АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«Гарнизон»

УТВЕРЖДАЮ
ВрИО Генерального директора
АО «Гарнизон»

С.А.Штыкулин

«31» 07 2015 г.

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

СТО СМК.23-2015

Система менеджмента качества

ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ

Экз. № _____

Москва
2015

Предисловие

Сведения о стандарте

1 РАЗРАБОТАН отделом лицензионно-разрешительной работы Главного управления производства и реализации государственного оборонного заказа АО «Гарнизон».

2 ПРИНЯТ И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ приказом Генерального директора АО «Гарнизон» от «31» 07 2015 года № 104

3 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

Настоящий Стандарт является интеллектуальной собственностью АО «Гарнизон» и не может быть передан сторонней организации, юридическому или физическому лицу без разрешения Генерального директора.

Содержание

1 Область применения....1
2 Нормативные ссылки....1
3 Термины, определения, обозначения и сокращения....1
4 Ответственность и контроль....2
5 Описание процедуры....3
6 Учет, хранение....10
7 Внесение изменений....10
8 Распределение....10
9 Документы и записи....10
Приложение А (обязательное)....13
Приложение Б (обязательное)....14
Приложение В (обязательное)....15
Приложение Г (обязательное)....17
Приложение Д (обязательное)....19
Приложение Е (рекомендуемое)....21
Приложение Ж (справочное)....22
Лист регистрации изменений....23

1 Область применения

1.1 Настоящий стандарт устанавливает документированную процедуру для определения ответственности и требований, связанных с планированием и проведением внутренних аудитов, ведением записей и составлением отчетов о результатах.

1.2 Требования стандарта обязательны для всех структурных подразделений и аудиторов организации.

1.3 Настоящий стандарт разработан с учетом требований ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использованы нормативные ссылки на следующие стандарты:

- ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования;
- ГОСТ ISO 9001-2011 Системы менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ ISO 9000-2011 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- ГОСТ Р ИСО 19011-2012 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента;
- СТО СМК.02-2015 Система менеджмента качества. Управление документацией;
- СТО СМК.01-2015 Система менеджмента качества. Стандарты организации. Порядок разработки, оформления, внесения изменений, хранения и актуализации;
- СТО СМК.03-2015 Система менеджмента качества. Управление записями;
- СТО СМК.05-2015 Система менеджмента качества. Анализ СМК со стороны руководства. Оценка результативности СМК. Порядок работ по улучшению СМК;

3 Термины, определения, обозначения и сокращения

3.1 Термины и определения

3.1.1 **Требование:** потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

3.1.2 **Требование:** документально изложенный критерий, который должен быть выполнен, если требуется соответствие документу, и по которому не разрешены отклонения.

3.1.3 **Соответствие:** выполнение требования.

3.1.4 **Несоответствие:** невыполнение требования.

3.1.5 **Оценка соответствия:** доказательство того, что заданные требования к продукции, процессу, системе, лицу или органу, выполнены.

3.1.6 **Заданные требования:** заявленные потребность или ожидание.

3.1.7 **Аудит:** систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.

3.1.8 **Наблюдения аудита:** результаты оценивания собранных свидетельств аудита по отношении к критериям аудита.

3.1.9 **Критерии аудита:** совокупность политики, процедур или требований, которые применяются в виде ссылок.

3.1.10 **Свидетельства аудита:** записи, изложение фактов или другая информация, которые связанны с критериями аудита и могут быть проверены.

3.1.11 **Аудитор:** лицо, продемонстрировавшее свои личные качества и обладающее компетентностью для проведения аудита.

3.1.12 **Компетентность:** выраженные личные качества и способность применять свои знания и навыки.

3.1.13 **Технический эксперт:** лицо, обладающее специальными знаниями или опытом, необходимыми группе по аудиту.

Примечания

1 Специальные знания или опыт включают в себя знания или опыт, относящиеся к организации, процессу или деятельности, подвергаемым аудиту, а также знания языка и культуры страны, в которой проводится аудит.

2 Технический эксперт не имеет полномочий аудитора в группе по аудиту.

3.2 Обозначения и сокращения

АО – акционерное общество;
ВП – военное представительство;
ГОСТ – государственный стандарт;
ДХО – дочерние хозяйственные общества;
ДС – документы по стандартизации;
ИСО/МЭК (ISO) – международная организация по стандартизации;
КД – конструкторская документация;
ОЛРР – отдел лицензионно-разрешительной работы;
РК – руководство по качеству;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение;
СТО – стандарт организации;
ТУ – технические условия;
ТД – технологическая документация;
ТО – технологический отдел;
ОКО – отдел кадрового обеспечения.

4 Ответственность и контроль

4.1 Ответственность за разработку данного стандарта возлагается на ОЛРР.

4.2 Высшее руководство организации несет ответственность за обеспечение:

- финансовыми ресурсами для развития, внедрения, управления и улучшения аудитов в организации (включая обучение и повышение

квалификации аудиторов, стимулирование аудиторов за качественно выполненные работы);

- наличия аудиторов в организации.

4.3 Представитель руководства по качеству несет ответственность за планирование, организацию проведения, анализ результатов внутренних аудитов.

4.4 ОЛРР несет ответственность за:

- подготовку проектов плана проведения внутренних аудитов и приказов об организации внутренних аудитов;
- обобщение и хранение данных по внутренним аудитам;
- контроль выполнения корректирующих действий (мероприятий).

4.5 Руководитель проверяемого СП несет ответственность за:

- создание необходимых условий для проведения аудита;
- подготовку подразделения к аудиту;
- назначение ответственного за аудит от СП;
- разработку и проведение корректирующих действий (мероприятий) по выявленным несоответствиям и представление сведений о выполнении корректирующих действий (мероприятий) специалисту по СМК;
- то, чтобы все необходимые коррекции и корректирующие действия предпринимались без излишней отсрочки для устранения обнаруженных несоответствий и вызвавших их причин.

4.6 Руководитель аудиторской группы несет ответственность за:

- подготовку и выполнение всех этапов аудита;
- подготовку аудиторов к аудиту;
- организацию обсуждения наблюдений в ходе аудита;
- окончательные выводы по результатам аудита, оформление и представление отчета об аудите;
- качество проведения аудита, объективность и достоверность полученных результатов;
- конфиденциальность процедуры аудита и его результатов.

4.7 Аудиторы несут ответственность за:

- добросовестное выполнение своих обязанностей;
- подготовку к аудиту, его проведение, документирование наблюдений (составление отчетов);
- объективность и достоверность полученных данных в ходе наблюдений;
- сообщение результатов наблюдений руководителю аудиторской группы;
- соблюдение конфиденциальности при проведении аудита и выводов по его результатам.

4.8 Контроль за выполнением требований настоящего стандарта осуществляет ОЛРР и представитель руководства по качеству.

5 Описание процедуры

5.1 Общие положения

5.1.1 Внутренние аудиты проводят через запланированные интервалы времени в целях установления того, что система менеджмента качества АО «Гарнизон»:

- соответствует требованиям ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 и требованиям к системе менеджмента качества, установленным организацией в документации СМК;

- внедрена результативно и поддерживается в рабочем состоянии.

5.1.2 Проведение внутренних аудитов обеспечивает:

- установление для организации и отдельных его структурных подразделений соответствия или несоответствия СМК в целом или отдельных ее процессов, процедур (порядков) требованиям международных, национальных или государственных (в том числе военных) стандартов или нормативным требованиям;

- оценку результативности СМК согласно СТО СМК.05;

- установление степени понимания персонала организации целей, задач, поставленных перед подразделениями (процессами) и выполнения требований, установленных документами СМК;

- проверку результативности выполнения корректирующих и предупреждающих действий (мероприятий);

- предоставление высшему руководству организации информации о результатах функционирования системы менеджмента для анализа;

- определение возможности и путей дальнейшего совершенствования СМК в целом или отдельных ее процессов.

5.1.3 Отчеты с результатами внутренних аудитов представляют руководству организации и своевременно доводят до сведения персонала, ответственного за проверяемые процессы, процедуры и виды деятельности, а также ВП (при участии представителей ВП в аудите или по запросу).

Во внутренних аудитах может принимать участие ВП по согласованию с ним.

5.1.4 Результаты внутренних аудитов СМК являются основанием для разработки и реализации мероприятий по совершенствованию СМК, по совершенствованию процессов СМК, по разработке новых методов и средств управления качеством военной продукции, по совершенствованию состава и содержания документации СМК, по подготовке СМК к внешним аудитам.

5.1.5 Порядок проведения внутренних аудитов ДХО аудиторскими группами АО «Гарнизон», аудиторскими группами ДХО соответствует описанному в данной процедуре.

5.2 Планирование внутренних аудитов

5.2.1 Основаниями для проведения внутренних аудитов являются:

- плановые аудиты (годовой план проведения внутренних аудитов СМК);

- аудиты, согласно приказа Генерального директора;

- намеченное проведение внешних аудитов второй и третьей стороной в процессе сертификации продукции;

- изменение целей или структуры организации;

- претензии, предъявленные потребителями к результатам того или иного процесса (процедуры);

- освоение новых видов продукции;

- перепроверка выполнения корректирующих мероприятий;

- принципиальные изменения в документации СМК.

5.2.2 Планирование внутренних аудитов осуществляется посредством составления годового плана проведения внутренних аудитов (приложение А).

При планировании аудитов процессов (процедур) и структурных подразделений учитывается их статус и важность, а также результаты предыдущих аудитов.

Проект плана составляется ОЛРР, согласовывается с представителем руководства по качеству и утверждается Генеральным директором.

Проект плана представляется на утверждение не позднее 30 декабря текущего года.

После утверждения план рассылается ОЛРР руководителям структурных подразделений и процессов, подвергаемым аудиту, представителю руководства по качеству, ВП (по запросу).

5.2.3 Внутренние аудиты в АО «Гарнизон» проводят специально подготовленные и аттестованные аудиторы. Требования к квалификации аудиторов, порядок обучения и аттестации изложены в приложении Б.

5.2.4 Процедура организации и проведения внутреннего аудита предусматривает следующие основные этапы:

- подготовка аудита;
- проведение аудита;
- обобщение результатов и подготовка отчета по аудиту;
- реализация коррекции и корректирующих действий;
- мониторинг реализации коррекции и корректирующих действий.

5.2.5 Подготовка аудита

5.2.5.1 Подготовка внутреннего аудита включает:

- подготовку и издание приказа Генерального директора по проведению внутреннего аудита;
- изучение и анализ необходимой документации.

5.2.5.2 Внутренние аудиты проводятся в соответствии с приказом Генерального директора, в котором указывается обоснование их проведения, цели, срок и объем предстоящего аудита, назначается руководитель аудиторской группы, состав группы аудиторов (с указанием фамилий) и условия их освобождения от основной работы на время проведения аудита. При необходимости, в состав группы аудиторов может включаться технический эксперт из числа специалистов организации. Проект приказа вносит ОЛРР на основании годового плана внутренних аудитов не менее чем, за две недели до начала аудита. Не рекомендуется назначать сроки проведения аудита на последнюю неделю месяца.

5.2.5.3 Руководитель проверяемого подразделения на основании приказа Генерального директора не позднее, чем за неделю до начала аудита доводит до сотрудников цели, срок и объём предстоящего аудита, и назначает представителя из своего подразделения для участия в аудите.

Представителем проверяемого подразделения может быть:

- руководитель проверяемого подразделения или его заместитель;
- уполномоченный по СМК подразделения;
- специалист подразделения, назначенный руководителем проверяемого подразделения для участия в данном аудите.

В ходе внутреннего аудита руководитель проверяемого СП должен:

- довести до сотрудников подразделения полученные сведения о сроке, продолжительности, целях и объёме предстоящего аудита;
- определить, кто из сотрудников подразделения будет принимать участие в аудите. Участники внутреннего аудита должны быть освобождены от прочих обязанностей на всё время аудита;
- обеспечить аудиторам соответствующее рабочее место, доступ к требуемым документам и оборудованию, а также оказывать содействие в работе;
- информировать сотрудников подразделения о ходе, результатах и заключении по внутреннему аудиту.

5.2.5.4 Руководитель со своей аудиторской группой, проводит подготовку к каждому аудиту. При подготовке аудиторы должны изучить:

- свои задачи в период проведения аудита;
- задачи и структуру проверяемого подразделения;
- результаты предыдущих аудитов подразделения;
- необходимую документацию (КД, технологические процессы, соответствующие СТО и др.), применяемую в проверяемом подразделении.

5.2.5.5 Допускается, в случае необходимости, проведение аудита одним аудитором, в этом случае он одновременно выполняет функции руководителя аудиторской группы.

5.2.6 Проведение аудита

5.2.6.1 Внутренний аудит можно условно разделить на три этапа:

- ознакомительная беседа;
- проверка и анализ;
- заключительная беседа.

5.2.6.2 В ознакомительной беседе руководитель аудиторской группы представляет группу руководству проверяемого подразделения, сообщает о ходе проверки, необходимом для её проведения времени. Проводит обсуждение объёма, целей и задач проверки, времени проведения заключительной беседы.

5.2.6.3 Проверка и анализ происходит на основании опроса сотрудников проверяемого подразделения и заключается в сборе доказательств посредством:

- рассмотрения документов;
- наблюдения за определенным видом работ и документированием наблюдений в ходе проверки, при этом отклонения или несоответствия должны содержать ссылку на соответствующие пункты нормативных или других документов, лежащих в основе анализа.

При неправильном понимании вопросов сотрудниками проверяемого подразделения, невыполнением установленных документом требований аудиторы могут задавать дополнительные вопросы или просить более подробных разъяснений.

Внутренний аудит, независимо от объекта аудита, должен подтвердить:

- наличие и доступность для исполнителей всех документов, обязательных для выполнения в ходе ведения деятельности;
- понимание и использование документации персоналом;

- соответствие процессов (процедур) и деятельности подразделения установленным требованиям;
- соответствие результатов процессов запланированным мероприятиям;
- соответствие состояния записей установленным требованиям.

Также в ходе внутреннего аудита устанавливается:

- наличие документов СМК (в том числе записей) в проверяемом подразделении, их состояние, актуализация и условия хранения;
- ознакомление с указанными документами персонала подразделения;
- правильность применения документов СМК;
- наличие слабых мест в процессах (процедурах), выполняемых подразделением;
- наличие невыполненных мероприятий по предыдущим аудитам и другим плановым документам.

5.2.6.4 В заключительной беседе руководитель группы должен представить результаты наблюдений руководителю проверяемого подразделения, дать обобщающую оценку состояния дел, а также может дать свои рекомендации по проведению коррекции и корректирующих действий.

5.2.7 Обобщение результатов и подготовка отчета по аудиту

5.2.7.1 После окончания аудита аудиторы должны рассмотреть и проанализировать свои наблюдения, чтобы решить, какие из них должны быть представлены как несоответствия.

Результаты и наблюдения в ходе внутреннего аудита аудиторы отражают в отчетах (приложения В, Г), где фиксируют наличие несоответствий или замечаний каких либо процессов и процедур СМК, обнаруженных во время аудита, оценивают работу подразделения по фактическому выполнению требований нормативной документации. Отчеты по выявленным несоответствиям и замечаниям аудиторы согласовывают с представителями подразделения, участвовавших в аудите, и сдают руководителю группы, который в свою очередь обобщает результаты аудита и оформляет отчет по результатам внутреннего аудита (приложение Д).

5.2.7.2 При классификации несоответствий используются следующие признаки:

- **значительное несоответствие**: невыполнение одного или более требований стандарта системы менеджмента, которое с большой вероятностью может повлечь невыполнение заданных заказчиком требований к военной продукции и условий контракта (договора) на всех стадиях жизненного цикла военной продукции;
- **незначительное несоответствие**: невыполнение требований, которое может привести к невыполнению заданных заказчиком требований к военной продукции и условий контракта (договора) на всех стадиях жизненного цикла военной продукции;
- **замечание**: отдельные упущения, не носящие характер несоответствия, и фиксируемые с целью предотвращения возможного несоответствия, или области для потенциального улучшения системы менеджмента (повышение качества продукции и стабильности производства, удовлетворения требований потребителя, выполнения законодательных требований).

К значительным несоответствиям следует относить:

- неприменение или невыполнение в необходимом объеме документированной процедуры СМК организации;
- несоблюдение требований стандартов КД, ТД и документов по стандартизации, распространяющихся на продукцию и виды деятельности подразделения, обязательных к применению и включенных в контракт (договор);
- отсутствие испытательного оборудования и средств измерений, обеспечивающих оценку соответствия продукции всем установленным требованиям в заданных режимах и условиях испытаний;
- выявление фактов незнания персоналом подразделения требований документов СМК, необходимых для выполнения возложенных на него функций;
- выявление фактов искажения и фальсификации записей;
- неустранение ранее выявленных значительных несоответствий.

К незначительным несоответствиям следует относить:

- единичные нарушения выполнения требований нормативных документов, ДС и документов СМК, не повлекшие снижения качества выпускаемой продукции;
- недостатки в оформлении и содержании документации, в том числе записей, содержащих объективные свидетельства результативного функционирования СМК;
- выявление отклонений случайного характера, указывающих на низкий уровень исполнительской дисциплины в применении документов СМК.

5.2.7.3 Отчёт по результатам внутренней проверки составляет и подписывает руководитель группы, который несет ответственность за его четкость и полноту. В отчете также подписывают аудиторы и представитель ВП (в случае его участия во внутреннем аудите).

В отчёте излагается цель, план и дата начала и окончания проверки; наименование СП; перечень документов, на соответствие которым проводилась проверка; результаты аудита, где кратко излагается фактическое состояние СМК по подразделению и дается оценка работы подразделения согласно приложенных к отчету (при наличии) несоответствий и замечаний аудиторов; заключение, в котором кратко формулируются выводы по результатам проведенной проверки с оценкой степени соответствия СМК или отдельных её процессов и процедур требованиям ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 и даются рекомендации по дальнейшим действиям.

Оценка функционирования СМК или отдельных её процессов и процедур в подразделении производится согласно методике, изложенной в приложении Ж.

Проект отчета обсуждается с руководителем проверенного подразделения, чтобы избежать фактических ошибок и недопониманий.

5.2.7.4 Отчёт по результатам внутреннего аудита должен быть подготовлен в течении пяти дней и передан представителю руководства по качеству.

Представитель руководства по качеству анализирует результаты проверки и направляет отчёт по результатам внутреннего аудита специалисту по СМК с решением о направлении отчета в проверенное подразделение.

5.2.7.5 ОЛРР:

- регистрирует отчет по результатам внутреннего аудита, проставляет порядковый номер, снимает копии с оригинала отчета и направляет:
- 1-й экземпляр: руководителю проверяемого подразделения;
- 2-й экземпляр: ВП (при участии в аудите или по запросу);
- оригинал отчета подшивает в дело.
- в годовом плане проведения внутренних аудитов проставляет номер отчета.
- обобщает результаты внутренних аудитов предварительно за полугодие и окончательно за год, готовит отчет (в произвольной форме) и предоставляет его представителю руководства по качеству.

По каждому внутреннему аудиту специалист по СМК формирует набор документов, который содержит:

- приказ по проведению аудита;
- отчет по результатам внутреннего аудита с приложенными отчетами по выявленным несоответствия и замечаниям;
- план корректирующих действий (мероприятий) по устранению выявленных несоответствий с результатами выполнения данных действий (мероприятий);
- другие документы, относящиеся к аудиту.

5.2.7.6 Представитель руководства по качеству анализирует представленный полугодовой (годовой) отчет по результатам проведенных в организации внутренних аудитов и представляет его высшему руководству для анализа результативности функционирования действующей СМК.

5.2.8 Реализация коррекции и корректирующих действий

5.2.8.1 При обнаружении несоответствий в результате проведения внутреннего аудита:

- производится коррекция по указанию руководителя проверенного подразделения;
- планируются и проводятся соответствующие корректирующие действия (мероприятия).

После получения отчёта по результатам внутреннего аудита с выявленными несоответствиями проверенное подразделение в течении 10 дней разрабатывает план корректирующих действий (мероприятий) с указанием ответственных исполнителей и сроков выполнения (приложение Е).

План корректирующих действий (мероприятий) по подразделению утверждается его руководителем и согласовывается с представителем руководства по качеству.

При включении пунктов, исполнителями которых являются другие подразделения организации, план согласовывается с руководителями этих подразделений и утверждается Генеральным директором. По производству военной продукции план согласовывается с начальником ВП.

Утвержденный план корректирующих действий (мероприятий) проверенное подразделение рассылает ответственным исполнителям и

направляет один экземпляр ОЛРР для контроля. В ВП (по военной продукции) экземпляр плана направляется при наличии на нем согласующей подписи ВП или по запросу.

Отчёт (в виде служебной записки) о выполнении корректирующих действий (мероприятий) ответственные исполнители представляют специалисту по СМК не позднее 3-х дней после срока исполнения за подписью руководителя подразделения.

5.2.8.2 Ответственным за правильное и своевременное проведение корректирующих действий (мероприятий) является руководитель проверенного подразделения.

5.2.9 Мониторинг реализации коррекции и корректирующих действий.

5.2.9.1 Мониторинг реализации коррекции и корректирующих действий производится специалистом по СМК на основании утвержденных планов корректирующих действий (мероприятий) и отчетов по ним.

5.2.9.2 Если корректирующие действия (мероприятия) не подготовлены, или не выполнены в установленный срок, то специалист по СМК сообщает об этом представителю руководства по качеству, который выносит данный вопрос на рассмотрение высшему руководству.

5.2.9.3 Результаты мониторинга реализации коррекции и корректирующих действий используются и учитываются при планировании и проведении последующих аудитов.

5.3 Критерии результативности процедуры

5.3.1 Основные критерии результативности процедуры:

- своевременность представления отчета проверенному подразделению;
- выполнение корректирующих действий в установленные сроки;
- снижение общего числа несоответствий;
- снижение числа повторяющихся несоответствий;
- выполнение плана внутренних аудитов.

5.3.2 Оценка, мониторинг и анализ данных, относящихся к внутренним аудитам, проводятся специалистом по СМК, ежеквартально.

6 Учет, хранение

6.1 Учет и хранение настоящего стандарта осуществляется в соответствии с требованиями СТО СМК.01.

7 Внесение изменений

7.1 Внесение изменений в настоящий стандарт осуществляется в соответствии с требованиями СТО СМК.01.

8 Распределение

8.1 Данный стандарт распределяется во все подразделения организации, ВП (по запросу).

9 Документы и записи

9.1 В соответствии с данным стандартом оформляют документы и записи, перечисленные в таблице 1. Один экземпляр документов, согласованных

(подписанных) ВП, передают ВП. Управление документами и записями осуществляется согласно требований СТО СМК.02 и СТО СМК.03.

Таблица 1

№ п/п	Наименование документа (записи)	Заключение (согласова-ние) ВП	Форма документа (записи)	Место хранения	Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	План проведения внутренних аудитов	Нет	Приложение А	ОЛРР	1 год
2	Приказы о проведении внутренних аудитов	Да[1]	Идентификация по номеру и дате приказа	ОЛРР, в подразделениях	1 год
3	Отчеты по выявленным несоответствиям	Да[1]	Приложение В	ОЛРР, в подразделениях	5 лет
4	Отчеты по выявленным замечаниям	Да[1]	Приложение Г	ОЛРР, в подразделениях	5 лет
5	Отчет по результатам внутреннего аудита	Да[1]	Идентификация по номеру и дате приказа	ОЛРР, в подразделениях	5 лет
6	План корректирующих действий (мероприятий) по результатам аудита	Да[2]	Приложение Е	В подразделениях, ОЛРР	5 лет
7	Отчет о выполнении корректирующих действий (мероприятий) по результатам аудита	Нет	Идентификация по номеру и дате служебной записки	ОЛРР	5 лет
8	Приказ о создании аттестационной комиссии (при необходимости)	Нет	Идентификация по номеру и дате приказа	ОКО	До отмены
9	Записи по результатам обучения и аттестации аудиторов (удостоверения, свидетельства, протоколы аттестации)	Нет	Идентификация по номеру и дате записи	ОЛРР	В течении срока действия записи

[1] при участии в аудите представителя отдела ВП.
[2] для военной продукции.

Разработал:
Главный специалист отдела лицензионно – разрешительной работы Главного управления производства и реализации государственного оборонного заказа

Д.Н.Картавцев

«01» 07 2015 г.

Согласовано:
Заместитель Генерального директора
– представитель руководства по СМК С.И.Тен

«09» 07 2015 г.

Начальник Главного управления производства
и реализации государственного
оборонного заказа С.А.Хрусталев

«02» 07 2015 г.

Начальник отдела лицензионно –
разрешительной работы Главного управления
производства и реализации государственного
оборонного заказа А.А.Анохин

«01» 07 2015 г.

Приложение А
(обязательное)

СОГЛАСОВАНО[1]
Начальник ВП МО РФ

_____И.О. Фамилия

«____»_____201__г

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор

_____ И.О. Фамилия

«____»_____201__г

План проведения внутренних аудитов
в АО «Гарнизон» на 201___ год

№ п/п	Проверяемое подразделение	Процесс (процедура)	Пункт ГОСТ ISO 9001 (ГОСТ РВ 0015-002)	Срок проведения аудита (месяц)												Примечание
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Представитель ВП МО РФ[1]

_____И.О. Фамилия

«____»_____201__г

Специалист по СМК

_____ И.О. Фамилия

«____»_____201__г

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по СМК

_____ И.О. Фамилия

«____»_____201__г

[1] Согласование производится по требованию ВП

Приложение Б
(обязательное)

Требования к аудиторам

Аудиторы, осуществляющие внутренний аудит СМК должны:

- иметь законченное высшее или среднетехническое образование и стаж работы в организации не менее одного года и знать особенности организации;
- обладать достаточными знаниями в области менеджмента качества;
- пройти специальный курс обучения аудиторов, получив квалификацию «внутренний аудитор» после обучения, организованного как внутри, так и вне организации, в объеме не менее 20 часов;
- постоянно повышать свою квалификацию путем самообразования, изучения специальной литературы, обучения на курсах повышения квалификации и участия в семинарах.

Аудитор должен знать:

- основополагающие нормативные документы системы менеджмента качества, в т.ч. ISO 9001, ГОСТ Р ИСО 19011-2012 и дополнительные требования установленные ГОСТ РВ 0015-002-2012;
- принципы, процедуры и методы проведения аудита;
- систему менеджмента качества организации и ссылочные документы;
- организационную структуру и взаимодействие подразделений и должностных лиц;
- законы, нормы и другие требования, относящиеся к сфере деятельности;
- методы и технологии, имеющие отношения к качеству: терминологию в области качества, принципы и методы менеджмента качества;
- характеристики процессов, выполняемых работ и выпускаемой продукции.

Аудиторы не должны проверять свою собственную работу.

Назначение аудиторов производится на основании результатов аттестации, оценки квалификации аудиторов аттестационной комиссией организации с письменным подтверждением их квалификации (не реже одного раза в три года). Аттестационная комиссия периодически анализирует работу аудиторов, одобряет или не одобряет предложенные кандидатуры. Результаты аттестации оформляются протоколом заседания аттестационной комиссии организации и доводится до сведения аудиторов.

Аттестационная комиссия АО «Гарнизон» для аттестации аудиторов создается приказом Генерального директора. Проект приказа готовит менеджер по персоналу (или должностное лицо, выполняющее его функции).

Главная цель аттестационной комиссии организации – оценка квалификации кандидатов в аудиторы.

Председателем аттестационной комиссии назначается лицо из числа руководства, имеющего соответствующую квалификацию и глубокие знания требований ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

В аттестационную комиссию должно входить не менее двух членов, обладающих знаниями процессов аудита и требований ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012.

Менеджер по персоналу (или должностное лицо, выполняющее его функции), на основании предоставленной специалистом по СМК служебной записки (заявки) со списком аудиторов, подлежащих аттестации, организует проведение аттестации аудиторов. Подбирает аттестационную комиссию, согласовывает с председателем комиссии дату проведения аттестации и оповещает руководителей СП о необходимости проведения аттестации их сотрудников, назначенных аудиторами.

При необходимости аттестацию аудиторов проводят в соответствии с приказом Генерального директора. Проект приказа вносит менеджер по персоналу (или должностное лицо, выполняющее его функции).

Приложение В
(обязательное)

Форма отчета по выявленным несоответствиям

О Т Ч Е Т

по выявленным несоответствиям

Проверяемое подразделение_____

Время проведения аудита_____
(начало и окончание аудита)

№ п/п	Пункт ГОСТ ISO 9001-2011 (ГОСТ РВ 0015-002-2012)	Описание выявленных несоответствий	Документ, по которому выявлено несоот-ветствие	Категория несоот-ветствия	Предлагаемые корректирующие действия
1	2	3	4	5	6

Продолжение приложения В
(оборотная сторона отчета)

1	2	3	4	5	6

Руководитель

группы аудиторов _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Аудитор _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Аудитор от ВП[1] _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

С отчётом ознакомлен:
представитель проверяемого подразделения:

_____ _____ _____
(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

[1] При участии представителя отдела ВП в аудите.

Приложение Г
(обязательное)

Форма отчета по выявленным замечаниям

О Т Ч Е Т

по выявленным замечаниям

Проверяемое подразделение_____

Время проведения аудита_____
(начало и окончание аудита)

№ п/п	Пункт ГОСТ ISO 9001-2011 (ГОСТ РВ 0015-002-2012)	Описание выявленных замечаний	Документ, по которому выявлено несоответствие
1	2	3	4

Продолжение приложения Г

(оборотная сторона отчета)

1	2	3	4

Руководитель группы аудиторов _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Аудитор _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Аудитор от ВП[1] _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

С отчётом ознакомлен:
представитель проверяемого подразделения:

_____ (должность) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

[1] При участии представителя отдела ВП в аудите.

Приложение Д
(обязательное)

Форма отчета по результатам внутреннего аудита

О Т Ч Е Т №_____

по результатам внутреннего аудита

1 Отчет составлен «____»_____ _____года

руководителем группы аудиторов _____
Ф.И.О

по результатам проверок аудиторов

_____
Ф.И.О.

_____

Проверяемое подразделение_____

Время проведения аудита_____
(начало и окончание проверки)

2 ЦЕЛЬ И ОБЛАСТЬ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА
Внутренний аудит проводился с целью_____
_____
_____
_____
_____
применительно к продукции (процессу СМК)_____
_____
_____

3 План внутреннего аудита приведен в приказе Генерального директора №_____ от «____»_____ 201____г.
Оценке подвергались процедуры, выполнение которых проверялось в соответствии требованиям следующих документов_____
(ГОСТ, РК, СТО, ТУ, Положения о СП и др.)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

4 РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

По результатам аудита и оценки фактического состояния СМК группой аудиторов выявлено: _____ несоответствий отнесенных к категории значительных и _____ несоответствий отнесенных к категории незначительных. Также выявлено _____ замечаний, которые на момент проверки к несоответствиям не отнесены.

Выявленные несоответствия и замечания описаны в Приложении _____.

Продолжение приложения Д

5 ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ

(функционирование СМК: степень соответствия СМК требованиям ГОСТ ISO 9001-2011; ГОСТ РВ 0015-002-2012

результативность СМК в свете достижения намеченных целей; возможность СМК обеспечивать

соответствие обязательным требованиям; определение в необходимости составления

корректирующих действий по устранению выявленных несоответствий и т. д.)

6 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ СМК

(определение областей потенциального улучшения СМК)

7 ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНЕПЛАНОВОГО АУДИТА (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ)

(определение в необходимости проведения внепланового аудита)

Руководитель группы аудиторов _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Аудитор _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Аудитор от ВП[1] _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

С отчётом ознакомлен:
представитель проверяемого подразделения:

_____ (должность) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

[1] При участии представителя отдела ВП в аудите.

Приложение Е
(рекомендуемое)

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель подразделения_____

_____ _____
подпись инициалы, фамилия
«____» _____ 201___ года

П Л А Н
корректирующих действий (мероприятий) по _____ №_____

по устранению несоответствий, выявленных при внутреннем аудите
(отчет №____ от _____201___г.)

№ п/п	Выявленные несоответствия	Корректирующие действия (мероприятия)	Срок исполнения	Исполнитель	Отметка о выполнении

Составил:

_____ _____ _____
должность подпись инициалы, фамилия

СОГЛАСОВАНО:

_____ _____ _____
должность подпись инициалы, фамилия

Приложение Ж
(справочное)

Методика оценки функционирования СМК или отдельных её процессов и процедур в подразделении

По окончании каждого отдельного внутреннего аудита руководитель АГ проводит оценку функционирования СМК или отдельных её процессов и процедур в подразделении по результатам аудита в следующем порядке:

1 Определение степени функционирования согласно таблице 1.

2 Определение категорий несоответствий на основании оформленных несоответствий согласно 5.2.7.2 настоящего стандарта.

3 Оценка степени выполнения требований ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 согласно таблице 2.

Таблица 1

Степень фактического функционирования СМК	Категория оценки функционирования	Значение оценки
1. В случае, когда в подразделении надлежащим образом функционируют процессы СМК, соблюдаются установленные требования ISO 9001 и ГОСТ РВ 0015-002, на заданный вопрос проверяемый персонал отвечает, представляет необходимые документы или записи, но имеются незначительные, эпизодические отклонения, то аудитор определяет оценку соблюдения требования в виде **94%-100 %** в зависимости от полноты соблюдения.	Хорошо	Св.94% до 100%
2. В случае, когда в подразделении система менеджмента качества только начинает внедряться, аудитору стало очевидным, что руководство подразделения понимает необходимость функционирования системы менеджмента качества, принимает меры по внедрению системных требований в подразделении, но имеются отдельные недоработки, необходимо более глубокое изучение нормативной документации, аудитор определяет оценку соблюдения требования в виде **61%-94%** в зависимости от полноты соблюдения.	Удовлетворительно	Св.61% до 94%
3 В случае, когда в подразделении разработанная документация СМК находится в виде «аккуратной стопки», руководство подразделения не понимает принципов менеджмента качества, деятельность руководства направлена только на выполнение плана работ, вопросы управления качеством относят только к продукции, аудитору в беседе с персоналом стало очевидным, что персонал не знает основных положений СМК, требования СМК в основном не выполняются, аудитор определяет оценку соблюдения требования в виде **30%-61%** в зависимости от полноты выполнения.	Неудовлетворительно	Св.30% до 61%

Таблица 2

Оценка степени выполнения требований ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012		
Хорошо	**Удовлетворительно**	**Неудовлетворительно**
1. Не более 2 незначительных несоответствий	1. Не более 2 значительных несоответствий. 2. Не более 3 незначительных несоответствий.	1.Более 2 значительных несоответствий. 2. Более 6 незначительных несоответствий.
Примечание 1 За каждое значительное несоответствие минус 10 %; 2 За каждое незначительное несоответствие минус 3%. 3 При оценке «хорошо» значительные несоответствия не допускаются		

Пример оценки:

Результаты проведенного аудита в подразделении показали, что функционирование СМК соответствует разделу 2 – «удовлетворительно».

Во время аудита было выявлено 2 значительных несоответствия и 3 незначительных несоответствий. Оценка степени выполнения требований ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 при функционировании процесса О = 100% – (2*10%+3*3%) = 71%, что соответствует оценке «удовлетворительно».

Лист регистрации изменений

Изменения	Номера листов (страниц)			Номер документа	Подпись	Дата изменения	Срок введения изменения
	измен.	замен.	новых				