



PROGRAMA AUDIT-PERÚ

INFORME *FINAL* DE AUDITORIA EXTERNA

**UNIVERSIDAD CONTINENTAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HUANCAYO. PERÚ**

Fecha emisión informe: 09/02/2017

	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN (UNIVERSIDAD CONTINENTAL: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. HUANCAYO. PERÚ). Fecha: 09/02/2017
---	---

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	CONTINENTAL DE HUANCAYO. PERÚ
Centro	F. DE CIENCIAS DE LA SALUD
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las carreras presenciales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	7, 8, 9,10 y 11 de noviembre de 2016

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría	<input type="checkbox"/>	Inicial	<input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------	-------------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Esaú Caro Meza / Salutar Mari Loardo
Cargo	Rector de la Universidad Continental / Dir. Planeación y Calidad
Tfno. y correo	91 452 41 00 smari@continental.edu.pe

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditora Jefe	Mercedes Sacristán Lozano	Institución	Univ. Burgos. España
Auditora	Carmen Villanueva Ipanaqué	Institución	Univ. San Marcos de Lima. Perú

RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras no conformidades además de las indicadas en el presente informe.

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.- Política y objetivos de calidad	No Conf.	3.- Desarrollo de la enseñanza y otras actuaciones orientadas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad		3.1. Disponer de sistemas de información que le permitan conocer y valorar las necesidades del Centro en materia de:	
1.2. Grupos de interés implicados		3.1.1. Admisión y matriculación	
1.3. Configuración del sistema para su despliegue		3.1.2. Nivelación de conocimientos para los estudiantes de nuevo ingreso	
1.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		3.1.3. Alegaciones, reclamaciones y sugerencias	
1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		3.1.4. Orientación y tutoría a estudiantes sobre el desarrollo de la enseñanza	
2.- Diseño de la oferta formativa	No Conf.	3.1.5. Enseñanza y evaluación de los aprendizajes	
2.1. Determinar los órganos, grupos de interés, y procedimientos implicados en el diseño, control, planificación, desarrollo y revisión periódica de la carrera, sus objetivos y competencias asociadas		3.1.6. Prácticas externas y movilidad de estudiantes	
2.2. Disponer de sistemas de recogida y análisis de información (incluida la procedente del entorno nacional e internacional) que le permita valorar el mantenimiento de su oferta formativa, su actualización o renovación.		3.1.7. Orientación profesional	
2.3. Contar con mecanismos que regulen el proceso de toma de decisiones relativa a la oferta formativa y el diseño de la carrera y sus objetivos		3.2. Dotarse de mecanismos que le permitan obtener, valorar y contrastar información sobre el desarrollo actual de los procesos anteriormente citados.	
2.4. Asegurar que se desarrollan los mecanismos necesarios para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión periódica de las titulaciones		3.3. Establecer mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes: reglamentos (exámenes, sanciones, petición de certificaciones, convalidaciones, etc.), normas de uso (de instalaciones), calendarios, horarios y beneficios que ofrece la Universidad.	
2.5. Determinar el modo (cómo, quién, cuándo) en que se rinden cuentas a los grupos de interés sobre la calidad de las enseñanzas		3.4. Definir cómo se realiza el control, revisión periódica y mejora de los procesos y actuaciones relacionados con los estudiantes.	
2.6. Definir los criterios para la eventual suspensión de la carrera y la protección de los derechos adquiridos por aquellos estudiantes que la estuvieran cursando.		3.5. Determinar los procedimientos con los que cuenta para regular y garantizar los procesos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes.	
OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterio		3.6. Identificar en qué forma los grupos de interés participan en el diseño y desarrollo de los procesos relacionados con el aprendizaje de los estudiantes.	
		3.7. Indicar el procedimiento (cómo, quién, cuándo) seguido para rendir cuentas sobre los resultados del aprendizaje de los estudiantes.	

4.- Investigación	No Conf.	5.- Extensión y Proyección Social	No Conf.
4.1. Definir las políticas, objetivos y líneas de investigación.		5.1. Definir las políticas y objetivos de la extensión y proyección social.	
4.2. Indicar qué grupos de interés han participado en la definición de la política, objetivos y líneas de investigación.		5.2. Indicar qué grupos de interés han participado en la definición de la política y objetivos de la extensión y proyección social.	
4.3. Definir procedimientos para la aprobación y desarrollo de los proyectos de investigación.		5.3. Definir procedimientos para la aprobación y desarrollo de las acciones de extensión y proyección social.	
4.4. Mecanismos de aseguramiento de la ejecución de los proyectos de investigación (logística, recursos humanos, materiales y financieros)	1	5.4. Mecanismos de aseguramiento de la ejecución y evaluación de las acciones de extensión y proyección social (logística, recursos humanos, materiales y financieros)	
4.5. Definir los mecanismos de evaluación de los proyectos de investigación.		5.5. Asegurar que las acciones del programa de proyección social sean difundidas y comunicadas a toda la comunidad universitaria y grupos de interés.	
4.6. Definir los procedimientos para la publicación en medios acreditados		5.6. Determinar el modo (cómo, quién, cuándo) en que rinde cuentas a los grupos de interés sobre el cumplimiento de las políticas, objetivos y líneas de actuación	
4.7. Definir los procedimientos para la protección de los resultados de la investigación		6.- Personal Académico	No Conf.
4.8. Determinar el modo (cómo, quién, cuándo) en que rinde cuentas a los grupos de interés sobre el cumplimiento de las políticas, objetivos y líneas de investigación.		6.1. Dotarse de procedimientos que le permitan recoger y valorar información sobre sus propias necesidades de personal académico	
OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		6.2. Contar con mecanismos que faciliten al docente de nuevo ingreso información sobre la cultura de la institución, sus valores y los medios con los que ha de desarrollar su labor.	
		6.3. Contar con medios para recoger, analizar información y tomar decisiones relativas a las competencias y a los resultados actuales de su personal académico, con vistas al acceso, formación, evaluación del desempeño, promoción y reconocimiento.	
		6.4. Definir la sistemática que le permite controlar, revisar periódicamente y mejorar de forma continua su política y actuaciones relacionadas con su personal académico.	
		6.5. Identificar el modo en que los grupos de interés (en especial profesores y personal de apoyo a la docencia) participan en la definición de la política de personal y en su desarrollo.	
		6.6. Indicar el procedimiento (cómo, quién, cuándo) seguido para rendir cuentas sobre los resultados de su política de personal.	



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN
(UNIVERSIDAD CONTINENTAL: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
HUANCAYO. PERÚ).**

Fecha: 09/02/2017

7.- Servicios, bienestar y recursos materiales	No Conf.	8.- Análisis y utilización de los resultados	No Conf.
7.1. Disponer de un sistema para definir, controlar, revisar periódicamente y mejorar de forma continua su política de bienestar		8.1. Contar con herramientas electrónicas de gestión de la información que faciliten datos relativos a los resultados del aprendizaje, investigación, inserción laboral y de la satisfacción de los grupos de interés (incluyendo las actividades de extensión y proyección social)	
7.2. Disponer de mecanismos que le permitan obtener y valorar la información sobre los requisitos para el diseño, dotación, mantenimiento y gestión de los recursos materiales y servicios (incluyendo los aspectos relacionados con el bienestar de la comunidad universitaria).		8.2. Definir cómo se realiza el control, revisión periódica y mejora continua de los procesos de obtención de datos que garanticen la fiabilidad de la información	2
7.3. Contar con procedimientos que le faciliten información sobre sus sistemas de mantenimiento, gestión y mejora de los recursos materiales y servicios (incluyendo los relativos a salud y actividades extracurriculares)		8.3. Determinar las estrategias y sistemáticas para introducir cambios en los procesos de la institución, que promuevan la mejora de los resultados.	
7.4. Determinar los procedimientos con los que cuenta para regular y garantizar los procesos de toma de decisiones relacionados con las acciones de bienestar y los recursos materiales y servicios.		8.4. Determinar los procedimientos para garantizar el uso de la información en los procesos de toma de decisiones.	
7.5. Establecer los procedimientos para canalizar las distintas vías de participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y en la prestación de los servicios.		8.5. Identificar en qué forma los grupos de interés se implican en la medición, análisis y mejora de los resultados.	
7.6. Indicar el procedimiento (cómo, quién, cuándo) seguido para rendir cuentas sobre la adecuación de las acciones de bienestar y el nivel de uso de recursos materiales y servicios.		8.6. Indicar el procedimiento (cómo, quién, cuándo) seguido para rendir cuentas sobre los resultados (memorias de actividades, informes de resultados, etc.)	
9.- Información a los grupos de interés	No Conf.	OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios	
9.1. Disponer de mecanismos que le permitan obtener la información sobre el desarrollo de las acciones propias de la institución.			
9.2. Determinar el procedimiento establecido para informar a los grupos de interés (incluyendo a los estamentos de la universidad) acerca de las acciones propias de la institución.			
9.3. Definir cómo se realiza el control, revisión periódica y mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	3		
9.4. Determinar los procedimientos para regular y garantizar los procesos de toma de decisiones relacionados con la publicación de la información de las acciones propias de la institución.			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	4.4	No se han establecido los mecanismos para incentivar la participación en proyectos de investigación en la Facultad de Ciencias de la Salud	nc
2	8.2	No se ha evidenciado cómo se garantiza la revisión y mejora continua de los procesos de obtención de datos y la fiabilidad de la información.	nc
3	9.3	No se ha evidenciado que el control y la revisión de la información que se presenta a los grupos de interés se acompañen de una breve explicación que permita una mejor comprensión de los mismos, por todos los grupos de interés.	nc

- (1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior
- (2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:
- No conformidad Mayor (**NCM**). Requiere en todos los casos un plan de acción de mejoras
 - No conformidad menor (**nc**). Queda a criterio de la organización auditada su inclusión en el plan de acciones de mejora que en su caso deba presentar a la Agencia.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC
(excluyendo las no conformidades)

Una vez finalizado el proceso de auditoría externa, en el que se ha revisado el SGIC y se ha entrevistado a los grupos de interés implicados en el mismo, el equipo auditor considera que las oportunidades de mejora y observaciones generales al SGIC son las siguientes:

OPORTUNIDADES DE MEJORA GENERALES DEL SGIC y CONCRETAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

- 1.- Integrar definitivamente el procedimiento PA10 Gestión de la Información en el despliegue SGIC, para garantizar que el uso de la información en los procesos de toma de decisiones se está realizando adecuadamente.
- 2.- Reforzar los recursos de la Oficina de Gestión de la Información y Estadística para que pueda dar respuesta a los procesos de planificación, recopilación, procesamiento, análisis, evaluación y distribución de la información.
- 3.- Mejorar la integración de la información disponible en la Oficina de gestión de la información y estadística, para dar respuesta a los diferentes grupos de interés encargados de la toma de decisiones.
- 4.- Revisar y redefinir algunos indicadores de gestión. Tal es el caso del índice de desempeño de docentes que puede distorsionar la realidad sobre la evaluación docente.
- 5.- Definir indicadores por tipo de información, para el procedimiento Gestión de la Información y Estadística. Actualmente se mide el % de requerimientos entregados en el tiempo pactado.
- 6.- Activar los mecanismos para informar a los grupos de interés externos a la propia institución acerca de las acciones propias de ésta. Mejorar la Transparencia.
- 7.- Fortalecer los mecanismos para incentivar la participación en proyectos de investigación en la Facultad de Ciencias de la Salud.
- 8.- Gestionar los recursos externos en Hospitales para facilitar el trabajo y estudio de los alumnos durante sus prácticas e internado.
- 9.- En el caso de Tecnología Médica deberían facilitarse grupos más específicos de pacientes.
- 10.- Aumentar las Bases de datos a revistas de salud.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC
(excluyendo las no conformidades)

OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC

OBS 1.- La carrera de Medicina, terminará el 2018, por lo que no se ha podido conversar con egresados.

OBS 2.- Asimismo, la carrera de Tecnología Médica, empezó el 2014, y a la fecha no tiene egresados.

OBS 3.- La carrera de Enfermería, concluye este año 2016 y la de Odontología concluye el 2017.

OBS 4. Se ha evidenciado que el Wifi se encuentra restringido en los espacios abiertos del campus universitario. Se sugiere ampliar el ancho de banda de Internet a fin de facilitar mayor rapidez para el uso de Wifi para alumnos.

OBS 5. Mejorar la disponibilidad de espacios en el CENDOC.

OBS 6. Activar los mecanismos para informar a los estudiantes en concreto sobre los resultados de la evaluación de los docentes.

OBS 7. Evaluar la posibilidad de ampliar los ambientes de Biblioteca, en forma temporal, durante la semana de exámenes.

OBS 8. Se recomienda la posibilidad de disponer de un tiempo máximo de 10 minutos, entre cada cambio de clase dedicado a la movilización interna, de docentes y estudiantes.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC (en su diseño e/o implementación)

Una vez finalizado el proceso de auditoria externa, en el que se ha revisado el SGIC y se ha entrevistado a los grupos de interés implicados en el mismo, el equipo auditor considera que las fortalezas detectadas son las siguientes:

FORTALEZAS GENERALES DEL SGIC y CONCRETAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

1.- La formulación, implantación, seguimiento, revisión y mejora del Sistema de Garantía Interna de Calidad, como modelo de gestión.

2.- Existencia de un buen liderazgo, con objetivos reales hacia la mejora continua, consiguiendo transmitir un compromiso conciso y claro a la Universidad, al mismo tiempo que incentiva y apoya a las personas involucradas y unen a los equipos en base a unos mismos objetivos.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC *(en su diseño e/o implementación)*

- 3.- Se ha garantizado el desarrollo y la implantación de un Sistema de Garantía Interna de Calidad.
4. Se ha actualizado la estrategia y planificación de la Universidad, siguiendo, el ciclo PDCA.
- 5.- El análisis de resultados, en un primer momento, por los responsables de cada uno de los procesos y finalmente por la Alta dirección de la Universidad a partir de los indicadores generados por el sistema.
- 6.- La cercanía, el apoyo y el seguimiento de la U. Continental hacia todos los miembros de la organización, especialmente a los estudiantes.
- 7.- La atención al estudiante, en particular a los de nuevo ingreso, tanto en la información que se les facilita, como en el acompañamiento y seguimiento en toda su vida académica.
- 8.- La sensibilidad de la Universidad hacia todos los miembros de la organización, especialmente a los estudiantes.
- 9.- La gestión de quejas y sugerencias, centralizadas en el CAU, evidenciándose una rápida respuesta.
- 10.- Los mecanismos que tiene la Universidad disponibles para ser partícipes del desarrollo y mejora de las acciones de proyección social, alineadas con las demandas de la sociedad.
- 11.- La selección, acompañamiento, capacitación, seguimiento y evaluación del personal docente mediante el proceso PA02. Gestión del Personal Docente y sus subprocesos.
- 12.- La orientación de los estudiantes a fin de seleccionar la formación que mejor se adapta a su perfil. El acompañamiento, seguimiento y asesoramiento a los estudiantes.
- 13.- El seguimiento, asesoramiento y apoyo a egresados. Acompañamiento en actividades de emprendimiento. Mejora de los resultados de inserción laboral en el curso 2016.
- 14.- Estudiantes de la carrera de Medicina publican sus investigaciones en la revista indexada Scopus, y se puede ver una nota a este respecto en la página web de la UC.: <http://ucontinental.edu.pe/estudiantes-medicina-publican-investigacion-revista-indexada-scopus/>
- 15.- La cooperación internacional y movilidad internacional estudiantil, ha permitido el ingreso de estudiantes de China a la Universidad Continental, además de impartir las clases en inglés por catedráticos lo que evidencia la mejora continua del nivel académico de esta carrera.
- 16.- El 100% de los alumnos de la carrera de Enfermería realizan prácticas pre-profesionales, en los hospitales de la región.
- 17.- Aumento del número de proyectos de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y de sus carreras.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC *(en su diseño e/o implementación)*

18.- La información que se facilita a los grupos de interés internos a través de la página Web y de la Intranet.

19.- Los recursos y medios tecnológicos con que cuenta la Facultad de Ciencias de la Salud para el desarrollo de su actividad.

20.- La satisfacción de alumnos ha aumentado del 64% en el curso 2015-2 al 73% en el 2016-1 lo que indica el progreso en los servicios que presta la Universidad Continental y evidencia la mejora continua.

21.- La organización de diferentes actividades formativas complementarias tanto para los estudiantes como para el personal académico. Actividades de los Centros de Liderazgo, Comunicación.

22.- Disponer de procedimientos sistematizados para la gestión y mejora de los recursos materiales y servicios, dando especial importancia a los relativos a salud, el bienestar social y a las actividades extracurriculares.

23.- La responsabilidad social de la Universidad Continental, que se concreta en los proyectos dirigidos en favor de la Región.

GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA REACREDITACIÓN DE TÍTULOS

NO PROCEDE.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Fernando Barrios Ipenza	Presidente Ejecutivo
Jose Barrios Ipenza	Vicepresidente Ejecutivo
Esaú Caro Meza.Rector	Rector de la Universidad Continental
Armando Prieto Hormaza	Secretaría General
Salutar Mari Loardo	Director de Planeación y Calidad
Diana Chipana Gago	Jefe de Certificación de Calidad
Rafael Valero	Analista de Procesos
Luis Velazco Mendoza	Jefe de Procesos
Christian Nakasone Vega	Presidente de la Comisión Permanente de Admisión
Katerina Guzman Pacheco Jackeline Champa	Oficina de Matricula y Oficina de Convalidaciones
Daniel Gamara Moreno	Registros Académicos
José Meza Vento	Jefe de Programación Académica
Pedro Gurmendi Parrega	Responsable de Grados y Títulos
Mª del Carmen Devoto Venegas	Directora de Vinculación Internacional
Carlos Mezaina Aguirre	Director Calidad Educativa
Responsable	Centro de Emprendimiento
Carmen Cosio	Centro del liderazgo
Angélica Tovar Navarro	Responsable de Consejería Académica
Gustavo Loayza Acosta	Director de Oportunidades Laborales
Jorge Sifuentes López	Responsable de Prácticas pre-profesionales
Yuli Cutipa Quincho	Responsable de Colocación Laboral
Rocío Matos Barzola	Responsable del Centro de Atención al Usuario
Miguel Garay Quiñones	Director de proyección social y Extensión

	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN (UNIVERSIDAD CONTINENTAL: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. HUANCAYO. PERÚ). Fecha: 09/02/2017
---	---

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
	Universitaria
Carlos Meza Angleas	Coordinador Académico del Centro de Educación Continua
Wilfredo Bulage Gutiérrez	Director de investigación
Carlos Calderón Sedano. Patricia Zegarra Casas	Oficina Departamento Académico
Cecilia Justino Mérida	Director del Centro de Documentación
Mariam Cuicapuza Beltrán y las Responsables de cada una de sus Áreas	Director de Bienestar Universitario
Guillermo Jaramillo Cabrera	Jefe de la oficina de Infraestructura Academica
Carlos Escudero González	Responsable de la Oficina de Control Patrimonial y Servicios Generales
Yanina Rosales Córdova	Responsable de la Oficina de Comunicaciones
Luz Mª Supo Zapata	Oficina de Gestión de la Información y Estadística
Karen Pérez	Coordinadora de Salud.
Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud	Numero representativo por carreras*
Egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud	Numero representativo por carreras*
Empleadores de la Facultad de Ciencias de la Salud	Numero representativo por carreras*
Docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud	Numero representativo por carreras*

***El Comité Auditor dispuso del listado completo de Docentes, Estudiantes, Egresados y Empleadores. Se envía copia a ANECA como evidencia del proceso.**

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)	
<p>El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SGIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor.**
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)
<p>El presente informe se ha redactado tanto a partir de la información suministrada por la Universidad Continental y la Facultad de Ciencias de la Salud, como de la disponible en su página Web y en el "Drive del SGIC (DRIVE –SGIC)" (Repositorio de evidencias del Sistema de Garantía Interna de Calidad), así como de la que el equipo auditor ha recogido en su visita a la Universidad.</p> <p>El Sistema de Garantía Interna de Calidad es sólido y está implementado y desplegado a toda la organización. Destacar la existencia de un buen liderazgo que consigue transmitir a toda la Universidad un compromiso claro y conciso hacia la Mejora Continua.</p> <p>Se dispone de objetivos reales dirigidos a la identificación de oportunidades de mejora, de procesos, registros y evidencias que demuestran su eficaz implantación.</p> <p>El clima en el que se ha desarrollado la auditoría ha sido excelente. Destacar la predisposición mostrada por todos los interlocutores de la Universidad hacia las sugerencias realizadas por el equipo auditor, especialmente del Equipo Rectoral y las Decanaturas, de la Unidad de Planeación y Calidad y de la Unidad de Certificación de Calidad.</p> <p>Se han valorado los 54 sub criterios de las 9 directrices de AUDIT, resultando inicialmente un informe preliminar tras alegaciones, con un total de 3 no conformidades (nc).</p> <p>Una vez recibidas y evaluadas las acciones de mejora que propone la Universidad y la Facultad de Ciencias de la Salud, se considera que se dan respuesta a las especificadas por el equipo auditor.</p>

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Se levantan por tanto las **no conformidades nº 1, nº 2 y nº 3** detalladas en la página 6 de este informe.

Por ello, se valora como **FAVORABLE**, el grado real de implantación del SGIC en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Continental de Huancayo Perú.

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

En Madrid, a 09 de febrero de 2017

Por el equipo auditor (1)



Manuela Mercedes Sacristán
Cargo: Auditor jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo