



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL. V 2022

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Pablo de Olavide
Centro	Facultad de Derecho
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Excluidos los criterios 6, 7 y 8
Fecha de la auditoría	21/02/2025

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Jordi Luengo López
Cargo	Delegado del Rector para la calidad
Tfno. y correo	

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	Universidad de Deusto
Auditor	Alberto Álvarez Suarez	Institución	Universidad de Oviedo
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

--



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

Versión: V2

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 Internacional		Criterio AUDIT Internacional	
1. Política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Orientación de las 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. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos para el desarrollo, revisión y mejora de los procesos relacionados, y participación de los grupos de interés	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Implementación de mejoras derivadas de la evaluación periódica			
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Personal académico/ investigador (PAI) y de apoyo a la docencia	No Conf.
2. Garantía de calidad de los programas formativos	No Conf.	4.1. Información sobre necesidades de PAI, según su política de personal y normativa	
2.1. Órganos, grupos de interés y procesos para el desarrollo de los programas formativos en todas sus etapas		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico/ investigador	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Información sobre competencias y resultados de su PAI para la mejora continua de sus actuaciones	
2.3. Mecanismos de toma de decisiones sobre oferta formativa y su ciclo de vida		4.4. Procesos de toma de decisiones	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Revisión y mejora continua de las actuaciones referidas a este personal	
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	

Criterio AUDIT Internacional	Criterio AUDIT Internacional
------------------------------	------------------------------



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

Versión: V2

5. Recursos y servicios	No Conf.	7. Vinculación con el medio	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Órgano responsable del mantenimiento de la política y objetivos de las acciones de extensión y proyección social	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política y objetivos de extensión y proyección social	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento de toma de decisiones para la aprobación y desarrollo de las acciones de vinculación con el medio	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Procedimientos para asegurar la ejecución de los proyectos de extensión y proyección social	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Mecanismos de comunicación y difusión de las acciones realizadas	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		7.6. Procedimiento de control, revisión y mejora continua de las acciones realizadas	
6. I+D+i y transferencia del conocimiento	No Conf.	7.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados e impacto obtenidos	
6.1. Órgano responsable de la política, objetivos y líneas de I+D+i.		8. Dimensión externa de la IES	No Conf.
6.2. Grupos de interés implicados y vías de participación en la definición de la política, objetivos y líneas de investigación.		8.1. Órgano responsable de la estrategia de proyección y dimensión nacional e internacional de sus actividades	
6.3. Procesos de toma de decisiones para la aprobación y ejecución de los proyectos de I+D+i.		8.2. Mecanismos de toma de decisiones en la fijación de objetivos y ejecución de actividades vinculadas	
6.4. Mecanismos para la evaluación de los proyectos de investigación y su protección/ explotación		8.3. Participación de los grupos de interés en los procesos asociados	
6.5. Transferencia de resultados de los proyectos de investigación.		8.4. Modelo de alineación con el entorno para proyectar a la institución e insertarla en los diferentes ámbitos	
6.6. Implementación de las mejoras derivadas de la revisión de actividades de I+D+i.		8.5. Mecanismos de colaboración e integración en redes	
6.7. Rendición de cuentas de las actividades de I+D+i y los resultados obtenidos.		8.6. Mecanismos de medición, análisis y mejora de los resultados	
		8.7. Procedimiento de rendición de cuentas	
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 			

Criterio AUDIT Internacional		Criterio AUDIT Internacional	
9. Publicación de información sobre el desarrollo de actividades y programas	No Conf.	10. Mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

Versión: V2

9.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades		10.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC y de su documentación de soporte	
9.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos		10.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
9.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.		10.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción de los procesos del Centro	
9.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés		10.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
9.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos en la publicación y difusión de la información		10.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
		10.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
		10.7. Evaluación externa periódica del SAIC	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none">Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadasPor cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices			



DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

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

(1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
- No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

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

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.



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

OM1: Se recomienda seguir avanzando en el desarrollo del plan estratégico del centro y que su planificación incluya al menos objetivos, metas, indicadores, acciones, responsables y temporalización, para poder realizar un correcto seguimiento del mismo.

OM2: Se recomienda continuar en la integración de los objetivos de calidad y los objetivos del plan estratégico en la medida de lo posible. En este momento, el procedimiento PE01-DER Elaboración, revisión y actualización de la política de calidad y objetivos estratégicos, ya no incluye los objetivos de calidad.

OM3: Se recomienda establecer indicadores para todos los procedimientos del SIGC y sus valores de referencia o metas, para que se puedan evaluar los resultados en base a dichos valores y tomar así decisiones para la mejora continua del centro y sus titulaciones. Por ejemplo, el PA05-FDER Gestión de incidencias, reclamaciones, sugerencias y reclamaciones no tiene indicadores.

OM4: Se recomienda revisar los indicadores de los procedimientos, el listado de indicadores y el anexo del Manual con los indicadores para que sean coincidentes y eliminar posibles inconsistencias. También se recomienda revisar los indicadores de los procedimientos incluidos en el cuadro de mandos para que coincidan.

OM5: Se recomienda incluir la codificación en todas las evidencias (registros), resultado de la implantación de los procedimientos para asegurar así su identificación inequívoca y mejor trazabilidad.

OM6: Se recomienda seguir implantando acciones de mejora para fomentar la participación de los grupos de interés en las encuestas de estudiantes, PDI Y PTGAS y empleadores.

OM7: Se recomienda seguir trabajando para asegurar la sistematización de la mejora continua del centro y sus titulaciones a través del análisis de todos los indicadores de los procedimientos respecto a sus metas, definición de acciones de mejora, seguimiento y cierre de las mismas.

OM8: Se recomienda avanzar en el ajuste del Sistema Interno de Garantía de calidad para cumplir con el Real Decreto 822/2021 y el Real Decreto 640/2021 respecto a los títulos propios.

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

1. Se valora positivamente el avance experimentado hacia la visión integral de centro en la definición e implantación del Sistema Interno de Garantía de calidad.
2. La Implicación del Equipo directivo en el desarrollo del Sistema Interno de Garantía de calidad.
3. El nuevo formato del plan de mejora de la facultad, que es una herramienta más sencilla y clara, lo que ayudará a realizar una mejor gestión de las acciones de mejora desde su origen hasta su cierre, y la valoración de su eficacia.



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA
FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE**

Versión: V2

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

--



PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

CARGO/ OCUPACIÓN
Decano de la Facultad de Derecho
Vicedecana de Calidad e Innovación
Vicedecana de Ordenación Docente
Secretaria
Vicedecano de Prácticas y Empleabilidad
Responsable de Calidad del Grado en Derecho
Responsable de Calidad del Grado en Ciencias Políticas
Responsable de Calidad del Grado en Criminología
Responsable de Calidad del Grado en Relaciones Internacionales
Responsable de Calidad del Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos
Estudiante Comisión de Garantía interna de calidad del centro
Egresado Comisión de Garantía interna de calidad del centro
PTGAS Comisión de Garantía interna de calidad del centro
Profesora Titular, Área de Derecho Mercantil
Catedrático, Área de Derecho Tributario
Profesora Titular, Área de Derecho Romano
Catedrático, Área de Derecho Internacional Privado
Catedrática, Área de Historia del Derecho y de las Instituciones
Profesora Contratada Doctora, Área de Derecho Constitucional
Profesora Contratada Doctora, Área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Profesor Titular, Área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Profesor Titular, Área de Ciencia Política y de la Administración
Catedrático, Área de Historia e Instituciones Económicas
Catedrático, Área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Responsable de gestión, Facultad de Derecho
Área de Planificación y Coordinación con los Centros
Área de Estudiantes
2 estudiantes de 5º curso del Doble Grado Derecho y ADE inglés
1 estudiante de 2º curso del Doble Grado en Derecho y Relaciones Laborales y Recursos Humanos
1 estudiante de 5º curso del Doble Grado Derecho y Criminología
1 estudiante de 2º curso del Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

Versión: V2

1 estudiante de 3º curso del Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos

1 estudiante de 4º curso del Grado en Derecho

3 egresados/as del Doble Grado Derecho y ADE

1 egresados/as del Doble Grado Derecho y ADE inglés

1 egresado/a del Doble Grado en Derecho y Ciencias Políticas y de la Administración

6 representantes de bufetes y empresas

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)

X

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)

El Centro tiene implantado un Sistema Interno de Garantía de calidad alineado con las directrices AUDIT Internacional (excluidas las directrices 6, 7 y 8).

El Centro ha definido un plan de mejora que contiene todas las OM especificadas en el informe de auditoría, donde se especifica para cada OM la acción a desarrollar, el plazo, responsable, indicador del valor a alcanzar, evidencia de la acción, observaciones, valor alcanzado, eficacia y estado de la acción, lo que evidencia la orientación del Sistema Interno de Garantía de calidad hacia la sistemática de la mejora continua del centro y sus titulaciones.

Actualmente, hay tres acciones de mejora cerradas finalizadas y eficaces, y las demás acciones se encuentran abiertas y planificadas.

Las acciones eficaces han solventado las siguientes OM del anterior informe (OM3, OM4, OM5):

- Se recomienda revisar el PE01-FDER para actualizar los indicadores.
- Se recomienda revisar el apartado "Desarrollo" del PE04-FCE (Medición, análisis y mejora continua) para eliminar la información redundante sobre las comisiones que ya está incluida en el Manual de calidad, evitando posibles incoherencias en futuras actualizaciones. Asimismo, sería conveniente ajustar el flujograma para que refleje con precisión el contenido final del procedimiento.
- Se recomienda mejorar el Informe de seguimiento del centro realizando un análisis detallado de cada criterio, integrando la información de los apartados "Valoración de los indicadores del cuadro de mandos" y "Análisis". Este análisis debería basarse en los datos del cuadro de mandos y otras fuentes relevantes, presentando para cada criterio los indicadores asociados, así como las fortalezas, debilidades y acciones de mejora vinculadas al plan de mejora.



JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Por tanto, las referidas tres oportunidades de mejora se han eliminado en el presente informe, y se han reenumerado las ocho restantes.

- (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 15 de abril de 2025

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª. Gloria Zaballa
Cargo: Auditor/a Jefe