

	Комратский государственный университет	Ред. 2
	Внутренний аудит	



УТВЕРЖДЕНО :
Решением Сената КГУ
Протокол № 1
от 29.01.2026

Комратский государственный университет
Департамент менеджмента качества и учебного процесса

Руководящие документы
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА (СМК)
Зарегистрировано ДМК № 242-A от 03.03.2026

ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Настоящая процедура устанавливает правила разработки и выполнения программы внутренних аудитов, планирования и проведения конкретного аудита, документирования выводов, контроля корректирующих действий и анализа результативности аудиторской деятельности в Комратском государственном университете.

1.2. Процедура применяется к системе менеджмента качества и системе менеджмента образовательной организации, ко всем образовательным, научным, управленческим и обеспечивающим процессам, входящим в область СМК КГУ.

1.3. Внутренний аудит предоставляет руководству объективные сведения о соответствии установленным критериям, результативности процессов, выполнении обязательств и возможностях улучшения. Аудит не подменяет операционный контроль руководителя, внешнюю оценку ANACEC, финансовый аудит, служебное расследование или дисциплинарное производство.

1.4. Настоящая редакция заменяет процедуру 2015 года. Ссылка на пункт 8.2.2 ISO 9001:2008 заменена пунктом 9.2 ISO 9001:2015 и соответствующими положениями ISO 21001:2025.

2. НОРМАТИВНАЯ БАЗА

- Нормативное и методическое обеспечение включает следующие документы и основания.
- Кодекс об образовании Республики Молдова № 152/2014.
- Стандарты ISO 9000:2026 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- Стандарты ISO 9001:2015 и ISO 9001:2015/Amd 1:2024, пункт 9.2.
- Стандарты ISO 19011:2026 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента».
- Стандарты ISO 21001:2025, включающий требования к внутреннему аудиту системы менеджмента образовательной организации.
- Стандарты ISO/PAS 25171:2026.
- Постановлением Правительства № 616/2016 в действующей консолидированной редакции.
- Постановлением Правительства № 337/2026 о рамочном регулировании академической честности.
- Закон № 195/2024 о защите персональных данных, действующий с 23.08.2026 года.
- Закон № 148/2023.
- Закон № 124/2022 об электронной идентификации и доверительных услугах.
- Закон № 880/1992 и Приказ № 57/2016.
- Приказ МОИ № 1095/2026 об утверждении Инструкции по внедрению SIMIS.
- Устав КГУ, регламенты органов управления и ДМКУП, а также утверждённые процедуры и карты процессов.

3. ТЕРМИНЫ И СОКРАЩЕНИЯ

Аудит — систематический, независимый и документированный процесс получения и объективной оценки свидетельств.

Программа аудита — совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на установленный период и направленных на определённые цели.

План аудита — описание действий, сроков и организационных условий конкретного аудита.

Критерии аудита — требования, с которыми сопоставляются свидетельства: закон, стандарт, внутренний акт, договор, утверждённая цель или процедура.

Свидетельство аудита — проверяемая запись, факт, наблюдение, заявление или иной материал, относящийся к критериям.

Вывод аудита — результат оценки свидетельств относительно критериев.

Заключение аудита — итог группы по степени достижения целей аудита после рассмотрения всех выводов.

Несоответствие — невыполнение установленного требования.

Коррекция — действие по устранению обнаруженного несоответствия или его непосредственного последствия.

Корректирующее действие — действие по устранению причины несоответствия для предупреждения повторения.

Возможность улучшения — обоснованное предложение, не являющееся несоответствием.

Аудируемое подразделение — орган, подразделение, процесс, программа или функция, являющиеся объектом аудита.

ДМКУП — Департамент менеджмента качества и учебного процесса.

МОИ — Министерство образования и исследований Республики Молдова.

ANACEC — Национальное агентство по обеспечению качества в образовании и исследованиях.

SIMIŞ — Информационная система управления в высшем образовании.

4. ПРИНЦИПЫ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

Добросовестность — аудиторы действуют честно, ответственно и профессионально.

Объективное представление — отчёт точно отражает факты, существенные препятствия и нерешённые разногласия.

Профессиональная осмотрительность — глубина проверки соответствует риску и значимости объекта.

Конфиденциальность — информация используется только для целей аудита и защищается от неправомерного раскрытия.

Независимость — аудитор не оценивает собственную работу и не находится в конфликте интересов.

Доказательный подход — вывод основывается на проверяемых свидетельствах и репрезентативной выборке.

Риск-ориентированный подход — приоритет определяется влиянием процесса, изменениями, жалобами, предыдущими результатами и рисками.

Уважение и недискриминация — общение корректно; обеспечиваются доступность, разумные приспособления и равное отношение.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, НЕЗАВИСИМОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

Участник	Ответственность
Ректор/руководство	обеспечивает независимость, ресурсы и рассмотрение системных результатов; принимает решения по эскалации.
ДМКУП	управляет программой аудита, рисками программы, компетентностью аудиторов, записями и мониторингом.
Аудитор/эксперт	собирает и оценивает свидетельства, документирует выводы, соблюдает конфиденциальность и сообщает о конфликте интересов.
Руководитель аудируемого объекта	обеспечивает доступ, назначает контактное лицо, анализирует выводы и выполняет корректирующие действия.

5.1. До назначения каждый аудитор декларирует отсутствие конфликта интересов. При наличии прямой ответственности за проверяемую деятельность, личной заинтересованности или иных обстоятельств, ставящих под сомнение беспристрастность, аудитор заменяется либо вводятся документированные меры защиты.

5.2. Руководитель аудируемого подразделения не может изменять состав выводов путём давления на группу. Документированное несогласие прилагается к отчёту и рассматривается в порядке, установленном разделом 12.

6. УПРАВЛЕНИЕ ПРОГРАММОЙ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

6.1. ДМКУП ежегодно разрабатывает программу аудитов. Она утверждается уполномоченным руководителем до начала планового периода и может корректироваться при изменении рисков, законодательства, структуры или при возникновении инцидента.

6.2. Программа должна обеспечивать охват всех применимых требований и процессов в установленном аудиторском цикле. Высокорисковые и существенно изменившиеся процессы проверяются чаще; ежегодная проверка каждого подразделения не является обязательной, если риск-ориентированное обоснование предусматривает иной цикл.

6.3. При определении приоритетов учитываются:

- стратегические цели, критичность процесса и влияние на обучающихся;
- изменения законодательства, стандартов, образовательных программ, структуры и информационных систем;
- результаты предыдущих внутренних и внешних оценок, статус аккредитации и выполнение рекомендаций;
- жалобы, апелляции, академическая честность, инциденты с данными и повторяющиеся несоответствия;
- изменения персонала, ресурсов, подрядчиков, способов обучения и условий деятельности;
- достоверность показателей и значимость записей, представляемых МОИ, ANACEC и другим органам.

6.4. Внеплановый аудит назначается на основании решения руководства или документированного предложения программы при существенном риске, жалобе, инциденте, реорганизации, повторном несоответствии или необходимости проверки результативности действий.

6.5. В программе фиксируются цели, объекты, критерии, ориентировочные сроки, руководители групп, необходимые ресурсы, формат аудита и основания приоритета. Изменения программы прослеживаются.

7. ПОДГОТОВКА КОНКРЕТНОГО АУДИТА

7.1. Руководитель программы аудита определяет цели, область, критерии, методы, сроки и ресурсы аудита.

7.2. До начала аудита проводится анализ доступной информации: нормативных требований, карты процесса, показателей, рисков, предыдущих выводов, корректирующих действий, жалоб и изменений.

7.3. Аудируемое подразделение уведомляется, как правило, не позднее чем за пять рабочих дней. При санкционированном внеплановом или внезапном аудите срок может быть сокращён; основание фиксируется.

8. ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТА

8.1. На начальном совещании подтверждаются цели, область, критерии, методы, каналы связи, график, правила конфиденциальности, доступность участников и порядок сообщения о критических обстоятельствах.

8.2. Свидетельства аудита получают посредством интервью, наблюдения, анализа документов и записей, выборки данных, тестирования прослеживаемости и проверки функционирования информационных систем.

8.3. При проверке персональных данных и конфиденциальных материалов аудитор получает только необходимый объём информации. Копирование ограничивается; при возможности используются обезличенные или агрегированные данные.

9. ОФОРМЛЕНИЕ ВЫВОДОВ

9.1. Несоответствие формулируется как три связанных элемента: конкретное требование; объективное свидетельство; ясное описание разрыва между требованием и фактическим состоянием.

9.2. Аудитор не предписывает конкретное управленческое решение вместо владельца процесса. Рекомендация может быть предложена, но ответственность за анализ причины и выбор действия сохраняет аудируемое подразделение.

10. ОТЧЁТ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

10.1. Руководитель группы выпускает отчёт, как правило, не позднее пяти рабочих дней после завершения аудита. При задержке в отчёте или регистрационной карточке указываются причина и новая дата.

10.2. Отчёт содержит:

- основание, цели, область, критерии, даты и формат аудита;
- состав группы, участников и представителей аудируемого подразделения;
- методы, объём выборки и существенные ограничения;
- краткое описание контекста и проверенных процессов;
- выводы с объективными свидетельствами и ссылками на критерии;
- заключение о достижении целей аудита;

10.3. Проект фактических формулировок может быть направлен аудируемому подразделению для проверки точности. Подразделение представляет документированные замечания в течение трёх рабочих дней. Отсутствие согласия не препятствует выпуску отчёта, если свидетельства достаточны.

10.4. Отчёт утверждается или принимается к сведению в установленном внутреннем порядке. Рассылка ограничивается лицами, которым результаты необходимы для принятия решений и выполнения действий.

10.5. Публикация обобщённых результатов осуществляется после проверки ограничений доступа и обезличивания. Запросы на предоставление информации рассматриваются по Закону № 148/2023 О доступе к общественно значимой информации.

11. РАЗНОГЛАСИЯ, ЖАЛОБЫ И ОБЖАЛОВАНИЕ

11.1. Аудируемое подразделение вправе представить мотивированное несогласие с фактом, критерием или классификацией вывода. Несогласие не может основываться только на нежелательности последствий.

11.2. Разногласие сначала рассматривается руководителем группы. Если согласие не достигнуто, руководитель программы назначает независимое рассмотрение лицом, не участвовавшим в формировании оспариваемого вывода.

11.3. Жалоба на поведение аудитора, нарушение конфиденциальности или конфликт интересов рассматривается отдельно от существа аудиторского вывода. Заявитель и аудитор защищаются от необоснованного давления.

11.4. Решение и основания регистрируются. Пока решение не принято, критическое или значительное несоответствие не приостанавливает немедленные меры по ограничению риска.

12. КОРРЕКЦИИ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

12.1. Руководитель аудируемого объекта обеспечивает коррекцию и анализ причины. План корректирующих действий представляется, как правило, в течение десяти рабочих дней либо в иной срок, указанный в отчёте.

12.2. Для критического обстоятельства меры по ограничению последствий принимаются незамедлительно и документируются не позднее следующего рабочего дня. Руководство определяет необходимость специального расследования.

12.3. План содержит причину, коррекцию, системное действие, ответственного, ресурсы, срок, ожидаемый результат и способ проверки результативности. Простое повторение требования или обещание «усилить контроль» без анализа причины не считается достаточным планом.

12.4. Закрытие несоответствия допускается после проверки выполнения и результативности. Проверка может включать анализ записей, интервью, повторную выборку, наблюдение или последующий аудит.

12.5. При нерезультативности устанавливаются дополнительный анализ причины и новый срок.

13. АНАЛИЗ ПРОГРАММЫ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

13.1. ДМКУП не реже одного раза в год анализирует выполнение программы, охват процессов, соблюдение сроков, повторяемость выводов, результативность действий, компетентность аудиторов и обратную связь.

13.2. Системные тенденции представляются руководству для анализа системы менеджмента и планирования улучшений. Информация о конкретных лицах включается только при необходимости и законном основании.

13.3. Результаты внутреннего аудита используются как входные данные для анализа руководством, оценки рисков, актуализации процессов, подготовки к внешней оценке и контроля выполнения требований.

14. ЗАПИСИ, КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ХРАНЕНИЕ

14.1. К записям процесса относятся программа, оценка рисков, назначения, декларации беспристрастности, планы, рабочие материалы, выводы, отчёты, разногласия, планы действий, доказательства проверки и годовой анализ.

14.2. Рабочие материалы содержат только сведения, необходимые для подтверждения вывода. Избыточные копии персональных данных, экзаменационных работ, медицинских документов и иных защищённых материалов не создаются.

14.3. Электронные записи хранятся в управляемой системе с разграничением доступа и журналированием. Документ, подписанный электронной подписью, хранится вместе с подписью и сведениями проверки.

14.4. Уничтожение аудиторских записей допускается после истечения срока хранения, экспертизы ценности и утверждения акта, если отсутствуют незавершённый спор, расследование или запрет на уничтожение.

15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

15.1. Процедура вступает в силу с даты, указанной в приказе ректора после утверждения компетентным органом.

15.2. В течение 60 календарных дней после утверждения ДМКУП актуализирует программу, формы, реестр аудиторов, номенклатуру записей и проводит обучение участников процесса.

15.3. Процедура пересматривается не реже одного раза в три года и внепланово при изменении стандартов, законодательства, методологии внешней оценки, структуры КГУ или по результатам анализа аудиторской программы.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

**ФОРМА ГОДОВОЙ ПРОГРАММЫ АУДИТА
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

ПРОГРАММА
аудита системы менеджмента качества КГУ на 20_____ г.

1. ЦЕЛЬ И КРИТЕРИИ АУДИТА

Оценка соответствия системы менеджмента качества требованиям ИСО 9001-2008 и

(другие документы)

2. СПИСОК АУДИТОРОВ: _____

3. ОБЪЕКТЫ АУДИТА

№ п/п	Проверяемые подразделения	Проверяемые разделы ИСО 9001-2008	Дата проверки	Руководитель группы по аудиту	Представитель проверяемого подразделения

Начальник отдела
менеджмента качества

«___» _____ 200__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

ФОРМА ПЛАНА АУДИТА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ПЛАН аудита системы менеджмента качества

1. Подразделение _____
2. Основание _____
3. Дата (сроки) проведения аудита _____
4. Цель и критерии аудита:
 - 4.1 Соответствие требованиям ИСО 9001-2008 (пп. _____)
 - 4.2 Соответствие требованиям Руководства по качеству (пп. _____),
документированных процедур (_____),
5. Объекты, подлежащие проверке _____

6. Группа по аудиту:

Фамилия, имя, отчество	Должность	Примечание
Руководитель:		
Члены группы:		

7. План аудита передается:
 - 1 экз. – руководителю проверяемого подразделения _____
 - 2 экз. – начальнику отдела менеджмента качества _____
 - 3 экз. – представителю руководства по качеству _____

ПРИЛОЖЕНИЕ В

**ФОРМА ОТЧЕТА О РЕЗУЛЬТАТАХ АУДИТА
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

**ОТЧЕТ
о результатах аудита системы менеджмента качества**

Дата _____

1. Подразделение _____
2. Группа по аудиту _____
3. Результаты аудита _____

4. Выводы и предложения комиссии: _____

5. Предложения и пожелания подразделения: _____

6. Адреса рассылки:

- 1 экз. – руководителю проверяемого подразделения _____
2 экз. – начальнику отдела менеджмента качества _____
3 экз. – представителю руководства по качеству _____

Руководитель или представитель проверяемого подразделения

подпись

Ф.И.О.

Руководитель группы по аудиту _____

подпись

Ф.И.О.

Члены группы: _____

подписи

Ф.И.О.

При выявлении несоответствий руководитель подразделения обязан в десятидневный срок со дня утверждения отчета о результатах аудита составить план корректирующих мероприятий (в трех экземплярах) и представить 2 экземпляра в отдел менеджмента качества

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

**ФОРМА ПЛАНА КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУДИТА
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

**ПЛАН
корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита
системы менеджмента качества
от «__» _____ 200__ г.**

Подразделение _____ Сроки выполнения плана _____

№	Мероприятие	Ответственный	Сроки исполнения	Замечания

Руководитель подразделения

_____ подписать

_____ Ф.И.О.

Дата составления плана «__» _____ 200__ г.

**ФОРМА ОТЧЕТА О ВЫПОЛНЕНИИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУДИТА
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

ОТЧЕТ
о выполнении корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита
системы менеджмента качества
от «__» _____ 200__ г.

Подразделение _____ Сроки выполнения плана _____

№	Мероприятие	Ответственный за выполнение	Отметка о выполнении (заполняется руководителем подразделения с указанием срока выполнения)	Верификация предпринятых мер	Оценка выполнения плана (заполняется ответственным за СМК при контроле, если он был проведен)

Руководитель подразделения _____ И.О.Ф. _____
подпись

Дата «__» _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Е**Форма перечня проверяемых объектов**

ПЕРЕЧЕНЬ
проверяемых объектов при внутреннем аудите

(наименование кафедры, подразделения)

Основание для проверки _____

план-график и дата утверждения, приказ

Процессы СМК, в которых участвует кафедра (подразделение) _____

Плановое время аудита _____

дата

Проверяемый объект	Результаты проверки (дата)	
	Результативность управленческой деятельности	Результативность в достижении целей
1	2	3
1 Выполнение планов работы кафедры /факультета/Совета факультета (подразделения) 1.1 1.2		
2 Выполнение индивидуальных планов работы преподавателей (сотрудников) 2.1 2.2		
3 Исполнение приказов, распоряжений ректора, проректоров, деканов факультетов, решений Сената (ученого совета), учебно-методического совета, совещаний по качеству 3.1 3.2		
4. Ведение записей и решение по ним 4.1 4.2		
5. Оценивание динамики показателей кафедры (подразделения) и оценивание возможностей улучшения 5.1 5.2		
6 Выполнение действий (мероприятий) по результатам предыдущего внутреннего аудита 6.1 6.2		
7. Состояние делопроизводства 7.1		

7.2		
8. Обеспечение нормативной документацией и ее актуализация		
8.1		
8.2		
9. Состояние куррикулумов/учебно-методических комплексов		
9.1		
9.2		
10. Оценивание результативности процессов СМК, в которых участвует кафедра (подразделение)		
10.1		
10.2		
11. Обеспеченность и состояние лабораторного и другого оборудования		
11.1		
11.2		
12.1		
12.2		
13.1		
13.2		
14.1		
14.2		
Начальник ОМК _____ подпись, дата, инициалы фамилия Руководитель аудиторской группой _____ подпись, дата Примечания: 1) оценки критерия результативности управленческой деятельности (баллы): 3 – выполняется без замечаний; 2 – выполняется с замечаниями; 1 – частично выполняется; 0 – не выполняется. 2) оценки критерия результативности в достижении целей подразделения: >1 – достижения выше сформулированных целей; =1 – достижения соответствуют целям; <1 – достижения близки к целям; н – достижения далеки от целей	Руководитель аудиторской группы _____ подпись, дата Аудитор _____ подпись, дата ОЗНАКОМЛЕН Заведующий кафедрой/декан или руководитель подразделения _____ подпись, дата	

Форма регистрации несоответствий

Несоответствие № _____,
выявленное в ходе внутреннего аудита в СМК КГУ.

Подразделение _____

Номер пункта ИСО Р 9001-2008 _____

Номер пункта и обозначение документа СМК КГУ _____

Описание несоответствия:

Руководитель группы по аудиту _____ / Ф.И.О./

Члены группы (аудитор) _____ / Ф.И.О./

Планируемые корректирующие действия:

Срок исполнения: _____

Руководитель подразделения: _____ / Ф.И.О./

Оценка аудиторной группой результативности корректирующих действий

Руководитель/ (члены) группы _____ /Ф.И.О./

Дата:

Приложение 3

(обязательное)

Карта процесса «Внутренний аудит»

№ п/п	Наименование действия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель	Согласование	Регламентирую щий документ	Записи
1	Разработка годовой программы аудита системы менеджмента качества на следующий год	До 1 декабря текущего года	Начальник ОМК	Представитель руководства по качеству – проректор по учебной работе		Годовая программа внутреннего аудита
2	Подача служебной записки на проведение внепланового внутреннего аудита.	В соответствии со сложившимися обстоятельствами	Руководитель, подавший служебную записку	Начальник ОМК		Служебная записка
3	Подготовка представления о проведении аудита	За неделю до начала проверки	Сотрудник ОМК	Начальник ОМК		Представление
4	Формирование и распределение работ внутри аудиторской группы	После выполнения действия № 3	Руководитель группы по аудиту	-		-
5	Разработка плана аудита системы менеджмента качества	После выполнения действия № 4	Сотрудник ОМК	Начальник ОМК		План аудита системы менеджмента качества

6	Передача плана аудита в подразделения	За десять дней до начала проверки	Руководитель группы по аудиту	-		-
7	Проведение совещания с проверяемым подразделением	В первый день проведения проверки	Руководитель группы по аудиту	-		-
8	Обследование объекта аудита	В соответствии с планом аудита	Аудитор	-		-
9	Составление протокола и акта	Немедленно после проверки	Аудитор	С руководителем подразделения		Протокол и акт
10	Разработка корректирующих мероприятий (если это необходимо)	После выполнения действия № 8	Руководитель аудируемого подразделения	Аудитор		Протокол
11	Проведение заключительного совещания	В последний день проведения проверки	Руководитель группы по аудиту	-		-
12	Составление отчета о результатах аудита	В течение недели после завершения аудита	Руководитель группы по аудиту	Представитель руководства по качеству – проректор по учебной работе, начальник ОМК		Отчет о результатах аудита
13	Предоставление отчета о результатах аудита руководителю предприятия	После выполнения действия № 11	Представитель руководства по качеству – проректор по учебной работе, начальник ОМК	-		-
14	Регистрация результатов аудита	После выполнения действия № 10	Сотрудник ОМК	-		Журнал регистрации

								несоответ- ствий
--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------

15	Выполнение корректирующих мероприятий (если это необходимо)	В соответствии с установленным сроком.	Руководитель аудируемого подразделения	-		-
16	Проверка выполнения корректирующих мероприятий (если это необходимо)	По истечению срока выполнения корректирующих мероприятий	Аудитор	Руководитель аудируемого подразделения		Отметка в протоколе
17	Принятие решения по результатам проведенных корректирующих мероприятий (несоответствия устранены?)	После выполнения действия № 15	Аудитор	Руководитель аудируемого подразделения		-
18	Регистрация результатов проведения корректирующих мероприятий	После выполнения действия № 16	Инженер по качеству	-		Журнал регистрации несоответствий, протокол
19	Информирование начальника отдела менеджмента качества	После выполнения действия № 17	Главный аудитор	Аудитор		Служебная записка
20	Анализ причин невыполнения корректирующих мероприятий	После выполнения действия № 18	Начальник ОМК	Руководитель аудируемого подразделения		-

21	Принятие решения по результатам проведенного анализа (несоответствие будет устранено?)	После выполнения действия № 19	Начальник ОМК	-	-
22	Доведения до сведения ректора	После выполнения действия № 20	Начальник ОМК	Руководитель аудиторского подразделения	Служебная записка
23	Принятие решения об административном взыскании	В течение недели после подачи служебной записки	Ректор	-	Приказ
24	Анализ процесса внутренней проверки	После выполнения действия № 17	Начальник ОМК	Руководитель группы по аудиту	-
25	Принятие решения по результатам проведенного анализа (процесс требует корректирующих действий)	После выполнения действия № 23	Начальник ОМК	-	-
26	Проведение корректирующих действий	После выполнения действия № 24	Начальник ОМК	-	-
27	Поощрение аудиторов, подразделения	В течение месяца после проведенной проверки	Представитель руководства по качеству – проректор по учебной работе	Руководитель группы по аудиту	Служебная записка

СПИСОК РАССЫЛКИ

[illegible]

ЛИСТ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

[illegible]