



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE LETRAS

Fecha emisión informe: 07/ 04/ 20

V01.2



DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Murcia
Centro	Facultad de Letras (FL)
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Exclusivamente las no conformidades y oportunidades de mejora recogidas en el informe de auditoría V2 (tras PAM) de noviembre de 2019
Fecha de la auditoría	10 de marzo de 2020

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	Pascual Cantos Gómez/ Antonio Rouco Yañez
Cargo	Decano de la FL / Coordinador de Calidad
Tfno. y/o correo	arouco@um.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	-	Institución	-
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Durante el curso de la auditoría, considerando que los temas a tratar podrían ser resueltos a través de los testimonios y evidencias aportados por el equipo decanal de la Facultad, y en pro de optimizar el tiempo disponible, el auditor propone al citado equipo incrementar la duración prevista de la entrevista con este grupo, y suprimir la programada con los miembros de la Comisión de Aseguramiento de Calidad. El equipo decanal de la Facultad de Letras acepta por unanimidad la propuesta.



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: • Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas		• 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 SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE LETRAS. UNIV. DE MURCIA.

Fecha: 07/ 04/ 20

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)
		No aplica	

- (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.
Se considera recomendable que la UMU disponga de un plan estratégico, que ordene y oriente las acciones clave y objetivos a alcanzar en el medio plazo, ayudando así a que los centros, no solo la FL, contribuyan con sus objetivos generales y específicos, al logro de los primeros.
- OM 2.
Se sugiere a la FL aplicar los mecanismos de control necesarios que permitan asegurar que las mejoras introducidas, fruto de la aplicación del PAM, alcanzan sus fines y además, que esta forma de actuar se consolida y se incorpora, cuando corresponda, al SAIC como forma ordinaria de funcionamiento.

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes en el SAIC implantado en la Facultad de Letras de la UMU (complementarias a las ya detectadas durante la auditoría de 03 de octubre de 2019:

1. Fuerte compromiso del equipo decanal y de la Comisión de Garantía de Calidad de la FL hacia la ejecución e implementación de las acciones de mejora recogidas en el PAM facilitado a ANECA.
2. Sensibilidad mostrada por los órganos de gobierno de la universidad y de la FL hacia aquellas situaciones no contempladas como obligatorias, pero que igualmente pueden contribuir a incrementar una visión positiva hacia los resultados que se derivan del uso del sistema de aseguramiento de calidad, contribuyendo así a consolidar una cultura de calidad en la institución.
3. La colaboración entre la Facultad de Letras y la Unidad Central de Calidad de la UMU se ha visto reforzada con el proceso de definición e implementación del PAM.
4. La realización de encuestas por el propio alumnado, como forma cercana y complementaria de recabar información de los estudiantes, acerca de su grado de satisfacción con el desempeño de los procesos llevados a cabo en el Centro

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

La reauditoría desarrollada en fecha 10 de marzo de 2020, tuvo como objeto evaluar el grado de implantación y resultado de las acciones planteadas en el plan de acciones de mejora (PAM) elaborado por este Centro en fecha 31 de octubre de 2019, en relación a las no conformidades y observaciones de mejora recogidas en el informe de auditoría externa de fecha 09-10-19. Así, y en relación a cada una de las consideradas en aquel como aún no resueltas (nc nº 1, 2, 3 y 6 y OM 1, 2, 3, 4 y 5), se muestra a continuación tanto su texto descriptivo, como los comentarios que juzga oportuno realizar el equipo auditor, y que justifican la valoración realizada:

Nc 1.

En contra de lo especificado en el procedimiento PE01 de Establecimiento, revisión y actualización de la Política y Objetivos de calidad, no se ha podido evidenciar el establecimiento de objetivos de calidad "anuales, concretos, medibles y cuantificables.

Valoración equipo auditor: Resuelta. El centro ha procedido a aprobar en Junta de Facultad de 28 de noviembre de 2019 una batería de objetivos específicos de calidad, que desglosan los generales, introduciendo acciones de seguimiento programadas y ligándolos a acciones de mejora concretas.

(https://www.um.es/documents/117064/128464/Letras_Objetivos+calidad+espec%C3%ADficos+2019-20.pdf/9d393138-5755-453d-a6c0-2e6d760cd734).

Nc 2.

En contra de lo especificado en el procedimiento PC03 de Perfiles de Ingreso. Captación, selección y admisión de estudiantes, no se ha podido evidenciar la elaboración de un plan de captación de estudiantes, sino la realización de actividades no planificadas, desarrolladas con el mismo fin.

Valoración equipo auditor: Resuelta. En el acta de la Comisión de Aseguramiento de Calidad (CAC) de 25-10-19, se observa que este punto formó parte del orden del día, aprobándose un plan de captación a nivel de Centro y planes de captación específicos para las dos titulaciones con mayores dificultades en la atracción de nuevos estudiantes (Estudios Franceses y Geografía y Ordenación del Territorio). Estos planes pueden encontrarse en el repositorio "UNICA", de acceso libre a través de la web del Centro.

(<https://www.um.es/web/letras/contenido/calidad/evidencias>)

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS
EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES****Nc 3.**

En contra de lo especificado en los criterios 8.6 y 8.7 del Modelo AUDIT, y en el capítulo 11 del Manual de Calidad de la FL, no se ha evidenciado que el SAIC disponga de un procedimiento definido para:

- Desarrollar auditorías internas periódicas del SAIC
- Evaluar periódicamente por un organismo externo el SAIC del Centro

Valoración equipo auditor: Resuelta. El representante de la Unidad para la Calidad de la Universidad de Murcia, presente en la reunión, informa de que existe un procedimiento de auditorías internas general de la Universidad, que se ha puesto a disposición de los Centros, para que éstos lo incorporen a sus propios SAIC. En la página web de la FL se evidencia la incorporación de este procedimiento al resto de los que integran su mapa de procesos (<https://www.um.es/web/letras/contenido/calidad/documentos/procesos>).

Así mismo, la nueva versión del Manual de Calidad, en su versión de febrero de 2020, recoge en su capítulo 11, página 38, una reseña concreta a este procedimiento, así como a la posibilidad de realizar auditorías externas por ANECA, con vistas a una posible acreditación institucional.

Nc 6.

En contra de lo especificado en el apartado 6.4 del Modelo AUDIT, no se ha podido evidenciar que exista un proceso de análisis y revisión de la utilidad de los indicadores y su correspondiente inclusión o exclusión del SAIC. Así, el documento "Panel de indicadores del centro" disponible en el apartado de "Evidencias del SAIC" en la web del Centro, presenta muchos indicadores que el SAIC resuelve como "No procede su análisis" o no están cuantificados, cuando estos indicadores vienen definidos como parte de los procesos del sistema, como se puede constatar en el mapa de procesos publicado en la WEB (<https://www.um.es/web/letras/contenido/calidad/documentos/procesos>).

Valoración equipo auditor: Canalizada su resolución. El equipo decanal del centro informa que, de acuerdo a lo expresado en el PAM elaborado por el Centro, el etiquetado de "no procede" asociado a determinados indicadores mostrados en el documento "Panel de indicadores del Centro", obedece a un etiquetado inadecuado, y no al hecho de que no se estén realizando los seguimientos correspondientes. En el PAM existe un compromiso (Tarea 1) de "revisión en UNICA del etiquetado de "no procede" de los procesos aún abiertos del curso 2018-19 (PA03, PC05) para que refleje los seguimientos realizados por las CAC en sus reuniones del curso.

En el documento "Panel de indicadores del Centro", mostrado actualmente en la página web del Centro, (<https://www.um.es/web/letras/contenido/calidad/evidencias>), se evidencia que los indicadores ligados a PA03 y PC05 muestran valores de análisis como "satisfactorio" o "no satisfactorio". Aún aparecen, sin embargo, diversos indicadores

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

que muestran un comentario de "no procede". Se asume que estos valores, ligados al curso 2018-19, y de acuerdo al PAM, ya se han dado por cerrados.

De todos modos, con objeto de evitar confusiones y como así ha sido reconocido en el PAM, debiera evitarse incluir en el mencionado documento de "Panel de indicadores" comentarios del tipo "no procede" asociados a determinados indicadores, y utilizar en todos los casos la fórmula "satisfactorio" o "insatisfactorio" utilizada en la actualidad para un número de ellos. Así mismo, la inclusión de datos en la casilla de "valor objetivo" (actualmente en blanco), resultará de gran utilidad para que el lector comprenda el grado de acercamiento al valor deseado.

Respecto a las **oportunidades de mejora**:

OM 1.

Concretar con mayor grado de detalle las evidencias asociadas a los diferentes procesos contemplados dentro del alcance del SAIC. Por ejemplo, elaborando una lista maestra de documentos y codificando las evidencias de manera más clara para mejorar su localización en la definición de los procesos y en el aplicativo de control de registros.

Valoración equipo auditor: Resuelta. Se ha incorporado en la página web del Centro (https://www.um.es/documents/117064/128459/Letras_nomenclatura+documentaci%C3%B3n+Calidad.pdf/67b05517-104b-4440-936e-4961b2f59a6e), un nuevo documento con fines aclaratorios ("Nomenclatura documentación calidad"), que puede facilitar al lector la comprensión de todas las abreviaturas utilizadas en la documentación del SAIC.

OM 2.

Proceder a una renovación de aquel mobiliario presente en determinadas aulas (específicamente los pupitres) cuya antigüedad hace que los alumnos que los han de utilizar manifiesten, de forma unánime, una fuerte insatisfacción ocasionada por su casi nula ergonomía.

Valoración equipo auditor: Canalizada su resolución. El Vicedecano de Infraestructuras del Centro, informa que se ha aprobado un presupuesto de 200.000 € para la mejora del mobiliario de las aulas con mayores necesidades de la universidad, lo que ha permitido la sustitución de los asientos y respaldos de los bancos ubicados en dos de las aulas de la FL (aquellas compartidas con titulaciones de la Facultad de Derecho) que tenían un carácter más urgente. Se informa además, que la elección de los materiales sustitutivos, se ha realizado de común acuerdo con los representantes de los alumnos. Por otra parte, se realizará un seguimiento por parte del citado vicedecanato, para asegurar que la partida económica aprobada se dedique íntegramente a la reposición paulatina de aquel mobiliario donde aún resulte necesario.

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS
EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES****OM 3**

El documento "panel de indicadores del Centro", elaborado para el curso 2017-18, proporciona una información relativa al número de quejas y reclamaciones recibidas en aquel, igual a cero. Este dato resulta inverosímil, a la vista de los testimonios facilitados por los representantes de los diferentes grupos de interés que participaron en las entrevistas. Se recomienda por tanto, revisar la exactitud de los valores asociados a los indicadores recogidos en el mencionado documento, o, en su caso, mejorar los cauces que permitan registrar las quejas y sugerencias que se producen en el Centro, tal y como se describe en el proceso PA04. Gestión de incidencias (SQRF).

Valoración equipo auditor: Canalizada su resolución. Desde el equipo decanal, se informa de que en la sesión de la CAC de la FL de 25 de octubre de 2019, se incluyó este punto en el orden del día. La lectura del acta, muestra que se adoptó un acuerdo en relación al Proceso PA04, de Gestión de incidencias del Centro, de modo que dicho proceso "se cerrará con la información recabada de secretaría, acerca de las SQRF obtenidas sobre las asignaturas durante el curso 2018-19, junto con la información recogida en las actas de comisiones de titulación, cuando las haya". Así mismo, en el PAM, y de cara al curso 2019-20, se han contemplado diversas acciones a varios niveles (Secretaría del Centro, Comisiones académicas de titulación y Delegación de Alumnos) para el seguimiento de las SQRF. Se asume que por tanto ya están aplicando mecanismos que permitirán recoger mucho mejor las quejas y sugerencias generadas, y de este modo, obtener valores mucho más fiables a partir del actual y siguientes cursos.

OM 4

El laboratorio de Geomorfología carece de botiquín y cartelería alusiva a la prevención/tratamiento de riesgos en un laboratorio. Se sugiere dotarlo con ambos, así como la adquisición de un botiquín portátil, destinado a las prácticas de campo.

Valoración equipo auditor: Canalizada su resolución. Se informa que desde el Decanato de la FL se solicitó al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la UMU un informe completo acerca del estado del citado laboratorio, y específicamente, en relación a sus posibles riesgos laborales. El informe fruto de la visita se aporta como evidencia, y lleva fecha de 21 de enero de 2020. En dicho informe se recogen diversas actuaciones de mejora en relación al acondicionamiento del laboratorio a la normativa actual, entre ellas, las dos citadas en esta OM. Sobre la base de ambos informes, el Decanato se compromete a ir incorporando paulatinamente todas las recomendaciones recogidas en informe del Servicio de Prevención, entre las cuales, la relativa a la disponibilidad de botiquines ya habría sido resuelta.

OM 5

Se sugiere mejorar la calidad/ cantidad de la información de retorno que recibe el personal PAS (servicios de secretaría, administración, biblioteca, informática, conserjería, etc.), específicamente aquella relacionada con la satisfacción que manifiestan los usuarios de sus servicios.

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

Valoración equipo auditor: Canalizada su resolución. Se informa que desde el Decanato de la FL que a lo largo del presente curso, se trasladará el resultado de las encuestas de satisfacción de usuarios a los responsables de los servicios de biblioteca, así como secretaría y conserjería, de manera que éstos puedan difundir esos resultados entre el personal a su cargo. Así mismo, se tratará de que extraer de as encuestas datos mas ajustados al desempeño de los citados servicios.

**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
Pascual Cantos Gómez	Decano de la Facultad de Letras
José Antonio Molina Gómez	Vicedecano de Estudios
Graham Keith Gregor	Vicedecano de Programas de Movilidad
Manuel Sevilla Muñoz	Vicedecano de Infraestructura
Ignacio Martín Lerma	Vicedecano de Cultura y Comunicación
Teresa Marqués Aguado	Vicedecana de Calidad y Empleo
Marta Navarro Coy	Secretaria de la Facultad de Letras
Roberto López Cabanes	Unidad para la Calidad. UMU.

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
-	-

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)

La Facultad de Letras de la UMU solicita una reauditoría de implantación de su SAIC en febrero de 2020, es decir, un mes después de la comunicación de una decisión desfavorable de la Comisión de Certificación, remitida en enero de 2020, y por tanto dentro del plazo establecido en la Guía del Proceso de Certificación de SAIC de ANECA, para beneficiarse de un formato reducido.

En esta segunda auditoría, el equipo auditor percibe una mejora objetiva del estado de implantación del SAIC en general, y en particular, del estado de resolución de las no conformidades señaladas en el informe de auditoría elaborado en noviembre de 2019, donde se pasan de cuatro a ninguna no conformidad (si bien la numerada como seis, relativa a la no existencia de un proceso de análisis y revisión de la utilidad de los indicadores y su correspondiente inclusión o exclusión del SAIC, no se ha podido considerar cerrada, sino canalizada su resolución). De igual modo, se aprecia que las oportunidades de mejora también han sido atendidas en su totalidad, si bien en su mayor parte no se han considerado cerradas, sino canalizada su resolución. Al no existir no conformidades pendientes, y estar las OM en proceso, no se ha juzgado oportuno solicitar un nuevo Plan de Acciones de Mejora (PAM) a la FL.

Así, y a juicio del equipo auditor, tomando en consideración todos los elementos citados en el presente informe, es razonable proponer a la Comisión de Certificación, una decisión favorable respecto a la concesión de la certificación de la implantación del SAIC 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 07/ 04/ 20

Por el equipo auditor (1)

José Antonio Pérez de la Calle
Cargo: Auditor jefe - ANECA
(1) Auditor de mayor rango del equipo