



Внутренние аудиты

СМК ИЯИ РАН И-07

Издание 1

Лист 1



УТВЕРЖДАЮ
И.О. Директора ИЯИ РАН

М.В. Либанов
2026 г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ИНСТРУКЦИЯ Внутренние аудиты СМК ИЯИ РАН И-07

Дата введения: "14" мая 2026

Москва
2026 г.

	<p style="text-align: center;">Внутренние аудиты</p>	<p>СМК ИЯИ РАН И-07</p>
		<p>Издание 1</p>
		<p>Лист 2</p>

1 Область применения

Требования настоящей инструкции обязательны для применения руководством Института, владельцами процессов, руководителями всех структурных подразделений.

Выполнение требований настоящей инструкции обеспечивает реализацию требований п. 9.2.1 ГОСТ Р ИСО 9000-2015

2 Ответственность

Контроль исполнения настоящего положения осуществляет Представитель дирекции по качеству. Ответственным за результативность, эффективность и за обеспечение ресурсами для ведения деятельности по проведению внутренних аудитов СМК является Представитель дирекции по качеству.

Ответственность за управление годовым планом аудитов, хранение материалов по проведенным аудитам и оценивание результативности процедуры внутреннего аудита возлагается Представителя дирекции по качеству.

Ответственность за подготовку и проведение аудитов возлагается на представителя дирекции по качеству.

Ответственность за сбор свидетельств аудита возлагается на представителя дирекции по качеству.

3 Описание организации работ

Основными задачами внутреннего аудита являются:

- подтверждение соответствия деятельности и ее результатов в СМК установленным требованиям;
- подтверждение достижения целей в области качества;
- подтверждение устранения несоответствий в СМК и выполнения корректирующих и предупреждающих действий;
- выявление возможности улучшений.

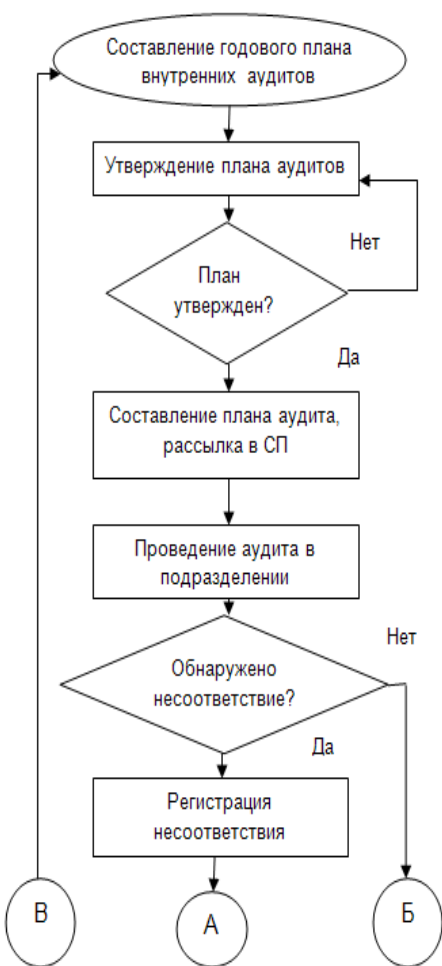
Внутренний аудит проводят сотрудники Института, прошедшие обучение и назначенные приказом директора, которым официально присвоено звание аудитора.

3.1 Сбор информации

Порядок выполнения деятельности представлен в таблице 1.

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата

Таблица 1

Алгоритм	Выход из операции	Ответственный исполнитель	Ссылки
1	2	3	4
	<p>Проект годового плана аудита</p> <p>Утвержденный годовой план</p> <p>План внутреннего аудита</p> <p>Данные внутреннего аудита</p> <p>Принятие решения</p> <p>Протокол о несоответствии</p>	<p>Представитель дирекции по качеству</p> <p>Директор</p> <p>Представитель дирекции по качеству, руководитель проекта, аудитор</p> <p>Представитель дирекции по качеству, аудитор</p> <p>Представитель дирекции по качеству,</p> <p>Представитель дирекции по качеству, аудитор</p>	<p>Утверждается на год</p> <p>Записи аудитора</p>

1	2	3	4
Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись
			Дата

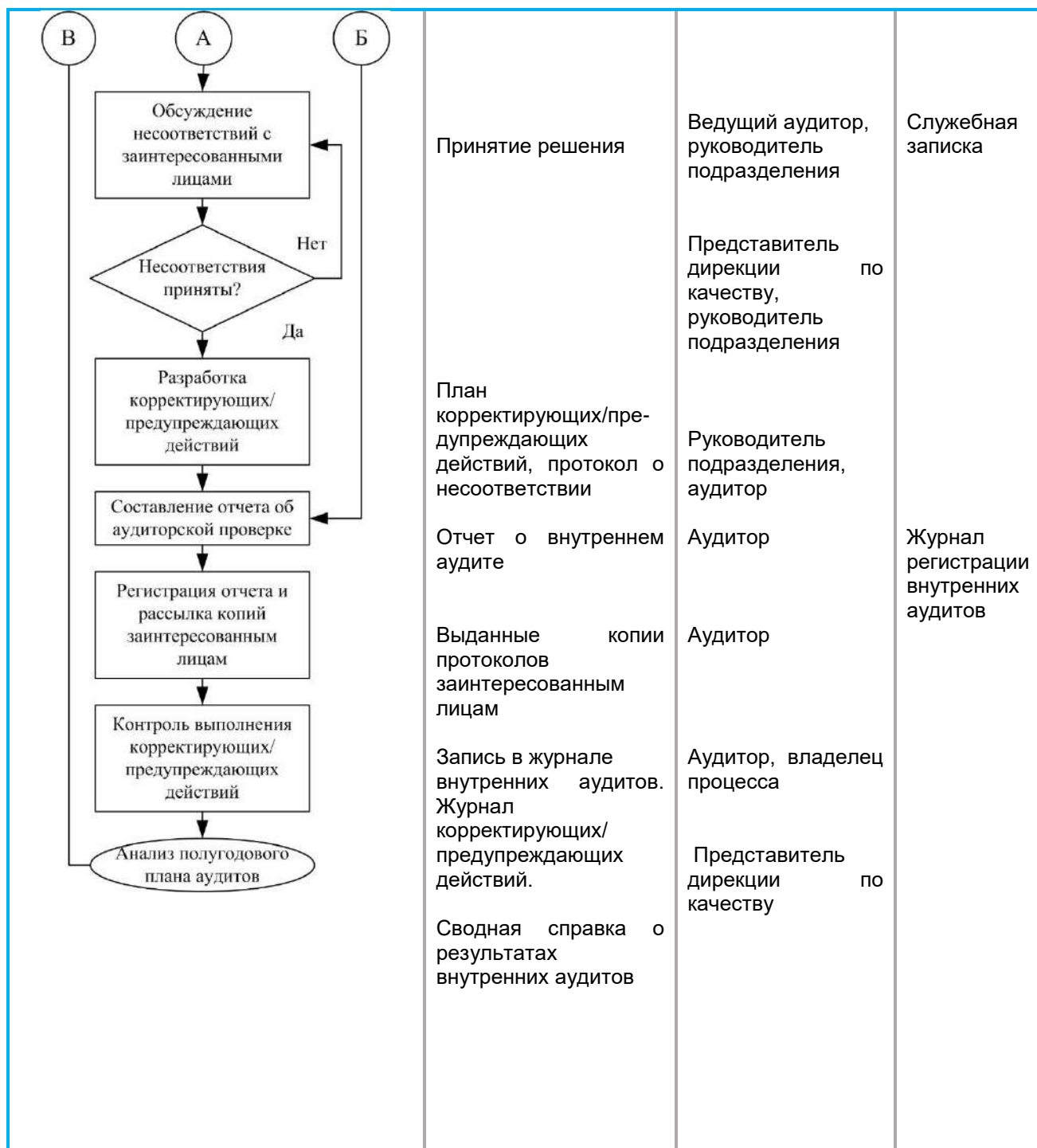


Внутренние аудиты


СМК ИЯИ РАН И-07

Издание 1

Лист 4



Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	<p style="text-align: center;">Внутренние аудиты</p>	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 5

Планирование внутренних аудитов производится с применением годового плана проведения аудитов (приложение А).

Годовой план проведения аудитов СМК разрабатывается Представителем дирекции по качеству и утверждается директором не менее чем за месяц до планируемого срока исполнения. Годовой план проведения аудитов предусматривает проверку в каждом подразделении или процессе не реже одного раза в полугодие. Внеплановый аудит назначается приказом директора. Ознакомление начальников подразделения с утвержденным годовым планом проводит под подпись Представитель дирекции по качеству.

В случае необходимости составляются планы аудитов на месяц.

Формирование годового плана осуществляется с учетом:

- статуса проверяемых процессов (видов деятельности);
- статуса проверяемых подразделений;
- важности проверяемых процессов (видов деятельности);
- важности проверяемых подразделений;
- результатов предыдущих аудитов.

Статус проверяемого процесса характеризуется следующими вариантами:

- процесс был оценен при проведении внутреннего аудита в отчетный период, соответствует установленным требованиям и результативен;
- процесс был оценен при проведении внутреннего аудита в отчетный период, соответствует установленным требованиям, но не результативен;
- процесс был оценен при проведении внутреннего аудита, но не соответствует установленным требованиям;
- процесс не проходил аудиторской проверки в отчетный период.

Статус проверяемого подразделения характеризуется следующими вариантами:


- подразделение было проверено при проведении внутреннего аудита в отчетный период, значительных несоответствий не обнаружено;
- подразделение было проверено при проведении внутреннего аудита в отчетный период, обнаружены значительные несоответствия;
- подразделение не было проверено при проведении внутреннего аудита в отчетный период.

Важность проверяемого процесса (вида деятельности) определяется степенью его воздействия на достижение целей предприятия в области качества за отчетный период.

Группа аудиторов (при возможности) формируется из двух человек, один из которых назначается ведущим аудитором. В случае необходимости или по просьбе могут присутствовать и другие лица, не включенные в группу аудиторов в качестве слушателей.

Аудитор, административно подчиненный руководителю аудируемого подразделения, не может быть включен в аудиторскую группу.

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	<p style="text-align: center;">Внутренние аудиты</p>	<p>СМК ИЯИ РАН И-07</p>
		<p>Издание 1</p>
		<p>Лист 6</p>

Для каждого аудита ведущим аудитором составляется план проведения аудита (приложение Б) с указанием объекта проверки (деятельность, подразделение, процесс, документ), места проведения и даты, критерии проверки (документ, пункт стандарта ИСО 9001), состава группы аудиторов. План передается в подразделения ведущим аудитором и согласуется с начальником подразделения.

Проверяемые подразделения уведомляются о предстоящей проверке не менее чем за 7 рабочих дней об объемах и сроках аудита в целях уменьшения издержек при отвлечении проверяемого персонала от основной деятельности.

Подготовка к аудиту осуществляется в следующей последовательности:

- сбор и анализ документации СМК;
- ознакомление с положением об аудируемом подразделении и с должностной инструкцией руководителя подразделения;
- подготовка рабочих документов аудита.

Рабочие документы аудита включают:

- опросный лист;
- бланки протокола о несоответствии;
- бланки отчета о проведении внутреннего аудита.

Группа аудиторов готовит опросный лист (рекомендуемую форму см. приложение В) и рассылает его в аудируемые подразделения вместе с Планом аудита для ознакомления. Опросный лист используется аудиторами при проведении аудита, при составлении отчета о проведении аудита, а также может быть использован при последующих аудитах в данном подразделении. В опросном листе указывается примерный перечень вопросов, которые будут озвучены в ходе аудита, и аудируемое подразделение может руководствоваться им при подготовке к аудиту.

Проведение аудита включает следующие действия:

- сбор и обработка информации, подтверждающей соответствие установленным требованиям;
- подготовка и рассылка протоколов несоответствия;
- ознакомление владельца процесса с результатами проведенного аудита;
- подготовка и утверждение отчета.

Сбор и обработка информации осуществляется в следующей последовательности:

- выбор источников информации;
- сбор информации;
- оценивание свидетельств аудита;
- анализ наблюдений аудита;
- заключение по результатам внутреннего аудита.

Источниками информации для аудитора являются:

- документы, регламентирующие деятельность подразделения и выполнение процессов;

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	<p style="text-align: center;">Внутренние аудиты</p>	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 7

– записи, планы, решения, программы, протоколы совещаний, регистрационные журналы и т.д.;

– информация от персонала.

Выбор источников информации осуществляется каждым аудитором в зависимости от объема и сложности проверки.

Информация собирается аудитором одним или несколькими методами:

– метод опроса – сбор ответов на вопросы при анкетировании или непосредственной беседе с сотрудниками разных должностных уровней, включая владельцев, поставщиков и потребителей процесса;

– метод осмотра – сбор доказательств соответствия (производственной среды, условий и средств труда, элементов инфраструктуры, оборудования и т.д.);

– метод анализа документации – проверка содержания документов, а также в проверка соблюдения правил.

При необходимости анализ проводится на этапе сбора информации. Результаты оценивания (соответствие, несоответствие критериям аудита или возможность улучшения) являются наблюдениями аудита.

Анализ наблюдений аудита производится ведущим аудитором. Обнаруженные несоответствия, подтвержденные свидетельствами аудита, анализируются совместно с владельцем процесса или руководителем соответствующего подразделения для подтверждения того, что несоответствия понятны, а свидетельства аудита верны.

Несоответствия могут быть классифицированы на категории: значительные (ЗН), незначительное (НЗ) и замечания (З).

В случае замечаний на месте проводится коррекция.

Оформляется соответствующий протокол по каждому несоответствию с указанием причины несоответствия, необходимые корректирующие действия или другие предпринимаемые меры по его устранению (по форме приложения Д).

Каждое несоответствие классифицируется аудитором.

Нумеруются протоколы о несоответствии с указанием номера отчета об аудите и через дробь номера по порядку несоответствия, выявленного в данном аудите.

Примерами значительного несоответствия могут быть:

– необоснованное отсутствие деятельности, предусмотренной требованиями ГОСТ Р ИСО серии 9001,

– невыполнение любого требования ГОСТ Р ИСО серии 9001,

– систематическое несоблюдение требований документов СМК Института и др.

Примеры незначительных несоответствий:


– отдельные нечеткие записи при регистрации данных о качестве процессов, нарушение установленных документами форм ведения документации, отсутствие свидетельств ознакомления сотрудников подразделения с документами СМК и др.

Примерами замечаний могут быть:

– незаполненные графы в ведущихся записях

– неуказанные даты и не проставленные подписи в документах

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	<p style="text-align: center;">Внутренние аудиты</p>	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 8

– отсутствие в необходимом месте документов.

Регистрация несоответствия в протоколе о несоответствии (приложение Д) производится аудитором, обнаружившим несоответствие во время проведения аудита или на стадии формирования отчета. Протокол о несоответствии подписывается ведущим аудитором. Копия протокола передается руководителю подразделения. Подлинник хранится у Представителя дирекции по качеству.

Несоответствия формируются после проведения внутреннего аудита или вовремя его и обсуждаются с начальником подразделения. В случае несогласия с выставленным несоответствием, руководитель подразделения направляет в 2-х дневный срок служебную записку на имя представителя дирекции по качеству с обоснованием отказа. ПВР в течение 2-х дней с момента получения обоснования отказа, обсуждает проблему с директором. По результатам обсуждения директор принимает решение.

Необходимость корректирующего (КД), действия регистрируется в протоколе о несоответствии. КД предлагаются начальником проверяемого подразделения с указанием планируемой даты выполнения. Информация о КД также в Журнале регистрации информации о несоответствиях, хранящихся у Представителя дирекции по качеству.

После даты выполнения КД, указанной в протоколе, приказом директора назначается дата повторного аудита. При выявлении новых несоответствий, в данном подразделении, частота аудитов должна увеличиваться.

Ведущий аудитор или Представитель дирекции по качеству проверяют выполнение КД, устранение несоответствия, и оценивают результативность предпринятых действий.

Отчет о внутреннем аудите предоставляет полные данные о проведенной проверке, включая сам отчет (приложение Г), приложения к нему (план аудита, опросный лист, протоколы несоответствий) и пояснения в случае проведения аудита с изменением утвержденного плана.

Отчет оформляется ведущим аудитором в пятидневный срок.

Копии отчета, при необходимости, направляются должностным лицам, указанным в плане внутреннего аудита.

Отчет считается закрытым после подписания аудитором протоколов о выполнении КД и устранении несоответствия.

В случае необходимости переноса срока выполнения корректирующих действий владелец процесса направляет служебную записку Представителю дирекции по качеству с обоснованием новой даты выполнения. В протоколе о несоответствии дается ссылка на служебную записку. Служебная записка прилагается к протоколу о несоответствии.

При невыполнении корректирующих действий в установленный срок, ПВР информирует директора с изложением обстоятельств невыполнения.

Сводная справка о результатах внутренних аудитов (приложение Ж) составляется Представителем дирекции по качеству по окончании сроков годового плана аудитов и используется при проведении процедуры мониторинга процессов (СМК ИЯИ РАН И-06).

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	Внутренние аудиты	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 9

Также результаты внутренних аудитов передаются Представителю дирекции по качеству как исходная информация для анализа СМК и её постоянного улучшения (СМК ИЯИ РАН КП-01).

4 Документирование и сроки хранения

Подлинник настоящей инструкции хранится у Представителя дирекции по качеству. Срок хранения после переиздания – пять лет у Представителя дирекции по качеству.

Указанные документы, а также планы мероприятий по проблеме несоответствия должны храниться в подразделениях организации и у ПРК – представителя дирекции по качеству. Срок хранения 5 лет.

5 Рассылка

Настоящая инструкция рассылается заместителям директора, руководителям структурных подразделений и Представителю дирекции по качеству согласно СМК ИЯИ РАН И-01.

6 Сопутствующая документация

ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Система менеджмента качества. Основные положения и словарь

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Система менеджмента качества. Требования

ГОСТ Р ИСО 19011-2019 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества

СМК ИЯИ РАН И-01 Порядок разработки и управления документов СМК. Требования к содержанию, оформлению и управлению

СМК ИЯИ РАН И-06 Методика проведения мониторинга и измерения процессов. Планирование улучшения процессов

СМК ИЯИ РАН КП-01 Анализ со стороны руководства, планирование и управление ресурсами

СМК ИЯИ РАН И-08 Корректирующие действия

7 Приложения

В настоящей И приведены следующие приложения:

Приложение А – Форма годового плана аудитов СМК

Приложение Б – Форма плана внутреннего аудита

Приложение В – Форма служебной записки


Приложение Г – Форма отчета о внутреннем аудите

Приложение Д – Форма протокола несоответствия

Приложение Е – Форма журнала регистрации внутренних аудитов

Приложение Ж – Форма сводной справки о результатах внутренних аудитов.

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата

	Внутренние аудиты	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 10


Приложение А
(Обязательное)
Форма годового плана аудитов системы менеджмента качества

План проведения внутренних аудитов на _____ год
 Утверждаю _____
 Директор _____

 дата

№ п/п	Аудируемое подразделение	Дата проведения		Отметка о выполнении
		плановая	фактическая	
1	2	3	4	5

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	Внутренние аудиты	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 11

Приложение Б
(Обязательное)
Форма плана внутреннего аудита

План внутреннего аудита

Приложение №
к Отчету №

Объект проверки:

Место проведения:

Дата проведения аудита:

Дата предоставления отчета:

Критерии проверки:

Цель проверки:

Состав группы аудиторов:

Должностные лица, которым должна быть представлена копия отчета:

Согласовано:

Ведущий аудитор

подпись

дата

расшифровка подписи


Руководитель
подразделения

подпись

дата

расшифровка подписи


Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	Внутренние аудиты	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 12

Приложение В
(Рекомендуемое)
Форма опросного листа внутреннего аудита

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ		Приложение № к Отчету №
Объект проверки		
Руководитель группы аудиторов: _____ Аудитор проверки: _____		
Содержание вопроса	Свидетельства аудита	Комментарии и замечания аудитора

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата


	Внутренние аудиты	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 13

Приложение Г
(Обязательное)

Форма отчета о внутреннем аудите

ОТЧЕТ о внутреннем аудите		№
Объект проверки		
Место проведения		
Критерии проверки		
Дата проведения аудита		
Цель проверки		
Фамилия. И.О. ведущего аудитора		
Фамилия И.О. аудитора		
РЕЗУЛЬТАТЫ внутреннего аудита		
Объем выполнения внутреннего аудита: полный не полный		
Количество обнаруженных несоответствий: 3Н НЗ 3		
Протоколы №		
ВЫВОДЫ		
Общая оценка соответствия: полное не полное		
Результативность деятельности (подразделения или процесса): результативна, нерезультативна		
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ		
<p>Отчет составлен: Ведущий аудитор:</p> <p>_____</p> <p>расшифровка подписи подпись дата</p> <p>Отчет рассмотрен: Представитель дирекции по качеству</p> <p>_____</p> <p>расшифровка подписи подпись дата</p> <p>Согласовано: Руководитель подразделения</p> <p>_____</p> <p>расшифровка подписи подпись дата</p>		

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	Внутренние аудиты	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 14

Приложение Д
(Обязательное)
Форма протокола о несоответствии

ПРОТОКОЛ О НЕСООТВЕТСТВИИ № _____

Подразделение:	_____		
Раздел документа, пункт ГОСТ Р ИСО 9001-2015	_____		
Категория несоответствия:			
Описание несоответствия:			
Подпись аудитора:	_____	Фамилия И.О.:	_____
		Дата:	_____
Описание корректирующего или предупреждающего действия			
Планируемая дата выполнения:	_____		
Подпись ответственного за выполнение:	_____	Дата:	_____
Подтверждение выполнения корректирующего или предупреждающего действия			
Устранение причины несоответствия:	_____	выполнено _____	не выполнено _____
Действие результативно	_____	да _____	нет _____
Дата	_____		
Аудитор:	_____	подпись	_____

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата
-----------	------	----------------	---------	------

	Внутренние аудиты	СМК ИЯИ РАН И-07
		Издание 1
		Лист 15

Приложение Е
(Обязательное)

Журнал регистрации внутренних аудитов

№ п/п	Дата	Основание для проверки (приказ, програм- ма)	Наименование подразделени я	Кол-во несоответстви й	№ протокола о несоответст- вии	Ф. И. О Ведущего аудитора	Рег. № (код) отчета	Выполнение коррекции, корректирующих, предупреждающих действий		Отметка (подпись, дата) ведущего аудитора о реализации корректирующего/пред- упреждающего действия	Примечание
								план	факт		
1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата

8 Лист регистрации изменений

Ссылка (пункт раздела)	Дата изм.	Характер изменений (краткое содержание)	№ версии
1	2	3	4

Изменение	Лист	Изменение внес	Подпись	Дата

