СМК?	
6.	4.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии документированная информация об области применения СМК в Учреждении?	
7.	4.3	Приняты ли при определении области применения СМК в Учреждении во внимание: <ul style="list-style-type: none">• внешние и внутренние факторы (требование п. 4.1)?• требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?• продукция и услуги Учреждения?	
4.4 Система менеджмента качества и её процессы			
8.	4.4	Определены ли процессы, необходимые для системы менеджмента качества (СМК) и их взаимодействие?	

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.35 из 54

9.	4.4	Определены ли: <ul style="list-style-type: none">• требуемые входы и ожидаемые выходы процессов?• последовательность и взаимодействие процессов?• критерии, методы, включая измерения и связанные с ними индикаторы, необходимые для обеспечения результативного функционирования и управления процессами?• необходимые ресурсы и их доступность?• ответственность и полномочия для процессов?• риски и возможности (требование п. 6.1)?• методы мониторинга, измерений, оценки процессов (где это применимо) и внесения изменений в процессы?• возможности для улучшения процессов и СМК?	
10.	4.4	Сохраняется ли документированная информация о процессах СМК?	
5.1 Лидерство и приверженность			
5.2 Политика в области качества			
5.3 Организационные роли, ответственность и полномочия			
11.	5.1.1	Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства в отношении СМК?	
12.	5.1.2	Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства относительно ориентации на потребителя?	
13.	5.2.1	Соответствует ли политика в области качества намерениям Учреждения и её организационной среде?	
14.	5.2.2	Доступна ли политика в области качества в виде документированной информации?	
15.	5.2.2	Имеются ли доказательства, что политика в области качества доступна для соответствующих заинтересованных сторон?	
16.	5.3	Проведено ли распределение ответственности, полномочий в рамках СМК?	
6.1 Действия в отношении рисков и возможностей			
6.2 Цели в области качества и планирование для их достижения			
6.3 Планирование изменений			
17.	6.1.1	Учитываются ли при планировании СМК внешние и внутренние аспекты (требование п. 4.1) и требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?	
18.	6.1.2	Осуществляется ли в Учреждении планирование: <ul style="list-style-type: none">• действий по обращению с рисками и возможностями и способов их осуществления в рамках процессов СМК?• способов оценки результативности этих действий?	

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.36 из 54

19.	6.2.1	Оформлены ли цели в области качества в виде документированной информации?	
20.	6.2.1	Согласуются ли цели в области качества с политикой в области качества?	
21.	6.2.1	Являются ли цели в области качества измеримыми?	
22.	6.2.1	Обеспечено ли доведение целей в области качества до сведения персонала Учреждения?	
23.	6.2.2	Определяются ли при планировании целей в области качества: <ul style="list-style-type: none"> • действия по выполнению? • необходимые ресурсы? • ответственные лица? • сроки выполнения? • методы оценки результатов достижения? 	
24.	6.3	Учитываются ли при планировании и внедрении изменений в СМК цели изменений и любые потенциальные последствия?	
25.	6.3	Обеспечена ли доступность ресурсов для внедрения изменений?	
26.	6.3	Обеспечено ли распределение и перераспределение ответственности и полномочий при планировании и внедрении изменений?	
7.1 Ресурсы			
27.	7.1.1	Выделены ли необходимые ресурсы для разработки, внедрения и постоянного улучшения СМК?	
28.	7.1.2	Обеспечены ли Учреждения всем необходимым персоналом для результативного функционирования СМК и процессов?	
29.	7.1.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии инфраструктура, необходимая для функционирования процессов в целях достижения соответствия услуг?	
30.	7.1.4	Управляет ли Учреждение факторами среды, необходимой для функционирования процессов в целях достижения соответствия услуг?	
31.	7.1.5	Определены ли ресурсы, необходимые для обеспечения действительных и надежных результатов мониторинга и измерений?	
32.	7.1.5	Сохраняется ли документированная информация, свидетельствующая о соответствии ресурсов для мониторинга и измерений их назначению?	
33.	7.1.5	Поверены (откалиброваны) ли средства измерений через установленные периоды или перед применением в соответствии с национальными или международными стандартами?	
34.	7.1.5	Зарегистрирована/задокументирована ли база для поверки/калибровки в случае отсутствия таких стандартов?	
35.	7.1.5	Защищены ли средства измерений и испытательное оборудование от регулировок, повреждения и ухудшения состояния, которые могли бы сделать недействительным статус калибровки и последующие результаты измерений?	

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.37 из 54

36.	7.1.6	Определило ли Учреждение и поддерживает в рабочем состоянии организационные знания, необходимые для функционирования процессов и достижения соответствия продукции и услуг?	
37.	7.1.6	Управляет ли Учреждение текущими знаниями и определяет ли потребность в получении дополнительных знаний?	
7.2 Компетентность			
7.3 Осведомленность			
7.4 Коммуникации			
38.	7.2	Установлены ли требования к необходимой квалификации и компетентности персонала, выполняющего работу, находящуюся под управлением Учреждения, которые оказывают влияние на функционирование и результативность СМК?	
39.	7.2	Определены ли для персонала требования к: <ul style="list-style-type: none"> • образованию? • подготовке? • практическому опыту? 	
40.	7.2	Определена ли потребность в подготовке и повышении квалификации персонала?	
41.	7.2	Проводится ли оценка результативности проводимой подготовки и повышения квалификации?	
42.	7.2	Сохраняется ли документированная информация о соответствующем образовании, подготовке и опыте персонала?	
43.	7.3	Осведомлен ли персонал о: <ul style="list-style-type: none"> • политике в области качества? • целях в области качества? • своем вкладе в результативность СМК, включая пользу от улучшения результатов деятельности? • последствиях несоблюдения требований СМК? 	
44.	7.4	Определена ли Учреждением потребность во внешнем и внутреннем обмен информации, относящихся к СМК?	
7.5 Документированная информация			
45.	7.5.1	Включена ли в СМК вся необходимая документированная информация СМК?	
46.	7.5.2	Определена ли система идентификации и описания документированной информации?	
47.	7.5.2	Определен ли формат и носитель?	
48.	7.5.2	Обеспечен ли анализ и одобрение документированной информации при её разработке и актуализации на пригодность и адекватность?	
49.	7.5.3	Обеспечена ли доступность документированной информации для пользователей, где и когда она необходима?	

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.38 из 54

50.	7.5.3	Обеспечена ли защита документированной информации от несоблюдения конфиденциальности, неподходящего использования, потери целостности?	
51.	7.5.3	Установлен ли порядок: <ul style="list-style-type: none"> • распределения, обеспечения доступа, обеспечения поиска/восстановления и использования документированной информации? • хранения и сохранности, включая сохранение разборчивости, документированной информации? • управления изменениями документированной информации? • сохранения и изъятия документированной документации? 	
8.1 Планирование и управление операциями			
52.	8.1	Осуществляет ли Учреждение планирование, внедрение и управление процессами, необходимыми для выполнения требований к предоставлению услуг?	
53.	8.1	Определяются ли при планировании предоставления услуг: <ul style="list-style-type: none"> • требования к услугам? • критерии для процессов и для приемки услуг? • ресурсы, необходимые для достижения соответствия требованиям к услугам? • внедрение управления процессами в соответствии с установленными критериями? • необходимая документированная информация? 	
54.	8.1	Имеются ли выходные данные планирования?	
8.2 Определение требований к продукции услугам			
55.	8.2.1	Определило ли Учреждение порядок связи с потребителями?	
56.	8.2.1	Охватывает ли связь с потребителем вопросы, касающиеся: <ul style="list-style-type: none"> • информации об услугах? • обработки запросов, контрактов или заказов, включая их изменения? • получения отзывов об услугах, включая претензии? • управления или обращения с собственностью потребителей (если применимо)? • особых требований для действий в непредвиденных обстоятельствах (где применимо)? 	
57.	8.2.2	Определяются ли Учреждением: <ul style="list-style-type: none"> • требования к услугам (включая признанные необходимыми самим Учреждением)? • применимые законодательные и регулирующие требования, относящиеся к услугам? 	

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № __ стр.39 из 54

58.	8.2.3	Гарантирует ли процесс анализа то, что: <ul style="list-style-type: none">• требования, установленные потребителем, включая деятельность по поставке и после поставки, определены?• требования, не установленные потребителями, но необходимые для конкретного или предполагаемого использования потребителем, определены?• дополнительные законодательные и регулирующие требования, применимые к услугам, определены?• контрактные требования или требования заказа, отличающиеся от ранее сформулированных, согласованы?	
59.	8.2.3	Сохраняется ли документированная информация о результатах анализа?	
60.	8.2.4	Актуализируется ли документированная информация при изменении требований к услугам?	
8.3 Проектирование и разработка продукции и услуг			
61.	8.3.1	Разработан, внедрен и поддерживается ли в рабочем состоянии процесс проектирования и разработки?	
62.	8.3.2	Учитываются ли при определении этапов проектирования и разработки и методов управления: <ul style="list-style-type: none">• характер, длительность и сложность деятельности по проектированию и разработке?• требуемые стадии процесса, включая анализ проектирования и разработки?• действия в отношении верификации и валидации? ответственность и полномочия?• необходимые внутренние и внешние ресурсы?• необходимость в управлении взаимодействиями между различными сторонами в процессе проектирования?• необходимость во вовлечении потребителя и пользователей в процесс проектирования?• требования для последующего предоставления услуг?• уровень управления процессом проектирования и разработки, ожидаемый потребителями и другими заинтересованными сторонами?• необходимая документированная информация по процессу проектирования?	
63.	8.3.3	Учтены ли при определении входных данных: <ul style="list-style-type: none">• функциональные и эксплуатационные требования?• информацию, полученную из предыдущей аналогичной деятельности по проектированию и разработке?• применимые законодательные и регулирующие требования?• стандарты или своды практик, которые Учреждение обязалась применять?• необходимые внутренние и внешние ресурсы?• потенциальные последствия отказов, связанных со свойствами продукции и услуг?	

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.40 из 54

64.	8.3.3	Проводится ли анализ входных данных на адекватность целям проектирования и разработки?	
65.	8.3.3	Сохраняется ли документированная информация по входным данным проектирования и разработки?	
66.	8.3.4	Гарантируют ли средства, применяемые для управления проектированием и разработкой, что: <ul style="list-style-type: none"> • результаты проектирования и разработки определены? • анализ проектирования и разработки проводится? • верификация проекта и разработки проводится? • валидация проекта и разработки проводится? • предпринимаются необходимые действия по проблемам, выявленным в ходе анализа, верификации и валидации? • сохраняется документированная информация по этим действиям? 	
67.	8.3.5	Обеспечено ли что выходные данные соответствуют входным данным?	
68.	8.3.5	Являются ли выходные данные достаточными для последующих процессов предоставления услуг?	
69.	8.3.5	Включают ли выходные данные требования к мониторингу, измерениям и критериям приемки или ссылки на них?	
70.	8.3.5	Сохраняется ли документированная информация по выходным данным?	
71.	8.3.6	Идентифицируются ли изменения во входных и выходных проекта и разработки в ходе проекта или впоследствии?	
72.	8.3.6	Анализируются ли изменения во входных и выходных проекта и разработки в объеме, обеспечивающем отсутствие нежелательного воздействия на соответствие требованиям?	
73.	8.3.6	Сохраняется ли документированная информация об изменениях в процессе проектирования и разработки?	
8.4 Управление продукцией и услугами, предоставляемыми извне			
74.	8.4.1	Предоставляются ли в Учреждение процессы, продукция или услуги извне?	
75.	8.4.1	Определены ли требования для управления процессами, продукцией и услугами, предоставляемыми внешними поставщиками в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> • продукция и услуги от внешних поставщиков предназначены для включения в состав продукции и услуги самим Учреждением? • продукция и услуги поставляются внешними поставщиками напрямую потребителю от имени Учреждения? • процесс или его часть выполняется внешним поставщиком по решению Учреждения? 	
76.	8.4.1	Определены и применяются ли критерии для оценки, выбора, мониторинга функционирования и повторной оценки внешних поставщиков?	
77.	8.4.1	Сохраняется ли документированная информация о об этих действиях?	

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.41 из 54

78.	8.4.2	Определены ли вид и степень управления, включая методы контроля, внешними поставками процессов, продукции и услуг?	
79.	8.4.2	Осуществляют ли Учреждения верификацию или другие виды деятельности в отношении процессов, продукции и услуг, предоставляемых извне?	
80.	8.4.3	Сообщает ли Учреждение внешним поставщикам требования: <ul style="list-style-type: none"> • к предоставляемым продукции, услугам и процессам? • по одобрению продукции, услуг; методов, процессов или оборудования; выпуску продукции и услуги? • к компетентности персонала? • по взаимодействию внешнего поставщика с Учреждением? • по управлению и мониторингу функционирования внешнего поставщика? • к деятельности по верификации или валидации на его территории? 	
81.	8.4.3	Проверяются ли установленные требования к внешнему поставщику на адекватность до их сообщения ему?	
8.5 Производство продукции и оказание услуг			
82.	8.5.1	Включают ли управляемые условия производства и оказания услуг: <ul style="list-style-type: none"> • доступность документированной информации, определяющей характеристики продукции и услуг или осуществляемой деятельности; • результаты, которые должны быть достигнуты? • доступность и применение подходящих ресурсов для мониторинга и измерений? • деятельность по мониторингу и измерениям на соответствующих этапах? • использование соответствующей инфраструктуры и среды? • назначение компетентного персонала, включая персонал с требуемой квалификацией? • валидацию и периодическую повторную валидацию способности любых процессов производства и оказания услуг достигать запланированных результатов в тех случаях, когда выходы не могут быть верифицированы посредством последовательного мониторинга и измерений? • предотвращение ошибок, связанных с человеческим фактором? • осуществление выпуска, поставки и действий после поставки? 	
83.	8.5.2	Осуществляется ли идентификация выходов процессов там, где необходимо обеспечить соответствие услуг?	
84.	8.5.2	Осуществляется ли идентификация статуса выходов процессов с учетом требований к мониторингу и измерениям в ходе всего оказания услуг?	

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.42 из 54

85.	8.5.2	Сохраняется ли документированная информация по идентификации выходов процессов для выполнения требований к прослеживаемости?	
86.	8.5.3	Обеспечивается ли сохранность собственности потребителя или внешнего поставщика, предоставленной для использования или включения в услуги?	
87.	8.5.3	Обеспечивается ли идентификация, верификация, сохранность и защита собственности потребителя или внешнего поставщика, предоставленной для использования или включения в услуги?	
88.	8.5.3	Извещается ли потребитель или внешний поставщик обо всех случаях, связанных с утратой, повреждением или признанием непригодной для использования собственности потребителя/внешнего поставщика?	
89.	8.5.4	Выполняются ли мероприятия по сохранению соответствия выходов процессов во время предоставления услуг?	
90.	8.5.5	Определило ли Учреждение, объем действий после поставки с учетом рассмотрения следующего: <ul style="list-style-type: none">• законодательные и нормативные требования?• потенциальные нежелательные последствия, связанные с ее продукцией и услугами?• характер использования и предполагаемый срок эксплуатации продукции и услуг?• требования потребителей, включая обратную связь?	
91.	8.5.6	Установлен и выполняется анализ и управление изменениями в предоставлении услуг необходимыми для обеспечения соответствия требованиям?	
92.	8.5.6	Сохраняется ли документированная информация о результатах анализа изменений, об одобрившем изменения персонале, о любых необходимых действиях?	
8.6 Выпуск продукции и услуг			
93.	8.6	Осуществляются ли на соответствующих этапах запланированные мероприятия с целью верификации соблюдения требований к услугам?	
94.	8.6	Осуществляются ли все запланированные мероприятия по верификации соответствия до момента выпуска услуг?	
95.	8.6	Сохраняются ли свидетельства соответствия критериям приемки?	
96.	8.6	Предоставляет ли документированная информация возможность проследить лицо, оказавшее услуги, поставляемой потребителю?	
8.7 Управление несоответствующими выходами процессов, продукции и услугами			
97.	8.7	Идентифицируются ли несоответствующие требованиям выходы процессов, услуги, с целью предотвращения их непреднамеренного использования?	
98.	8.7	Предпринимаются ли соответствующие действия к несоответствующим услугам, в том числе обнаруженным после ее оказания?	

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.43 из 54

99.	8.7	Осуществляются ли следующие действия с несоответствующими выходами, продукцией и услугами: <ul style="list-style-type: none"> • коррекция? • отделение, ограничение распространения, возврат, приостановка поставки? • информирование потребителя? • получение разрешения на отклонение? 	
100.	8.7	Подвергаются ли повторной верификации исправленные несоответствующие выходы процессов, продукции и услуги?	
101.	8.7	Сохраняется ли документированная информация о действиях, предпринятых с несоответствующими выходами процессов, продукции и услугами, включая <ul style="list-style-type: none"> • описание несоответствия? • описание предпринятых действий? • описание полученного разрешения на отклонение? • указание лица, принимавшего решение о действии в отношении несоответствия? 	
9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценка			
102.	9.1.1	Установлены ли в Учреждении требования к деятельности по мониторингу и измерениям?	
103.	9.1.1	Сохраняется документированная информация, свидетельствующая о выполнении требований по мониторингу и измерениям?	
104.	9.1.2	Проводится ли мониторинг информации, касающейся восприятием потребителями степени удовлетворения Учреждением их потребностей и ожиданий?	
105.	9.1.2	Определены ли методы получения и использования информации об удовлетворенности потребителей?	
106.	9.1.3	Проводится ли анализ и оценка данных и информации, получаемых в ходе мониторинга, измерений?	
9.2 Внутренний аудит			
107.	9.2.1	Проводятся ли внутренние аудиты СМК?	
108.	9.2.2	Проводятся ли внутренние аудиты СМК через запланированные интервалы времени?	
109.	9.2.2	Определены ли критерии и область применения аудитов?	
110.	9.2.2	Являются ли аудиторы объективными и беспристрастными?	
111.	9.2.2	Доводятся ли результаты аудитов до соответствующих руководителей?	
112.	9.2.2	Своевременно ли осуществляются коррекция и корректирующие действия по результатам аудитов?	

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.44 из 54

113.	9.2.2	Сохраняется ли документированная информация по результатам аудитов?	
9.3 Анализ со стороны руководства			
114.	9.3.1	Проводится ли периодический анализ СМК со стороны руководства?	
115.	9.3.2	Планируется и проводится ли анализ со стороны руководства с учетом: <ul style="list-style-type: none">• статуса выполнения мероприятий по результатам предыдущих анализов со стороны руководства?• изменившихся внешних и внутренних факторов, относящихся к СМК?• достаточности ресурсов, результативности действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей?• потенциальных возможностей для улучшения СМК?• информации о показателях работы и результативности СМК, включая удовлетворённость потребителей и обратная связь от других важных заинтересованных сторон?• степени достижения целей в области качества?• функционирование процессов и соответствие продукции и услуг?• несоответствия и корректирующие действия?• результаты мониторинга и измерений?• результаты аудитов?• результаты работы внешних поставщиков?	
116.	9.3.2	Включают ли выходные данные анализы со стороны руководства: <ul style="list-style-type: none">• действия по улучшения?• определение потребности в изменениях в СМК, включая потребность в ресурсах?	
117.	9.3.2	Сохраняется документированная информация о проведенных анализах со стороны руководства?	
10 Улучшение			
118.	10.1	Определяет ли Учреждение возможности для улучшения и осуществляет действия по улучшению, включая: <ul style="list-style-type: none">• улучшение продукции и услуг для удовлетворения требований, а также учета будущих потребностей и ожиданий?• коррекцию, предупреждению или снижение влияния нежелательных воздействий?• улучшение показателей работы и повышение результативности СМК?	
119.	10.2.1	Включает ли реагирование Учреждение на несоответствие: <ul style="list-style-type: none">• действия по контролю и коррекции несоответствий?• действия по устранению последствий, вызванных несоответствием?	

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»**

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.45 из 54

120.	10.2.1	Проводится ли: <ul style="list-style-type: none">• анализ несоответствия?• определение причин несоответствия?• определение наличия или возможности появления аналогичных несоответствий?• осуществление необходимых действий?• анализ результативности предпринятых действий?• актуализацию информации о рисках и возможностях, определенных при планировании?• внесение изменений в СМК, при необходимости?	
121.	10.2.1	Являются ли корректирующие действия соответствующими последствиям несоответствия?	
122.	10.2.2	Сохраняется ли документированная информация о выявленных несоответствиях, предпринимаемых действиях и результативности этих действий?	
123.	10.3	Имеются ли свидетельства постоянного улучшения пригодности, адекватности и результативности СМК?	
124.	10.3	Определяет ли Учреждение по результатам рассмотрения, что имеются ли потребности или возможности, требующие рассмотрения в качестве мер по постоянному улучшению?	

Опросный лист заполнил: Аудитор

(подпись/Ф.И.О.)

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № стр.46 из 54

Акт о несоответствии/ наблюдении и корректирующих действий по итогам внутреннего аудита СМК № _____ от _____

Часть 1					
Проверяемый объект (подразделение, должностное лицо, процесс):				Стандарт:	
Аудитор:		_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)		Дата _____ (день, месяц, год)	
Часть 2. Несоответствие/Наблюдение*					
				Градация: значительное <input type="checkbox"/> незначительное <input type="checkbox"/>	
				Пункт стандарта _____	
				Руководитель группы аудиторов _____ (подпись)	
				Руководитель проверяемого подразделения _____ (подпись)	
Часть 3. Причины несоответствия / Коррекция и корректирующие действия					
Причины несоответствия:				Предполагаемая дата выполнения _____ (день, месяц, год)	
Коррекция и корректирующие действия:				Руководитель проверяемого подразделения _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)	
Корректирующие действия приняты _____ (Ф.И.О.)				(подпись) Дата _____ (день, месяц, год)	
Часть 4. Подтверждение устранения несоответствия					
Корректирующее действие результативно: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>				Дата _____ (день, месяц, год)	
Аудитор _____ (Фамилия, И.О.)				_____ (подпись)	

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.47 из 54

Приложение 7. Акт проведения внутреннего аудита СМК

АКТ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК № _____

Часть 1			
Проверяемые подразделения/процессы:			
Руководители проверяемых подразделений/процессов:			
Руководитель группы аудиторов:			
Аудиторы:			
Сроки аудита:			
Часть 2. Объем аудита: Удостоверение в том, что деятельность проверяемых подразделений, процессов удовлетворяет применимым требованиям			
Стандарта:			
Нормативных документов, применимых в деятельности проверяемых подразделений:			
Часть 3. Отчет об аудите			
Количество выявленных несоответствий:		Номера Актов о несоответствиях:	
в том числе значительных:			
в том числе незначительных:			
Количество выявленных наблюдений:		Номера Актов о наблюдениях:	
Рекомендации руководителя группы аудиторов: <i>Руководителям проверенных подразделений подготовить План корректирующих мероприятий по устранению несоответствий, выявленных в ходе проведения внутреннего аудита СМК (пример, далее убрать)</i>			
Система менеджмента качества результативна: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>			
Руководитель группы аудиторов	_____ (подпись)	Руководители проверяемых подразделений	_____ (подпись) _____ (подпись)
Примечание (предложения по улучшениям, положительные практики в подразделении и др.):			

ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № _____

[illegible]

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.49 из 54

Приложение 9. Сводный отчёт по внутренним аудитам СМК

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ за ____ год
по внутренним аудитам СМК

УТВЕРЖДАЮ
Ответственный руководитель за
поддержание в рабочем
состоянии СМК и СМ СО
_____. Ф.И.О.
« ____ » _____ г.

Согласно утвержденной Программе внутренних аудитов СМК на 20__ год в период _____ (II-III кварталов) было проведено ____ внутренних аудитов СМК по подразделениям (процессам), оформлены Акты проведения внутреннего аудита СМК.

По результатам проведенных внутренних аудитов оформлены Акты о несоответствиях и наблюдениях в количестве _____. (смотреть часть 3 Актов проведения внутреннего аудита СМК)

Сведения о выявленных несоответствиях и наблюдениях приведены в таблице:

Количество выявленных несоответствий:	_____	Номера Актов о несоответствиях:
в том числе значительных:	_____	
в том числе незначительных:	_____	
Количество выявленных наблюдений:	_____	Номера Актов о наблюдениях:
Рекомендации руководителя группы аудиторов:		
Система менеджмента качества результативна: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		
Примечание (предложения по улучшениям, положительные практики в подразделениях и др.):		

**государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.50 из 54**

Сводный отчет по внутренним аудитам СМК учреждения подготовил:

Руководитель группы аудиторов _____
(подпись/Ф.И.О.)

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № ____ стр.51 из 54

Приложение 10. План корректирующих мероприятий по устранению несоответствий

План
корректирующих мероприятий по устранению несоответствий,
выявленных в ходе проведения внутреннего аудита СМК № _____

№ п/п	Краткое содержание несоответствия	Причина несоответствия	Коррекция Корректирующее действие	Ответственный за выполнение	Срок выполнения	Свидетельства выполнения
1.						
2.						
...						
n						

План подготовил:

Руководитель проверенного подразделения

(подпись/Ф.И.О.)

государственное автономное учреждение
социального обслуживания Свердловской области
«Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов системы менеджмента
качества»
ДИ Р ВА СМК– 02-2023 Экземпляр № __ стр.52 из 54

Лист согласования

Заместитель директора	 Подпись	<u>01.02.2023г.</u> Дата	С.А.Болдышева
Главный бухгалтер	 Подпись	<u>01.02.2023</u> Дата	Н.Г.Машковцева
Юрисконсульт	 Подпись	<u>01.02.2023г.</u> Дата	А.В.Игнатьев

Экземпляр № _____ стр.53 из 54

Лист регистрации изменений

№ из- ме- не- ния	Номера листов (страниц)			№ документа- основания	Подпись	Дата	Срок введения изменения
	замене- нных	новых	аннули- рованных				

ДИ Р ВА СМК– 02-2018

Экземпляр №

Лист рассылки и ознакомления

[illegible]