



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL. AUDIT 2018

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de las Palmas de Gran Canaria (ULPGC)
Centro	Facultad de Veterinaria (FV)
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos incluidos dentro del alcance de su Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	26 de mayo de 2023

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Dr. Víctor Cuesta López
Cargo	Director de Calidad y del Gabinete de Evaluación Institucional
Tfno. y correo	d.calidad-gei@ulpgc.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	Mercedes Sacristán Lozano	Institución	Universidad de Burgos
Auditor	Sergio Miranda Castañeda	Institución	Universidad Internacional de la Rioja
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita se ha desarrollado sin incidencias. Se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre el equipo de ULPGC y el equipo auditor.

El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.

La organización de la visita por parte de la Facultad de Veterinaria ha sido altamente satisfactoria. Todas las personas que han participado en las entrevistas han mostrado interés por el proceso y han colaborado con el equipo auditor respondiendo a las preguntas planteadas.

La dirección del Calidad ha colaborado activamente con el equipo auditor facilitando el acceso a las evidencias e indicadores requeridos, antes y durante la visita.



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGC/SAIC
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA UNIV. DE LAS
PALMAS DE GRAN CANARIA**

Versión:29/09/2023

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita a las instalaciones de la Facultad de Veterinaria ha permitido constatar la existencia de recursos adecuados para la correcta impartición del Grado en Veterinaria, así como para el apropiado desarrollo de la gestión en el Centro.

Se debe tener en cuenta que el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la ULPG es homogéneo para todos sus Centros y que por esta razón, la entrevista al Gabinete de Evaluación Institucional se desarrolló durante la visita a la Escuela de Ingeniería de Telecomunicación y Electrónica (EITE) el 25/05/2023.



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGC/SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA UNIV. DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Versión:29/09/2023

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.

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none">Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas			
<ul style="list-style-type: none">Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices			

(Sigue)



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGC/SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA UNIV. DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Versión:29/09/2023

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)	No Conf.	7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados		8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC		8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)

(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 SAIC, 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 SAIC, 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 SAIC 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 SAIC (*excluyendo las no conformidades*)

OM.1. Debe mejorarse la optimización de los tiempos de elaboración del informe anual del Centro para favorecer la toma de acciones basadas en el análisis de resultados. A fecha de la auditoria externa (26.05.23) no estaba elaborado el informe anual del Centro correspondiente al curso 2021-2022. Procedimiento informado *PAC08_M10 Análisis de Resultados y Rendición de Cuentas*.

OM.2. Distanciar la realización de las auditorías internas y externas para dar tiempo a la implantación de los planes de mejora. La última auditoria interna data del 22 de junio de 2022 de manera que las no conformidades identificadas (NC) y las oportunidades de mejora (OM) que en su mayoría tienen fecha de resolución antes de finalizar el curso 22-23, no se ha podido cerrar así el ciclo de implementación de dichas mejoras.

OM.3. Mejorar la sistemática para la publicación, difusión y revisión de la web, de manera que no recaiga la actualización de la web exclusivamente en el Decano de la Facultad.

OM.4. Mejorar la implicación que los grupos de interés del centro con el SGC de la Facultad, especialmente los estudiantes y el personal de administración y servicios, puesto que se ha observado durante la visita que no se conoce ni se identifica la política y los objetivos de calidad que se plantean desde el Equipo decanal.

OM.5. Valorar la integración del proceso *PAC 06 Procedimiento de apoyo para la gestión de incidencias académicas* (apoyo) con el *PI12 - Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones* (institucional) para mejorar la gestión de las incidencias, quejas, sugerencias y felicitaciones.

OM.6. Mejorar las tasas de participación de los distintos grupos de interés en los procesos de encuestas que se desarrollan, por la importancia que tiene la opinión de dichos colectivos en la mejora de la Facultad en particular, y de la ULPGC, en general.

OM.7. Continuar trabajando en el programa Docentia, certificado con fecha 22 de febrero de 2022 y cuya renovación de la certificación se extiende a los dos próximos cursos académico, adaptándolo al nuevo modelo Docentia-Aneca.

OM.8. Mejorar la información que reciben los tutores externos de las prácticas curriculares sobre el grado de satisfacción de los estudiantes con la labor de supervisión/tutoría que realizan.

OM.9. Reforzar las acciones en cuanto a la orientación profesional de estudiantes y de personas egresadas.

OM.10. Ampliar el alcance del Plan de Formación del Profesorado: Orientándolo a profesores seniors y a las especialidades.

OM.11. En relación con el procedimiento institucional para la captación y selección del Personal de Administración y Servicios (PAS), estudiar las necesidades de aumentar el número de personal de administración acorde a las actividades que se desarrollan en la facultad y avanzar en las opciones de teletrabajo.

OM.12. Valorar, dentro del plan de formación del Personal de Administración y Servicios, el ajuste de los cursos ofertados con el puesto desempeñado, la puesta en marcha de un Cursos sobre Calidad y la oferta de cursos online.

OM.13. En cuanto a los accesos a la Facultad de Veterinaria, debe hacerse un esfuerzo por mejorar la accesibilidad al Centro, especialmente para aquellos grupos de interés que se desplazan con transporte público.

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

OBS.1 La oferta actual de titulaciones oficiales de este Centro se limita a una sola titulación oficial (Grado en Veterinaria), lo que puede suponer para diferentes estudiantes tener que salir del territorio insular para buscar una oferta acorde con sus intereses.

OBS.2. Valorar el diseño de una tabla que relacione los procedimientos del SGC con sus correspondientes criterios AUDIT, de forma que se facilite la revisión de todo el sistema.

OBS.3 En la entrevista con el colectivo de egresados se ha manifestado el interés por parte de estos de que el Grado incorpore aspectos formativos sobre gestión empresarial, aplicación de subvenciones...etc.

OBS.4. Valorar la unificación del formato de los procedimientos de la Facultad con el formato de los procedimientos institucionales.

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

1. Liderazgo del Equipo de Decanal, tomando la responsabilidad de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y asegurando que se establezcan la política de la calidad y los objetivos de la calidad y que estos sean estén alineados con el plan estratégico del ULPGC.
2. La implicación del Equipo decanal, en especial de la Vicedecana de Calidad e Igualdad para facilitar y fomentar el desarrollo y la mejora de los procesos de calidad del SGC en la Facultad.
3. El apoyo por parte del Gabinete de Evaluación Institucional para poner a disposición del Equipo Decanal toda la información necesaria para poder elaborar el informe anual de Centro y dar apoyo permanente en todos los procesos.
4. La disponibilidad y transparencia de la información del SGC existente para todos los colectivos en la página web de la Facultad de Veterinaria <https://www.fv.ulpgc.es> y en el Área de Calidad de la ULPG <https://calidad.ulpgc.es/>. La gestión de las evidencias del SGC mediante el documento del listado de evidencias y sus enlaces que permite acceder fácilmente a las mismas.
5. Despliegue del SGC en la Facultad, de manera que tanto la política y los objetivos de calidad como los procesos del sistema son comunicados y aplicados dentro de la Facultad.
6. Compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas publicando en la web las actas de las reuniones mantenidas por los diferentes órganos de representación.
7. El SGC se apoya en unos indicadores de resultados, para dar respuesta a las debilidades y que ayuda en la toma de decisiones.
8. El tamaño de la Facultad facilita las gestiones por parte del estudiantado, lo que permite la resolución de incidencias.
9. La certificación de la Asociación Europea de Establecimientos de Educación Veterinaria (EAEVE), vigente hasta 2026.
10. Plan Integral de Bioseguridad para todas las instalaciones de la Facultad de Veterinaria y para aquellas otras instalaciones en las que se desarrollan las actividades académicas de los títulos impartidos en la Facultad, aunque dichas instalaciones no sean titularidad de la Universidad. https://www.fv.ulpgc.es/?page_id=6492

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

11. La documentación de protocolos específicos de bioseguridad por instalaciones y la obligatoriedad de los usuarios (estudiantes, PDI, PAS, personal externo y usuarios de los servicios) a seguir las instrucciones que emanan del mismo y el Protocolo establecido para cada instalación.
12. Disponer del Hospital clínico universitario junto a la Facultad, que facilita la realización de prácticas clínicas y una alta satisfacción con las mismas.
13. La creación del Consejo Consultivo Externo de la Facultad https://www.fv.ulpgc.es/?page_id=7355, constituido entre otros, por el sector empresarial, los colegios de veterinarios de Canarias, representantes del Gobierno de Canarias y del Cabildo, del medio rural, de medioambiente, de estudiantes y personas egresadas.
14. Disponer de la herramienta informática ACADEMIC que permite a los estudiantes agilizar la organización y la gestión de sus actividades académicas (horarios, prácticas, exámenes...)
15. La facilidad para acceder al PDI por parte del estudiantado y de los egresados. Alta valoración por parte del estudiantado del apoyo, seguimiento y asesoramiento por parte del PDI.
16. Implicación de los representantes de estudiantes en los órganos institucionales en los que participan.
17. El grado de satisfacción de los empleadores y tutores de prácticas con el perfil de egreso alcanzado por los estudiantes y la implicación de la Facultad en la correcta gestión de las prácticas.
18. La gestión de la Biblioteca, los mecanismos de medición y análisis que favorecen la mejora del servicio, su compromiso con la sociedad y el reconocimiento de sus proyectos a través de sellos del Consejo de Cooperación Bibliotecaria.

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

En la auditoría externa para la Certificación del SGC del 24 de mayo de 2018 el informe emitido recogía 6 recomendaciones, **se evidencia que se encuentran todas analizadas y están siendo gestionadas.**

El SGC de la Facultad de Veterinaria se sometió a una Auditoría interna realizada en la Facultad el 22 de junio de 2022. **El informe de auditoría interna recoge 2 NC y 15 OM.**

En el plan de mejoras presentado, se evidencia que se encuentran todas las NC y las OM analizadas y que están siendo gestionadas. **La consecución de las mismas se llevará a cabo antes de finalizar el curso 22-23, por lo que no se ha podido valorar el cierre del ciclo de implementación de dichas mejoras.**

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Luis Hernández Calvento	Vicerrector de Grados Posgrados y Nuevas Titulaciones)
Víctor Cuesta López	Director de Calidad y del Gabinete de Evaluación Institucional
Miguel Batista Arteaga	Decano de la Facultad de Veterinaria
María del Pino Palacios Díaz	Vicedecana de Calidad e Igualdad
Rafael Millán Larriva	Secretario
Soraya Déniz Suárez	Vicedecana de Ordenación y Coordinación Académica
José Vilar Guereño	Vicedecano de Estudiantes, Movilidad y Prácticas Externas
Cristian Mateo Muñoz	Estudiante de 1º Curso
Pablo Núñez Hernández	Estudiante de 4º Curso
Amanda Tejera Morales	Estudiante de 3º Curso
Raquel Abecassis Rodríguez	Estudiante de 5º Curso
Nazareth Álamo Trujillo	Estudiante de 5º Curso
Evelyn Pérez Ascanio	Estudiante de 2º Curso
Anastasio Argüello Henríquez	Representante del PDI
Luis Alberto Enrique Hernández	Representante del PDI
Ana Sofía Ramírez Corbera	Representante del PDI
Miguel Rivero Santana	Representante del PDI
Mayte Tejedor Junco	Representante del PDI
Rubén Rosales Santana	Representante del PDI
María Victoria Moreno Jiménez	PAS. Administradora de la Facultad
María del Carmen Iglesias López	PAS. Responsable Biblioteca
Araceli Mestre Castelló	PAS. Dpto. Patología Animal, Producción Animal, Bromatología
Begoña Beranger Mateos	PAS. Administración
María Luisa Santana Medina	PAS. Conserjería



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGC/SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA UNIV. DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Versión:29/09/2023

Marisa Andrada Borzollino	PDI en la Comisión de Calidad de la Facultad
Vanessa Mendoza Grimón	PDI en la Comisión de Calidad de la Facultad
Adonis Darías Herrera	Estudiante en la Comisión de Calidad de la Facultad
Samuel Santana Pérez	Estudiante en la Comisión de Calidad de la Facultad
Elena Quesada Santana	Egresada
Dña. Mónica Palicio Segura	Egresada
Francisco Jesús Santana Valencia	Egresado
Ylenia Soliveres Caballero	Egresada
Alejandro Moreno Robaina	Egresado
Desirée Alamo Santana	Egresada
Tara Niño González	Egresada
Alejandro Suárez Pérez	Colegio de Veterinarios de Las Palmas
Mª Teresa Mendoza	Ganadería del Gobierno de Canarias
Clara Padilla Santana	Matadero Insular de Gran Canaria
Syra Roiz Martín	Albergue Insular de Animales
Renata Kinga Hittig	La Kikara S.L
Adassa López González	Centro Veterinario La Plaza
Pedro Figueiriñas Paiva	Hospital Clínico Veterinario

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Octavio Pérez Luardo (lo sustituye Alberto Enrique Hernández)	Representante del PDI
María José Cansino Caballero	Representante del PDI
Manuel Morales Doreste (lo sustituye Pedro Figueiriñas Paiva)	Director del Hospital Clínico Veterinario

DISPOSICIÓN FINAL**VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)**

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC 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 SAIC, 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)

Una vez analizado el Plan de Acciones de Mejora remitido por la Facultad de Veterinaria en el mes de septiembre de 2023, se considera que:

Respecto a las Oportunidades de Mejora:

OM1. Se cuidarán los calendarios para asegurar que el Informe anual del centro esté aprobado en el primer trimestre del año.

OM2. Se modificará, en la medida de las posibilidades, la programación de auditorías internas.

OM3. Se intentará compartir la competencia de publicación y actualización en la web en otra persona del equipo de dirección.

OM4. Se realizarán nuevas acciones para mejorar la difusión de la política y los objetivos de calidad y los logros del Centro.

OM5. Realizada en septiembre 2023.

OM6. Se implementarán acciones de mejora que incrementen la participación en las encuestas de satisfacción de los estudiantes con la actividad académica.

OM7. Se continuará con la implantación del plan de mejoras del programa DOCENTIA-ULPGC.

OM8. Se mejorará la información a los tutores de prácticas sobre la satisfacción del estudiando.

OM9. Se incrementará y mejorará la difusión de las jornadas y de las charlas de orientación profesional.

OM10. Se mejorará la difusión del plan de formación del profesorado a través de la comisión de calidad institucional.

OM11. Continuarán estudiando las necesidades para aumentar el número de PAS.



JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM12. Se valorará en la Comisión de Formación que la oferta formativa de PAS incluya cursos sobre Calidad.

OM13 Se continuará trabajando en mejora la accesibilidad a la Facultad con las instituciones con responsabilidad.

Respecto a las Observaciones:

OBS1. Se analizará el resultado del Mapa de Titulaciones para ver si se contempla la idoneidad o no de ofertar nuevas titulaciones en el centro.

OBS2. Realizada.

OBS3. Se estudiará la viabilidad de incorporar en el grado aspectos formativos sobre gestión empresarial, aplicación de subvenciones etc.

OBS4. Se trabajará en la próxima revisión del SGC unificar el formato de procesos de centro y los institucionales.

El Plan de Acciones de Mejora respecto a las oportunidades de mejora y a las observaciones se considera justificado puesto que recoge las acciones a desarrollar, los indicadores y los responsables, así como el periodo de ejecución previsto.

Por todo ello, una vez revisado el plan de acciones de mejora y comprobando que se han atendido a las oportunidades de mejora y a las observaciones con un compromiso de mejora continua, la valoración es **Favorable**.

- (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 29 de septiembre de 2023

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª. Mercedes Sacristán Lozano
Cargo: Auditora Jefe