



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIV. DE LAS PALMAS DE GRAN
CANARIA
FACULTAD DE FILOLOGÍA**

Fecha emisión informe: 09/09/2015

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE FILOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. Fecha: 09/09/2015
---	--

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Centro	FACULTAD DE FILOLOGÍA
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 junio de 2015

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	D ^a Trinidad Arcos Pereira
Cargo	Vicerrectora de Comunicación, Calidad y Coordinación Institucional
Tfno. y correo	svc@ulpgc.es (928458010)

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	José Luis Martínez Rubio	Institución	Univ. Europea de Madrid

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	2	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	3
		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		
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/ Doc. del SGIC	Justificación	Cat. No Conf (2)
1	1.5/ PI17	No se evidencia que exista un documento que recoja la Plantilla de auditores calificados por la ULPGC, tal y como se establece en el procedimiento PI17 (Auditoría Institucional), Tabla 1.	NCM
2	1.0/ PAC01	Se evidencia que los procedimientos incluidos en la página WEB de la ULPGC en su apartado del Sistema Interno de Calidad en su formato descargable (http://www.calidad.ulpgc.es/templates/calupgc/doc/MARCO_MSGC_Proc_Centro.pdf) no se encuentran actualizados, teniendo en cuenta el procedimiento PAC01 (Control de la documentación). Estos procedimientos parecen genéricos sin coincidir con las actualizaciones de los mismos realizados en la propia Facultad de Filología.	nc
3	1.3/ PI01	En contra de lo establecido en el PI01 (Definición política PDI) no se evidencia que el PDI de la Facultad de Filología disponga de un conocimiento detallado de la política de PDI institucional.	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).

OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC *(excluyendo las no conformidades)*

1. Induce a error al usuario del sistema, la existencia de procedimientos aprobados con firma y sello, y simultáneamente otros que carecen de ellos. Esta circunstancia puede ser malinterpretada por los diferentes grupos de interés atribuyendo que los procedimientos sin firma y sello no están vigentes.
2. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no incorpora un modelo de informe de auditoría interna.
3. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) carece de un apartado donde se especifique los criterios que debe cumplir un auditor interno del SGIC de la ULPGC.
4. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no especifica la necesidad de que cualquier persona que forma parte de la plantilla de auditores internos firme un código ético.
5. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no especifica el formato y contenidos que deben tener la lista de comprobación que se utiliza en la auditoría interna.
6. No hay evidencia que desde el Gabinete de Evaluación Institucional se tenga un control exhaustivo del número y naturaleza de las no conformidades académicas que se originan en cada centro.
7. Las condiciones ambientales de las aulas (temperatura elevada) no son las más adecuadas para el correcto desarrollo de la acción formativa.
8. La accesibilidad de los estudiantes con discapacidad visual no está completamente garantizada a todas las instalaciones de la facultad (p. ej. la biblioteca)
9. El apartado de documentación de referencia de los procedimientos relacionados con la medición de la satisfacción, tanto institucional (PI16) como de centro (PAC07), no se referencian mutuamente.
10. No se evidencia un adecuado nivel de conocimiento por los grupos de interés de la documentación y objetivos de calidad del centro, tal y como se especifica en el PCC08 (Procedimiento Clave de Información Pública).

INCIDENCIAS

Si bien se reconoce por el equipo auditor que la fecha pactada para la realización de la auditoría no facilita la asistencia de personas a las audiencias, se manifiesta que el perfil de los alumnos pertenecientes a la Facultad de Filología seleccionados para la realización de las entrevistas no se ajusta totalmente al criterio de representatividad, al registrar una presencia mayoritaria de estudiantes con un alto o muy alto rendimiento académico y, en el caso de los representantes de los egresados, ya que alguno de ellos sigue vinculado al Centro.

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

PUNTOS FUERTES

PF1. Se evidencia un alto compromiso en la gestión del sistema de calidad por el Equipo de Dirección: Vicerrectora de Comunicación, Calidad y Coordinación Institucional, Decano de la Facultad, Directora y equipo técnico del GEI.

PF2. La documentación que integra el SGIC es fácilmente accesible, es clara y está bien estructurada. Así mismo, es sencillo acceder a los registros que evidencian el cumplimiento de los procedimientos.

PF3. La memoria anual del Centro es completa y aborda entre otros, los problemas de aquel, así como las posibles soluciones a adoptar.

PF4. Alto grado de satisfacción de los estudiantes hacia las titulaciones que cursan.

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
FRANCISCO JAVIER PONCE LANG-LENTON	Decano
ANA MARÍA PÉREZ MARTÍN	Vicedecana de Ordenación Académica
MARTA SAMPER HERNÁNDEZ	Vicedecana de Calidad
SORAYA SOCORRO TRUJILLO	Administradora del Edificio
JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ SUÁREZ	Bibliotecario Jefe de la Biblioteca de Humanidades
NEREIDA PINO DÍAZ MEDEROS	Bibliotecaria
MAGNOLIA TROYA DÉNIZ	Responsable del Laboratorio de Fonética
M ^a LUZ GARCÍA FLEITAS	Profesor
VÍCTOR JUNCO EZQUERRA	Profesor
ANTONIO MARTÍN RODRÍGUEZ	Profesor
JUAN MANUEL PÉREZ VIGARAY	Profesor
ALICIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ	Profesor
CAROLINA RODRÍGUEZ JUÁREZ	Profesor
JOSÉ ANTONIO SAMPER PADILLA	Profesor
ÁNGELEZ SÁNCHEZ HERNÁNDEZ	Profesor
SOLEDAD BARREIRO DEL CAMPO	Estudiante
MÓNICA CAPUTO	Estudiante
LAURA REYES MARTÍN	Estudiante
IVÁN SANTIAGO FALCÓN	Estudiante
ANDREA YÁNEZ MARTEL	Estudiante
M ^a DOLORES DÍAZ PERERA	Egresada
ANA M ^o FRANCÉS PERDOMO	Egresada
NAIARA LUJÁN HERNÁNDEZ	Egresada

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
N/A	N/A

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 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)

El presente informe se ha redactado tanto a partir de la información suministrada por el Centro, como de la disponible en su página Web y en su intranet, así como de la que el equipo auditor ha recogido en su visita al mismo.

El sistema de garantía interno de calidad está orientado hacia la identificación de oportunidades de mejora, estando establecidos y documentados objetivos de calidad desplegados y asumidos por el conjunto de la institución. Se dispone además de suficientes procedimientos, registros y evidencias que demuestran su eficaz implantación.

El clima general en el que se ha desarrollado la auditoría ha sido muy bueno. Destacar la predisposición mostrada por todos los interlocutores de la institución hacia las sugerencias realizadas por el equipo auditor, especialmente el equipo de dirección y la unidad de calidad.

Se han valorado los 42 subcriterios de las directrices de AUDIT, resultando 3 no conformidades, agrupadas por directrices, una de carácter mayor (NCM) y dos menores, así como 10 observaciones generales de mejora. En el caso de la NCM, ésta es ajena a la responsabilidad del Centro, y aunque trascendente, resulta de fácil resolución (se ha facilitado por la ULPGC un registro de auditores cualificados a nivel de la ULPGC).

El resto de las acciones de mejora que propone el Centro, que abarcan tanto las no conformidades como las oportunidades de mejora, dan respuesta a las especificadas

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

por el equipo auditor, detallando en todas ellas los recursos complementarios, las fechas previstas de solución y los responsables de ejecución y/o seguimiento.

Por ello, se valora como FAVORABLE, el grado real de implantación del SGIC en el 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.

Por el equipo auditor (1)



D. : José Antonio Pérez de la Calle
Cargo: Auditor Jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo

