



УТВЕРЖДАЮ

Первый проректор




В.В.Демин

« 10 » ноября 2022 г.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

ДП ТГУ СМК 98-002-2022

Документ	Документированная процедура	стр. 1 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по НИД
должность руководителя

подпись

дата

А.Б. Ворожцов

и.о. Проректор по образовательной
деятельности
должность руководителя

подпись

дата

19.11.2022

Е.В. Луков

Главный бухгалтер
должность руководителя

подпись

дата

Г.Н. Нагаева

Начальник ПФУ
должность руководителя

подпись

дата

Н.В. Попова

Начальник правового управления
должность руководителя

подпись

дата

И.А. Котляр

Начальник управления персонала
должность руководителя

подпись

дата

И.И. Петлина

Вводится в действие с «10» ноября 2022 г. Распоряжением от 10.11.2022 №133

РАЗРАБОТАНО:

Руководитель работ:

И.Г. Жолобова

Исполнители:

Документ	Документированная процедура	стр. 2 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1. Область применения	4
2. Нормативные ссылки	4
3. Термины, определения, сокращения	5
4. Общие положения	7
5. Описание процесса	11
5.1. Планирование внутренних аудитов	12
5.2 Подготовка внутреннего аудита	14
5.3 Проведение внутреннего аудита	17
5.4 Подготовка отчета по внутреннему аудиту	19
5.5 Анализ выполнения программы внутренних аудитов	20
6. Приложения	
Приложение А. Перечень процессов первого и второго уровня в СМК ТГУ	21
Приложение Б. Форма Программа внутренних аудитов системы менеджмента ТГУ	23
Приложение В. Форма План внутреннего аудита системы менеджмента	24
Приложение Г. Форма Записи аудитора	28
Приложение Д. Форма Отчет о результатах внутреннего аудита	29
Приложение Е. Форма Анкета Качество внутреннего аудита	31
Приложение Ж. Форма Корректирующие действия	33
Приложение И. Форма Чек-лист внутреннего аудита	34
Приложение К. Критерии и показатели процесса внутреннего аудита	35
Приложение Л. Перечень рисков внутреннего аудита	37
7. Лист рассылки	40
8. Лист регистрации изменений, дополнений и ревизий документа	44

Документ	Документированная процедура	стр. 3 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Введение

Документированная процедура (далее ДП) устанавливает требования к порядку организации и проведения внутренних аудитов, документации внутреннего аудита. Настоящая ДП определяет последовательность и основные требования к организации внутренних аудитов, а также регламентирует взаимоотношения должностных лиц и сотрудников ТГУ, участвующих в этом процессе.

1. Область применения

1.1. Требования ДП распространяются на все подразделения ТГУ.

1.2. Проведение внутренних аудитов осуществляется:

– для получения информации, о соответствии системы менеджмента Национального исследовательского Томского государственного университета (далее ТГУ) требованиям стандартов: ГОСТ Р ИСО 9001-2015, ГОСТ РВ 0015-002-2020 (для отдельных подразделений); ГОСТ ISO/IEC 17025-2019 (для отдельных подразделений); ГОСТ Р ИСО14065-2014 (для отдельных подразделений), прочих внешних регламентирующих документов, предъявляющих требования к процессам системы менеджмента:

– для получения информации о соответствии системы менеджмента требованиям внутренних регламентирующих документов;

– для оценки результативности системы менеджмента;

– для выявления областей, требующих улучшений;

– для назначения корректирующих действий, а также контроля их результативности.

Внутренние аудиты проводятся через запланированные интервалы времени.

Настоящая документированная процедура входит в состав документации СМК ТГУ.

2. Нормативные ссылки

– ГОСТ Р ИСО 9000-2015. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. (Идентичен международному стандарту ИСО 9000:2015. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь (ISO 9000:2015. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary, IDT)).

Документ	Документированная процедура	стр. 4 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



– ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Системы менеджмента качества. Требования. (Идентичен международному стандарту ИСО 9001:2015 Системы менеджмента качества. Требования (ISO 9001:2015 Quality management systems – Requirements, IDT)).

– ГОСТ РВ 0015-002-2020 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.

– ГОСТ ISO/IEC 17025-2019 Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий.

– ГОСТ Р ИСО 19011-2021 (Идентичен международному стандарту ИСО 19011:2018. Руководящие указания по аудиту систем менеджмента (ISO 19011:2018 Guidelines for auditing management systems) (используется в качестве рекомендуемого для организации процесса).

– ГОСТ Р ИСО14065 часть 3 – 2014. Газы парниковые. Требования к органам по валидации и верификации парниковых газов для их применения при аккредитации или других формах признания.

– Прочие внешние регламентирующие документы, предъявляющие требования к процессам системы менеджмента.

Примечание. При использовании ДП целесообразно проверить действие ссылочных документов. Если ссылочный документ заменен (изменен), следует руководствоваться замененным (измененным) документом. В случае, если ссылочный документ отменен без замены, положение, в котором дана на него ссылка, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку.

3. Термины, определения, сокращения

Аудит – систематический, независимый и документируемый процесс получения свидетельств аудита и их объективного оценивания для определения степени соответствия критериям аудита.

Аудитор – лицо, проводящее аудит. Аудиторы должны обладать знаниями и навыками, необходимыми для достижения намеченных результатов аудитов и общими знаниями и навыками, связанными с видом проверяемой системы менеджмента, а также знаниями и навыками, относящимися к конкретной отрасли.

Документ	Документированная процедура	стр. 5 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Аудиторская группа (группа аудиторов) – одно или несколько лиц, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими экспертами.

Заключение по результатам аудита – выход аудита после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита.

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

Контрольный вопросник (чек-лист) – заранее составленный систематизированный перечень вопросов, ответы на которые позволяют аудитору получить необходимую информацию о степени соответствия объекта установленным требованиям.

Критерии аудита – совокупность политик, процедур или требований, используемых для сопоставления с ними объективных свидетельств (в том числе соответствие требованиям стандарта, по которому проводится аудит)

Наблюдения (обнаружения) аудита – результат оценивания свидетельств аудита в соответствии с критериями аудита.

Примечание. Наблюдения аудита могут указывать на соответствие или несоответствие критериям аудита или на возможности улучшения.

Несоответствие – невыполнение требования.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и (или) взаимодействующих видов деятельности, использующих входы для получения намеченного результата. Процесс состоит из этапов. Этап состоит из подпроцессов.

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Риск – влияние неопределенности.

Примечания:

1 Влияние выражается в отклонении от ожидаемого результата – позитивном или негативном.

2 Неопределенность является состоянием, связанным с недостатком, даже частично, информации, понимания или знания о событии, его последствиях или вероятности.

Свидетельство объективное (Объективное свидетельство) – данные, подтверждающие наличие или истинность чего-либо.

Документ	Документированная процедура	стр. 6 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Свидетельства аудита – записи, изложение фактов или другая информация, которая связана с критериями аудита и может быть проверена.

Примечание. Свидетельства аудита могут быть качественными или количественными.

Соответствие – выполнение требования.

Технический эксперт – лицо, которое предоставляет специальные знания или опыт аудиторской группе (группе аудиторов).

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

Эффективность – соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

ВА – внутренний аудит.

ВР – высшее руководство.

СМК (СМ) – система менеджмента качества (система менеджмента).

ЦМК – Центр менеджмента качества.

4. Общие положения

4.1. Проведение внутреннего аудита системы менеджмента ТГУ осуществляется на основании следующих принципов:

- честность;
- беспристрастное представление;
- должная профессиональная осмотрительность;
- конфиденциальность;
- независимость;
- подход, основанный на свидетельствах;
- риск-ориентированный подход.

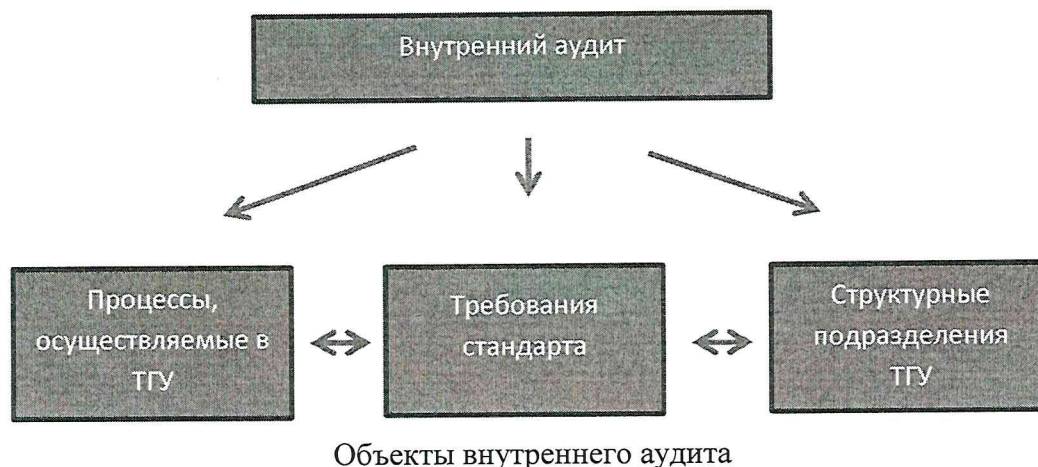
4.2. Объектами внутреннего аудита являются:

- система менеджмента ТГУ и ее процессы;
- документированная информация ТГУ;

Документ	Документированная процедура	стр. 7 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



– деятельность структурных подразделений ТГУ.



4.3. Процесс проведения внутренних аудитов системы менеджмента ТГУ осуществляется путем реализации следующих этапов:

- планирование внутренних аудитов;
- подготовка внутреннего аудита;
- проведение внутреннего аудита;
- подготовка отчета по блоку внутренних аудитов;
- анализ выполнения программы внутренних аудитов.

4.4. Достоверность и адекватность полученных в ходе внутреннего аудита результатов обеспечивается за счет:

- управления квалификацией внутренних аудиторов;
- разработки и изложения в ДП порядка планирования и проведения внутренних аудитов, а также осуществления действий после их проведения;
- анализа полноты и результативности внутренних аудитов.

Документ	Документированная процедура	стр. 8 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

4.5. Участники процесса и ответственность

Участники процесса	Ответственность
Ректор ТГУ	<ul style="list-style-type: none">– Утверждение Программы внутренних аудитов.– Инициирование проведения внеплановых внутренних аудитов
Представитель ВР СМК: ГОСТ Р ИСО 9001-2015, ГОСТ РВ 0015-002-2012.	<ul style="list-style-type: none">– Согласование Программы внутренних аудитов.– Инициирование проведения внеплановых внутренних аудитов
Руководитель ЦМК	<ul style="list-style-type: none">– Разработка Программы внутренних аудитов. .– Инициирование проведения внеплановых внутренних аудитов– Расчет бюджета рабочего времени для проведения ВА– Составление группы внутренних аудиторов– Составление проекта распоряжения о назначении внутренних аудитов.– Анализ выполнения Программы внутренних аудитов.– Составление сводного отчета о результатах ВА.– Анализ выполнения Программы ВА
Сотрудник ЦМК	<ul style="list-style-type: none">– Составление проекта Программы внутренних аудитов ТГУ.– Запуск на согласование и контроль согласования приказов и Программы внутренних аудитов.– Внесение дополнений в Программу ВА– Рассылка утвержденной Программы ВА руководителям аудируемых подразделений, размещение на странице ЦМК.– Составление сводного отчета по результатам внутренних аудитов за период календарного года
Руководители (или менеджеры по качеству) подразделений, сертифицированных (аккредитованных) ГОСТ РВ 0015-002-2020, ГОСТ ISO/IEC 17025-2019, ГОСТ Р ИСО 14065-2014	<ul style="list-style-type: none">– Разработка Программы внутреннего аудита для подразделений, сертифицированных (аккредитованных) по ГОСТ РВ 0015-002-2020, ГОСТ ISO/IEC 17025-2019, ГОСТ Р ИСО 14065-2014.– Проверка и согласование Программы внутреннего аудита ТГУ с Программой внутреннего аудита ГОСТ РВ 0015-002-2020, ГОСТ ISO/IEC 17025-2019, ГОСТ Р ИСО 14065-2014

Документ	Документированная процедура	стр. 9 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Руководитель аудируемого подразделения	<ul style="list-style-type: none">– Инициирования проведения внеплановых внутренних аудитов.– Доведение Программы аудита до участников (сотрудников подразделения).– Подготовка к проведению внутреннего аудита.– Сопровождение проведения внутреннего аудита.– Согласование отчета по результатам внутреннего аудита с участниками.– Составление плана корректирующих действий.– Согласование плана корректирующих действий с ведущим аудитором.– Контроль выполнения плана корректирующих действий
Ведущий аудитор	<ul style="list-style-type: none">– Составление и согласование плана ВА с руководителем аудируемого подразделения.– Подготовительные работы к проведению ВА.– Составление чек-листа (контрольный опросник).– Проведение подготовительного совещания с группой аудиторов.– Проведение ВА, осуществление контроля за проведением ВА.– Проведение заключительного совещания в аудируемом подразделении.– Составление отчета о результатах ВА.– Анкетирование аудируемого подразделения по удовлетворенности в процессе проведения ВА
Аудитор	<ul style="list-style-type: none">– Участие в составлении чек-листа (контрольный опросник).– Участие в проведении ВА

Документ	Документированная процедура	стр. 10 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



5. Описание процесса

Процесс проведения внутренних аудитов системы менеджмента ТГУ осуществляется путем реализации следующих этапов:



№	Перечень этапов и подпроцессов внутреннего аудита
	5.1. Планирование внутреннего аудита
1	5.1.1. Разработка Программы внутренних аудитов
2	5.1.2. Согласование проекта Программы с владельцами основных бизнес-процессов
3	5.1.3. Утверждение Программы внутренних аудитов
4	5.1.4. Информирование руководителей аудируемых подразделений
5	5.1.5. Расчет необходимого бюджета рабочего времени для проведения внутренних аудитов
	5.2. Подготовка внутреннего аудита
6	5.2.1. Назначение группы внутренних аудиторов
7	5.2.2. Разработка плана внутреннего аудита и согласование с руководителями аудируемых подразделений
8	5.2.3. Составление чек-листа (контрольного опросника)
9	5.2.4. Совещание членов группы аудита
	5.3. Проведение внутреннего аудита
10	5.3.1. Вводное совещание
11	5.3.2. Опрос и наблюдения
12	5.3.3. Обсуждение результатов ВА группой аудиторов
13	5.3.4. Заключительное совещание
	5.4. Подготовка отчетов по внутренним аудитам
14	5.4.1. Составление и согласование отчета по внутреннему аудиту
15	5.4.2. Разработка и выполнение плана корректирующих действий
16	5.4.3. Составление сводного отчета по внутренним аудитам
17	5.5. Анализ выполнения программы внутренних аудитов

Документ	Документированная процедура	стр. 11 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



5.1. Планирование внутренних аудитов (этап)

Этап состоит из следующих подпроцессов:



Планирование внутренних аудитов ТГУ осуществляется таким образом, чтобы гарантировать, что все требования стандартов, на соответствие которым сертифицирован ТГУ, были проверены в течение трех лет (сертификационный цикл). Кроме того, в течение сертификационного цикла должны быть проверены все процессы, осуществляемые в ТГУ (список процессов первого и второго уровня СМК ТГУ приведен в *Приложении А*). Ежегодно проводятся ВА в подразделениях ТГУ, осуществляющих основные бизнес-процессы.

5.1.1. Разработка Программы внутренних аудитов (подпроцесс)

Внутренние аудиты ТГУ проводятся в соответствии с утвержденной Программой внутренних аудитов, разрабатываемой на календарный год.

Планирование внутренних аудитов начинается в первой половине декабря предыдущего года.

При разработке Программы внутренних аудитов учитываются (*входы подпроцесса*):

- объем требований применяемых документов по стандартизации, содержащихся в документах системы менеджмента ТГУ;
- статус и важность процессов, подлежащих аудиту;
- результаты ранее проведенных аудитов;
- результаты проверок со стороны надзорных органов;
- появление (увеличение количества) несоответствий, жалоб потребителей, отзывов заинтересованных сторон;
- изменения в порядке осуществления процессов;
- изменения законодательных требований;
- изменение документов системы менеджмента;

Документ	Документированная процедура	стр. 12 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

– предложения от заинтересованных сторон: ректора, проректоров, центра общественно-профессиональной и международной аккредитации образовательных программ, отдела стандартизации, метрологии и контроля качества НИОКР и др.

На основе собранной информации сотрудник ЦМК составляет проект Программы (основная). В ходе планирования внутренних аудитов подразделений сертифицированные (аккредитованные) по стандартам ГОСТ РВ 0015-002-2020, ГОСТ ISO/IEC 17025-2019, ГОСТ Р ИСО 14065-2014 уполномоченные по качеству этих подразделений должны предоставить до 25 января текущего года в ЦМК ТГУ собственные программы (графики, планы) внутреннего аудита. Программы внутренних аудитов составляется по собственной форме сертифицированных подразделений, которая задана внутренними регламентирующими документами системы менеджмента по конкретному стандарту.

Сотрудник ЦМК включает проекты программ от подразделений в проект общей Программы внутренних аудитов ТГУ на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001:2015 (ISO 9001:2015), ГОСТ РВ 0015-002-2020, ГОСТ ISO/IEC 17025-2019, ГОСТ Р ИСО 14065-2014 до 15 февраля текущего года по форме (*Приложение Б*).

В течение года в Программу могут быть внесены изменения; возможно также проведение внеплановых внутренних аудитов. Основанием для внеплановых аудитов служат (могут служить):

- появление (увеличение количества) несоответствий, жалоб потребителей;
- организационные изменения;
- изменения в порядке осуществления процессов;
- изменения законодательных требований;
- изменение целей в области качества;
- изменение документов системы менеджмента;
- открытие новых направлений/профилей подготовки;
- расширение области сертификации.

Внеплановый аудит проводится по решению ректора университета и представителя руководства по СМК в соответствии с приказом. Порядок проведения внеплановых аудитов и отчетность соответствуют общему порядку проведения внутренних аудитов в ТГУ.

Документ	Документированная процедура	стр. 13 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022

5.1.2. Согласование Программы ВА

Проект Программы проходит согласование с представителями ВР по СМК. При необходимости в проект Программы вносятся изменения и дополнения.

5.1.3. Утверждение Программы внутренних аудитов

После проведения необходимых согласований Программа внутренних аудитов утверждается ректором.

5.1.4. Информирование руководителей аудируемых подразделений

Утвержденная Программа внутренних аудитов рассылается руководителям проверяемых подразделений и публикуется на сайте ТГУ на странице ЦМК.

5.1.5. Расчет необходимого бюджета рабочего времени для проведения внутренних аудитов

Согласно Программе внутренних аудитов руководитель ЦМК производит расчет необходимого бюджета рабочего времени для проведения внутренних аудитов (аудиторчасы) в срок до 25 февраля.

5.2. Подготовка внутреннего аудита

Этап состоит из следующих подпроцессов:



5.2.1. Назначение группы внутренних аудиторов (подпроцесс)

Исходя из запланированного количества аудиторчасов, руководителем ЦМК формируется группа внутренних аудиторов. При определении размера и состава группы аудиторов руководитель ЦМК учитывает такие факторы, как:

– общая компетентность группы по аудиту, необходимая для достижения целей

Документ	Документированная процедура	стр. 14 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

аудита, с учетом области и критериев аудита (квалификация, опыт работы по направлению проверки, опыт работы аудитором);

– сложность аудита (численность проверяемого подразделения, важность и сложность проверяемого процесса, особенностей персоналий аудируемых);

– необходимость обеспечения объективности и беспристрастности, чтобы избежать любого конфликта интересов в ходе процесса аудита;

– способность членов группы по аудиту результативно работать и взаимодействовать с представителями аудируемых.

В случае, если в группе более одного аудитора, руководитель ЦМК назначает руководителя аудиторской группы (ведущий аудитор).

Общие требования к внутренним аудиторам ТГУ формулируются на основе рекомендаций ГОСТ Р ИСО 19011:

– наличие высшего образования;

– наличие документа, подтверждающего обучение по курсу внутреннего аудита или прохождение внутреннего обучения по внутреннему аудиту (в группу может быть включен в качестве стажера сотрудник, не имеющий документа о прохождении обучения по курсу ВА);

– знание требований нормативных документов по СМК (в том числе ГОСТ Р ИСО серии 9000), принципов, методов проведения внутреннего аудита;

– умение устанавливать личные контакты, коммуникабельность, уравновешенность, умение владеть собой;

– реалистичность и объективность, умение аналитически и гибко мыслить, целеустремленность;

– умение устно и письменно выражать свои мысли, тактичность, работоспособность.

Для проведения внутренних аудитов по решению в состав группы по аудиту могут включаться технические эксперты, к которым предъявляются следующие требования:

– наличие высшего образования и опыта работы не менее трех лет, соответствующего области проверки;

– в случае, если в качестве технического эксперта привлекается специалист, не являющийся штатным сотрудником ТГУ, от технического эксперта требуется подписание

Документ	Документированная процедура	стр. 15 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



обязательства о неразглашении конфиденциальной информации.

Руководитель ЦМК составляет проект распоряжения о назначении группы внутренних аудиторов. Состав группы аудиторов утверждает представитель ВР по СМК.

5.2.2. Разработка плана внутреннего аудита и согласование с аудируемыми подразделениями

Не позднее, чем за одну неделю до запланированного периода аудита, ведущий аудитор составляет и согласовывает с аудируемым подразделением План внутреннего аудита (*Приложение В*), в котором определяют:

- последовательность внутреннего аудита;
- дату и место проведения аудита;
- объекты аудита и др.

Ведущий аудитор ведет подготовку к аудиту и определяет:

- ответственность и полномочия членов группы по проведению аудита;
- перечень документов, подлежащих аудиту;
- необходимость проверки выполнения и результативности корректирующих мер,

принятых по результатам предыдущего аудита.

Руководитель, запланированного к аудиту подразделения несет ответственность за:

- подготовку к внутреннему аудиту, в том числе анализ деятельности и разработку предложений по улучшению системы менеджмента качества;
- определение сопровождающего лица для группы аудиторов;
- обеспечение доступа к объектам проверки;
- информирование подчиненного персонала о предстоящем внутреннем аудите;
- предоставление необходимой документации, информации;
- установление причины несоответствия, разработку и выполнение корректирующих действий в установленные сроки.

В целях сокращения времени на проведение ВА возможен предварительный запрос ряда необходимых документов подразделения.

5.2.3. Составление чек-листа (контрольного опросника)

Документ	Документированная процедура	стр. 16 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Внутренние аудиторы, готовятся к проведению внутреннего аудита, для чего обязательно (но, не ограничиваясь) подробно изучают:

- регламентирующие процесс и деятельность внешние и внутренние документы;
- отчеты по результатам проведения внутреннего аудита предыдущих периодов;
- акты (отчеты, предписания) инспекционных проверок со стороны надзорных органов.

Ведущий аудитор или один или несколько аудиторов из группы на основе Плана внутреннего аудита составляют чек-лист (контрольный опросник), который получают все остальные члены группы аудиторов.

5.2.4. Совещание членов группы аудиторов

При необходимости ведущий аудитор накануне аудита проводит совещание членов группы аудиторов с целью уточнения обязанностей и распределения конкретных участков (объектов) аудита между аудиторами, согласования режима работы и обсуждения деталей, касающихся проведения аудита.

5.3. Проведение внутреннего аудита

Этап состоит из следующих подпроцессов:



5.3.1. Вводное совещание группы аудиторов с руководителем и сотрудниками аудируемого подразделения. На вводном совещании ведущий аудитор представляет критерии и цели аудита, методы и процедуры, которые будут использованы при аудите, способы и формы взаимодействия и общения аудиторов с сотрудниками аудируемого подразделения. На совещании также согласуются даты (время) промежуточных (при необходимости) и заключительного совещаний и уточняются детали аудита.

5.3.2. Опрос (интервьюирование) и наблюдение с ведением записей каждым

Документ	Документированная процедура	стр. 17 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



аудитором. Аудиторы при проведении аудита должны собирать и анализировать доказательства, необходимые и достаточные для составления отчета и заключения по результатам аудита. Сбор доказательств производится путем опроса специалистов, анализа документов и наблюдения за проверяемой деятельностью и условиями работы.

Вся информация, получаемая в ходе аудита, при изучении документов, анализе ответов на поставленные вопросы и указывающая на возможность отклонения, фиксируется каждым аудитором независимо от того, относится она к заявленным целям аудита или не относится.

Признаки и свидетельства, указывающие на возможность отклонений, регистрируются аудиторами в записях (*Приложение Г*) в обязательном порядке.

Во время проведения аудита проверяемые сотрудники обязаны предоставить все затребованные и имеющие отношение к проверке документы.

Ведущий аудитор контролирует ход проведения аудита и может при необходимости вносить изменения в задания аудиторам для оптимального достижения целей аудита. Аудиторы должны стремиться к тому, чтобы результаты проверки были неопровержимыми.

В ходе проведения аудита аудиторы могут:

- беседовать с любым сотрудником;
- беседовать с потребителями;
- перепроверять полученную информацию и ответы;
- проводить перекрестные проверки;
- проверять взаимодействие между подразделениями;
- проверять взаимодействие внутри подразделения;
- проверять рабочую документацию и данные;
- находить объективные свидетельства для подтверждения выявленных отклонений.

5.3.3. Обсуждение результатов ВА группой аудиторов. Члены группы во время короткого обсуждения приходят к единому мнению относительно результатов аудита. Группа аудиторов обязана также провести оценку результативности

Документ	Документированная процедура	стр. 18 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022

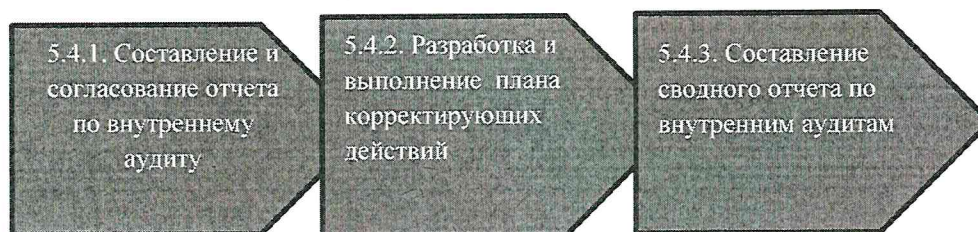


корректирующих мероприятий, назначенных по результатам предыдущего внутреннего аудита.

5.3.4. Заключительное совещание группы аудиторов с руководителем и сотрудниками аудируемого подразделения посвящено доведению информации о предварительных результатах аудита и выявленных отклонениях.

5.4. Подготовка отчетов по внутреннему аудиту

Этап состоит из следующих подпроцессов



5.4.1. Составление и согласование отчета по внутреннему аудиту

Ведущий аудитор (аудитор) в течение двух недель со дня проведения внутреннего аудита составляет и оформляет Отчет о результатах внутреннего аудита (*Приложение Д*), в котором должны быть объективно и полно отражены результаты аудита:

- информация о результативности корректирующих действий по ранее проведенным внутренним аудитам;
- выявленные отклонения;
- рекомендации по устранению отклонений или улучшению процессов системы менеджмента (при наличии).

Ведущий аудитор (аудитор) согласовывает Отчет о результатах внутреннего аудита с руководителем аудируемого подразделения и проводит анкетирование «Оценка качества внутреннего аудита» (*Приложение Е*). Отчет о результатах внутреннего аудита подразделения хранится в ЦМК, электронная копия передается в подразделение.

Документ	Документированная процедура	стр. 19 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



5.4.2 . Разработка и выполнение плана корректирующих действий

Руководитель аудируемого подразделения обязан в срок не позднее одной недели после согласования отчета о результатах внутреннего аудита сформировать план корректирующих действий (*Приложение Ж*) и согласовать его с ведущим аудитором. План корректирующих действий прикладывается к отчету о результатах внутреннего аудита. Контроль выполнения корректирующих действий осуществляется руководителями аудируемых подразделений, а также внутренними аудиторами в ходе проведения следующего внутреннего аудита.

5.4.3. Составление сводного отчета по внутренним аудитам

Руководитель ЦМК составляет сводный отчет о результатах внутренних аудитов, который размещается на сайте ЦМК (доступ через пароль), электронная копия сводного отчета передается представителю ВР.

5.5. Анализ выполнения Программы внутренних аудитов

Анализ выполнения Программы внутренних аудитов проводится руководителем Центра менеджмента качества регулярно, не реже одного раза в год в период подготовки к проведению анализа со стороны высшего руководства.

Оценка качества процесса. Процесс проведения внутреннего аудита оценивается по критериям и показателям, приведенным в *Приложении К*.

В процессе анализа выполнения Программы ВА руководитель ЦМК определяет степень предусмотренности возможных рисков (*Приложение Л*). При необходимости корректирует перечень рисков, их важность, разрабатывает действия для снижения вероятности возникновения неблагоприятного результата.

Документ	Документированная процедура	стр. 20 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



6. Приложения

Приложение А

(справочное)

Список процессов СМК ТГУ

Номер процесса	Название процесса
1. Процессы управления	
1.1	Стратегическое управление
1.1.1	Стратегическое позиционирование
1.1.2	Стратегический маркетинг (исследование рынка и среды)
1.1.3	Стратегическое планирование
1.1.3.1	Стратегическое бюджетирование
1.1.3.2	Стратегическое управление персоналом
1.1.3.3	Управление изменениями
1.2	Оперативное управление
1.2.1	Оперативное планирование
1.2.2	Организационное управление
1.2.3	Оперативное бюджетирование
1.2.4	Отчетность
2. Процессы измерения и анализа	
2.1	Управление несоответствиями
2.2	Внутренние аудиты
2.3	Измерения и мониторинг. Оценка удовлетворенности потребителей
Основные процессы - Процессы создания потребительской ценности	
3. Образовательная деятельность	
3.1	Проектирование и разработка образовательных программ и стандартов, требований
3.2	Довузовская подготовка
3.3	Прием студентов
3.4	Реализация основных образовательных программ
3.5	Интернационализация образования
3.6	Воспитательная и внеучебная работа с обучающимися
3.7	Разработка и реализация программ дополнительного образования
3.8	Подготовка кадров высшей квалификации (аспирантура)

Документ	Документированная процедура	стр. 21 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

3.9	Профессионально-общественная и международная аккредитация образовательных программ
3.10	Разработка и реализация программ дошкольного образования
3.11	Организация и проведение практической подготовки обучающихся
3.12	Содействие трудоустройству выпускников
3.13	Работа по инновациям (Управление инновациями) в образовательной деятельности
4. Научная и инновационная деятельность	
4.1	Научные исследования и разработки
4.2	Инновационная деятельность
4.3	Инженерно-изыскательская деятельность
4.4	Подготовка научных кадров высшей квалификации (докторантура, прикрепление соискателей для подготовки кандидатских диссертаций без аспирантуры)
5. Третья миссия (взаимодействие с регионом) Повышение привлекательности ТГУ и города Томска. Открытость и ответственность за региональное развитие: просветительская, экспертная и организаторская роль университета в решении региональных проблем (процессы второго уровня проектируются)	
5.1	Культурно-просветительская деятельность
5.1.1	Экскурсионная деятельность
5.2	Волонтерская деятельность
6. Обеспечивающие процессы	
6.1	Управление документированной информацией
6.2	Управление персоналом
6.3	Налоговый и бухгалтерский учет
6.4	Управление информационно-телекоммуникационной инфраструктурой
6.5	Управление инфраструктурой, эксплуатационно-имущественным комплексом и производственной средой (безопасность жизнедеятельности)
6.6	Управление международными связями
6.7	Издательская деятельность
6.8	Обеспечение информационными ресурсами
6.9	Метрологическое обеспечение
6.10	Управление закупками
6.11	Правовое обеспечение
6.12	Социальная поддержка студентов и сотрудников
6.13	Выставочная деятельность
6.14	Учет музейного собрания ТГУ
6.15	Присмотр и уход (для детского сада)

Документ	Документированная процедура	стр. 22 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Приложение Б

(обязательное)

**Программа внутренних аудитов
системы менеджмента ТГУ
на 20__ год**

№ п/п	Объект проверки			Проверяемый процесс	Период проведения
	Структурное подразделение	Руководитель подразделения/ Уполномоченный по качеству подразделения	Название стандарта		

<i>Документ</i>	Документированная процедура	стр. 23 из 44	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022



Приложение В
(обязательное)

План внутреннего аудита системы менеджмента

(наименование подразделения)

1. Объект аудита (область сертификации, процесс): _____
2. Критерии аудита: соответствие требованиям стандарта (_____)
 ID стандарта
3. Пункты стандарта: _____
4. Дата проведения аудита: « ____ » _____ 20 ____ г.
5. Аудиторская группа:

Статус	ФИО	Контактная информация (тел., e-mail)
Ведущий аудитор		
Аудитор		
Аудитор		
Аудитор		
Технический эксперт		

6. План проведения аудита:

Пункты стандарта	Название процесса						Название подразделения					
4.1 Понимание организации и ее контекста												
4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон												
4.3 Определение области применения системы менеджмента качества												
4.4 Система менеджмента качества и ее процессы												
5.1.1 Лидерство и приверженность. Общие положения												
5.1.2 Ориентация на потребителя												
5.2.1 Политика в области качества. Разработка политики в области качества												

Документ	Документированная процедура	стр. 24 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

<i>Пункты стандарта</i>	<i>Название процесса</i>					<i>Название подразделения</i>				
5.2.2. Информирование о политике в области качества										
5.3. Роли, ответственности и полномочия в организации										
6.1. Действия по адресации рисков и возможностей										
6.2. Цели в области качества и планирование их достижения										
6.3. Планирование изменений										
7.1. Ресурсы										
7.1.1. Общие положения										
7.1.2. Персонал										
7.1.3. Инфраструктура										
7.1.4. Среда для функционирования процессов										
7.1.5. Ресурсы для мониторинга и измерений										
7.1.6. Знания организации										
7.2. Компетентность										
7.3. Осведомленность										
7.4. Коммуникации										
7.5.1. Документированная информация. Общие требования										
7.5.2. Создание и актуализация										
7.5.3. Управление документированной информацией										
8.1. Операционное планирование и управление										
8.2. Определение требований к продукции и услугам										
8.2.1. Коммуникации с потребителем										
8.2.2. Определение требований, относящихся к продукции и услугам										

<i>Документ</i>	Документированная процедура	стр. 25 из 44	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

<i>Пункты стандарта</i>	<i>Название процесса</i>					<i>Название подразделения</i>				
8.2.3. Анализ требований, относящихся к продукции и услугам										
8.2.4. Изменения требований к продукции и услугам										
8.3.1. Общие положения										
8.3.2. Планирование проектирования и разработки										
8.3.3. Входные данные для проектирования и разработки										
8.3.4. Управление проектированием и разработкой										
8.3.5. Результаты проектирования и разработки										
8.3.6. Изменения при проектировании и разработке										
8.4.1. Общие положения										
8.4.2. Тип и степень управления внешними поставками										
8.4.3. Информация для внешних поставщиков										
8.5.1. Управление производством продукции и предоставлением услуг										
8.5.2. Идентификация и прослеживаемость										
8.5.3. Собственность, принадлежащая потребителям или внешним поставщикам										
8.5.4. Сохранение										
8.5.5. Деятельность после поставки										
8.5.6. Управление изменениями										
8.6. Выпуск продукции и услуг										
8.7. Управление несоответствующими результатами процессов										
9.1.1. Мониторинг, измерения, анализ и оценка результатов. Общие требования										
9.1.2. Удовлетворенность потребителей										

<i>Документ</i>	<i>Документированная процедура</i>	стр. 26 из 44	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

<i>Пункты стандарта</i>	<i>Название процесса</i>					<i>Название подразделения</i>					
9.1.3. Анализ и оценка											
9.2. Внутренний аудит											
9.3. Анализ высшим руководством	/										
9.3.1. Общие положения	/										
9.3.2. Входные данные для анализа высшим руководством	/										
9.3.3. Результаты анализа высшим руководством	/										
10.1. Общие положения											
10.2. Несоответствия и корректирующие действия											
10.3. Постоянное улучшение											

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель
подразделения

_____ / _____ /
подпись дата

<i>Документ</i>	<i>Документированная процедура</i>	стр. 27 из 44	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022



Приложение Г

(обязательное)

Записи аудитора (внутренний аудит)

Подразделение	Аудитор (ы)	Стандарт (ы)	Дата проведения аудита

Раздел стандарта	Сведения о сотрудниках, подразделениях, процессах, проверенных во время аудита. Записи по качеству, ссылки на документацию системы качества	Ссылка на документ

Документ	Документированная процедура	стр. 28 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Приложение Д

(обязательное)

Отчет о результатах внутреннего аудита

1. Структурные подразделения
2. Группа по аудиту (состав):
3. Цель аудита:
4. Основание проведения аудита:
5. Проверка выполнения корректирующих мероприятий по результатам предыдущего аудита

Объект аудита		Выполнено	Не выполнено
№ п.п.	Структурное подразделение		

6. Результаты аудита

Объект аудита		Результат:	Ф.И.О. ответственного
№ п.п.	Структурное подразделение		

7. Описание несоответствий и их причин:

8. Выводы и рекомендации:

9. Результаты аудита приняты удовлетворительными/неудовлетворительными
(нужное подчеркнуть)

Документ	Документированная процедура	стр. 29 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



10. Приложения:

- План аудита подразделений.
- Чек-листы.
- Записи аудитора.

11.

Отчет составлен (Ведущий аудитор)	
Отчет согласован (Руководитель подразделения)	

<i>Документ</i>	Документированная процедура	стр. 30 из 44	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Приложение Е

(рекомендуемое)

Анкета «Качество внутреннего аудита»

(для сотрудников проверенного подразделения)

Уважаемый респондент! Вашему вниманию представлена для заполнения анкета «Качество внутреннего аудита». Анкета предназначена для оценки эффективности аудита, и чем точнее будут Ваши ответы, тем больше информации будет получено для развития системы внутреннего аудита. Заранее благодарим, УКО.

Аспекты, подлежащие оценке	Характеристика критериев и оценка в баллах								
	Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
Насколько правильно были выбраны области проверки (возможно, важные области деятельности были проверены в меньших объемах, чем необходимо, или аудит был сконцентрирован на несущественных областях деятельности Вашего подразделения)	Проверка была проведена эффективно, большее внимание было уделено наиболее важным аспектам деятельности, которые были проверены в необходимом объеме			Проверка была организована и проведена скорее эффективно, чем неэффективно, однако отдельные моменты показали нам не совсем приемлемыми для проведенного аудита			Проверка была организована и проведена недостаточно эффективно, были проверены области деятельности, которые не представляют собой никакого риска, считаю, что аудит мог бы...		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2
Насколько профессиональна была команда аудиторов?	Аудиторы были подготовлены для проверки и продемонстрировали глубокое понимание процессов нашего подразделения			Аудиторы в целом удовлетворительно подготовились для проведения проверки, однако в подготовке аудиторов были заметны отдельные несущественные недостатки			Аудиторы показали наличие определенного уровня подготовки, однако было заметно отсутствие понимания процессов подразделения		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2
Насколько корректны были аудиторы?	Аудиторы отличались вежливостью и корректностью.			Какие-либо негативные факты при проверке не наблюдались, однако есть пожелания к аудиторам			Были отдельные случаи некорректного поведения аудиторов		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2
Как Вы оцениваете качество рекомендаций аудиторов по итогам проверки?	Получили очень ценные консультации и рекомендации в отношении некоторых вопросов			В принципе, со всеми рекомендациями наше подразделение согласилось			Считаем, аудиторы вообще не давали рекомендаций либо рекомендации носили спорный характер		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2
Насколько часто преподаватели Вашей кафедры отвлекались во время проведения внутреннего аудита?	Наблюдались несущественные отвлечения преподавателей, которые неизбежны при проведении проверок			Нельзя сказать, что отвлечения преподавателей повлияли на учебный процесс, однако отвлечения были заметные			Преподаватели отвлекались очень часто для бесед с аудиторами и т.д.		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2

Документ	Документированная процедура	стр. 31 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Насколько оправдались Ваши ожидания от аудиторской проверки?	Оправдались в полной мере			Скорее оправдались, чем не оправдались			Не оправдались		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2
Есть ли необходимость в проведении внутреннего аудита?	Насущная необходимость			Проводить, но реже			Можно не проводить		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2
Какие объекты проверок Вас интересуют, помимо образовательных программ и ее элементов (УМКД и пр.)?									
Ваши пожелания для повышения эффективности внутреннего аудита и совместной работы с УКО?									

При оценке от 2 до 4 убедительно просим комментировать:

Подразделение: _____

Документ	Документированная процедура	стр. 32 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Приложение Ж

(обязательное)

Корректирующие действия

(по результатам внутреннего аудита)

(название подразделения)

Мероприятия	Сроки	Ответственный исполнитель	Отметка о выполнении

<i>Документ</i>	<i>Документированная процедура</i>	стр. 33 из 44	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022



Приложение И

(обязательное)

Чек-лист внутреннего аудита

Название подразделения (ий):

Дата:

Раздел плана внутреннего аудита	Вопросы (критерии аудита – пункты стандарта/ов)	Результаты проверки

Документ	Документированная процедура	стр. 34 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Приложение К

(обязательное)

Критерии и показатели процесса внутреннего аудита

Критерий	Показатель	Шкала	Признак выполнения
1. Оценка результативности <i>Результативность подразумевает достижение цели без оглядки на цену и пути движения к ней. Ее критериями могут быть:</i>	разработка и выполнение аудиторского плана	0-100%	90%
	удовлетворенность заказчиков аудита	от 1 до 10 баллов	от 5 до 10 баллов
	отсутствие претензий и согласие внедрять рекомендации внутренних аудиторов	да / нет	да
2. Оценка эффективности <i>Эффективный процесс означает выбор лучшего из возможных способов, то есть он учитывает расходы на достижение цели. Такая работа приводит к положительному результату с наименьшими затратами</i>	выполнение бюджета;	0-100%	не менее 90%
	соблюдение сроков аудиторских проверок и сдачи отчетов;	кол-во дней	не более 5 дней
	выполнение программ повышения квалификации;	0-100%	не менее 90%
	своевременное и правильное выявление рисков и реагирование на них;	да / нет	да
Критерий	Показатель	Шкала	Признак выполнения
3. Качественная оценка:	соблюдение Стандартов внутреннего аудита и Кодекса этики;	да / нет	да
	качество внутренней документации, регламентирующей работу внутренних аудиторов;		
	профессиональный уровень и повышение квалификации внутренних аудиторов		
4. Количественная оценка	Показатель	Шкала	Признак выполнения
4.1. Эффективность организации внутреннего аудита	доля выполнения Программы по проведению внутренних аудитов и выполненным запросам по внеочередным проверкам	0-100%	100%

Документ	Документированная процедура	стр. 35 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

	отношение вовремя внедренных рекомендаций к общему числу принятых	0-100%	до 80%
	доля вовремя сданных аудиторских отчетов от общего их числа	0-100%	до 80%
	отношение количество нарушений, выявленных внутренними аудиторами, к количеству нарушений, выявленных внешними аудиторами	не менее 1	1.5-2
	количество улучшенных процессов /подпроцессов благодаря рекомендациям внутренних аудиторов в год	0-10 шт.	не менее 5
4.2. Квалификация сотрудников службы	отношение сертифицированных сотрудников к их общему числу (о штате внутренних аудиторов)	0-100%	не менее 50%
	отношение сотрудников с опытом аудита более 3 лет к общему числу сотрудников (о штате внутренних аудиторов)	0-100%	не менее 50%

Документ	Документированная процедура	стр. 36 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Приложение Л

(рекомендуемое)

Перечень рисков внутреннего аудита

№№	Группы рисков, Виды рисков	Степень (важность) , где 3 – max			Возможности (что нужно сделать)
		1	2	3	
Риски планирования					
	Установление неадекватных целей аудитов и объёма программы аудита				Разработка программы аудита осуществляется на основе анализа отчётов по аудитам за предыдущий период, данных о планируемых и имеющихся изменениях в деятельности университета и структурных подразделений
	Составление группы аудиторов, которая не обладает в совокупности достаточной компетентностью, необходимой для результативного проведения аудита				Во время аудита члены группы обсуждают выявленные факты несоответствий, при необходимости после аудита оформляются докладные и служебные записки на имя руководителя группы аудиторов; в состав группы аудиторов по решению начальника ВП может включаться представитель ВП; для проведения аудита при необходимости привлекаются технические эксперты
Риски организационной деятельности					
	Недостаточно результативная коммуникация в ходе реализации программы аудита				
	Неверное установление (определением) необходимой документированной информации, недостаточно адекватная защита записей по аудиту, необходимых для демонстрации результативности программы аудита				Документированная информация о результатах аудита в каждом структурном подразделении хранится в отдельном деле. В структурных подразделениях назначены ответственные (ответственные за делопроизводство), которые отвечают за сохранность записей по аудиту

Документ	Документированная процедура	стр. 37 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Риск отсутствия системности в организации работы по повышению квалификации группы аудиторов				
Риск недостаточной взаимосвязанности/ системности в работе структур/подразделений				
Риски, связанные с мониторингом, анализом, улучшением				
Отсутствие достаточного мониторинга результатов программы аудитов				
Риск недостаточности/избыточности контроля со стороны высшего руководства				
Риск неоправданного увеличения объема отчетной документации, поступающей в администрацию организации/учреждения от структур/подразделений				
Риск несвоевременности принятия мер по коррекции целей планирования и организационных мероприятий/механизмов				
Содержательные риски				
Риск непонимания и неприятия стандарта ИСО				
Риск незнания стандарта ИСО				
Ресурсные риски				
Риск недостаточности временных ресурсов для качественной подготовки к выполнению профессиональных обязанностей				
Риск недостаточности получаемого в организации/учреждении финансового вознаграждения				

Документ	Документированная процедура	стр. 38 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

для качественного выполнения профессиональных обязанностей				
Личностные риски				
Риск неполного соответствия личных качеств аудитора рекомендациям ИСО 19011				
Риск профессионального выгорания аудиторов				
Риск неумения работать в команде				
Риск преимущественно формального отношения сотрудников аудируемого подразделения				

Документ	Документированная процедура	стр. 39 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

7. Лист рассылки

№ п/п	Подразделение	Должность	Ф.И.О.	Экземпляры	
				Печ.	Эл.
1	Ректорат	Ректор	Галажинский Эдуард Владимирович		v
2	Ректорат	Президент	Майер Георгий Владимирович		v
3	Ректорат	Первый проректор	Дёмин Виктор Валентинович		v
4	Ректорат	Проректор по образовательной деятельности	Луков Евгений Викторович		v
5	Ректорат	Проректор по научной и инновационной деятельности	Ворожцов Александр Борисович		v
6	Ректорат	Проректор по международным связям	Рыкун Артем Юрьевич		v
7	Ректорат	Проректор по информационной политике и цифровым коммуникациям	Эмер Юлия Антоновна		v
8	Ректорат	Проректор по социальным вопросам	Кулижский Сергей Павлович		v
9	Ректорат	Проректор по административно-хозяйственной работе и строительству	Андриенко Владимир Борисович		v
10	Ректорат	Начальник управления – проректор по безопасности	Тарасов Николай Евгеньевич		v
11	Учебное управление	Начальник	Игнатьева Мария Александровна		v
12	Управление нового набора	Начальник	Павлов Евгений Владимирович		v
13	Научное управление	Начальник	Краснова Татьяна Семеновна		v
14	Управление инновациями в сфере науки, техники и технологий	Начальник	Головатов Михаил Александрович		v
15	Управление подготовки и научной аттестации кадров высшей квалификации	Начальник	Касаткина Татьяна Васильевна		v
16	Управление международных связей	Начальник	Гашева Юлия Владимировна		v
17	Управление цифровых решений	Начальник	Соколов Данила Александрович		v
18	Управление информационно-телекоммуникационной инфраструктуры	Начальник	Гавриленко Ростислав Алексеевич		v
19	Управление социальной и молодежной политики	Начальник	Хованская Элина Александровна		v

Документ	Документированная процедура	стр. 40 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

№ п/п	Подразделение	Должность	Ф.И.О.	Экземпляры	
				Печ.	Эл.
20	Управление персонала	Начальник	Петлина Ирина Ивановна		v
21	Управление бухгалтерского учета и контроля	Начальник	Нагаева Галина Николаевна		v
22	Планово-финансовое управление	Начальник	Попова Наталья Витальевна		v
23	Управление делами	Начальник	Бельская Елена Владимировна		v
24	Правовое управление	Начальник	Котляр Инна Анатольевна		v
25	Управление информационной политики	Начальник (и.о.)	Арсеньева Татьяна Евгеньевна		v
26	Отдел платных образовательных услуг	Начальник	Якимова Юлия Александровна		v
27	Управление мобилизационной подготовки и воинского учета	Начальник	Хаустов Олег Юрьевич		v
28	Отдел ГО, ЧС и пожарной безопасности ТГУ	Начальник	Нохрина Ирина Семеновна		v
29	Отдел охраны труда	Начальник	Зубарева Евгения Владимировна		v
30	Центр внутреннего контроля	Директор	Маркарян Валерий Андроникович		v
31	Отдел практик и трудоустройства	Начальник	Данилевская Евгения Львовна		v
32	Центр организационного обеспечения и сопровождения мероприятий	Начальник	Уразова Анастасия Михайловна		v
33	Институт Конфуция на базе ТГУ	Директор	Шведова Ирина Александровна		v
34	Центр биотестирования безопасности нанотехнологий и наноматериалов НУ ТГУ	Директор	Моргалев Юрий Николаевич		v
35	Институт образования ТГУ	Директор	Суханова Елена Анатольевна		v
36	Институт биологии, экологии, почвоведения, сельского и лесного хозяйства	Директор	Воробьев Данил Сергеевич		v
37	Геолого-географический факультет	Декан	Тишин Платон Алексеевич		v
38	Факультет исторических и политических наук	Декан	Рожнева Жанна Анатольевна		v

Документ	Документированная процедура	стр. 41 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

№ п/п	Подразделение	Должность	Ф.И.О.	Экземпляры	
				Печ.	Эл.
39	Механико-математический факультет	Декан	Гензе Леонид Владимирович		v
40	Физический факультет	Декан	Филимонов Сергей Николаевич		v
41	Юридический институт	Директор	Андреева Ольга Ивановна		v
42	Радиофизический факультет	Декан	Коротаев Александр Григорьевич		v
43	Химический факультет	Декан (и.о.)	Князев Алексей Сергеевич		v
44	Философский факультет	Декан	Сухушина Елена Валерьевна		v
45	Филологический факультет	Декан	Тубалова Инна Витальевна		v
46	Институт прикладной математики и компьютерных наук	Директор	Замятин Александр Владимирович		v
47	Институт военного образования	Директор	Семенченко Вячеслав Константинович		v
48	Институт искусств и культуры	Директор	Галкин Дмитрий Владимирович		v
49	Факультет иностранных языков	Декан	Нагель Ольга Васильевна		v
50	Факультет психологии	Декан	Баланев Дмитрий Юрьевич		v
51	Факультет физической культуры	Декан	Шилько Виктор Генрихович		v
52	Факультет журналистики	Декан	Мясников Илья Юрьевич		v
53	Факультет инновационных технологий	Декан	Шидловский Станислав Викторович		v
54	Институт экономики и менеджмента	Директор	Нехода Евгения Владимировна		v
55	Физико-технический факультет	Декан	Рыжих Юлия Николаевна		v
56	Новосибирский юридический институт	Директор	Чумакова Лидия Петровна		v
57	Сибирский физико-технический ин-т	Директор			v
58	НИИ прикладной математики и механики	Директор	Ищенко Александр Николаевич		v
59	Сибирский ботанический сад	Директор	Ямбуров Михаил Сергеевич		v
60	НИИ биологии и биофизики	Директор	Воробьев Сергей Николаевич		v

Документ	Документированная процедура	стр. 42 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

№ п/п	Подразделение	Должность	Ф.И.О.	Экземпляры	
				Печ.	Эл.
61	Научная библиотека	Директор	Васильев Артём Викторович		v
62	Институт дистанционного образования	Директор	Шепель Михаил Олегович		v
63	Новосибирский юридический институт	Директор	Чумакова Лидия Петровна		v
64	Детский сад №49	Заведующая	Руденок Лариса Николаевна		v

Документ	Документированная процедура	стр. 43 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



8. Лист регистрации изменений, дополнений и ревизий документа

№ изменения	Дата внесения изменений, дополнений и проведения ревизии	Номера листов	Шифр документа	Краткое содержание изменения, отметка о результате ревизии	Ф.И.О. подпись

Документ	Документированная процедура	стр. 44 из 44	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022