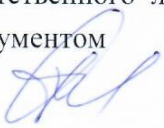
	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК


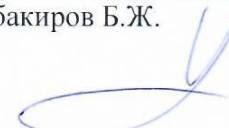
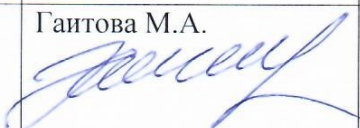

УТВЕРЖДЕНО
 приказом Председателя
 Правления - Ректора
 № 635 от 06.12.2021г.


Документированная процедура Внутренний аудит системы менеджмента противодействия коррупции

Срок действия с « <u>06</u> » <u>12</u> 20 <u>21</u> г. по « <u>06</u> » <u>12</u> 20 <u>24</u> г.	Срок продления до «__» _____ 20__ г.	Статус: Действующий <input checked="" type="checkbox"/> Устаревший <input type="checkbox"/>
Предыдущий устаревший документ: № _____ приказа ректора От _____	Подпись ответственного лица за управление документом 	Код № <u>А.917-10-05-0117</u> Копия № _____ Экземпляр № _____




ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Наименование	Наименование структурного подразделения	Ф.И.О., подпись ответственного лица, дата визирования	Должность, Ф.И.О., подпись конкретного исполнителя, дата визирования
РАЗРАБОТКА	Комплаенс-офицер	Тулетаев Б.С.  «__»__20__г.	«__»__20__г.
СОГЛАСОВАНИЕ (наименование структурного подразделения, руководителем которого согласовывается документ)	Руководитель Аппарата ректора	Аубакиров Б.Ж.  «__»__20__г.	«__»__20__г.
	Руководитель юридического управления	Гаитова М.А.  «__»__20__г.	«__»__20__г.
	Руководитель отдела системы менеджмента качества	Дюсенбина И.А.  «__»__20__г.	«__»__20__г.
РЕГИСТРАЦИЯ	Комплаенс служба	«__»__20__г.	«__»__20__г.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 3 из 19

Содержание

1. Общие положения	4
2. Нормативные ссылки	4
3. Термины и определения	4
4. Обозначения и сокращения	4
5. Ответственность и полномочия	5
6. Описание видов деятельности	5
Параграф 1. Потребности организации и заинтересованных сторон	5
Параграф 2. Определение входа и ожидаемого выхода процесса	5
Параграф 3. Описания процесса по видам деятельности.	5
Параграф 4. Измерение процесса.	6
7. Планирование внутреннего аудита системы менеджмента	6
8. Подготовка к проведению аудитов	7
9. Требования к аудиторам	7
10. Проведение внутренних аудитов	8
11. Оформление результатов внутренних аудитов	8
Параграф 1. Оформление актов о несоответствиях.	8
Параграф 2. Оформление отчетов по результатам аудита.	8
12. Рассмотрение, утверждение и пересмотр	9
13. Конфиденциальность	10
Приложение 1	11
Приложение 2	13
Приложение 3	15
Приложение 4	16
14. Лист регистрации изменений	18
15. Лист ознакомления	19

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 4 из 19

1. Общие положения

- 1) Цель данной документированной процедуры - установить порядок управления процессом проведения внутренних аудитов системы менеджмента противодействия коррупции (*далее – СМПК*), согласно требованиям стандарта ISO 37001.
- 2) Настоящая документированная процедура предназначена для применения в некоммерческом акционерном обществе «Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова» (*далее – Университет*).
- 3) Данная процедура разработана на основе рекомендаций стандарта СТ РК ISO 19011, при сохранении общего алгоритма проведения аудита и терминологии.

2. Нормативные ссылки

- 1) Законодательная база Республики Казахстан (РК):
«Правила документирования, управления документацией и использования систем электронного документооборота в государственных и негосударственных организациях». Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 октября 2018 года № 703.
- 2) Нормативные ссылки по национальным (*государственным*) стандартам:
СТ РК ISO 19011-2019 - Руководящие указания по аудиту систем менеджмента.
СТ РК ИСО/ТО 10013-2008 - Руководящие указания по документированию системы менеджмента качества.
- 3) Нормативные ссылки по международным стандартам:
ISO 37001:2016 - Anti-bribery management systems -Requirements with guidance for use
ISO 19011:2018 - Guidelines for auditing management systems
- 4) При пользовании настоящим документом целесообразно проверить действие ссылочных стандартов и классификаторов по информационному указателю по состоянию на текущий год. Если ссылочный документ заменен (*изменен*), то следует руководствоваться замененным (*измененным*) документом. Если ссылочный документ отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку.

3. Термины и определения

В настоящей документированной процедуре применяются термины и их определения в соответствии со стандартами ISO 37001, СТ РК ISO 19011 и «Правилами документирования, управления документацией и использования систем электронного документооборота в государственных и негосударственных организациях».


4. Обозначения и сокращения

ВА - Внутренний аудит.

УЛ - Уполномоченное лицо, управляющее программой аудита, по решению руководства Университета.

РГ - Руководитель группы по аудиту.

ВшНД - Внешняя нормативная документация.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 5 из 19

ВНД - Внутренний нормативный документ.

5. Ответственность и полномочия

- 1) Все работники Университета несут ответственность за обязательное применение требований настоящей процедуры в своей деятельности.
- 2) Ответственность за управление записями, определенными данной процедурой возлагается на уполномоченных лиц.
- 3) Ответственность за качество подготовки документов, по требованиям данной процедуры, и достоверность содержащейся в них информации, возлагается на лиц, подготовивших, завизировавших и подписавших (*утвердивших*) документы.

6. Описание видов деятельности

Параграф 1. Потребности организации и заинтересованных сторон.

Необходимо проводить внутренние аудиты через запланированные интервалы с целью установления того, что система менеджмента противодействия коррупции:


- соответствует требованиям внутренней нормативной документации (*ВНД*), разработанной в организации;
- удовлетворяет требованиям стандартов ISO на СМПК;
- результативно применяется и поддерживается в рабочем состоянии.

Параграф 2. Определение входа и ожидаемого выхода процесса.

- 1) Основными входами процесса являются:
 - контекст организации и её подразделений в СМПК;
 - требования заинтересованных сторон в СМПК;
 - показатели процессов по критериям СМПК;
 - данные по оценки коррупционных рисков.
- 2) Основными выходами процесса являются:
 - демонстрация соответствия требованиям ВНД СМПК;
 - демонстрация соответствия требованиям ВшНД СМПК;
 - удовлетворенность заинтересованных сторон в СМПК;
 - постоянное повышение результативности СМПК.

Параграф 3. Описания процесса по видам деятельности.

- 1) Процесс проведения ВА включают в себя следующие основные этапы:
 - планирование аудита;
 - подготовка к проведению аудита;
 - проведение аудита согласно плану;
 - документальное оформление результатов аудита.
- 2) Планирование совокупности аудитов на годовой период, осуществляется путем разработки Программы проведения аудитов СМПК (*Приложение 1*).
- 3) Разработку и контроль выполнения годовой программы внутреннего аудита осуществляет Уполномоченное лицо.
- 4) После утверждения Отчета по результатам ВА в графе «Отметки о выполнении или переносе сроков аудита» Программы проведения аудитов (*Приложение 1*), делается запись о выполнении проверки.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 6 из 19


- 5) При случае невозможности проведения проверки в установленное Программой время, Уполномоченное лицо принимает решения о переносе срока данной проверки. В Программе делается запись скорректированного срока.
- 6) Проведение мероприятий по устранению выявленных в ходе внутреннего аудита несоответствий осуществляет Уполномоченное лицо, которое направляет руководителя группы по аудиту (*далее – РГ*), для проверки выполнения работ. Если РГ признает, что несоответствие устранено, то делает соответствующую запись в Акте о несоответствии.
- 7) При случае, когда корректирующие мероприятия не проведены в установленный срок, вопрос о переносе сроков решает Уполномоченное лицо.

Параграф 4. Измерение процесса.

Критерием результативности процесса организации и проведения ВА является предотвращение возникновения несоответствий в дальнейшем, с помощью корректирующих действий и мероприятий по снижению рисков.

7. Планирование внутреннего аудита системы менеджмента

- 1) Программа проведения ВА на предстоящий год должна быть составлена Уполномоченным лицом в срок до 20 декабря текущего года по форме, представленной в Приложении 1.
- 2) При составлении программы следует учитывать, что все определенные в Университете процессы СМПК, должны быть проверены в течении года. Может также проверяться деятельность отдельных должностных лиц.
- 3) Программа проведения ВА СМПК, должна быть утверждена Ректором Университета до 25 декабря текущего года.
- 4) С программой проведения ВА должны быть ознакомлены руководители подразделений Университета, которые в свою очередь обязаны довести до сведения подчиненных, информацию о предстоящих ВА СМПК.
- 5) Кроме запланированных, могут проводиться внеплановые ВА, в случаях выявления несоответствий (коррупционных случаев), поступления жалоб, коррупционных инцидентов или по инициативе любого сотрудника.
- 6) При составлении последующих программ следует учитывать результаты мониторинга и анализа предыдущих программ аудитов, который должен проводить Уполномоченным лицом в планируемом периоде времени.
- 7) На основании программы, конкретный порядковый аудит или внеплановый, инициируется приказом, в котором указывается цель аудита, сроки, состав аудиторских групп, руководитель группы по аудиту, объем аудита по группам, требования ВНД.
- 8) Сотрудники проверяемых подразделений в состав участников аудиторской группы не включаются.
- 9) Уполномоченное лицо, должно назначить членов группы по аудиту, включая руководителя группы и любых технических экспертов, необходимых для конкретного аудита.
- 10) Группа по аудиту должна быть сформирована с учетом компетентности, необходимой для достижения целей конкретного аудита в рамках установленной области аудита. Если есть только один аудитор, он должен выполнять все соответствующие обязанности руководителя группы по аудиту.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 7 из 19

- 11) Если необходимо, то Уполномоченное лицо, должно проконсультироваться с руководителем группы по вопросу формирования группы по аудиту.
- 12) Если выбранные в группу по аудиту аудиторы не обеспечивают необходимой компетентности, то в нее должны быть включены технические эксперты с дополнительной компетентностью.
- 13) Аудиторы-стажеры могут быть включены в группу по аудиту, но должны участвовать под руководством и надзором аудитора.
- 14) В ходе аудита может потребоваться корректировка состава группы по аудиту, например, в случае возникновения конфликта интересов или проблем с компетентностью. Если возникает такая ситуация, то ее следует обсудить с соответствующими сторонами (*например, руководителем группы по аудиту или Уполномоченным лицом*), прежде чем будут сделаны какие-либо изменения.

8. Подготовка к проведению аудитов

- 1) Руководитель группы по аудиту, назначенный в приказе на проведение ВА СМПК, должен составить План проведения внутреннего аудита, по форме в Приложении 2.
- 2) План должен быть согласован с Уполномоченным лицом и утвержден руководством, не позже, чем за семь дней до проведения ВА.
- 3) При составлении плана проведения ВА, Руководитель группы по аудиту формулирует цель аудита, определяет объем аудита, критерии аудита.
- 4) Не менее, чем за пять дней до начала проведения ВА, Руководитель группы по аудиту должен известить проверяемый персонал о проведении ВА в письменной форме, путем рассылки плана аудита через внутреннюю электронную почту или официальными копиями.
- 5) Идентификационный номер Плана проведения текущего внутреннего аудита, кодируется следующим образом:

ВА - ХХ. ДД/Пл

где:

ВА - литер, означающий «внутренний аудит»;

ХХ - цифровые обозначения порядкового номера группы по проведению текущего аудита;


ДД - последние цифры – даты текущего года проведения аудита;

Пл - литер, означающий «план»;

Образец кодировки представлен в Приложении 2.

9. Требования к аудиторам

- 1) К проведению ВА в Университете привлекаются сотрудники, прошедшие обучение. Руководство Университета при отборе кандидатур для обучения и работы внутренними аудиторами, учитывает требования раздела 7, стандарта СТ РК ISO 19011. Подбираются работники, пользующиеся авторитетом в Университете, спокойные, уравновешенные, умеющие отстаивать свое мнение, имеющие соответствующее образование и достаточный стаж работы.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 8 из 19

- 2) Аудиторы проходят обучение во внешней организации с получением сертификатов или других свидетельств, подтверждающих компетентность и профессионализм полученных знаний.
- 3) Не реже одного раза в 3 года аудиторы проходят переобучение для подтверждения их квалификации во внешних организациях.
- 4) Ответственным лицом за подготовку аудиторов является Уполномоченное лицо системы менеджмента противодействия коррупции.

10. Проведение внутренних аудитов

- 1) Перед проведением ВА, Руководитель группы по аудиту должен еще раз оповестить аудируемый персонал, уточнить с ним детали намеченного плана ВА, назначенное время, возможности, риски и условия предоставления документов, материалов и т.п.
- 2) В процессе проведения ВА аудиторы производят сбор объективных свидетельств посредством опроса сотрудников Университета, изучения документов и проведения наблюдений.
- 3) Процесс проведения ВА осуществляется в соответствии с рекомендациями стандарта СТ РК ISO 19011.
- 4) По окончании ВА, Руководитель группы по аудиту должен ознакомить проверяемый персонал с результатами аудита на заключительном совещании.

11. Оформление результатов внутренних аудитов

Параграф 1. Оформление актов о несоответствиях.

- 1) В ходе проведения ВА, Руководитель группы по аудиту, совместно с аудиторами, на каждое обнаруженное несоответствие каким либо требованиям (критериям) ВшНД или ВНД, должны заполнить «Акты о несоответствиях» по форме в Приложение 3.
- 2) Идентификационный номер Акта о несоответствии состоит из идентификационного номера аудита и через дробь указывается порядковый номер обнаруженного несоответствия:

ВА - XX. ДД/Акт1

где:

ВА - литер, означающий «внутренний аудит»;

XX - цифровые обозначения порядкового номера группы по проведению текущего аудита;

ДД - две цифры – даты текущего года проведения аудита;


Акт - литер, означающий «акт о несоответствии»;

1,2,3 и т.д. - порядковые цифры – номер текущего акта;

Образец кодировки представлен в форме Приложение 3.

- 3) Акт(ы) о несоответствиях передаются проверяемому должностному лицу и/или владельцу процесса для ознакомления. Ознакомление с Актом документально подтверждается соответствующей записью.

Параграф 2. Оформление отчетов по результатам аудита.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 9 из 19

- 1) После окончания ВА, Руководитель группы по аудиту, должен составить «Отчет по результатам внутреннего аудита» по форме в Приложение 4.
- 2) Идентификационный номер отчета аудита кодируется следующим образом:

ВА - XX. ДД/Отч

где:

ВА - литер, означающий «внутренний аудит»;

XX - цифровые обозначения порядкового номера группы по проведению текущего аудита;

ДД - последние цифры – даты текущего года проведения аудита;


Отч - литер, означающий «отчет аудита»;

Образец кодировки представлен в форме Приложение 4.

- 3) Отчет может содержать сведения, предусмотренные в пункте 6.5.1 стандарта СТ РК ISO 19011.
- 4) Оформленный отчет по результатам проведенного внутреннего аудита, Руководитель группы по аудиту передает Уполномоченному лицу на согласование, а затем руководству Университета на утверждение.
- 5) После утверждения, второй экземпляр (копия) Отчета по результатам ВА и Акт(ы) о несоответствиях передаются проверяемому должностному лицу и/или владельцу процесса для ознакомления и принятия корректирующих действий.
- 6) Ознакомление с Актом и Отчетом документально подтверждается записью в выше указанных документах.
- 7) Дела по материалам ВА хранятся у Уполномоченного лица в соответствии с номенклатурой дел.

12. Рассмотрение, утверждение и пересмотр


- 1) Данная документированная процедура вводится в действие после её утверждения руководством Университета, с момента даты утверждения.
- 2) Рассмотрение, рассылка, хранение, пересмотр и переиздание производятся в соответствии с процедурой по управлению документированной информацией.
- 3) Периодическая проверка данной документированной процедуры производится при проведении аудитов.
- 4) Вносить предложения по изменению настоящей документированной процедуры имеет право любой сотрудник Университета, процедура внесения изменений осуществляется в соответствии с требованиями процедуры по управлению документированной информацией.
- 5) При внесении изменений не должна нарушаться структура документа, определяемая стандартом СТ РК ИСО/ТО 10013.
- 6) Переиздание осуществляется по мере необходимости при изменении требований ВшНД, выявлении несоответствий, по результатам внутренних и внешних аудитов. Срок обязательного периодического пересмотра документа с актуализацией нового года издания составляет каждые 5 лет.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК

- 7) Записи производятся по формам, указанным в соответствующих разделах данного документа, и управляются в соответствии с Правилами документирования и управления документацией.

13. Конфиденциальность

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом КазНМУ и не подлежит представлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов и потребителей-партнеров *(по их требованию)* с разрешения Ректора КазНМУ.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 11 из 19

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

«Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»

ПРОГРАММА

проведения внутренних аудитов системы менеджмента противодействия коррупции на _____ год

Утверждаю

Должность

_____ (подпись) _____ ФИО

«__» _____ 20__ г

_____ № _____
(дата) (индекс)

Информация по программе аудита		
1.	Цели программы аудита.	
2.	Риски и возможности, связанные с программой аудита и действия по их обработке.	
3.	Область (объем, границы, места) каждого аудита в рамках программы аудита.	
4.	Типы аудита (например, внутренние или внешние).	
5.	Критерии аудита.	
6.	Методы аудита, которые будут использоваться.	
7.	Критерии отбора членов группы по аудиту.	
8.	Обязательная документированная информация.	
Ресурсы для программы аудита		
1.		
2.		



График аудитов

№ п/п	Наименование подразделения, процесса или вида деятельности	Период проведения												Состав аудиторской группы	Отметки о выполнении или переносе сроков аудита	
		Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь			
1.	<i>Управление по персоналу</i>	Гр 1													1) ФИО 2) ФИО	<i>Выполнено</i>
2.	<i>Департамент хозяйственного обеспечения</i>		Гр 2												3) ФИО 4) ФИО 5) ФИО	<i>Перенесено</i>
3.	<i>Отдел закупа</i>			Гр 3											6) ФИО	<i>Выполнено</i>


Разработал:

Должность _____ (подпись) _____ Имя Отчество Фамилия «__» _____ 20__ г.

Согласовано:

Должность _____ (подпись) _____ Имя Отчество Фамилия «__» _____ 20__ г.

Примечание: Красным цветом (курсивом) – пример для заполнения.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 13 из 19

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

«Казакский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»

ПЛАН

проведения внутреннего аудита системы менеджмента противодействия коррупции № ВА-хх.хх / Пл.

Утверждаю


Должность

№ _____
(дата) (индекс)

_____ (подпись) _____ ФИО

« ____ » _____ 20__ г

Продолжительность аудита		Основание для проведения проверки		Язык проведения аудита	
с <u>12 октября 2021 г.</u> по <u>15 октября 2021 г.</u>		<u>Программа проведения внутренних аудитов на 2021 г.</u> <u>приказ № _____ от « ____ » _____ 2021 г.</u> <i>план-график или номер приказа</i>		<u>русский, казахский,</u> <u>английский</u>	
Цели аудита:			Группа аудиторов:		
<input type="checkbox"/> Оценка соответствия СМПК требованиям стандарта ISO 37001 <input type="checkbox"/> Оценка соответствия реализации процессов требованиям ВНД. <input type="checkbox"/> Оценка соответствия деятельности сотрудников требованиям ВиНД <input type="checkbox"/> Другое _____			1. Руководитель группы по аудиту <u>Ильманов А.</u> 2. Аудитор <u>Петров Б.</u> 3. Аудитор <u>Сериков В.</u> 4. Технический эксперт <u>Абдурахманов Г.</u>		
Дата/ время	Область аудита (наименование подразделения, процесса или должности)	Критерии аудита	Аудируемая персона (ФИО)	Ознакомлен (роспись)	Аудиторы, проводящие проверку
<u>12.10.21</u> <u>9.30-16.00</u>	<u>Управление по персоналу</u>	<u>Карта процесса</u>	<u>Буранбаев А.В.</u>		<u>Ильманов А.</u> <u>Петров Б.</u>

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
	Редакция: 1 Страница 14 из 19	

<i>12.10.21 11.00-17.30</i>	<i>Департамент хозяйственного обеспечения</i>	<i>Карта процесса</i>	<i>Мукашев М.В.</i>		<i>Петров Б. Сериков В.</i>
<i>13.10.21 14.00-15.30</i>	<i>Отдел закупа</i>	<i>Карта процесса</i>	<i>Иванов В.</i>		<i>Ильманов А. Сериков В.</i>
<i>14.10.21 при аудите подразделений</i>	<i>Разработка документации</i>	<i>Документированная процедура</i>	<i>Все сотрудники подразделений</i>		<i>Ильманов А. Петров Б. Сериков В.</i>


Разработал:

Должность _____ (подпись) _____ Имя Отчество Фамилия «___» _____ 20__ г.

Согласовано:

Должность _____ (подпись) _____ Имя Отчество Фамилия «___» _____ 20__ г.

Примечание: Красным цветом (курсивом) – пример для заполнения.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 15 из 19

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

«Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»

АКТ

о несоответствии, выявленном в ходе аудита № ВА-xx.xx/Акт1

ЧАСТЬ 1 - ИДЕНТИФИКАЦИЯ

1. Проверяемое должностное лицо, процесс или субъект
Управление инфраструктурой – Буранбаев А.В.
2. Руководитель аудиторской группы: *Ильманов А.*
3. Аудиторы: *Петров Б., Сериков В.*
4. Дата проверки: *12.10.21*

ЧАСТЬ 2 - НЕСООТВЕТСТВИЕ

1. Критерий аудита. *Стандарт ISO 37001, п.7.3.*
2. Свидетельство аудита. Нет
3. Наблюдение аудита. *Нет осведомленности персонала*

Руководитель группы по аудиту (Ф.И.О.) *Ильманов А.* (подпись) _____
Дата: *12.10.21*

ЧАСТЬ 3 - АНАЛИЗ НЕСООТВЕТСТВИЯ - ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИН

Должностное лицо не знакомо с требованиями стандарта ISO 37001, п.7.3.

ЧАСТЬ 4 - КОРРЕКЦИИ

Обеспечить осведомленность персонала

ЧАСТЬ 5- КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ


Ознакомить персонал с требованиями стандарта ISO 37001, п.7.3.

1. Планируемый срок исполнения *16.10.21*
2. Руководитель подразделения (Ф.И.О.) *Буранбаев А.В.* (подпись) _____
Дата: *12.10.21*

ЧАСТЬ 6 – ВЕРИФИКАЦИЯ ПРЕДПРИНЯТЫХ МЕР

1. Замечания по выполнению: *нет*
2. Фактическая дата выполнения: *16.10.21*
3. Аудитор: *Сериков В.*
(Ф. И. О., должность, подпись) _____ Дата: *20.10.21 г.*

Примечание: Красным цветом (курсивом) – пример для заполнения.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК
		Редакция: 1 Страница 16 из 19

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

«Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»


ОТЧЕТ

по результатам внутреннего аудита системы менеджмента противодействия коррупции № ВА-хх.хх/Отч.

№ _____
(дата) (индекс)

Утверждаю
Должность _____
_____ (подпись) _____ ФИО
«__» _____ 20__ г

Продолжительность аудита		Основание для проведения проверки		Язык проведения аудита	
с <u>12 октября 2021 г.</u> по <u>15 октября 2021 г.</u>		<u>Программа проведения внутренних аудитов на 2021 г.</u> <u>приказ № _____ от «__» _____ 2021 г.</u> <i>программа или номер приказа</i>		<u>русский, казахский,</u> <u>английский</u>	
Цели аудита:			Группа аудиторов:		
<input type="checkbox"/> <i>Оценка соответствия СМПК требованиям стандарта ISO 37001</i> <input type="checkbox"/> <i>Оценка соответствия реализации процессов требованиям ВНД.</i> <input type="checkbox"/> <i>Оценка соответствия деятельности сотрудников требованиям ВиНД</i> <input type="checkbox"/> Другое _____			1. Руководитель группы по аудиту <u>Ильманов А.</u> 2. Аудитор <u>Петров Б.</u> 3. Аудитор <u>Сериков В.</u> 4. Технический эксперт <u>Абдурахманов Г.</u>		
№ п/ п	Область аудита (наименование подразделения, процесса или должности)	Критерии аудита	Свидетельства аудита	Наблюдения аудита	

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»	
	Комплаенс служба	Документированная процедура Внутренний аудит СМПК

Редакция: 1

Страница 17 из 19

1.	Материально-техническое обеспечение	Должностные инструкции Положение об отделе Карта процесса Политика Цели	Планы Отчеты Документация по деятельности	Нет осведомленности персонала об СМПК
2.	Управление персоналом	Карта процесса Документы по кадрам Журналы регистрации	Планы Отчеты Документация по деятельности	Соответствует
3.	Отдел закупу	ВНД Политика Цели	Планы Отчеты Документация по деятельности	Политика и цели не доведены до сведения персонала
Рекомендации по улучшению				Выявлено несоответствий = 2
1. Провести дополнительное обучение среди сотрудников. 2. Поместить информацию о политике на сайте 3. Оптимизировать формы отчетов.			Разногласия по результатам аудита	
			Отсутствуют	

Составил:

Руководитель группы аудиторов _____(подпись) _____ Имя Отчество Фамилия «___» _____ 20___г.

Примечание: Красным цветом (курсивом) – пример для заполнения.

