



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Fecha emisión informe: 13/04/2022



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Fecha: 07 / 04 / 2022

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

| | |
|--|--|
| Universidad | Universidad Pública de Navarra |
| Centro | Facultad de Ciencias de la Salud |
| Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión) | Todos los procesos recogidos dentro del alcance de su SGIC |
| Fecha de la auditoría | 7 de abril de 2022 |

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| Nombre | Dña. Inmaculada Farrán Blanch |
| Cargo | Vicerrectora de Enseñanzas |
| Tfno. y/o correo | Vicerrectorado.enseñanzas@unavarra.es |

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

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

| | | | |
|----------------|--------------------------------|-------------|--|
| Auditora Jefe | Montserrat Martínez Soldevilla | Institución | Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia |
| Auditora | Sonia Corujo Capote | Institución | Universidad de Las Palmas de Gran Canaria |
| Aud. Formación | - | Institución | - |



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita se ha desarrollado sin incidencias. Se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre la Facultad y el equipo auditor.

La organización de la visita por parte de la Facultad de Ciencias de la Salud ha sido altamente satisfactoria. Todas las personas que han participado en las entrevistas han mostrado interés por el proceso y han colaborado con el equipo auditor respondiendo a todas las preguntas planteadas.

La Sección de Organización y Calidad ha colaborado activamente facilitando el acceso a las evidencias e indicadores requeridos antes y durante la visita.

Se debe tener en cuenta que el diseño del SGIC que se implanta en la Facultad de Ciencias de la Salud es centralizado, por lo que afecta a todos los centros de la UPNA. Por esta razón la entrevista a los colectivos que se describen a continuación se ha realizado en las Facultades indicadas y afectan a la auditoría de los tres centros:

- Personal de Administración y Servicios. La entrevista se desarrolló durante la visita de auditoría en la Facultad de Ciencias Jurídicas.
- Sección de Organización y Calidad y Sección de Centros y Departamentos. La entrevista se desarrolló durante la visita de auditoría en la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Comisión de Calidad de la UPNA. La entrevista se desarrolló durante la visita de auditoría en la Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación.

La visita a las instalaciones de la Facultad ha permitido constatar la existencia de recursos adecuados para la correcta impartición de las titulaciones de la Facultad, así como para el apropiado desarrollo de la gestión en el Centro.



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Fecha: 07 / 04 / 2022

RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

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

| Criterio AUDIT | | Criterio AUDIT | |
|---|-----------------|---|-----------------|
| 1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad | No Conf. | 3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes | No Conf. |
| 1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad | | 3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes | |
| 1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro | | 3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes | |
| 1.3. Participación de los grupos de interés | | 3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje | |
| 1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés | | 3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes | |
| 1.5. Configuración del sistema para su despliegue | | 3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje | |
| 1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés | | 4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico | No Conf. |
| 2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos | No Conf. | 4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico | |
| 2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos | | 4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico | |
| 2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales | | 4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico | |
| 2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida | | 4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico | |
| 2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa | | 4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico | |
| 2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión | | 4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico | |
| 2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés | | 4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal | |
| OBSERVACIONES: • Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas | | • Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices | |

(Sigue)



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Fecha: 07 / 04 / 2022

| Criterio AUDIT | | Criterio AUDIT | |
|--|-----------------|--|-----------------|
| 5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS) | No Conf. | 7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades | No Conf. |
| 5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS | | 7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades | |
| 5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios | | 7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos | |
| 5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios | | 7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc. | |
| 5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios | | 7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés | |
| 5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios | | 7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos | |
| 5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios | | 8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC | No Conf. |
| 6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados | No Conf. | 8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC | |
| 6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC | | 8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC | |
| 6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados | | 8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro | |
| 6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC | | 8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés | |
| 6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados | | 8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC | |
| 6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC | | 8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC | |
| 6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos | | 8.7. Evaluación externa periódica del SAIC | |



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Fecha: 07 / 04 / 2022

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. Teniendo en cuenta que el criterio de AUDIT establece que la Política y Objetivos de Calidad debe desplegarse en el centro, se recomienda recoger en el PE 01 la sistemática empleada por el centro para la revisión y seguimiento de los objetivos y política de calidad de la Universidad. Se recomienda que dicha sistemática se realice con el apoyo de la Comisión de Calidad de la UPNA que es la que revisa estos objetivos.

OM2. Se debe mejorar la trazabilidad de las acciones de mejora, recogidas en los Planes de Mejora de las titulaciones, para que contengan la resolución a las debilidades detectadas e informadas en el Autoinforme de Seguimiento Anual del Título (ASAT).

OM3. Se recomienda medir todos los resultados de indicadores que se establecen para el cumplimiento de los procesos documentados en el apartado 8 Seguimiento y Mejora Continua.

OM4. Teniendo en cuenta que tanto en la web de la UPNA <http://www.unavarra.es/relacionesinternacionales/relaciones-internacionales-y-movilidad>, como en la denominación del proceso PC 933 se atiende a la movilidad de los estudiantes en general (nacional e internacional), se recomienda incluir en el alcance del proceso la movilidad nacional y definir su desarrollo para adecuarlo a la realidad de la actividad desarrollada en el servicio de movilidad.

OM5. Fomentar entre el profesorado la participación en el programa DOCENTIA.

OM6. Continuar con la implementación de cartas de servicios que permitan a la comunidad universitaria y a la sociedad en general conocer los servicios de la UPNA, así como facilitar la mejora de estos.

OM7. Fomentar la participación de todos los grupos de interés, sobre todo estudiantes, en las encuestas.

OM8. Continuar trabajando en la migración hacia la nueva web de forma que se pueda cumplimentar adecuadamente la revisión de la información pública. Información cuya actualización compete desarrollar a los Responsables de Calidad del Título a través del documento PC 928-ANX1.

OM9. Teniendo en cuenta que se ha implementado el Plan Pharus como herramienta de vinculación y comunicación con la sociedad, se recomienda trabajar en la elaboración de un plan de comunicación interna.

OM10. Se realizan las siguientes recomendaciones sobre el diseño de los procesos del SGIC y su actualización:

- Revisar los procesos documentados para incluir, en los que sea necesario, la identificación de la Comisión Permanente de la CGCC como órgano encargado de la elaboración de los informes del SGIC, que propongan modificaciones de los planes de estudio de Grado y Máster.

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

- Aunque los procesos documentados que atienden al SGIC y a la estructura de responsabilidad y funciones en materia de calidad se encuentran actualizados en marzo de 2022, adaptándose a las nuevas normativas que regulan las enseñanzas oficiales, en el resto de los procesos afectados como el PE02 no están actualizadas dichas referencias.
- Revisar la denominación de los procesos que aparece en la tabla de relación de los procesos para que coincida con la indicada en el proceso documentado. Por ejemplo: PGS 01 Gestión del personal académico y de apoyo, en el proceso la denominación es "PGS 01 Gestión del personal académico".
- Ajustar la denominación del PC941 Valoración empleadores del perfil del título (nombre en el mapa de procesos). En el proceso se describe como PC941 Encuentros sectoriales con empresas e instituciones.
- Realizar una revisión completa de los enlaces a los que se hace referencia dentro de los procesos o documentos del sistema ya que, en algunos casos, dan error. Por ejemplo, en el documento "Mapa de documentación del SGIC Informes del Centro y Titulaciones" no funciona el enlace a la plantilla "Informe de Seguimiento de Gestión del Centro".

<https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioCalidad/calidad-grado-master/pc-929-resultados-centro/inf1-isgc-informe-sgto-gestion-centro.pdf>
- Actualizar todas las referencias al Plan de Comunicación en la documentación del sistema como, por ejemplo, en el PC956.
- Modificar las referencias a la Unidad de Organización y Calidad en la documentación del sistema para adecuar su denominación a la estructura organizativa actual.
- Aplicar los requisitos formales establecidos en el SGIC, tal y como se define en el documento "Descripción del SGIC" (apartado 7), para el proceso de Evaluación del profesorado.



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

F1. La implicación del equipo directivo para facilitar y fomentar el desarrollo de los procesos de calidad en la Facultad.

F2. Se evidencia un alto compromiso en la gestión y difusión del sistema por parte de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro, CGCC.

F3. El actual enfoque de la Biblioteca de la UPNA dirigiéndose hacia la definición de un centro de recursos para el aprendizaje y la investigación.

F4. Se valora positivamente el vínculo de la Facultad, con los agentes externos que participan en la formación práctica de los estudiantes y en la CGCC. Asimismo, es una fortaleza la participación del Consejo Social en la Comisión de Garantía de Calidad de la UPNA o la existencia de la Fundación Universidad-Sociedad para el impulso de la empleabilidad de los egresados, y la gestión de las prácticas extracurriculares.

F5. El soporte realizado a la CGCC y a los Responsables de Calidad de las Titulaciones por el Área de Gestión y Calidad de los Títulos y la Sección de Organización y Calidad.

F6. La disponibilidad de información existente tanto para PDI como para PAS en el repositorio Miaulario, lo que facilita la difusión y promoción del SGIC entre estos colectivos.

F7. La Facultad de Ciencias de la Salud apuesta por la internacionalización de sus titulaciones, prueba de ello es el análisis derivado de las encuestas *ad hoc* realizadas para conocer los intereses de movilidad de los estudiantes, así como las acciones previstas por el vicedecanato de internacionalización.

F8. La satisfacción de los estudiantes con las instalaciones tanto en el Campus de Tudela como en el Campus de Pamplona.

F9. Las sinergias generadas entre las titulaciones de Medicina y Enfermería para compartir los recursos materiales y de apoyo a la docencia, implementados a través del Centro de Simulación Avanzada.

F10. La puesta en marcha de un título propio para dotar de formación en liderazgo a los equipos directivos y jefes de sección de la UPNA.

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

El SGIC de la Facultad de Ciencias de la Salud se sometió a una preauditoría externa del Programa AUDIT en cuyo informe se indica una nc relacionada con el subcriterio 1.4. que se traslada a continuación:

- 1.- *En las entrevistas realizadas se constata que no todos los grupos de interés conocen los objetivos y política de calidad de la UPNA, por lo que no están familiarizados con el SGIC. En concreto es necesario difundir esta información entre los empleadores y tutores externos de prácticas en los Grados de Enfermería y Fisioterapia.*

La UPNA y, en su despliegue del SGIC, la Facultad, han programado una serie de acciones de mejora orientadas a subsanar esta no conformidad menor. Las acciones se concretan en las siguientes:

- Creación de un vídeo divulgativo para difundir la política y objetivos de calidad entre los diferentes grupos de interés: [¿compartimos el viaje?](#)
- Elaboración de un [díptico](#) donde se sintetizan los aspectos fundamentales del SGIC:
- Organización de [encuentros](#) para fortalecer la relación de la UPNA con la sociedad. En estas jornadas se incide en la difusión de la política y objetivos de calidad y en los avances hacia la acreditación institucional de sus centros, acción comprometida en el plan estratégico de la UPNA.
- En la Facultad de Ciencias de la Salud se están desarrollando actividades concretas como trasladar la política y objetivos de calidad y el seguimiento del Plan Estratégico al profesorado, y resto de la comunidad universitaria, a través de la reunión que el Decano realiza al final de semestre.

Además, se han realizado las modificaciones oportunas en los procesos del SGIC para dar respuesta a las oportunidades de mejoras incluidas en el informe de la preauditoría. Se valora el esfuerzo realizado por los responsables de la Facultad en atender estas recomendaciones. Se consideran adecuadas las acciones propuestas y se ha podido constatar su ejecución.



PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|--|---|
| Dña. Inmaculada Farran Blanch | Vicerrectora de Enseñanzas |
| D. Javier Fernández Montalvo | Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud |
| D. Alfonso Arteaga Olleta | Secretario de la Facultad de Ciencias de la Salud |
| Dña. María Teresa Sanz de Acedo Baquedano | Coordinadora de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud |
| Dña. Leticia Jericó Ojer | Directora del Área de Gestión y Calidad de los Títulos |
| Dña. Piedad Muelas Gullón | Jefa Sección Organización y Calidad |
| D. Diego Fernando Rivera Camacho | Vicedecano de Internalización de la Facultad de Ciencias de la Salud |
| Dña. Olga López de Dicastillo Sainz de Murieta | Vicedecana y Responsable de Calidad del Grado en Enfermería |
| Dña. Ana Beatriz Bays Moneo | Vicedecana y Responsable de Calidad del Grado en Fisioterapia |
| D. José Javier López Goñi | Vicedecano y Responsable de Calidad del Grado en Psicología |
| D. Tomás Belzunegui Otano | Vicedecano y Responsable de Calidad del Grado en Medicina |
| Dña. Ana Insausti Serrano | Directora del Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Salud, MUICS. |
| Dña. Inés Aguinaga Ontoso | Directora del Máster Universitario en Salud Pública, MUSP |
| Dña. Paula Escalada Hernández | Profesora Contratada Doctora, imparte docencia en el Grado en Enfermería |
| Dña. Sara Sola Cía | Profesora Sustituta Docencia, imparte docencia en el Grado en Enfermería |



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**

Fecha: 07 / 04 / 2022

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|------------------------------------|---|
| Dña. María Milagros Antón Oloriz | Titular Universidad, imparte docencia en el Grado en Fisioterapia |
| D. Pablo Sotes Ruiz | Profesor Titular, imparte docencia en el Grado en Psicología |
| Dña. María Cristina Rodríguez Díez | Profesora Contratada Doctora, imparte docencia en el Grado en Medicina |
| Dña. María Nelia Soto Ruiz | Profesora Contratada Doctora, imparte docencia en el Máster en Investigación en Ciencias de la Salud, MUICS |
| Dña. Rosa Alas Brun | Profesora Asociada, imparte docencia en el Máster Universitario en Salud Pública, M USP |
| Dña. Arantxa Olaverri Ruiz | Jefa Sección Centros y Departamentos |
| D. Rubén Auza Catalán | Técnico de Organización y Calidad |
| D. Xavier Inda Esparza | Técnico de Organización y Calidad |
| Dña. Claudia Fuentes Rípodas | Estudiante del Grado en Enfermería (4º curso) |
| D. Óscar Rodríguez Gracia | Estudiante del Grado en Fisioterapia (4º curso) |
| D. Martín Tobías Piqueras | Estudiante del Grado en Psicología (3º curso) |
| Dña. Aitana Esparza Idoate. | Estudiante del Grado en Medicina (2º curso) |
| Dña. Marylen Duran Roche | Estudiante del Máster Universitario en Salud Pública, M USP |
| D. Xabier Claver Ruiz | Egresado del Grado en Enfermería (2020-21). |
| Dña. Nuria Gamaio Lacalle | Egresada del Grado en Enfermería (2019-20) |
| Dña. Leire Mendiburo Berruete | Egresada del Grado en Fisioterapia (2020-21). |



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**

Fecha: 07 / 04 / 2022

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|---------------------------------------|---|
| Dña. María Anunciación Jiménez Marcos | Egresada del Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Salud (2015-16), MUICS |
| D. Javier Coque Rubio | Egresado del Máster Universitario en Salud Pública (2017-18), MUSP. |
| Dña. Sara Furtado Eraso | Tutora de prácticas en el Grado en Enfermería |
| Dña. Raquel Arlegui Iriarte. | Tutora de prácticas Hospital Universitario de Pamplona |
| Dña. Eunáte Lizarraga Arratibel | Tutora de prácticas en el Grado en Fisioterapia |
| Dña. Belén González Glaría | Tutora de prácticas en el Grado en Medicina. |
| Dña. Pilar García García | Tutora de prácticas en el Máster Universitario en Salud Pública. |
| Dña. Marta Ancín Pagoto. | Directora de Cuidados Sanitarios del Hospital Universitario de Navarra. Empleadora del Grado en Enfermería |
| Dña. Susana Martínez Agorreta | Directora de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Empleadora del Grado en Enfermería. |
| D. Iñaki Vicente San Martín | Jefe del Servicio de Fisioterapia del Hospital San de Dios de Pamplona. Empleador del Grado en Fisioterapia |
| D. Miguel Barajas | Responsable de Calidad del Máster Universitario en Investigación de Ciencias de la Salud, MUICS |
| Dña. María Isabel Rodrigo Rincón | Agente Externo |
| D. Xabier Ezquieta Sorozabal, | Representante del PAS. Responsable Unidad Apoyo Administrativo |
| D. Julen Pedrosa Ganuza | Representante de los estudiantes |
| Dña. Irene Amadoz Muro | Representante de los estudiantes |



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**

Fecha: 07 / 04 / 2022

EXCUSADOS

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|-----------------------------|--|
| D. Igor Setuain Chorraut | Profesor Asociado, imparte docencia en el Grado en Fisioterapia |
| D. Mikel Ripa Salvide | Técnico de Organización y Calidad |
| D. Francisco Guillén Grima, | Responsable de Calidad del Máster Universitario en Salud Pública, MUSP |
| D. Xabier Claver Ruiz, | Egresado del Grado en Enfermería (2020-21) |



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)

- (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 Valencia, a 29/04/2022

Por el equipo auditor

D/ª. Montserrat Martínez Soldevilla
Cargo: Auditora jefe