



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN


PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA
RIOJA
FACULTAD DE EMPRESA Y
COMUNICACIÓN**

Fecha emisión informe: 11/ 03/ 19

V02
(Tras PAM)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FAC. DE EMPRESA Y COMUNICACIÓN. UNIV. INTERNACIONAL DE LA RIOJA	Fecha: 11/ 03/ 19

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Internacional de La Rioja
Centro	Facultad de Empresa y Comunicación
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	21 de febrero de 2019

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	Sergio Miranda Castañeda
Cargo	Coordinador General de Calidad de la UNIR
Tfno. y/o correo	sergio.miranda@unir.net

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	Unai Zalba Irigoyen	Institución	U. de Navarra
Auditor	Jacinto Fernández Lombardo	Institución	U. de Jaén
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló sin ninguna incidencia, y de acuerdo con la agenda pactada entre el equipo auditor y el centro auditado.

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)	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		1.2.3. 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
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	1.6.1	No se publica en la web <u>toda</u> la información relativa a sus títulos en contra de lo señalado "literalmente" por el PA 6-1. Por ejemplo, no se publican en la web los informes anuales de la UCT.	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)*

Se audita la implantación del SGIC de la Facultad de Empresa y Comunicación de la Universidad Internacional de La Rioja. Con carácter previo a la visita, se han cotejado las evidencias depositadas en un directorio disponible a tal efecto.

Las entrevistas realizadas han tratado de corroborar el desarrollo del SGIC conforme a lo prescrito en la documentación del mismo. Además, se han realizado entrevistas con profesores, alumnos y responsables orgánicos de calidad para ratificar el cumplimiento de los procesos en lo que tiene que ver con su rol en la comunidad universitaria.

La primera versión del SGIC fue aprobada en enero de 2009. En 2013-2014 se llevó a cabo una profunda revisión del sistema que cuajó con la implantación de un nuevo SGIC en el curso 2014-2015. El diseño de este segundo modelo del sistema, ya consolidado y mejorado, recibió la certificación AUDIT en junio de 2016.

Se aprecia por tanto una implantación decidida y progresiva del actual modelo de SGIC que comienza en 2014/2015.

Por tanto, el alcance temporal de la auditoría ha incidido en los cursos 2014/15, 2015/16, 2016/17 y 2017/18.

Cinco meses antes de la realización de esta auditoría se realizó una preauditoría con el mismo alcance, que concluyó con un informe que detallaba 2 no conformidades mayores, 5 no conformidades menores y 2 observaciones. Esta auditoría ha podido comprobar que la Universidad ha llevado a cabo las medidas de mejora correctoras que subsanan las 7 no conformidades y que atienden las 2 observaciones.

Además de la no conformidad menor anteriormente citada, se aprecian las siguientes oportunidades de mejora:

- El Manual de Calidad señala en su página 27 que el Coordinador General de Calidad es una persona del Departamento de Calidad, si bien en el detalle de la composición de ese Departamento no se hace constar. Por su relevancia, parece adecuado mencionarlo expresamente en ese apartado de "composición".
- Se ha constatado la existencia de dos documentos explicativos del SGIC dirigidos a estudiantes y PDI, respectivamente. Dado el interés de su contenido, parece recomendable contar con documentos similares para otros grupos de interés (PAS, egresados, empleadores).
- Los procesos PA 5.1.1 y PA 5.1.2 comparten el mismo objeto y en ciertas partes se solapan; podría valorarse su unión en un único proceso.
- El anexo 2 del PE 0-3, no recoge los niveles de participación de la UCT y de las entidades LATAM, parece adecuado incluir esta información.

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes del SGIC implantado en la Facultad de Empresa y Comunicación de la UNIR:

1. Adecuada gestión de la información relativa a indicadores académicos y de satisfacción.
2. Gran involucración de las Unidades de Calidad de los títulos (UCT) como eje vertebrador del sistema.
3. Compromiso de los coordinadores de los títulos; figura imprescindible en la gestión de calidad del Centro dada la complejidad en la coordinación de profesores, tutores y alumnos en un entorno virtual.
4. Gran trabajo del Departamento de Calidad en el seguimiento, coordinación y mejora continua del SGIC.

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

Cinco meses antes de la realización de esta auditoría se realizó una preauditoría con el mismo alcance, que concluyó con un informe que detallaba 2 no conformidades mayores, 5 no conformidades menores y 2 observaciones. Esta auditoría ha podido comprobar que la Universidad ha llevado a cabo las medidas de mejora correctoras que subsanan las 7 no conformidades:

- 1. No conformidad menor (nc): No hay evidencia de las actas del comité de verificación anteriores a 2017 en contra de lo previsto por el PO_1-3-1**

Causa de la no conformidad: *En el procedimiento se decía que una vez verificado el título se aprueba en el CmV la petición de implantación, esto se hace en la CCD. Sí hay actas del CmV, pero no desde el principio; este se constituye en febrero, y las actas comienzan a hacerse en julio de 2017*

Corrección:

- 1. Se decide que no es necesario que el Comité apruebe que una vez verificado un título se apruebe en el CmV la petición de implantación, se hace en el CCD. Se actualiza en el procedimiento.*
- 2. Actualizar en el Manual de Calidad las fechas de las constituciones de los diferentes comités.*

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

3. Actualizar el PO_1-3.1, donde se ha incluido en el cuadro de versionado el comienzo del Comité de Verificación, así como desde cuando tenemos actas del mismo.

Situación actual tras auditoría

Corrección 1: Subsano en la versión vigente del PO_1-3-1.

Corrección 2: Comprobado en el Manual

Corrección 3: Incluido en el cuadro de versionado.

- 2. No conformidad menor (nc): La web publica el listado de procesos de calidad, pero su contenido no es accesible, en contra de la previsión del anexo 1 del PA_6-1 que prevé su publicación. Los agentes de interés pueden consultarlos por la intranet previa solicitud al efecto.**

Causa de la no conformidad: Efectivamente está en la web el listado de todos los procedimientos con sus documentos asociados, pero no se pueden descargar. El Manual está publicado y disponible en la web.

Corrección: Se cambia en el anexo del procedimiento, para indicar que los procedimientos están públicos en la intranet, en la web solo se dispone de un listado, así mismo se indicará que el manual sí está disponible

Situación actual tras auditoría

Comprobado que la nueva versión del PA_6.1 prevé solo publicación de los procesos en la intranet.

- 3. No conformidad menor (nc): No hay evidencia del "DA_5-1-2.5 Informe seguimiento titulación" previsto en el PA 5-1-2 que emite el Departamento de Calidad sobre el informe anual de las UCT. El seguimiento se realiza por cauces informales, pero no se elabora el informe de seguimiento previsto en el proceso.**

Causa de la no conformidad: Los informes estaban hechos, pero no se habían subido a SharePoint. Se subirán en la carpeta de seguimiento de cada título.

Corrección:

1. Subir a la web los informes que se han hecho.

2. Introducir en el procedimiento la fecha en que se ha comenzado a hacerlo.

Situación actual tras auditoría

Corrección 1:

Se ha comprobado que están todos los informes de seguimiento del Dpto. Calidad del 2016/17.

Corrección 2: Se matiza en el proceso que este informe de seguimiento se hace desde 2016/17.

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

- 4. No conformidad menor (nc): No hay evidencia del informe anual del Dpto. de Informática correspondiente al curso 2016/17, en contra de lo previsto por el PA_5-1-2**

Causa de la no conformidad: No se han hecho informes separados en los años anteriores, se pide que se haga para el curso 2016-17 y, a partir de ahí, se hagan cada año.

Corrección: Hacer el informe anual a partir del curso 2016-2017, cada año.

Situación actual tras auditoría

Comprobada la existencia del informe del Dpto. de Informática para 2016/17 y para 2017/18.

- 5. No conformidad menor (nc): El PA_4-5 prevé que la atención proactiva del Front Office al profesor se realice con llamadas guiadas mensuales. En la visita de auditoría se ha constatado que se efectúa con 3 llamadas cada curso académico.**

Causa de la no conformidad: No se habían incluido en el procedimiento algunas acciones que se estaban llevando a cabo.

Corrección: Se actualiza en el procedimiento lo que se está haciendo realmente: que las llamadas que realiza el Front Office, no son mensuales para cada profesor. El seguimiento es de dos tipos, el primero proactivo y el segundo atención a demanda.

Situación actual tras auditoría

Comprobado en la nueva versión del PA_4-5.

- 6. No Conformidad Mayor (NCM): En los cursos académicos 2015/16, 2016/17 y 2017/18 se ha realizado una evaluación sistemática de la calidad docente del profesorado. En estos tres cursos el proceso de evaluación se ha ido afinando, pero no cumple todas las directrices del proceso PO_3-3 que se incluye en el Manual de Calidad. Esto es debido a que se modificó sustancialmente en marzo de 2018 y obtuvo el sello Docencia en junio de 2018. Se prevé su implantación en 2019.**

Causa de la no conformidad: La nueva versión del procedimiento era la de DOCENTIA, ya que se había empezado a trabajar en ese Programa.

Corrección:

- 1- Actualizar el procedimiento vigente. En el SGIC y en SharePoint, sustituir la versión actual del procedimiento (V4), que describe el programa DOCENTIA, en el que se está trabajando, pero que todavía no está implantado. Se trata de actualizar la V3 a lo que se está haciendo, que es más que lo que se indicaba en la V3, pero todavía no es DOCENTIA, pasará a ser nueva V4nv.
- 2- Documentar la trazabilidad de versiones del procedimiento, responsables e informes anuales. Quedaría según tabla incluida en documento explicativo

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

adjunto, que se irá actualizando en la carpeta de informes anuales en SharePoint.

- 3- *Realizar un avance del primer informe anual del FOREVA correspondiente al curso 2017-18, donde se incluye además la creación del FOREVA con los objetivos y dependencias. No se actualizará un procedimiento en una nueva versión hasta que no se esté implantando.*

Situación actual tras auditoría

Corrección 1:

Se comprueba la actualización del proceso a la versión Pre-DOCENTIA

Corrección 2:

Visto el documento explicativo.

Corrección 3:

Comprobado el informe anual.

7. No Conformidad Mayor (NCM): No se ha encontrado el informe anual de la UCT de las siguientes titulaciones en contra de lo previsto en el PA_5-1-2:

Grado en Comunicación, curso 2015-16 / Máster en Publicidad Integrada, Creatividad y Estrategia, curso 2016-17 / Grado en ADE, curso 2016-17 / Máster en Dirección de Operaciones y Calidad, curso 2015-16 / Máster en Dirección y Asesoramiento Financiero, cursos 2015-16 y 2016-17 / Máster en Dirección y Gestión de RRHH, curso 2016-17 / Máster Internacional en Business Administration (IMBA), curso 2016-17 / Grado en Marketing y CI, curso 2016-17 / Máster en Marketing Digital y Comercio Electrónico, curso 2016-17 / Máster en Neuromarketing, curso 2016/17

Causa de la no conformidad: *En el momento de la auditoría no se habían subido a SharePoint los informes anuales de 4 títulos de la Facultad de Empresa y Comunicación. Otros que se indicaban en el informe de auditoría, no era pertinente que estuviera el informe anual ya que habían hecho el autoinforme de Monitor o de Acredita. Así el MUDOC (Acredita); MUDGRRHH (Monitor); IMBA (Acredita); G Marketing (Monitor). En el caso del IMBA, al ser el mismo título que el MBA aunque con una lengua de impartición diferente, toda la documentación de la UCT, es la del MBA.*

Corrección:

- 1- *Deberán presentar los informes anuales los siguientes títulos, ya que deberían estar subidos a SharePoint y no lo estaban: a. Grado ADE (curso 2016-17) b. M Dirección y asesoramiento financiero: (curso 2016-17) c. M Marketing Digital y Comercio electrónico: (curso 2016-17) d. M Neuromarketing: (curso 2016-17) 2 Indicar en el Excel de seguimiento de control de doc, los títulos y el curso en que se haya pasado Monitor o Acredita.*
- 2- *Se incluirá en el procedimiento PA_5-1-2, que los títulos que pasen los procesos de MONITOR Y ACREDITA, durante ese curso académico no es necesario que hagan el informe anual, ya que, hacen un autoinforme*

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

Situación actual tras auditoría

Corrección 1:

Grado en Comunicación (2015/16), Máster en Publicidad Integrada, Creatividad y Estrategia (2016/17), Máster en Comunicación e Identidad Corporativa (2016/17), Máster en Dirección de Operaciones y Calidad (2015/16), Grado en Marketing y CI (2016/17), Máster Internacional en Business Administration (IMBA), curso 2016-17: Consta el autoinforme Acredita.

Grado en ADE (2016/17), Máster en Dirección y Asesoramiento Financiero (2015/16, 2016/17) Máster en Marketing Digital y Comercio Electrónico (2016/17), Máster en Neuromarketing: Constan los informes anuales.

Máster en Dirección y Gestión de RRHH, (2016-17): Consta informe Monitor.

Corrección 2:

Comprobada la modificación en el proceso.

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

No aplica.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
José María Vázquez Peñuela	Rector
Josu Ahedo Ruiz	Vicerrector de Estudiantes
Rubén González Crespo	Representante del Consejo Directivo. Director de Política y Planificación Académica
Pablo Cardona Soriano	Decano de la Facultad de Empresa y Comunicación
Pablo Guzmán Palomino	Secretario General
Ignacio Hierro del Corral	Director del Departamento de Calidad
Sergio Miranda Castañeda	Coordinador General de Calidad
Virginia Gómez Regidor	Coordinadora de los Programas Verifica y Modifica
Virginia Montiel Martín	Responsable de Programas de ANECA
Eva Asensio del Arco	Vicedecana de la Facultad
David Cordón Benito	Responsable del Área de Comunicación
Yolanda Rodríguez Luengo	Responsable del Área de Empresa y Marketing
Inés González González	Responsable del Grado en Finanzas y Contabilidad
Jesús Díaz del Campo Lozano	Responsable del Máster Universitario en Comunicación e Identidad Corporativa
Asun Gálvez Caja	Responsable del Máster Universitario en Comunicación y Marketing Político
Jesús Israel Rivas García	Responsable del Máster Universitario en Dirección de Operaciones y Calidad
María Galmes Cerezo	Responsable del Máster Universitario en Neuromarketing
David Ortega Ibáñez	Responsable del Máster Universitario en Dirección y Gestión de Recursos Humanos
Luis Manuel Cerdá Suárez	Responsable del Máster Universitario en Investigación de Mercados

Francisco José Segado Boj, Lucía Tello Díaz, Juan Manuel Martín Álvarez, Pedro Robledo Jiménez, Belén Cambronero Saiz, Lara Mata Martínez, Lizette Martínez Valerio, Fernando Checa García, Tatiana Hidalgo Mari, Alfonso González Barrios	Representantes de profesorado del Centro
Nicolás Sarnago Robertson, Fernando Cardona Sendra, Elvira Carrero Vivas, Víctor Manuel Medina Arjona, Daniel Bernardo Vasconez Moscoso, Rubén Cabezón Eguizabal, Alicia Moreno Delgado, Adriá Naranjo Barnet, Héctor José Hernández Morales, Elizabeth Barrada, Marta Retamosa Ferreiro	Representantes de estudiantes del Centro
Pablo Guzmán Palomino, Óscar Sánchez Meder, Alberto Canals, Thais Sánchez Valencia	Representantes del PAS
Natalia Álvarez Díaz	Dpto. Recursos Humanos
Jesús Martínez Pérez	FOREVA
Susana Rodríguez Ruiz	Dpto. Organización Docente y Atención al Profesorado
Mónica Pérez Iniesta	Dpto. Contenidos
Berta García Gómez	Defensor Universitario
Cristina Atienza Pancorbo	COIE
Eva Asensio del Arco	Presidenta UCT MBA
Elena Santos Marcos	Secretaria UCT MBA
David Cordón Benito	Presidente UCT Grado en Comunicación
Erika Fernández Gómez	Secretaria UCT Grado en Comunicación
Aida Galiano Martínez	Presidente UCT Grado en Dirección y Administración de Empresas
Fernando Cardona Sendra	Vocal UCT Grado en Dirección y Administración de Empresas
Laura Fernández Ramírez	Presidenta UCT Máster en Creación de Guiones Audiovisuales
Andrea Ceniceros Carrera	Vocal UCT Máster en Creación de Guiones Audiovisuales

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
-	-

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 equipo auditor emite un informe favorable de la implantación del SGIC en la Facultad de Empresa y Comunicación de la UNIR, atendiendo a las siguientes consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> El 13 de septiembre de 2018, ANECA emitió un informe de preauditoría de la implantación del SGIC en los cursos académicos 2014/15, 2015/16 y 2016/17, que recogía 2 no conformidades mayores, 5 no conformidades menores y 2 observaciones. Esta auditoría ha podido comprobar que la Universidad ha llevado a cabo las medidas de mejora correctoras que subsanan las 7 no conformidades y que atienden las 2 observaciones. El presente informe extiende el alcance de la auditoría al curso académico 2017/18 y señala una no conformidad menor y cuatro oportunidades de mejora. El plan de acciones de mejora elaborado por la Universidad establece medidas correctoras tanto para la no conformidad como para las oportunidades de mejora. Cabe señalar que la no conformidad menor ya ha sido subsanada satisfactoriamente.

- (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 Pamplona, a 11/ 03/ 19

<p>Por el equipo auditor (1)</p>
<p>Fdo.:</p>  <p>Unai Zalba Irigoyen Univ. de Navarra (1) Auditor de mayor rango del equipo</p>