



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL
INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Oviedo (UO)
Centro	Facultad de Formación del Profesorado y Educación (FFPE)
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	14 de noviembre de 2023

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	Alberto Álvarez Suárez
Cargo	Director Unidad Técnica de Calidad
Tfno. y correo	suarez@uniovi.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	Dolores Cejalvo Lapeña	Institución	Universidad Católica de Valencia
Auditor	Amparo Chirivella Ramón	Institución	Universitat de Valencia
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría (presencial) se desarrolló sin ninguna incidencia, y de acuerdo a 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.

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
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
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 Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 			

(Sigue)

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	1
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC	3	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	4	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	1
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC	3	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	8.1 y 8.5	<p>Tras la revisión de la documentación del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad del Centro (SAIC), se evidencia una falta de control de la documentación en cuanto a su archivo y codificación.</p> <p>Por citar algún ejemplo detectado por muestreo:</p> <p>El indicador que aparece en el informe de indicadores 21/22: IND-SGIC-UO-FFPE-10: Número de acciones realizadas con relación a la difusión de la política y objetivos de calidad en la Facultad, no se corresponde con la el indicador 10 asociado al objetivo nº 2 que tiene otra definición: IND-SGIC-UO-FFPE-010: Número de iniciativas de transferencia e internacionalización (estancias, talleres, seminarios, mesas redondas, publicaciones de divulgación, etc.)</p> <p>En el mismo informe también, aparece el indicador IND-SGIC-UO-FFPE-12: Número de nuevas iniciativas de transferencia e internacionalización y sin embargo esta redacción del indicador corresponde con el IND-SGIC-UO-FFPE-010: Número de iniciativas de transferencia e internacionalización (estancias, talleres, seminarios, mesas redondas, publicaciones de divulgación, etc.), asociado al Objetivo 2.</p>	nc
2	4.3 y 4.5	<p>El procedimiento PD-SIGC.UO-13-3- V09 (en vigor) “Procedimiento de definición de la política del PDI y PAS”, en el apartado de información, análisis de resultados, revisión y mejora, no se definen registros del PDI, se recogen exclusivamente los del PAS cuando el procedimiento afecta a ambos colectivos</p>	nc
3	6.1 y 6.5	<p>Se evidencia una falta de trazabilidad en la detección de problemas reflejados en los diferentes informes anuales del título dado que no se trasladan al plan de mejoras. Esto se ha constatado en varios casos como, por ejemplo:</p> <p>En el informe de seguimiento anual 21/22 del Grado en educación primaria, se refleja un descenso importante de la participación en la encuesta general de estudiantes por parte del estudiantado y también del profesorado, y sin embargo, no aparece en el plan de mejoras 21/22 y ni el 22/23. Lo mismo ocurre con la baja participación del estudiantado egresado en la encuesta.</p> <p>En el informe de seguimiento anual 21/22 del Master en enseñanza integrada de Lengua inglesa y contenidos: Educación Infantil y Primaria, se refleja un descenso en la valoración de las asignaturas “Conocimiento del Medio Natural en el aula bilingüe; “Conocimiento el Medio social y cultural en el aula bilingüe y “Relato atención audiovisual en el aula bilingüe”. Y sin embargo no aparece en ningún Plan de Mejoras</p> <p>En este mismo master en el informe de seguimiento en el apartado 1.4. Satisfacción de los distintos colectivos implicados y atención a las sugerencias y reclamaciones, aparecen quejas relacionadas con el exceso de carga de trabajo, desequilibrio en niveles de dificultad dentro de una misma asignatura y un enfoque excesivamente teórico en el caso de algunas asignaturas curriculares, con un menor grado de participación activa de la deseada por parte del estudiantado. También se señalan solapamientos de contenidos con algunas asignaturas impartidas en el</p>	NC

		<p>grado de educación primaria. Todo ello, no aparece en los planes de mejoras del centro.</p> <p>En el Grado en Educación Infantil: en el informe anual 21/22, se refleja que la tasa de abandono de 1er año había aumentado a 14,7 ; que la tasa de respuesta en la Encuesta General de Enseñanza (EGE) es baja y sin embargo estos puntos débiles no aparecen en los planes de mejora.</p> <p>En el Grado en Pedagogía: en el informe de seguimiento 21/22 aparece que, la satisfacción del alumnado tiene valoraciones bajas en las siguientes asignaturas: “Gestión y desarrollo de la Formación en las organizaciones sociales y laborales (2,6) “Organización y Gestión de las instituciones socioeducativas”. Sin embargo, no aparecen acciones de mejora a estas situaciones.</p> <p>En el Máster en Investigación e innovación en Educación Infantil y Primaria, en su informe anual 21/22, se refleja que la tasa de graduación se encuentra por debajo de lo indicado en la memoria verificada (78,9 frente a 85). Sin embargo, este hecho no queda reflejado en el plan de mejoras.</p> <p>En el Máster en intervención e investigación socioeducativa: tampoco coinciden los puntos débiles detectados en el informe de seguimiento 21/22 con las que aparecen en el plan de mejoras a implementar en dicho máster. Ejemplo: No se dispone de valoración objetiva de las prácticas externas por parte del estudiantado.</p> <p>En el Master de Formación del Profesorado: tampoco coinciden las mejoras que aparecen en el informe anual 21/22 con las que aparecen en el Plan de mejoras asociadas a dicho Máster.</p> <p>En general, los puntos débiles que se identifican en los informes de seguimiento de los títulos no se trasladan a las acciones de mejora que se establecen en dichos informes y consecuentemente no se incluyen en los planes de mejora del centro.</p> <p>Por otra parte, en el repositorio de la documentación (ONEDRIVE), aparece un documento cuya codificación es R-SGIC-UO-FFPE-64 v 00 denominado seguimiento de mejoras en el cual se diferencian 14 planes de acción y las mejoras propuestas no coinciden con las que aparecen en el Excel del Plan de Mejoras.</p> <p>Seguimiento Mejoras (R-SGIC-UO-FFPE-64 v 00): La ruta de este documento es la siguiente.</p> <p>En la carpeta ONEDRIVE- CARPETA PROPUESTAS_MEJORAS-EVIDENCIAS-2021/2022; 2022/2023-INFORMES- R-SGIC-UO-FFPE-64 v 00 denominado seguimiento de mejoras</p> <p>Excel Plan de Mejoras (FFPE 2022_V02.xls): La ruta de este documento es la siguiente. En la carpeta ONEDRIVE- CARPETA PROPUESTAS_MEJORAS-EVIDENCIAS-2021/2022; 2022/2023- Excel Plan de mejoras FFPE 2022_V02.xls</p>	
--	--	---	--

4	6.2	<p>En el procedimiento de desarrollo de los grupos de trabajo para conocer la satisfacción de las personas empleadoras del centro (PD-SGIC-UO-.5.3 V01) se establece que la Comisión de Calidad del Centro organiza reuniones con las personas empleadoras asociadas a las titulaciones impartidas en los centros (se denomina el documento reflexión empleadores y tutores de prácticas externas). Teniendo en cuenta los cursos 2021-22 y el 22-23, no se constata el desarrollo de dichas sesiones en los títulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máster Universitario en Investigación e Innovación en Educación Infantil y Primaria • Máster Universitario en Intervención e Investigación Socioeducativa • Máster Universitario en Enseñanza Integrada de Lengua Inglesa y Contenidos: Educación Infantil y Primaria 	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 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. La redacción de los Objetivos 1 y 3 del Centro, así como la definición de los indicadores para su consecución es en parte coincidente, lo que puede dificultar la atribución de estos últimos al objetivo en concreto. Concretamente el **Objetivo 1** se define como **"Planificar y promover acciones de mejora de la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje a través de mecanismos dinámicos de colaboración con instituciones educativas, culturales y sociales del contexto social, participación del alumnado, personal docente e investigador (PDI) y personal de administración y servicios (PAS)"** y el **Objetivo 3: "Incrementar el protagonismo, la proyección y el reconocimiento social de la Facultad en todos sus frentes de acción, promoviendo la colaboración con diferentes agentes culturales y educativos, así como la participación de todos los colectivos de interés en los diferentes medios de comunicación"**. En ambos objetivos aparecen definidos los siguientes indicadores entre otros:

IND-SGIC-UO-FFPE-05: Número de acciones de colaboración con instituciones y empresas del sector educativo que emplean a personas egresadas de las titulaciones.

IND-SGIC-UO-FFPE-07: Número de acciones de colaboración con Departamentos.

OM2. Aunque la información de calidad en la WEB es muy completa, se echa en falta una organización más estructurada de dicha información para su presentación ante los diferentes grupos de interés (estudiantado, familias, sociedad) para su mejor comprensión.

OM3. En las Encuestas Generales de la Enseñanza, se detecta que, en la publicación de los resultados de la satisfacción del profesorado, al realizarse por asignatura, no se puede garantizar el anonimato del profesorado, en aquellos casos en que la asignatura está impartida por solo un profesor.

OM4. En la entrevista con el PAS, se manifiesta que la oferta de plazas de los cursos de formación permanente ofertados para este colectivo es escasa. Se manifiesta que los cursos ofertados, además, no son específicos para su puesto de trabajo.

OM5. Tras revisión de las guías docentes por muestreo, se detecta que en la guía docente 23/24 de la asignatura "Métodos de Investigación en Educación" del Máster en Enseñanza en Lengua Inglesa, las pruebas de evaluación que aparecen no son coincidentes en su nomenclatura ni en sus ponderaciones con lo reflejado en la memoria verificada.

En la memoria verificada aparece como prueba de evaluación: Pruebas Escritas (pruebas objetivas, pruebas de respuesta corta y/o pruebas de desarrollo) entre 20 %-50 %; Pruebas Orales (individual, en grupo, presentación de temas-trabajos, etc.) entre 20 %-30%; Trabajos y Proyectos entre 20 %-50 % y Pruebas de Ejecución de Tareas Reales y/ o Simuladas entre 10 %-30 %. Sin embargo, en la Guía docente,

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

aparecen como pruebas de evaluación: Trabajo en grupo: 40 % y Prueba escrita teórica y práctica: 60 %.

OM6. En la entrevista con el alumnado, manifestaron que no hay una sistematización en la elección de delegados de clase, produciéndose la elección de delegados sin una votación efectiva.

OM7. Tanto en las entrevistas con el alumnado, profesorado y empleadores/as se manifiesta, la necesidad de una revisión de los planes de estudio para dar una mayor respuesta a la demanda social (por ejemplo en el Grado de Maestro en Educación Primaria se señala que se debe analizar la inclusión de más formación obligatoria sobre atención a la diversidad, otra demanda general es aumentar la formación específica y práctica en las menciones y aumentar la formación en metodologías de investigación en los grados).

OM8. Tras la visita a las instalaciones, se constata que algunas de ellas necesitarían una renovación para garantizar la ergonomía y comodidad del alumnado (mesas y sillas de las aulas fijas al suelo). Del mismo modo, alguna de las instalaciones deportivas, son susceptibles de mejora (ejemplo gimnasio).

OM9. Tras la revisión de la documentación del SAIC (informes anuales de los títulos e informes de encuestas), se detecta en general una baja participación de los grupos de interés en las encuestas de satisfacción.

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

1. Alto grado de implicación del equipo de DIRECCIÓN y de la unidad técnica de calidad en la mejora CONTÍNUA de las titulaciones Y EL CENTRO EN GENERAL
2. Alta implicación del profesorado con el sistema de garantía de calidad.
3. Alta satisfacción de los empleadores con el perfil de egreso del estudiantado, tanto a nivel formativo como de adquisición de competencias transversales
4. Elevada satisfacción del profesorado y empleadores con las plataformas informáticas utilizadas para la gestión de las prácticas externas y los TFG/TFM
5. Valorar positivamente los recursos de las Aulas de metodologías activas
6. Iconografía amplia de motivación enfocada a la participación de los grupos de interés en el Sistema de Aseguramiento de la calidad (códigos QR para encuestas, carteles informativos, etcétera).

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Celestino Rodríguez Pérez	Decano:
Marcela González Barroso	Responsable del SAIC
Beatriz Sánchez Martínez	Equipo Dirección
Carmen María Fernández	Equipo Dirección
Itziar García Honrado	Equipo Dirección
Alberto Álvarez Suarez	Responsable Unidad Técnica de Calidad:
Yessica Cano Galan	ESTUDIANTE
Carla Cabrero	ESTUDIANTE
María Hermida Giganto	ESTUDIANTE
María Lara Renuncio	ESTUDIANTE
Vanesa Alonso Palacios	ESTUDIANTE
Ángel Jesús Caraduje Hurtado	ESTUDIANTE
Nancy Pasarín Lavín	ESTUDIANTE
Marina Álvarez Álvarez	ESTUDIANTE
Jorge González Lana	ESTUDIANTE
Irati Yifan Ros Moratinos	ESTUDIANTE
Ana Álvarez Enguix	ESTUDIANTE
Christian Fernández	EGRESADO
Eva García Díaz	EGRESADA
Javier Fernández Nieto	EGRESADO
Lucía Riesgo Fernández	EGRESADA
Helena Maseda	EGRESADA
Rosalía Castro Pérez	EGRESADA
David Mejuto	EGRESADO
Melina Cecci	EGRESADA

Nuria Martínez Fernández	PAS
María Josefa Tuero	PAS
Francisco José Galán Fernández	PAS
Francisco García Estrada	PAS
Begoña Suárez	PAS
Diamantina González González	PAS
Pilar Rodríguez Matías	PAS
M ^a Carmen García Fernández	PAS
Marisol Fernández Cueli	PDI
Marina Álvarez Hernández	PDI
Alejandro Rodríguez	PDI
Mónica Herrero Vázquez	PDI
María Belén San Pedro Veledo	PDI
Susana Torío López	PDI
Ana Isabel Álvarez González	PDI
Juan Carlos San Pedro Veledo	PDI
Marta Soledad García Rodríguez	Comisión de Calidad de la Facultad
David Menéndez Álvarez-Hevia	Comisión de Calidad de la Facultad
David Álvarez García	Comisión de Calidad de la Facultad
Antonio Méndez Giménez	Comisión de Calidad de la Facultad
Ramiro Martis Flórez	Comisión de Calidad de la Facultad
Omar García Pérez	Comisión de Calidad de la Facultad
Ellian Pérez Herrero	Comisión de Calidad de la Facultad
Eva Iñesta Mena	Comisión de Calidad de la Facultad
Henar Pérez Herrero	Comisión de Calidad de la Facultad
Ángeles Pascual Sevillano	Comisión de Calidad de la Facultad
María Teresa Iglesias	Comisión de Calidad de la Facultad
María del Rosario Neira Piñeiro	Comisión de Calidad de la Facultad



Ángeles Ruiz Espinosa	Comisión de Calidad de la Facultad (PAS)
Miguel Ángel Pascual Santirso	Comisión de Calidad de la Facultad (Unidad de Calidad)
Covadonga Menéndez	Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/a:
Jesús Riesco	Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/a:
Andrés Hores	Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/a
Maspaz: Fran Yebra -	Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/a:
Lucía Menéndez Menéndez	Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/a
Valanalon: Monica Barettino	Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/a:
Mar de Niebla: Rocío Álvarez.	Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/a

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Susana Agudo	Equipo Dirección
Asía Mier Villar	ESTUDIANTE
Amanda Rodríguez Gómez	EGRESADA
Javier Fernández Nieto	EGRESADO
Melina Cecci Rosso (Alumna)	Comisión de Calidad de la Facultad (alumna)
José Ramón Álvarez Avello	Comisión de Calidad de la Facultad (Externo: Consejería del Principado de Asturias)
Ana Murias	Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/a



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)

En fecha 01/02/24 se recibe el Plan de Acciones de Mejora (PAM). Para cada no conformidad se incluye la descripción de la misma, un análisis de sus causas, las acciones a desarrollar o ya desarrolladas, los recursos comprometidos, la fecha de ejecución y el responsable de la ejecución y/o seguimiento.

Así mismo, se adjuntan las evidencias documentales del tratamiento y subsanación de las no conformidades con enlaces a los documentos originales y los subsanados para facilitar la labor de revisión del equipo auditor.

En los casos en los que no se incluyen evidencias de la subsanación de la no conformidad, el apartado de acciones a desarrollar recoge el compromiso explícito de su cumplimiento en el futuro.

Por otro lado, también se da respuesta a cada una de las OM que aparecen en el informe de auditoría en su versión 01.

Fruto de la revisión del PAM y de los enlaces y evidencias anexas, el equipo auditor considera que:

nc 1: Tras la revisión de la documentación del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad del Centro (SAIC), se evidencia una falta de control

de la documentación en cuanto a su archivo y codificación (en el informe de auditoría externa, versión 01, se describen varios ejemplos)

El Centro, presenta evidencias de la corrección de las deficiencias encontradas modificando el informe de indicadores y se ha incluido una adenda con respecto a las actualizaciones de plantillas, documentación, procedimientos u otro tipo de proceso.

nc 2: El procedimiento PD-SIGC.UO-13-3- V09 (en vigor) "Procedimiento de definición de la política del PDI y PAS", en el apartado de información, análisis de resultados, revisión y mejora, no se definen registros del PDI, se recogen exclusivamente los del PAS cuando el procedimiento afecta a ambos colectivos.

Frente a esta no conformidad, se han agrupado los registros a recoger que se encontraban dispersos fuera de la documentación del SAIC de la Universidad y precisaba unificación, incluyéndolos en este procedimiento (PD-SIGC.UO-13-3-V09). Se adjunta dicho documento como evidencia con el cambio realizado en fecha 9/11/2023.

NC 3: Se evidencia una falta de trazabilidad en la detección de problemas reflejados en los diferentes informes anuales del título dado que no se trasladan al plan de mejoras (en el informe de auditoría externa, versión 01, se describen varios ejemplos)

El Centro, ante esta no conformidad, después de analizar las causas y los informes elaborados previamente está desarrollando las siguientes acciones:

- Se ha elaborado un procedimiento de revisión de los informes de seguimiento de las titulaciones, (PD-SGIC-UO-FFPE-02 Procedimiento de Revisión de Informes de Seguimiento a las titulaciones) que garantiza el correcto análisis de estos.
- Se ha realizado una segunda versión del Informe del curso 2022-2023 siguiendo las pautas establecidas en dicho procedimiento.
- Se ha elaborado una nueva versión del fichero Excel con todas las acciones de mejora recogidas en los informes de seguimiento, Auditoría interna, Informe global del centro, etc.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Se han corregido los ejemplos de los informes anuales de las titulaciones señalados en la versión 01 de este informe.

Por otro lado, el procedimiento R-SGIC-UO-FFPE-64 v 00 se traslada a "Documentación obsoleta" ya que se ha corregido la acción para tener una sola vía de recogida de Mejoras, vinculando los Informes de Seguimiento a las titulaciones.

nc 4: En el procedimiento de desarrollo de los grupos de trabajo para conocer la satisfacción de las personas empleadoras del centro (PD-SGIC-UO-.5.3 V01) se establece que la Comisión de Calidad del Centro organiza reuniones con las personas empleadoras asociadas a las titulaciones impartidas en los centros (se denomina el documento reflexión empleadores y tutores de prácticas externas) y no se ha desarrollado en todos los títulos (en el informe de auditoría externa, versión 01, se especifican las titulaciones).

El centro, ante esta no conformidad, verifica que fue un error de programación en la implementación del Procedimiento.

Se ha incluido en la documentación el desarrollo de dichas reuniones incluyendo la convocatoria y el acta de su desarrollo.

A continuación, en su PAM, tratan todas las OM que figuran en el informe de Auditoría externa en su versión 01 (OM1-OM9):

OM-1. La redacción de los Objetivos 1 y 3 del Centro, así como la definición de los indicadores para su consecución es en parte coincidente, lo que puede dificultar la atribución de estos últimos al objetivo en concreto.

Se realizará una nueva una nueva versión de los Objetivos de la Política de Calidad con sus respectivos indicadores

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM-2. Aunque la información de calidad en la WEB es muy completa, se echa en falta una organización más estructurada de dicha información para su presentación ante los diferentes grupos de interés (alumnado, familias, sociedad) para su mejor comprensión

Se han especificado las siguientes acciones para mejorar la información de calidad de la WEB del centro:

- Detectar fallos de estructura o esquemas de organización que dificultan la comunicación de la web tanto de la Universidad como de la Facultad.
- Comunicarlo a la VD. de Calidad e Innovación.
- Actualización de la información de la WEB

OM3- En las Encuestas Generales de la Enseñanza, se detecta que, en la publicación de los resultados de la satisfacción del profesorado, al realizarse por asignatura, no se puede garantizar el anonimato del profesorado, en aquellos casos en que la asignatura está impartida por solo un profesor.

El Centro considera que la información valorativa del profesorado, que en este caso si es de carácter público, no es una información sensible, aunque la asignatura sea solo impartida por un/a profesor/a por lo que no necesita particular protección. Se especifica que desde el Vicerrectorado de Gestión Académica se toma nota de la mejora sugerida

OM4. En la entrevista con el PAS, se manifiesta que la oferta de plazas de los cursos de formación permanente ofertados para este colectivo es escasa. Se manifiesta que los cursos ofertados, además, no son específicos para su puesto de trabajo.

Frente a esta OM, se solicita a la Jefe de Campus un listado de cursos que el PAS necesita para su correcto desempeño de tareas

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM5. Tras revisión de las guías docentes por muestreo, se detecta que en la guía docente 23/24 de la asignatura “Métodos de Investigación en Educación” del Máster en Enseñanza en Lengua Inglesa, las pruebas de evaluación que aparecen no son coincidentes en su nomenclatura ni en sus ponderaciones con lo reflejado en la memoria verificada.

Se ha previsto la revisión de las guías docentes y para el curso 2024-2025 se procederá con doble vía de revisión. Se establece un calendario de revisión inicial y doble revisión en el período de realización del POD

OM6. En la entrevista con el alumnado, manifestaron que no hay una sistematización en la elección de delegados de clase, produciéndose la elección de delegados sin una votación efectiva.

Para responder a esta OM, se va a protocolizar el sistema de elección de alumnado delegado, el cual será informado en las Jornadas de Acogida y a los Coordinadores de Titulación/Curso para su despliegue.

Además, se motivará para que el alumnado se ofrezca a asumir la responsabilidad.

OM7. Tanto en las entrevistas con el alumnado, profesorado y empleadores/as se manifiesta, la necesidad de una revisión de los planes de estudio para dar una mayor respuesta a la demanda social (por ejemplo en el Grado de Maestro en Educación Primaria se señala que se debe analizar la inclusión de más formación obligatoria sobre atención a la diversidad, otra demanda general es aumentar la formación específica y práctica en las menciones y aumentar la formación en metodologías de investigación en los grados).

Frente a esta OM, se especifica el Informe sobre la organización de comisiones “Libro Blanco”.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM8. Tras la visita a las instalaciones, se constata que algunas de ellas necesitarían una renovación para garantizar la ergonomía y comodidad del alumnado (mesas y sillas de las aulas fijas al suelo). Del mismo modo, alguna de las instalaciones deportivas, son susceptibles de mejora (ejemplo gimnasio).

Como respuesta se identificarán las necesidades y se trasladarán las mejoras a los órganos responsables.

OM9. Tras la revisión de la documentación del SAIC (informes anuales de los títulos e informes de encuestas), se detecta en general una baja participación de los grupos de interés en las encuestas de satisfacción.

Para responder a esta OM, se va seguir desarrollando el Plan de Difusión de la EGE y se hará un seguimiento de la tasa de respuesta a la EGE. No se incluyen acciones mejora concretas para mejorar los índices de respuesta.

- (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 10 de febrero de 2024

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª.DOLORES CEJALVO LAPEÑA
Cargo: Auditora Jefe