



# **PROGRAMA AUDIT**

## **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**  
**FACULTAD DE DERECHO**

**Fecha emisión informe: 06/04/2022**



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC  
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE DERECHO. UNIV.  
DE OVIEDO**

Fecha: 06/04/2022

## DATOS DEL CENTROAUDITADO

<b>Universidad</b>	Universidad de Oviedo
<b>Centro</b>	Facultad de Derecho
<b>Alcance de la auditoría</b> (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos recogidos dentro del alcance de su SAIC.
<b>Fecha de la auditoría</b>	2 de febrero de 2022

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

<b>Nombre</b>	María del Carmen González Menéndez
<b>Cargo</b>	Directora de Área de Calidad
<b>Tfno. y/o correo</b>	dir.calidad@uniovi.es; 9851039036

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

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

<b>Auditor Jefe</b>	Carlos Arias Martín	<b>Institución</b>	Univ. de Sevilla
<b>Auditor</b>	Unai Zalba Irigoyen	<b>Institución</b>	Univ. de Navarra
<b>Aud. Formación</b>	-	<b>Institución</b>	-

## INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se realizó de forma virtual mediante la aplicación MS Teams, siguiendo la agenda prevista y con alta participación de los grupos de interés. No se han detectado incidencias reseñables en el desarrollo de la misma, salvo la ausencia de un representante del PAS, un representante de los alumnos, un representante del PDI y un representante de egresados/empleadores.

Se han revisado las evidencias facilitadas antes de la auditoría relativas al Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC) del Centro para comprobar la eficacia de las acciones realizadas y confirmar el grado de implantación del mismo.

La aprobación del diseño AUDIT en la Universidad de Oviedo data de 2011 si bien a continuación hubo un parón en la implantación efectiva de todo el sistema. A partir de los cursos académicos 19/20 y 20/21, especialmente este último, se ha apostado por el despliegue completo del SAIC.

El SGIC de la Universidad de Oviedo es la referencia a tener en cuenta por todos los Centros de la Universidad de Oviedo, tal y como se indica en el Manual del Sistema de Garantía Interna de la Calidad (DOC-SGIC-UO-01 v11): "El Sistema de Garantía Interna de Calidad de la Universidad de Oviedo aplica a todos los Centros y Centros Adscritos que imparten Grados y al Centro Internacional de Postgrado que gestiona los Máster Universitarios y Doctorados". No obstante, en el SGIC de la Universidad de Oviedo existen:

- Procedimientos Genéricos: Transversales y, por lo tanto, de aplicación en todos los Centros de la Universidad, incluidos los Centros Adscritos.
- Procedimientos Específicos: De aplicación específica de un Centro, diseñados atendiendo a sus particularidades.

Se contemplan dos categorías de No Conformidades, siguiendo el programa AUDIT 2018:

- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC (Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad), 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).



## 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	1	3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	5,6,7
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	2,3,4	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	8
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	
<b>OBSERVACIONES:</b> • 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 DERECHO UNIV.  
DE OVIEDO**

Fecha:06/04/2022

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
<b>5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)</b>	<b>No Conf.</b>	<b>7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades</b>	<b>No Conf.</b>
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		<b>8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC</b>	<b>No Conf.</b>
<b>6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</b>	<b>No Conf.</b>	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	<b>15</b>
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC	<b>9,10</b>	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	<b>11</b>	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	<b>12,13,14</b>	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	1.1	No hay evidencia de la Política y Objetivos de Calidad de la Universidad debidamente firmados y no consta su publicación en la web, según lo previsto en el <i>P.1.0.1 Procedimiento para el establecimiento de la Política y Objetivos de Calidad</i> .	NCM
2	1.5	La primera versión del Manual de Calidad del Centro es aprobada en julio de 2021; fecha cercana al vencimiento del período de la auditoría.	NCM
3	1.5	No se ha evidenciado que el Comité de Calidad de la Universidad se reuniera en el curso 2020/2021 y que aprobara las acciones relativas al seguimiento global de los títulos tal y como prescribe el <i>P.1.5.1 Procedimiento sobre medición de resultados, análisis, mejora y seguimiento del SGIC</i> .	NCM
4	1.5	El Manual de Calidad del Centro no incluye la relación pormenorizada de los procesos que componen el SGIC en contra de lo señalado en la directriz 1.5 de AUDIT.	NCM
5	3.1	No hay evidencia del Informe sobre los resultados de orientación laboral previsto en el <i>P.1.2.4. Procedimiento de gestión de la orientación profesional y seguimiento de egresados</i> .	nc
6	3.1	No se ha evidenciado que tal y como señala el <i>P.1.2.4 Procedimiento de gestión de la orientación profesional y seguimiento de egresados</i> , los equipos directivos de los centros definan las actuaciones en orientación profesional, las planifiquen, ejecuten y difundan en colaboración con los orientadores, soliciten información al área con competencias en educación y comuniquen a la Comisión de Calidad las incidencias y mejoras detectadas en las actuaciones.	nc
7	3.1	No se ha evidenciado que se disponga de información sobre satisfacción de los tutores académicos y alumnos entrantes en movilidad internacional, y alumnos entrantes, salientes y tutores académicos en movilidad nacional en contra de la directriz 3.1 del modelo AUDIT.	nc
8	4.4	No se evidenciado que se haya implantado el procedimiento de evaluación del profesorado (DOCENTIA) en los términos expresados por el <i>P.1.3.4 Procedimiento de evaluación, promoción y reconocimiento del PDI y PAS</i> .	NCM
9	6.1	Los informes de seguimiento de los títulos y los informes anuales de Centro están sin fechar.	nc
10	6.1	No hay evidencia del estudio de rendimiento académico semestral previsto en el <i>P.1.2.2. Orientación al estudiante y desarrollo de la enseñanza</i> .	nc

11	6.2	No se ha evidenciado que se haya implantado el <i>P.1.5.3 Procedimiento de desarrollo de grupos de trabajo para conocer la satisfacción de los empleadores.</i>	NCM
12	6.4	No se ha evidenciado que la Comisión de docencia del centro haya realizado el seguimiento y desarrollo de los planes de mejora de las titulaciones, tal y como establece el <i>P.1.2.2. Orientación al estudiante y desarrollo de la enseñanza.</i>	NCM
13	6.4	No se ha evidenciado que la Junta de Centro, o por delegación la Comisión de Gobierno del Centro haya aprobado las acciones de mejora específicas propuestas en los informes de seguimiento, tal y como establece el <i>P.1.5.1 Medición de resultados, análisis, mejora y seguimiento.</i>	nc
14	6.4	No se ha evidenciado que el <i>P.1.1.1.3 Procedimiento de gestión de asignaturas de bajo rendimiento</i> se haya desplegado en los cursos 2019/2020 y 2020/2021.	nc
15	8.1	El Manual de Calidad de la Universidad aprobado en febrero de 2019 no incluye el <i>P.1.5.2 Actuaciones de la Comisión de Calidad</i> , que data de 2018. El Manual tampoco se ha actualizado con los siguientes procesos: <i>P.1.1.1.3 Gestión de asignaturas con bajo rendimiento (datado en 2020)</i> , <i>P.1.5.3 Desarrollo de grupos de trabajo para conocer la satisfacción de los empleadores (datado en 2020)</i> , <i>P.1.5.4 Acreditación institucional (2020).</i>	NCM

(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*)

- OM1. Parece recomendable que los grupos de interés del SGIC que se describen en el Manual incluyan entre los agentes externos a los egresados.
- OM2. Falla el enlace al *R-SGIC-UO-64 Nombramiento por parte del Vicerrector de los miembros de las comisiones de calidad de cada centro* en la web de la Unidad Técnica de Calidad.
- OM3. Es conveniente que el *P.1.0.1 Procedimiento para el establecimiento de la Política y Objetivos de Calidad* establezca una periodicidad para la revisión de la Política y Objetivos de la Universidad y del Centro.
- OM4. La gestión de las incidencias, reclamaciones y sugerencias prevista en el *P.1.2.6.* podría mejorarse empleando una herramienta informática que garantice la trazabilidad de su gestión, desde su recogida hasta su posterior resolución.
- OM5. Se aprecia una baja respuesta en las encuestas de satisfacción, parece conveniente establecer medidas de mejora para aumentarla.
- OM6. El plan de acción tutorial no es muy conocido entre el alumnado y tiene una baja acogida en las tutorías personalizadas, por lo que se aconseja su revisión y establecer medidas que contribuyan a su mejor implantación, pues desde 2014 no ha sufrido ninguna modificación.
- OM7. Parece recomendable considerar alguna propuesta de mejora de los aspectos peor valorados por el PAS en su encuesta de satisfacción incluida en el informe de seguimiento del centro correspondiente al curso académicos 2019-2020.
- OM8. Es conveniente considerar alguna propuesta de mejora de aquellos indicadores que no alcanzan el objetivo en el informe de seguimiento del centro del curso académico 2019-2020.
- OM9. Es recomendable facilitar al PDI/PAS los resultados de las encuestas de satisfacción de los cursos de formación que realizan
- OM10. Conviene dar a conocer con mayor intensidad a los estudiantes las distintas vías que disponen para presentar una queja, reclamación o sugerencia.
- OM11. Dado su escaso porcentaje de respuesta parece necesario implementar medidas para impulsar a los usuarios de los servicios prestados por la unidad administrativa del centro a cumplimentar la encuesta de satisfacción
- OM12. El *P.1.3.1 de Política de PDI y PAS* en el Manual está dentro del área de Gestión de los recursos humanos y en la web dentro del área de Dirección y Planificación, es necesario corregir esta discordancia.
- OM13. Parece conveniente contemplar más plazas para los cursos de formación del PAS que tienen una mayor demanda.

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

- OM14. Parece recomendable que se realice un análisis de la interrelación entre el Manual de Calidad de la Universidad y el del Centro.
- OM15. Parece conveniente que el informe anual del centro que prevé el Manual de Calidad del Centro correspondiente se apruebe en el primer semestre del siguiente curso académico.
- OB1. El P.1.3.1 de Política de PDI y PAS en el Manual está dentro del área de Gestión de los recursos humanos y en la web dentro del área de Dirección y Planificación, es necesario corregir esta discordancia.
- OB2. El informe de seguimiento de los títulos debe aprobarse entre los meses de noviembre y diciembre.

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

1. La decidida apuesta y liderazgo del equipo decanal por la implantación completa del SAIC y la certificación de su implantación conforme al modelo AUDIT, desde el comienzo de su mandato en marzo de 2020.
2. El establecimiento de un informe anual del Centro que completa la información de los informes de seguimiento de los títulos con los aspectos transversales.
3. La transparencia en el funcionamiento de la Comisión de Calidad que publica sus actas en la web del Centro.
4. El detalle y preocupación del Equipo Decanal con el plan de mejoras derivado del SAIC.
5. El compromiso de incorporar en todas las reuniones de la Junta de Centro y de la Comisión de Calidad de un punto del orden del día donde se aborde el desarrollo de la implantación del SGIC.
6. El contacto permanente y total comunicación entre el Equipo Decanal y la Comisión de Calidad del Centro.
7. La completa difusión de la información que va produciendo el SGIC a estudiantes, personal docente e investigador y personal de servicios.
8. Los grupos de interés entrevistados (PDI, PAS, alumnado y empleadores y egresados) tienen un buen conocimiento de los principales aspectos del SAIC.

## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Javier Fernández Teruelo	Equipo decanal
Diego Álvarez Alonso	Equipo decanal
Beatriz Vázquez Rodríguez	Equipo decanal
Asunción Nicolás Lucas	Equipo decanal
Miguel Iribarren Blanco	Equipo decanal
Juan Barthe	Comisión de calidad
Alejandra Díez Rocha	Comisión de calidad
Luis Manuel Piloñeta	Comisión de calidad
Miguel Ángel Cabana	Comisión de calidad
Susana Pérez Álvarez	Comisión de calidad
Gonzalo Rubio Hernández-Sampelayo	Comisión de calidad
Javier Fernández Teruelo	Comisión de calidad
María Isabel Nuñez Paz	Comisión de calidad
Juan Ferreiro Galguera	Comisión de calidad
María Valvidares	Comisión de calidad
Ángel Espiniella	Comisión de calidad
Miguel Iribarren Blanco	Comisión de calidad
Susana Pérez Álvarez	PAS
Julia Navarro Gómez	PAS
Soledad Rivera	PAS
Isolina Pérez	PAS



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC  
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE DERECHO UNIV.  
DE OVIEDO**

Fecha:06/04/2022

Ana Cano	PAS
Borja Ruisánchez Mier	Estudiante
Germán Arce	Estudiante
Laura Arenas Sabucedo	Estudiante
Laura Brun Fernández	Estudiante
Covadonga Díaz Llavona,	PDI
Isabel García-Ovies Sarandeses	PDI
Herminia Campuzano Tomé	PDI
JavierGarcía Amez	PDI
Paz Fernández-Rivera	PDI
Pilar Jiménez Blanco	PDI
Ignacio González del Rey	PDI
Borja Ruisánchez Mier	Estudiantes
Germán Arce	Estudiantes
Laura Arenas Sabucedo	Estudiantes
Laura Brun Fernández	Estudiantes
José María Muñoz Paredes	Egresado y empleador
Victoria Rocha Braggio	Egresado y empleador
Laura Montes Rozas	Egresado
Ángela Pérez Camblor	Empleador
Patricia Aira	Egresado y empleador
Agustín Virosta	Egresado

## EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
--------	------------------



M <sup>a</sup> del Carmen Vizcaíno	PAS
Eduardo Escandón Valvidares	Egresado o empleador

## 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 de la Facultad de Derecho, se considera que con respecto a las no conformidades:

1. NCM1, se ha solventado, pues consta la aprobación y firma del rector y su publicación en la página web.
2. NCM2, aunque el manual de calidad se aprobó en fecha muy tardía, se ha actualizado y está plenamente vigente.
3. NCM3, se ha solventado parcialmente, reuniéndose en marzo del año 2022 aprobando los informes de seguimiento de los cursos 2019-20 y 2020-21.
4. NCM4, se ha resuelto incluyendo los procesos en el manual de calidad.
5. nc5, se ha solventado eliminando el registro R-SGIC-UO-80 y se ha aprobado el informe de inserción laboral el 23 de marzo de 2022.
6. nc6, se presenta un compromiso de cumplir con lo especificado en el procedimiento P.1.2.4
7. nc7, igualmente se presenta un compromiso de cumplir con lo previsto en el proceso de movilidad.
8. NCM8, se anuncian pasos para la implantación de DOCENTIA, pero no se concreta el momento de su implantación.
9. nc9, se ha resuelto al incluir en la plantilla un campo para la fecha de aprobación.
10. nc10, se ha solventado eliminando los informes semestrales.
11. NCM11, se ha resuelto al haber puesto en marcha el proceso.

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

12. NCM12, se ha resuelto pues la Comisión de Docencia está realizando el seguimiento de los planes de mejora.
13. nc13, se presenta un compromiso de incluir en las actas de la Junta de la Facultad la aprobación de las acciones de mejora específicas.
14. nc14, se incluye un compromiso de realizar el estudio de las asignaturas de bajo rendimiento de los cursos 2019-20 y 2020-21.
15. NCM15, se ha resuelto al haber incluido los procesos que faltaban en el manual.

Con respecto a las oportunidades de mejora:

1. OM1, se estudiará la participación de personas egresadas.
2. OM2, se introducirá el enlace.
3. OM3, se establecerá una periodicidad de revisión.
4. OM4, se estudiará la viabilidad del empleo de una herramienta informática.
5. OM5, se intensificarán las acciones con nuevas medidas.
6. OM6, se revisarán las medidas de difusión e implantación.
7. OM7, se estudiarán dando traslado a las instancias que correspondan.
8. OM8, se propondrán acciones específicas de aquellos indicadores que no se alcanzan.
9. OM9, se comunicará a las instancias universitarias correspondientes.
10. OM10, se potenciará la difusión entre el estudiantado.
11. OM11, se potenciará a las personas usuarias.
12. OM12, se revisará para acomodarlo en el lugar adecuado.
13. OM13, se trasladará a la instancia correspondiente.
14. OM14, se revisarán para una adecuada interrelación.
15. OM15, se revisarán las planificaciones temporales

Por todo ello, una vez comprobado que una gran parte de las no conformidades, tanto mayores como menores, se han solventado, y en otras se presenta un compromiso formal de solución, y que se han atendido las oportunidades de mejora, la valoración es Favorable. Aspecto de especial seguimiento será la implantación de DOCENTIA.

- (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 06/04/2022

**Por el equipo auditor**

D. Carlos Arias Martín  
Cargo: Auditor jefe