



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN


PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE
FACULTAD DE CIENCIAS
EXPERIMENTALES**

Fecha emisión informe: 29/ 04/ 16

V Final
(Post evaluación del Plan de Acciones de Mejora)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS EXPERIMENTALES DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE. Fecha: 29/ 04/ 16
---	--

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Pablo de Olvide
Centro	Facultad de Ciencias Experimentales
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	24 de febrero de 2016

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría		Inicial	X	Seguimiento		Renovación	
---------------------	--	----------------	----------	--------------------	--	-------------------	--

Márquese con una "X" lo que proceda


REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Belén Floriano Pardal
Cargo	DG Seguimiento y Garantía de Calidad Vicerrectorado de TIC, Calidad e Innovación Universidad Pablo de Olavide, Sevilla
Tfno. y correo	+34 95 497 75 24 - dgcalidad@upo.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	Gloria Zaballa Pérez	Institución	U. de Deusto
Auditor	José Antonio Pérez de la Calle	Institución	ANECA
Aud. Formación		Institución	


 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS EXPERIMENTALES DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE. Fecha: 29/ 04/ 16
---	--

RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ


Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras no conformidades además de las indicadas en el presente informe.

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad		1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro	4
1.0.2. Grupos de interés implicados		1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue	1,2	1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes	
1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	5
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal	
		1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	

(Sigue)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS EXPERIMENTALES DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE. Fecha: 29/ 04/ 16
---	--

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	No Conf.	1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones	No Conf.
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios	3,5	1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios			
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios			
1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.		
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés			
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados			
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			

 AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS EXPERIMENTALES DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE. Fecha: 29/ 04/ 16
---	---

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.0.3	En contra de lo especificado en el criterio 1.0 del Modelo AUDIT, no se evidencia que la Política y objetivos de Calidad de la FCEX sean conocidos de manera adecuada entre el colectivo de PDI, PAS y estudiantes.	nc
2	1.0.3	<p>En contra de lo especificado en PA01 FCEX, de Gestión y control de los documentos y registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evidencia que existen documentos vinculados al SGIC que carecen de la firma correspondiente, como p. ej: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Actas: p.e: Actas consejo departamento para la aprobación del POD (2015) ➤ PO4-BTG-E03-03-13 ➤ POD del curso 2015-16 ➤ Evidencia PE03 E03, no consta en el acta del Consejo de Gobierno la aprobación de las normativas e instrucciones relacionadas con la política de PAS. Respecto al PO4-BTG-E03-03-13, no aparece nada referente al perfil de egreso (aun llamándose así el archivo) Si bien en PA01 se especifica que "Cada formato se incluirá como anexo con su correspondiente codificación", se evidencia que existen procedimientos del SGIC en vigor donde se citan en su apartado 8 "Relación de formatos asociados", determinados formatos que posteriormente no aparecen como anexo. Por ej., en PE01 FCEX, PA07 FCEX o PE04 FCEX. 	NCM
3	1.4.3	En contra de lo especificado en PA08 Gestión de la Prestación de Servicios, no se ha evidenciado que se realice una planificación anual de servicios externos del Centro (PA08-FCEX-E01-XX-XX).	nc
4	1.2.1	A partir del testimonio facilitado por el grupo de estudiantes, se evidencia que las incidencias menores surgidas en el desarrollo de la actividad de la FCEX se canalizan de forma verbal en muchos casos, por lo que no siempre se guarda registro de todas ellas, de acuerdo a lo indicado en el proceso PA07 FCEX de Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias. P. ej. Incidencias relacionadas con equipos informáticos en aula, mobiliario o climatización.	nc
5	1.3.3 / 1.4.3	En contra de lo especificado en el Procedimiento PA04 FCEX de Formación del PDI y PAS, no se encuentran entre las evidencias el informe de resultados de formación PDI 2015 y el Plan de formación del PDI y PAS del 2016	nc

- (1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior
- (2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:
 - No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
 - No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

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

Con carácter de recomendación, se sugiere a la Facultad de Ciencias Experimentales (FCEX) de la UPO revisar los siguientes aspectos relativos al SGIC:

- Si bien el criterio 1.5 de AUDIT especifica que se deben medir, analizar y utilizar los resultados del aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de los grupos de interés, conviene explicitar en el SGIC que esta operativa se aplicara al resto de los procesos, pues se ha evidenciado que los procesos documentados en el SGIC no conducen en todos los casos al PE04 FCEX de medición, análisis y mejora continua.
- Aun cuando pueden existir otros mecanismos que permitan la trazabilidad de un proceso de auditoría interna, es muy recomendable que los informes que se generen fruto de aquellas, sean autocontenidos en sus datos, es decir, que se especifique claramente sobre ellos y entre otros, quienes han sido los miembros del equipo auditor, su Unidad o Centro de origen, así como el alcance de la auditoría realizada y las posibles exclusiones.
- El formato actual del Plan de comunicación de la FCEX, se asemejaría más a la descripción de un procedimiento, que a un plan propiamente dicho. Se sugiere evaluar una modificación de ese documento para que haga referencia, no tanto al cómo hacer las cosas, sino a las actividades en concreto, indicando, a lo largo de periodos de tiempo concretos, las acciones, responsables, recursos, objetivos, etc., así como valorar la realización de una memoria de actividades por curso académico.
- Se podría mejorar la trazabilidad del apartado 7. Medidas, análisis y mejora continúa, de todos los procedimientos, con el procedimiento PA4 FCEX "Medición, análisis y mejora continua", para asegurar la implantación de la mejora continua de todo el SIGC.
- La participación del PDI en las encuestas de satisfacción resulta aún baja, por lo que se deberían definir e implantar acciones que permitan aumentar dicha participación.
- Se debería ajustar el procedimiento PA07 FCEX de Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias al reglamento de la gestión del buzón de IRS definido, de modo que ambos estén alineados.
- El órgano responsable de la FCEX debería realizar un mayor seguimiento de las acciones de mejora y de la resolución de incidencias, ya que en el caso de aquellas que tienen su origen fuera de la propia facultad, son dirigidas a su responsable para su tramitación, momento a partir del cual parece perder la información de detalle sobre su desarrollo.
- Dada la importancia que para la FCEX tienen las actividades docentes realizadas en los diferentes laboratorios, se recomienda elaborar e incluir en el SGIC un procedimiento cuyo objeto sea describir la gestión de aquellos.
- En relación al procedimiento PC12 FCEX, de Análisis de resultados del aprendizaje, las actas que se presentan como evidencias son muy escuetas y no aportan información de detalle sobre lo tratado. Así mismo, se indica que se aprueban los documentos adjuntos, pero no aparecen en aquellas (acta año 2014).
- En la próxima revisión del SIGC, se deberían revisar todos los procedimientos incluidos en aquel para mejorar su adaptación a la realidad del Centro y a su manera de funcionar.

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

- En la aplicación Alfresco, respecto al PA01 FCEX, Gestión y control de los documentos y los registros, se recomienda establecer una estructura de documentos que facilite la identificación rápida y directa de las últimas versiones de los procedimientos y de sus registros.
- Algunos enlaces contenidos en la documentación del SGIC no son activos en el momento de realización de la auditoría. P. ej.:
 - Enlaces del anexo 4 del MC, (Política de calidad de la FCEX) para su difusión, funcionan. Ver literal:

“Modo de Divulgación:

1) Se encuentra publicada en el BOJA nº 246, 20 de Diciembre de 2010
http://www.upo.es/export/portal/com/bin/portal/fcex/responsabilidad/Carta_Servicios/1292928894269_boja20_12_10.pdf.

2) La política se encuentra en el siguiente enlace de la web de la Facultad:
[http://www.upo.es/fcex/contenido?pag=/portal/fcex/responsabilidad/Mision_Vision&menuid=&vE=.](http://www.upo.es/fcex/contenido?pag=/portal/fcex/responsabilidad/Mision_Vision&menuid=&vE=)”
 - Varios enlaces del informe del curso 14-15 de sgto. de indicadores de la carta de servicio (PE01. Política y objetivos de calidad), no funcionan. P.ej. para los Compromisos C4, C6 ó C9.

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes del SGIC implantado en la FCEX de la UPO

- El grado de satisfacción del alumnado con los docentes es alto, y al nivel de la media de la UPO (superior a 4 sobre 5)
- Alto grado de satisfacción manifestada por los empleadores hacia la disponibilidad que con ellos muestra de forma habitual el PDI de la FCEX, y por la preparación que demuestran sus alumnos en prácticas y egresados.
- Aun cuando el Modelo AUDIT no obliga a ello, el SGIC dispone de un Procedimiento de Auditoría Interna (PE05-FCEX), a partir del cual se ha llevado a cabo una auditoría interna en septiembre de 2015.
- Se han llevado a cabo Jornadas de Calidad en la FCEX, durante los años 2014 y 2016 (si bien no se proporcionan los datos de participación)
- La página web del Centro se considera clara, intuitiva y fácilmente navegable, con contenidos que resultan de interés inmediato para el estudiante.

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


- La página web de la FCEX es muy transparente respecto a la difusión de los resultados obtenidos por los estudiantes de sus tres grados
- Se dispone de un repositorio documental para la documentación y registros del SGIC (Alfresco) muy completo e intuitivo
- Los informes de seguimiento anual de las titulaciones son muy completos y transparentes

GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA REACREDITACIÓN DE TÍTULOS


Este apartado aplica exclusivamente a aquellas universidades donde el proceso de acreditación de titulaciones oficiales corresponde a ANECA.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Antonio Gallardo	Decano
Jesus Rexach	Vicedecano de Movilidad
Juan Tejedo	Vicedecano de ordenación académica
Pilar Ortiz	Vicedecana de Calidad y Coordinación
Enrique Ramos	Secretario
Eva Valero	Responsable de prácticas
Nicasio de los Santos	Área de Administración de Campus
Carmen Baena	Directora Biblioteca
Rocío Fernández Cordero	Coordinadora de Servicio Audiovisual y Apoyo al Aprendizaje y la Investigación
Gladys M. Cahuana Macedo	Profesora Contratada Doctora. Área de Bioquímica y Biología Molecular)
Cesar de Cires Segura	Técnico de Laboratorio Área de Bioquímica y Biología Molecular
Genoveva Berná Amorós	Profesora Titular Área de Nutrición y Bromatología
María Isabel Ramírez de Verger	Técnica de Laboratorio del Área de Nutrición y Bromatología
Alejandro Cuetos	Profesor Titular Área de Química Física
Joaquín Galán	Técnico del área de Química Física
Eduardo Santero Santurino	Catedrático de Universidad. 3º BTG
Ignacio Ibeas	Profesor Titular, 4º BTG y 4º NHD
Soledad Fernández Pachón	Profesor Titular, 3º y 4º NHD
Elena Porras	Contratado Dr. 4º NHD
Donaldo Arteta Arteta	Profesor Contratado Doctor. 1º, 3º y 4º NHD
Manuel Díaz Azpiroz	Profesor Titular. 1º 3º, 4º CAM
Juan Carlos Balanyá	Profesor Titular. 1º y 4º CAM

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS EXPERIMENTALES DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE. Fecha: 29/ 04/ 16
---	--

Santiago Martín	Contratado Doctor Interino. 3º y 4º de CAM
Alba Jiménez Díaz	Estudiante (4º BTG)
Alejandro Becerra Villafranca	Estudiante (3ºBTG)
Alejandra Suarez	Estudiante (4º CAM)
Paula Hidalgo	Estudiante (2º CAM)
Cesar Chesco	Estudiante (1º CAM)
Nadia Hamed Madroal	Estudiante (2º NHD)
Mª José Picazo Melchor	Estudiante (3º NHD)
Vittorio Maiorano	Egresado de la FCEX.
Pablo Abans	Egresado de la FCEX.
María Alcázar Fabra	Egresadaa de la FCEX.
Juan Quintero Blanco	Egresado de la FCEX.
Rafael Hoyos Manchado	Egresado de la FCEX.
Luz Marina Sánchez Mendoza	Egresada de la FCEX.
Francisco Bedoya Bergua,	Representante del Departamento de Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica (CGICC)
Daniel Moreno	Presidente CGIC-BTG
Menta Ballesteros	DAG-BTG
Isabel Cerrillo García	DAG-NHD
María Jesús Oliveras López	Ex presidente CGIC-NHD
Ángeles Ortega de la Torre	Presidente CGIC-NHD
Grecia Medina Villasanti	Alumno CGIC-NHD
Feliciano de Soto Borrero	CGIC y presidente CGIC-CAM
José Manuel Bruque Carmona	Representante PAS GCICC
Fernando Rivero	Alumno comisión BTG
María Aguilar	Alumno comisión CAM
Juanjo Infante Viñolo	Empleador BTG. Empresa: Bionaturis

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	<p>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS EXPERIMENTALES DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE.</p> <p>Fecha: 29/ 04/ 16</p>
---	---

Adela Gavira	Tutora prácticas BTG. Empresa Innoagral
Patricia Rodríguez Gómez	Empleador BTG. Empresa: Universal Diagnostic
Javier Sánchez Perona	Tutor de prácticas NHD. Empresa: Instituto de la Grasa, CSIC
Alejandra Rivera	Tutora de prácticas NHD. Empresa: Dietistas Nutricionistas del Sur
Raquel Rojas Rodríguez	Tutora de prácticas CAM. Empresa: Laboratorios Vital
Rocío Carbonero Carreño	Tutora de prácticas NHD. Empresa: IES ATENEA
Daniel García	Tutor y empleador de CAM. Empresa: ECOMÍESIS

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
---	---

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)	
<p>El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SGIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor.**
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)
<p>El presente informe se ha redactado tanto a partir de la información suministrada por el Centro, como de la disponible en su página Web y en su intranet, así como de la que el equipo auditor ha recogido en su visita al mismo.</p> <p>Se considera que el Centro dispone de un sistema de garantía interno de calidad orientado hacia la identificación de oportunidades de mejora, estando establecidos objetivos de calidad que son asumidos por el conjunto de la institución. Se dispone además de suficientes procedimientos, registros y evidencias que demuestran, (salvando las cuestiones expuestas más adelante), su implantación real.</p> <p>Se destaca que el clima en el que se ha desarrollado la auditoría ha sido muy bueno, así como la predisposición mostrada por todos los interlocutores de la institución hacia las sugerencias realizadas por el equipo auditor, especialmente del equipo de dirección y la unidad de calidad.</p> <p>Se ha valorado el conjunto de criterios que integran las directrices de AUDIT, resultando 5 no conformidades, agrupadas por directrices, una de carácter mayor (NCM) y cuatro menores (nc), así como 12 observaciones generales de mejora. En el caso de la única NCM, relativa al control documental y de registros del SGIC, aunque trascendente, el equipo auditor entiende que resultará de fácil resolución.</p> <p>En cuanto a las nc menores, en todos los casos se trata de situaciones que, a priori, presentan un grado de dificultad bajo para ser solventadas.</p>

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

En relación al Plan de Acciones de Mejora aportado por el Centro en fecha 26/04/16, se considera que se ha realizado un análisis honesto de las causas y circunstancias origen de las nc y de las oportunidades de mejora. En dicho Plan se recogen toda una batería de acciones que, parecen realistas y de fácil ejecución (para la mayoría de los casos). En otros, como por ejemplo lo relacionado con incrementar el conocimiento sobre el SGIC y la cultura de calidad de los grupos de interés, se entiende que es algo más difícil de conseguir, lo mismo que sucedería en cualquier otra universidad. También se fijan fechas y responsables, que, al menos sobre el papel, pueden ser perfectamente capaces de desarrollar las acciones encomendadas (entre otras razones, porque varias de las nc son transversales a los 3 centros auditados, y por tanto, las acciones de mejora, al ser muy similares, deberían reforzarse mutuamente).

El resto de las acciones de mejora que propone el Centro, relativas a las observaciones incluidas en el informe (de seguimiento voluntario), dan respuesta a las especificadas por el equipo auditor, detallando en todas ellas los recursos comprometidos, las fechas previstas de solución y los responsables de ejecución y/o seguimiento.

Adicionalmente, se considera que el hecho de que el PAM haya pasado por Junta de Centro, refuerza la idea de un compromiso formal hacia su realización y seguimiento.

Consecuencia de lo anteriormente expuesto, de la positiva percepción del funcionamiento del Centro obtenida, así como del alto grado de compromiso hacia la mejora detectado en su personal directivo y docente, el equipo auditor ha consensuado proponer una valoración global **FAVORABLE** del grado de implantación del SGIC en el Centro.

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

Por el equipo auditor (1)



Gloria Zaballa Pérez
Cargo: Auditor jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo