



جامعة الزقيا
آلية التدقيق الداخلي

رقم الوثيقة : ZU/QP02

رقم الإصدار: 01

تاريخ الاصدار: 15/03/2026

آلية التدقيق الداخلي

الإعتماد	الإعداد	
الدكتور/	الدكتور/	الاسم
رئيس الجامعة	ممثل الإدارة	العنوان الوظيفي
		التوقيع
		التاريخ

[illegible]



جامعة الزرقاء آلية التدقيق الداخلي

رقم الوثيقة : ZU/QP02

رقم الإصدار: 01

تاريخ الاصدار: 15/03/2026

1 الغرض

1-1 وضع نظام للقيام بإجراءات التدقيق الداخلي وفقاً لمتطلبات المواصفة ISO 21001:2018 للتأكد من مدى مطابقة الترتيبات المخططة في تحقيق الخدمات المقدمة مع متطلبات نظام إدارة الجودة المعتمد والمطبق في جامعة الزرقاء الخاصة والتأكد من مدى تنفيذ نظام إدارة الجودة بصورة فعالة وضمان المحافظة عليه وتحسينه.

2 مجال التطبيق

1-2 تنطبق هذه الآلية على كافة الفعاليات والإجراءات التي تقوم بها الكليات والدوائر والأقسام ذات العلاقة بنظام إدارة الجودة ويكون ممثل الإدارة، وفريق الجودة والمسؤولين المباشرين عن كل ما يتعلق بهذه العملية من تخطيط وجدولة وتنفيذ وإعداد التقارير.

3 المسؤوليات

- 1-3 يكون ممثل الإدارة مسؤولاً عن إعداد الخطة السنوية للتدقيق التي يصادق عليها رئيس الجامعة وجدولة عمليات التدقيق وتنفيذ عملية التدقيق الداخلي وإعداد تقرير التدقيق الداخلي ومتابعة الإجراءات التصحيحية / الوقائية لحالات عدم المطابقة.
- 2-3 يكون رؤساء الكليات والدوائر والأقسام مسؤولين عن اتخاذ الإجراءات التصحيحية / الوقائية المناسبة عند تعيين حالات عدم المطابقة للخدمة في عملية التدقيق الداخلي.
- 3-3 يكون كل من أعضاء فريق التدقيق مسؤولاً عن متابعة الإجراءات التصحيحية / الوقائية ذات العلاقة بالأقسام / الفروع التي تم تدقيقها من قبلهم.

4 الإجراءات

1-4 فريق التدقيق

- 1-1-4 قامت إدارة شركة الزرقاء للتعليم والاستثمار بتشكيل فريق من المدققين الداخليين للقيام بعمليات التدقيق الداخلي حيث تم اختيارهم من موظفي الشركة ممن تتوافر لديهم الخبرة والمهارات المطلوبة وتم تأهيلهم من خلال إشراكهم في دورات تدريبية للتدقيق الداخلي. ويكون ممثل الإدارة رئيس فريق التدقيق حيث يحتفظ بقائمة أسماء الفريق ونسخة من بيانات وشهادات التدريب الخاصة.
- 2-1-4 كما يحرص ممثل الإدارة على ضرورة ضمان النزاهة والحيادية في التدقيق الداخلي من خلال استخدام مدققين داخليين محايدين (من غير الدائرة / القسم الذي يعمل فيه المدقق) خلال التخطيط لعملية التدقيق الداخلي، ويظهر ذلك كله من خلال النماذج التخطيطية لعملية التدقيق الداخلي.

2-4 التخطيط للتدقيق

- 1-2-4 يقوم ممثل الإدارة بأعداد الخطة السنوية للتدقيق الداخلي خلال شهر كانون ثاني من كل عام ويتم عرض الخطة على رئيس مجلس الإدارة للمصادقة عليها.
- 2-2-4 يتم إجراء التدقيق الداخلي مرة كل ستة أشهر على الأقل، حيث يتم الاعداد لذلك من خلال الخطة السنوية.
- 3-2-4 يقوم ممثل الإدارة بأعداد برنامج التدقيق الداخلي قبل أسبوع من موعد التدقيق ويتضمن الأقسام / الدوائر / الفعاليات التي سيتم التدقيق عليها مع مراعاة تحقيق التوازن في تنفيذ المهام في حال قيام أكثر من مدقق بتنفيذ التدقيق وتقدير الزمن اللازم للتنفيذ. ثم يتم عرض برنامج التدقيق على رئيس مجلس الإدارة ورئيس الجامعة للمصادقة عليه ثم توزع نسخة من البرنامج على الأقسام والدوائر المشمولة بالتدقيق علماً أنه يجب أن يتضمن أي برنامج تدقيق ضمن فقراته تدقيق مسؤولية الإدارة و تدقيق نظام إدارة الجودة.



جامعة الزرقاء آلية التدقيق الداخلي

رقم الوثيقة : ZU/QP02

رقم الإصدار: 01

تاريخ الاصدار: 15/03/2026

3-4 تنفيذ التدقيق الداخلي

1-3-4 الترتيبات لعملية التدقيق

قبل البدء بعملية التدقيق يتطلب من المدققين تهيئة ومراجعة ما يلي:

- برنامج التدقيق الداخلي.
- نسخة من المواصفة الدولية ISO 21001:2018 .
- قوائم الفحص للدوائر / الأقسام/ الفعاليات ذات العلاقة.

2-3-4 الاجتماع الافتتاحي

يتم عقد اجتماع الافتتاح الذي يرأسه رئيس الجامعة ويضم في عضويته رؤساء الدوائر والأقسام بحضور ممثل الإدارة (مسؤول فريق التدقيق) وفريق التدقيق ويقوم ممثل الإدارة بعرض ما يلي:

- التأكيد على مجال (نطاق) عملية التدقيق الداخلي.
- شرح كيفية تنفيذ التدقيق.
- شرح كيفية إعداد وعرض تقرير نتائج التدقيق.
- التأكيد على خطة التدقيق.
- الإجابة على أي أسئلة أو استفسارات.
- الالتزام بالأوقات المحددة.

3-3-4 المباشرة بالتدقيق

خلال إجراء عملية التدقيق يتطلب من المدقق التحقق مما يلي:

- 1-3-3-4 التحقق من أن أدلة وإجراءات العمل متوافقة مع متطلبات المواصفة.
- 2-3-3-4 التحقق من أن أدلة وإجراءات العمل مطبقة من خلال فحص عينات وأدلة من فعاليات العمليات والتحقق عن مدى تطابقها مع حفظ الأدلة المذكورة.
- 3-3-3-4 التحقق من أن الخدمات المقدمة وفق متطلبات الأقسام المختلفة من خلال الاطلاع على السجلات والمعاملات المنجزة ومعايير القياس والمراقبة المعتمدة لضمان تحقيق تلك المتطلبات.
- 4-3-3-4 التحقق من أن مبدأ منهاج العملية متبع في مسارات العمل المختلفة.
- 5-3-3-4 عند مراجعة الحقائق المستخلصة والوصول إلى استنتاج حالة عدم المطابقة يقوم المدقق بإعداد تقرير عدم المطابقة ويطلب من المدقق عليه تدوين الأسباب والإجراء التصحيحي / الوقائي المناسب (دليل عدم مطابقة المنتج / الخدمة) يتم إعطاء نسخة من التقرير إلى المدقق عليه.
- 6-3-3-4 في حالة عدم التمكن من تحديد الفترة الزمنية المناسبة لتنفيذ الإجراء التصحيحي / الوقائي لأي سبب، كأن يكون الأمر متعلقاً بقرار من الإدارة، عندها يطلب من المدقق عليه إنجاز ذلك بحسب توصيات محضر الاجتماع الختامي الذي يعقد عقب عملية التدقيق الداخلي.

4-3-4 تجميع نتائج التدقيق

عند انتهاء عملية التدقيق وقبل البدء بالاجتماع النهائي يجتمع فريق التدقيق لتجميع ومراجعة نتائج التدقيق الداخلي حيث يتم عرضها على ممثل الإدارة الذي يقوم بدوره بتثبيت الملاحظات تمهيدا لعرضها في الاجتماع النهائي.

5-3-4 الاجتماع النهائي

يتم عقد الاجتماع النهائي برئاسة رئيس الجامعة ويضم في عضويته عمداء الكليات ورؤساء الدوائر والأقسام بحضور ممثل الإدارة (مسؤول فريق التدقيق) وفريق التدقيق ويقوم ممثل الإدارة بعرض ما يلي:

- ملخص عن عملية التدقيق والجوانب الإيجابية في عمل نظام إدارة الجودة.
- عرض نظرة عامة عن المشاهدات من خلال تشخيص نقاط القوة، الضعف، وفرص التطوير والتحسين.

	جامعة الزرقاء آلية التدقيق الداخلي	رقم الوثيقة : ZU/QP02
		رقم الإصدار: 01
		تاريخ الاصدار: 15/03/2026

- عرض لحالات عدم المطابقة التي تم توثيقها مع إعطاء المبررات لذلك وبالشكل الذي يولد قناعة لدى الجميع.
- اتخاذ الاجراءات التصحيحية والوقائية للحالات التي تتطلب قرارًا من رئيس الجامعة.
- التأكيد على ضرورة الالتزام بالتوقيتات الزمنية لمعالجة حالات عدم المطابقة.

6-3-4 تقرير التدقيق

بعد انتهاء التدقيق الداخلي يقوم ممثل الإدارة بأعداد تقرير التدقيق الداخلي وذلك خلال مدة أقصاها أسبوعًا من تاريخ التدقيق ويتم عرض التقرير على رئيس مجلس الإدارة ورئيس الجامعة ويتضمن التقرير المفردات التالية:

- العنوان، البرتامج، أسماء أعضاء الفريق والمدقق عليهم.
- الأقسام / الفعاليات المدقق عليها.
- قائمة حالات عدم المطابقة مرفقة معها نسخة من تقارير عدم المطابقة.
- المشاهدات والتعديلات الخاصة بنظام إدارة الجودة التي تم الاطلاع عليها مع التوصيات بفرص التطوير والتحسين.

4-4 متابعة الإجراءات التصحيحية / الوقائية

بعد انتهاء التدقيق الداخلي يقوم فريق التدقيق بمتابعة الإجراءات التصحيحية / الوقائية لإغلاق حالات عدم المطابقة (إن وجدت) مع الدوائر والأقسام المدقق عليها وذلك وفق التوقيتات المثبتة على تقرير عدم المطابقة من قبل المدقق عليه وفي حالة الإنجاز يقوم المدقق بالتوقيع وعلق التقرير. وفي حالة تطلب الأمر إعطاء وقت زمني مضاف لإنجاز الإجراءات التصحيحية / الوقائية يقوم المدقق بتثبيت موعد جديد في تقرير عدم المطابقة لمتابعة ذلك. عند غلق حالة عدم المطابقة يتم تزويد ممثل الإدارة بنسخة منها.

5-4 المدخلات إلى اجتماع الإدارة

يقوم ممثل الإدارة بعرض حالات عدم المطابقة الناتجة عن عملية التدقيق الداخلي و تقييم الإجراءات التصحيحية / الوقائية التي تمت بصدها في اجتماع الإدارة.

5 النماذج المعتمدة

ت	العنوان	الرقم	مدة الحفظ	مكان الحفظ
1	الخطة السنوية للتدقيق الداخلي	ZU/QP02F001	3 سنوات	مكتب ممثل الإدارة للجودة
2	برنامج التدقيق الداخلي	ZU/QP02F002		
3	قائمة فحص	ZU/QP02F003		
4	تقرير التدقيق الداخلي	ZU/QP02F004		

6 الملاحق

1-6 النماذج المعتمدة