



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
FACULTAD DE EMPRESA, FINANZAS Y
TURISMO**

Fecha emisión informe: 22/ 01/ 18

V03
(Tras evaluación del Plan de Acciones de Mejora)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE EMPRESA, FINANZAS Y TURISMO. UNIV. DE EXTREMADURA	Fecha: 22/ 01/ 18

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	U. de Extremadura (UEX)
Centro	Facultad de Empresa, Finanzas y Turismo (FEFT)
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	29 de noviembre de 2017

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	Juan Carlos Preciado Rodríguez
Cargo	Vicerrector de Calidad de la Universidad de Extremadura
Tfno. y correo	vicecal@unex.es

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

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	José Antonio Pérez de la Calle	Institución	ANECA
Auditor	Belén Floriano Pardal	Institución	U. Pablo Olavide
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Ninguna destacable.

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	
1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad		1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro	
1.0.2. Grupos de interés implicados		1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue	1	1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes	
1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	1.2.6 Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.1.1 Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2 Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
1.1.3 Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
1.1.4 Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
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		1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal	
		1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	

(Sigue)

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	No Conf.	1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones	No Conf.
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios			
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios			
1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.		
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés			
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados			
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.0.3	<p>En contra de lo especificado en el Procedimiento de Control de Documentación y Registro (PR/SO008_FEFT), se evidencia que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hay procedimientos y evidencias de procedimientos y procesos ya revisados que presentan una codificación obsoleta, como el mismo PR/SO008_FEFT codificado en el texto como PR/SO008_FEET, o las evidencias del mismo procedimiento. También se ha detectado en las evidencias de los documentos P/CL009 y PR/SO006, codificadas como FEEyT. Hay documentos sin descripción de las modificaciones realizadas en el apartado de "Histórico de cambios" como el procedimiento revisado PR/SO006 (https://www.unex.es/conoce-la-uex/centros/feet/sgic/procesos-y-procedimientos/PR_SO006_v2_Encuestas_FEEyT_2017.pdf) o el proceso P/CL009 (https://www.unex.es/conoce-la-uex/centros/feet/sgic/procesos-y-procedimientos/04_P_CL009_v1_Enseanzas_FEEyT2017.pdf) 	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). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
- No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SGIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

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

Con carácter de recomendación y/o elemento de reflexión, se facilitan a la Facultad de Empresa, Finanzas y Turismo (FEFyT) de la UEX los siguientes aspectos relativos al propio SGIC y/o a la percepción de los grupos de interés respecto a las enseñanzas impartidas:

- Si bien el equipo auditor considera que la no conformidad (nc) nº 1 documentada en el informe de auditoría de abril de 2017, relativa al escaso conocimiento de la Política y Objetivos de Calidad por parte de diferentes colectivos, y en particular, estudiantes y PAS, ha sido superada, se alerta del hecho de que las acciones realizadas en este sentido, deben permanecer de forma estable y sostenida en el tiempo, dado que, de otro modo, existe un riesgo de regresión en los objetivos alcanzados. En este sentido, se destaca la necesidad de que en el propio SGIC quede plasmada como obligatoria la realización de cualesquiera actividades que puedan ser consideradas como buenas prácticas.
- Si bien la no conformidad mayor (NCM) (nº 2), documentada en el informe de auditoría de abril de 2017, relativa al control de documentación del SGIC se entiende *parcialmente* solventada, así como la nc nº 3, relativa al Proceso P/CL009_FEFyT para el desarrollo de las enseñanzas, y la nº 5, relativa al proceso de revisión del Plan de publicación de titulaciones (P/ES006), se entienden resueltas, es preciso que, de forma sistemática en el futuro, se establezcan los medios para asegurar que los usuarios de la universidad no utilicen versiones incompletas u obsoletas de la documentación.
- En relación a la nc nº 4, documentada en el informe de auditoría de abril de 2017, relativa al proceso P/CL010 de "Orientación al estudiante en la Facultad de Empresa, Finanzas y Turismo", se reconoce la eficacia de las acciones adoptadas, y se subraya la necesidad de que la Facultad refuerce y ponga en valor todas las actividades ligadas a la tutorización del estudiantado, bien por los propios profesores, bien por la figura del mentor, una vez demostrado, a juicio de los asistentes a las entrevistas, la positiva acogida que estas figuras están obteniendo por parte, principalmente, del estudiantado más novel.

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

Además de las recogidas en el informe de auditoría de abril de 2017, el equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes en el SGIC implantado en la FEFyT de la UEX:

- Alta capacidad y compromiso de respuesta del equipo decanal de la FEFyT para la resolución de las áreas de mejora recogidas en el anterior informe de auditoría (abril 2017).
- Mayor capacidad y empatía del personal PAS, en particular de aquel que está vinculado a actividades que conllevan trato directo con el público (en particular los estudiantes). Este cambio ha sido percibido de manera clara tanto por los estudiantes, de acuerdo al testimonio facilitado por ellos, como por el propio equipo auditor, que tuvo la ocasión de presenciarlo.
- Adopción de diversas actividades tendentes a fortalecer el conocimiento y compromiso de los diferentes grupos de interés del Centro, y en particular de los estudiantes, hacia los contenidos y significado del SGIC implantado en aquel, animando a su participación e involucración personal, despejando temores y reforzando los canales de participación. Como resultado, se ha apreciado un importante incremento en la demanda de participación de aquellos en los diferentes órganos de representación de la Facultad.
- Se han incrementado las reuniones de coordinación de profesorado para evitar la concurrencia de exámenes, lo que ha repercutido en una mejora de las tasas de rendimiento. Por otra parte, se está procediendo a la revisión crítica de las competencias contempladas en los diferentes grados, para hacer que aquellas se adecúen más a las necesidades de los grupos de interés, por una parte, y por otra, se reduzcan solapes o vacíos en los contenidos de las asignaturas.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES

De acuerdo a lo expresado en los apartados anteriores, el equipo auditor considera que la mayoría de las nc han sido resueltas y las oportunidades de mejora (OM) se han tratado y ejecutado, incluso, y a pesar de no considerarse obligatorias, con mayor esfuerzo que las propias nc.

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

Las directrices del Modelo de Evaluación de Acredita que serían objeto de reconocimiento en caso de certificación del centro que imparte las titulaciones, así como su interrelación con las directrices AUDIT correspondientes, se encuentran detalladas en el anexo 02 del Documento Marco Evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de Grado, Máster y Doctorado Programa ACREDITA, descargable en la web de ANECA.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
José Luis Coca Pérez	Decano
Antonio Ángel Pulgarín García	Vicedecano de Ordenación Académica
Héctor Valentín Jiménez Naranjo	Vicedecano de Relaciones Institucionales
Cristina Gutiérrez Pérez	Vicedecana de Infraestructura y Calidad
Juan Francisco Panduro López	Director de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad de la UEx
Rocío Yuste Tosina	Directora de Calidad de la UEX
Natalia López-Mosquera García	Responsable de Calidad
Yakira Fernández Torres	CGIC de la FEFT
Marcelo Sánchez-Oro Sánchez	Secretaría Académica del Centro
María Alicia Isabel Rivero Campa	Administradora del centro
Jesús Montero Melchor	Presidente COE
María de la Cruz Sánchez Escobedo	PDI Grado ADE
Yolanda García García	PDI Grado ADE
Adelaida Ciudad Gómez	PDI de Grado en ADE/TUR
José Pablo Arias Nicolás	PDI Grado FICO
José Manuel Hernández Mogollón	PDI Grado Turismo y MUAORT

Yolanda Fernández Muñoz	PDI de MUICSJ
Ismael Cortijo Cerezo	Estudiante Grado ADE
Gustavo Cortijo Durán	Estudiante Grado ADE
Blanca García Caballero	Estudiante Grado ADE/ TUR
Celia Muñoz Pellecín	Estudiante Grado TUR
José Ángel Bravo Cuño	Estudiante Grado TUR
Alberto Mostazo Arolo	Estudiante Grado FICO
Ana Isabel Lencero Pérez	Estudiante Grado FICO
Jorge Suárez Daroca	Estudiante MUAORT

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

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 (PAM) emite la siguiente valoración previa: (2)



FAVORABLE



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)

La Facultad de Empresa, Finanzas y Turismo de la UEX solicita una reauditoría de implantación de su SGIC en noviembre de 2017, es decir, cinco meses después de la comunicación de una decisión desfavorable de la Comisión de Certificación, remitida en junio de 2017.

En esta segunda auditoría, el equipo auditor percibe una mejora objetiva del estado de implantación del SIGC en general, y en particular, del estado de resolución de las no conformidades señaladas en el informe de auditoría elaborado en mayo de 2017 (donde se pasan de cinco a una no conformidad, relativa al control de la documentación del SGIC, de carácter menor). De igual modo, se aprecia que las oportunidades de mejora también han sido atendidas en su mayor parte, por lo que en el presente informe sólo se remarca la necesidad de que aquellas se mantengan y refuercen en el tiempo. Adicionalmente, se han valorado los compromisos de mejora recogidos en el PAM entregado en fecha 19-01-18, considerándose que dan un enfoque honesto y viable de las causas de los problemas y de las acciones a desarrollar.

Así, y a juicio del equipo auditor, es razonable proponer a la Comisión de Certificación, una decisión favorable respecto a la concesión de la certificación de la implantación del SGIC en el referido Centro.

- (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 22-01-2018

Por el equipo auditor (1)



José Antonio Pérez de La Calle
Cargo: Auditor jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo