İç Denetim Prosedürü

Doküman No	**HU-P-YD1310-01-02-V01**
Yürürlük Tarihi	**04/11/2026**
Güncelleme Tarihi	**—**
Süreç Sahibi Birim	**Strateji Geliştirme ve Kalite Güvence Sistemleri Direktörlüğü**
Onaylayan	**Rektör**
Doküman Türü	**Prosedür**
YÖKAK Ölçütü	**A — Liderlik, Yönetişim ve Kalite Güvence**

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu prosedürün amacı , Entegre Yönetim Sisteminin tüm üniversite kapsamında etkin uygulanması, sürekliliğinin sağlanması için düzenli aralıklarla iç denetim faaliyetlerinin planlanıp uygulanması, değerlendirilmesi, sonuçların raporlanması ve kayıtların dökümante edilip, muhafaza edilmesi için usul ve esasaları açıklamaktadır.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu prosedür, Entegre Yönetim Sistemi kapsamındaki, üniversitemizdeki tüm idari süreçlerin ve faaliyetlerin iç denetim süreçlerini kapsar.

Tanımlar

MADDE 3 – (1) Bu prosedürde geçen;

a) İç Denetim: Üniversitemız faaliyetlerinin Entegre Yönetim Sistemi ve standart şartlarına uygunluğunun doğrulanmasıdır.

b) Denetçi: İç denetimi gerçekleştiren, iç denetçi eğitimini almış ve denetimi yapılacak olan sürecin yürütülmesinde doğrudan görev almayan personeldir.

c) Denetim Ekip Lideri: İç denetim ekibini yönetmek ve iç denetimi gerçekleştiren, iç denetçi eğitimini almış ve denetimi yapılacak olan sürecin yürütülmesinde doğrudan görev almayan personeldir.

d) Denetim Ekibi: Bir baş denetçi ve denetçilerden oluşan denetim grubudur.

e) Denetim Bulguları: Üniversitemizde uygulanan Entegre yönetim Sistemleri ve ISO 19011 standartlarına, dokümantasyon şartlarına ve yasal şartlara uygunsuzluğu ifade eden objektif kanıtlardır.

f) Takip Denetimleri: Denetimlerdeki uygunsuzlukların düzeltici faaliyetlerle giderilip giderilmediğinin yerinde gözlendiği denetimlerdir.

g) Entegre Yönetim Sistemi (EYS): Üniversitemızda uygulanan ISO 9001, ISO 14001, ISO 27001 ve ISO 50001 standartlarını ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Sorumluluklar

Sorumluluklar

MADDE 4 – (1) Strateji Geliştirme ve Kalite Güvence Sistemleri Direktörü, denetim takviminin belirlenmesinden, denetim ekibinin belirlenmesinden, denetimlerin duyurulmasından, denetimlerin sağlıklı şekilde gerçekleştirilmesinden, denetim sonucunda çıkan uygunsuzlukların Rektörlüğe sunulmasında sorumludur.

(2) Rektörlük denetim sırasında çıkan uygunsuzlukların kapatılması için kaynak sağlamaktan sorumludur.

(3) Bu prosedürün hazırlanmasından, güncelliğinden, iyileştirilmesinden, iç denetimlerinin etkinliğinin kontrolünden ve uygulanmasını sağlamaktan Strateji Geliştirme ve Kalite Güvence Sistemleri Direktörü sorumludur.

(4) Denetim Ekibi iç denetim planına göre denetimlerin yapılmasından, denetim sonuçlarının raporlanmasından ve takip denetimlerinin gerçekleştirilmesinden sorumludur.

(5) Denetim Ekip Lideri, iç denetim planını hazırlamaktan, denetim ekibini sevk ve idare etmekten, iç denetim planına göre denetimlerin yapılmasından, denetim sonuçlarının raporlanmasından, düzeltici faaliyetlerin başlatılmasından ve takip denetimlerinin gerçekleştirilmesinden sorumludur.

(6) İlgili birim yöneticileri, denetim sırasında denetim ekibine yardımcı olmaktan, denetçilerin talep ettiği kanıtları onlara objektif şekilde sunmaktan ve tespit edilen uygunsuzluklar için, kök sebep analizi yaparak, düzeltici faaliyetlerin takibinden sorumludur.

(7) Tüm çalışanlar, denetim sırasında denetim ekibine yardımcı olmaktan, denetçilerin talep ettiği kanıtları onlara objektif şekilde sunmaktan sorumludur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Uygulama

İç Denetim Planı ve Denetçi Seçimi

MADDE 5 – (1) Üniversitemız Entegre Yönetim Sisteminin etkinliğini kontrol etmek amacıyla, yılda en az bir kez tüm süreçleri kapsayacak şekilde önceden belirlenmiş program dahilinde iç denetim yapar. Genel Sekreter ve/veya Yönetim Temsilcisinin gerek görmesi durumunda denetim sıklığı arttırılabilir. Denetim sıklığı denetim edilecek proseslerin durum ve önemleri, müşteri şikayetleri, ürün/hizmet uygunluğu, geçmiş denetimlerin sonuçları göz önünde bulundurularak planlanır.

(2) İç denetimler, standartların gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olan nitelikli personel (iç denetçi sertifikası bulunan) tarafından gerçekleştirilir,

(3) Denetçiler denetim yaptıkları standart hakkında iç denetçi eğitimi almış kişiler arasından atanır,

(4) Denetçiler kendi faaliyetlerini denetleyemez,

(5) Bu hususlar dikkate alınarak Strateji Geliştirme ve Kalite Güvence Sistemleri Direktörü tarafından denetim ekip lideri ve denetim üyeleri belirlenerek ***Yıllık İç Denetim Planı*** oluşturulur.

(6) Denetimler mümkünse en az iki kişi tarafından yapılır.

(7) Denetim planı hangi bölümün denetleneceğini, hangi tarihte gerçekleştirileceğini, kimin denetçi olarak atandığını ve standart maddelerini içerecek şekilde hazırlanır.

(8) Yönetim Temsilcisi, denetlenecek bölüme ve denetim görevlilerine denetim planını en az bir hafta öncesinden bildirir.

(9) İç denetimler üniversitemızda uygulanmakta olan Entegre yönetim sistemleri kapsamında yer alan her bir standart için ayrı ayrı yapılabileceği gibi birlikte de gerçekleştirilebilir.

(10) Üniversitemızın ortak faaliyet gerçekleştirdiği birimlerde iç denetimler entegre olarak tek seferde gerçekleştirilebilir.

(11) Yönetim Temsilcisi denetimin gerçekleştirileceği bölümün veya denetim görevlisinin söz konusu tarihte müsait olmamalarını bildirmeleri halinde ***Yıllık İç Denetim Planında*** ön görülmüş tarihi denetim görevlileri ve ilgili bölüm yöneticileri ile görüşerek ***Yıllık İç Denetim Planını*** revize eder ve ilgili kişi ve bölümlere/birimlere bildirir.

Denetimin Gerçekleştirilmesi

MADDE 6 – (1) Tetkik edilecek birim yöneticileri, gerekli görülen kişiler ve denetim ekibi denetim öncesi kısa bir açılış toplantısı gerçekleştirir. Bu toplantıda denetimin amacı, kapsamı, kriterleri, denetimde uygulanacak metod vb. denetim ekip lideri tarafından açıklanır. Açılış toplantısında varsa sorular ve denetim planında yeterince açık olmayan ayrıntılar açıklığa kavuşturulur.

(2) Denetimler, iç denetçiler tarafından denetlenen bölümün yöneticisi ile birlikte gerçekleştirilir.

(3) Denetim tarihi geldiğinde ilgili standardın ve üniversitemiz tarafından oluşturulan yönetim sistemi dokümanları ile yasal gereklilikler çerçevesinde tetkik gerçekleştirilir.

(4) İç Denetimler süreç odaklı gerçekleştirilir. Süreç Odaklı İç Denetimde;

a) Sürecin Girdisi
b) Sürecin Çıktısı
c) Sürecin Performans Göstergesi (KPI)
d) Nesnel Kanıtlar
e) Standartların denetlenen her maddesi için bulgu ve kanıtlar yer alır.

(5)Denetçiler, denetim esnasında denetimin gerçekleştirileceği bölüm ile ilgi soruları ve bulguları

Denetim Kontrol Listesi ve Raporu'na kaydeder. ***Denetim Kontrol Listesi ve Raporu;***

a) Standart Gereksinimleri
b) Dokümantasyon Şartları
c) Müşteri ile yapılan sözleşme şartları ve müşteri beklentileri
d) Yasal Şartlar (Varsa Otoritelerinin Beklenti ve Gereksinimleri)
e) Önceki Denetim Sonuçları ve Bulgular, göre hazırlanır.

(6) Bilgiler karşılıklı görüşmelerle, dökümanların incelenmesi ile ve ilgili alanlarda şartların ve faaliyetlerin gözlenmeleri yoluyla toplanır.Denetim soru listesi yardımı ile denetim gerçekleştirilir.

(7) Denetim esnasında görülen uygulamalar ve uygunsuzluklar objektif deliller eşliğinde soru listesi üzerine kayıt edilir. Soru listesinin dışında proses dökümantasyonunda yer alan standartlar da referans alınır.

(8) Denetim bulguları mutlaka objektif kanıtlara dayalı olmalıdır. İhtimal yada kişisel tahminler doğrultusunda uygunsuzluk yazılamaz.

(9) Uygunsuzluklar ve süreçte yapılan denetime ilişkin özet bilgilendirme denetim ekibi tarafından denetim sırasında proses sahibine aktarılır.

(10)Tetkik sonunda kapanış toplantısı denetim ekibi denetlenen birim yöneticisi ve gerekli görülen kişiler ile gerçekleştirilir. Denetim ekip lideri kapanış toplantısınd tetkik ile ilgili genel değerlendirmeleri aktarır. (11)Tetkik sırasında saptanan olumlu hususlar ve güçlü yönler ile beraber bulgular toplantı katılımcılarına aktarılır.

(12) Denetim sırasında tespit edilen uygunsuzlukların birer kopyası kapanış toplantısında ilgili birim yöneticisine teslim edilir.

(13) Denetim bulguları ile ilgili zamanında düzeltici faaliyet başlatılır ve uygun şekilde kapatılır.

Denetimin Raporlanması

MADDE 7 – (1) Tüm bulgular ve denetim sonuçları denetim elkip lideri tarafından ***Denetim Kontrol Listesi ve Raporu'na*** kaydedilerek Yönetim Temsilcisine raporlanır. Yönetim Temsilcisi tarafından denetçilerden gelen raporlar düzenlenerek Rektörlüğe sunulur.

(2) Hazırlanan ***Denetim Kontrol Listesi ve Raporu*** Rektörlük tarafından incelenir ve değerlendirilir.

(3) Rektörlük denetim bulgularına göre ilave önlemleri almak üzere harekete geçebilir.

(4) İç Denetim Raporu aşağıdaki hususları kapsar;

a) Denetim tarihleri ve denetim ekibi isimleri,
b) Denetlenen faaliyet ve sorumluları,
c) Denetimin uygun olarak yapıldığı referans dokümanlar,
d) İyileştirme önerileri, bulgu ve uygunsuzlukları,
e) Referans dokümanlara uygunluk ile ilgili olarak denetim ekibinin genel kararı,
f) Entegre yönetim sisteminin etkinliği ile ilgili olarak denetim ekibinin genel kararı,

her yılın sonunda, denetim sürecinin etkinliği iç denetim performansını artırmak için iç denetim sonuçları ile YÖKAK / üçüncü taraf (bağımsız belgelendirme firmalarının) denetimlerin sonuçları karşılaştırılarak ölçülür.Karşılaştırma sonuçarı dikkate alınarak bir sonraki yılın denetim planı gerçekleştirilir ve alınması gereken aksiyonlara karar verilir.

(5) İç Denetim sonuçları ilgili tüm yönetim sistemlerine bağlılık düzeyini değerlendirmek ve iyileştirme fırsatlarını belirlemek için Yönetimi Gözden Geçirme Toplantılarında değerlendirilir.

Denetim Bulguları

MADDE 8 – (1) Denetim sırasında görülen uygunsuzluklar denetçiler tarafından denetlenen bölüm/birim yöneticisine bildirilir. ***Düzeltici Faaliyet Formuna*** uygunsuzluğu kaydederek Sürekli İyileştirme ,Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Prosedürüne göre uygunsuzluğun kapatılması için termin tarihi belirler. Denetçiler uygulanan düzeltici faaliyetlerin yeterliliğini, etkinliğini ve zamanında kapatılıp kapatılmadığını kendi planları çerçevesinde tekrar denetler ve doğrular.

(2) Denetim bulgularının düzeyleri iki grupta kategorize edilir;

a) ***MAJOR Bulgu***; kontrolsüz duruma yol açabilen ve ürün/hizmet uygunluğunu olumsuz etkileyebilecek önemli eksiklik,
b) ***MİNOR Bulgu;*** MAJOR bulgu olarak sınıflandırılmayan, sisteme ve ürün/hizmet uygunluğuna olumsuz etkisi olacak küçük eksiklik,
c) ***ÖNERİ;*** MİNÖR ve MAJOR Bulgu niteliğinde olmayan sistemin iyileştirilmesi için denetçi tarafından tavsiye edilen ve ileride uygunsuzluğa yol açabilecek olası durumlardır.

(3) Denetim bulguları ve sonuçları denetlenen bölüm sorumlusuna tebliğ edilmesinin ardından, bölüm sorumlusu tarafından bir hafta içinde Düzeltici Faaliyet başlatılır ve problemin kök sebebi belirlenir. Başlatılan faaliyet ile ilgili Yönetim Temsilcisine bilgi verilir. Bu düzeltici faaliyet planı aşağıdaki düzenlemelere uygun olmalıdır;

a) MAJOR uygunsuzluğun onaylanmasının ardından 30 gün içinde düzeltici faaliyet tamamlanır. Düzeltici faaliyet süresinin uzatılmasına izin verilmez. Yatırım gerektiren uygunsuzluklar için yapılacak faaliyete ilişkin plan istenerek Rektörlük onayı ile süre uzatılabilir.
b) MİNÖR uygunsuzluğun onaylanmasının ardından 90 gün içinde düzeltici faaliyet tamamlanır. Denetlenen tarafından süre uzatma nedeninin belirtildiği yazılı talep ile Rektörlüğün onayı doğrultusunda süre 90 gün daha uzatılabilir.
c) ÖNERİ durumunda, düzeltici faaliyet gerekli değildir, ancak bölümler bildirilen açıklamayı dikkate almalıdır. Üst yönetimin onayı ile iyileştirme faaliyeti başlatılır.

(4) Denetim esnasında tespit edilen uygunsuzlukların zamanında kapatılması sağlanır. Zamanında kapatılmayan uygunsuzluklar Rektörlüğe bildirilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanır.

Takip Denetiminin Yapılması Sonuçların Gözden Geçirilmesi

MADDE 9 – (1) Denetlenen birim tarafından alınması gereken düzeltici önlemlerin, uygulama tarihinden sonra kontrol edilmesi ve kapatılması amacıyla takip işlemi denetim ekip lideri tarafından gerçekleştirilir. Uygunsuzluğun giderilmesi için ilgili birim tarafından belirlenen düzeltici faaliyet gerçekleştirildiğinde, denetim ekip lideri ve yönetim temsilcisi bilgilendirilir. Belirlenen süre sonunda

Strateji Geliştirme ve Kalite Güvence Sistemleri Direktörlüğü tarafından uygunsuzluğun türüne göre kağıt üzerinde veya yerinde denetimle uygunsuzluğun durumu doğrulanır.

(2) Gerçekleştirilen denetimlerin sonuçları ve etkinliğinin değerlendirilmesi Strateji Geliştirme ve Kalite Güvence Sistemleri departmanı tarafından ,Yönetimi Gözden Geçirme toplantılarına gündem olarak taşınır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Son Hükümler

Hüküm bulunmayan hâller

MADDE 10 – (1) Bu Prosedürde hüküm bulunmayan hâllerde ilgili mevzuat hükümleri ile Senato ve Üniversite Yönetim Kurulu kararları uygulanır.

Yürürlük

MADDE 11 – (1) Bu Prosedür, Rektör tarafından kabul edildiği tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 12– (1) Bu Prosedür hükümlerini Haliç Üniversitesi Rektörü yürütür.

İlgili Formlar

Form Adı	**Doküman Kodu**
Düzeltici Faaliyet Formu	HU-F-YD1310-01-01-V01
Denetim Kontrol Listesi ve Raporu	HU-F-YD1310-01-04-V01
Yıllık İç Denetim Planı	HU-F-YD1310-01-05-V01

Prosedür — Kabul ve Revizyon Geçmişi	
Kabul	Haliç Üniversitesi Rektörünün 04/11/2026 tarih ve E-61660905-060-205987 sayılı EBYS onayı ile kabul edilmiştir.