



## PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL

### INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

#### DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTROAUDITADO

Universidad	Universidad Jaume I
Centro	Facultad de Ciencias de la Salud (FCS)
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	22/06/2023

#### TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

#### REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Iván José Barreda Tarrazona
Cargo	Vicerrector Adjunto de Planificación y Calidad
Tfno. y correo	ivan.barreda@eco.uji.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	Carlos Arias Martín	Institución	Univ. de Sevilla
Auditor	Mª Pilar Castelao de Simón	Institución	Univ. Politécnica de Madrid
Aud. Formación		Institución	

#### INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Los objetivos de la auditoría se han logrado sin incidencias. Para llevar a cabo esta auditoría, se utilizó la plataforma virtual de "Google Meet", asignando una sala específica para cada grupo que fue entrevistado. Esta modalidad permitió una comunicación efectiva durante todo el proceso.

Es importante resaltar la participación activa, la disposición y la colaboración de todas las personas que asistieron a las entrevistas programadas. Su compromiso y cooperación fueron fundamentales para el éxito de la auditoría, ya que brindaron información valiosa y respondieron de manera diligente a todas las preguntas y requerimientos.

Agradecer a la Facultad y a la Universidad Jaume I las facilidades proporcionadas al Equipo Auditor durante todo el desarrollo de la auditoría. Su apoyo y compromiso fueron elementos clave para llevar a cabo las actividades de manera efectiva.

Dado que los procesos auditados son comunes a todos los Centros de la Universidad, el 21/06/2023 se llevó a



### **INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA**

cabo una reunión con la participación del Vicerrector de Planificación Económica y Estratégica, la Vicerrectora de Estudios y Formación Permanente, el Vicerrector adjunto de Planificación y Calidad, la Vicerrectora adjunta de Estudios y Formación Permanente, así como representantes de la Oficina de Promoción y Evaluación de la Calidad (OPAQ) y la Oficina de Estudios (OdE).

**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	
<b>1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad</b>	<b>No Conf.</b>	<b>3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes</b>	<b>No Conf.</b>
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		<b>4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico</b>	<b>No Conf.</b>
<b>2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos</b>	<b>No Conf.</b>	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	
<b>OBSERVACIONES:</b>			
• Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas		• Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices	

*(Sigue)*

Criterio AUDIT	Criterio AUDIT
----------------	----------------



<b>5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)</b>	<b>No Conf.</b>	<b>7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades</b>	<b>No Conf.</b>
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		<b>8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC</b>	<b>No Conf.</b>
<b>6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</b>	<b>No Conf.</b>	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
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	



## 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)*

El presente informe de auditoría se centra en analizar la implementación del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad (SAIC) en la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS). Antes de la visita, se han revisado las pruebas recopiladas en la aplicación de gestión de calidad de la UJI y en su página web. Durante las entrevistas realizadas, se ha buscado verificar y comprobar el cumplimiento de los procedimientos establecidos en la documentación del SAIC. Se han llevado a cabo entrevistas con profesores, alumnos, empleadores, egresados, personal de administración y servicios, y responsables de calidad a nivel organizativo, con el fin de ratificar el cumplimiento de los procesos en relación con su papel en la comunidad universitaria. Como recomendación y/o elemento de reflexión, se ofrecen al centro las siguientes oportunidades de mejora:

OM1 Incluir en cada proceso del SAIC, bien en un nuevo epígrafe o en uno ya existente, el **propietario** del mismo, así como al menos un **indicador** adecuado.

OM2 Proporcionar la **evolución de los indicadores** relativos al centro de los procesos del SAIC, ya que esto permite evaluar el desempeño y la eficacia de dichos procesos de manera informada. Al contar con datos concretos sobre el rendimiento, se pueden tomar decisiones más acertadas y diseñar estrategias de mejora que estén respaldadas por información fiable y actualizada.

OM3 Definir los **formatos requeridos para la publicación de los documentos** generados a través del SAIC, tales como los informes de revisión anual de cada título, el informe de revisión anual de calidad del centro, la política y objetivos de calidad, el informe de revisión y seguimiento de los objetivos de calidad, el informe de revisión y seguimiento del SAIC, entre otros. Estos formatos deben incluir información precisa sobre los **órganos** responsables de su aprobación, así como la **fecha** en que fueron aprobados. Esta medida garantiza la transparencia y trazabilidad de los documentos, facilitando su acceso y comprensión por parte de los usuarios y asegurando la conformidad con los procedimientos establecidos.

OM4 Especificar los **documentos que se ofrecen a todos los grupos de interés, y los que solo son accesibles a la comunidad universitaria** para lograr una gestión efectiva de la información y cumplir con los principios de transparencia y confidencialidad según corresponda a cada caso.

OM5 Establecer, más allá de lo indicado en el manual de calidad, los **contenidos específicos de los informes de revisión anual de los títulos**. Esta determinación implica concretar los elementos y aspectos que deben incluirse en estos informes, con el objetivo de asegurar que la información proporcionada sea exhaustiva y cubra todos los aspectos relevantes para evaluar y garantizar la calidad de los programas formativos.

OM6 Implementar un **proceso específico de rendición de cuentas** que englobe todos los criterios establecidos por AUDIT. Este proceso debe ser integral y abarcar todos los aspectos requeridos para garantizar una rendición de cuentas completa.

OM7 Especificar dentro del SAIC la gestión concreta que se realiza de los **títulos de carácter interuniversitario**. Esta especificación implica definir los mecanismos que se llevan a cabo para la administración eficiente de estos títulos, incluyendo la coordinación entre las instituciones participantes, la definición de responsabilidades y roles de cada entidad, la gestión de la información académica y administrativa compartida, así como la comunicación efectiva y oportuna entre las partes involucradas.

OM8 Considerar la inclusión de una mayor cantidad de **objetivos de calidad específicos para el centro**. Además, es importante proporcionar **indicadores adecuados y relevantes** para evaluar y medir el progreso

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

hacia estos objetivos. Estos indicadores deben reflejar de manera precisa y significativa el desempeño y los resultados obtenidos en relación con los aspectos específicos del centro. Estos objetivos deben guiar el desarrollo del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad (SAIC) y deben tenerse siempre presentes al elaborar las estrategias del centro. Es fundamental buscar una **alineación continua entre la política y los objetivos de calidad, y el sistema en su conjunto**.

OM9 Incluir en los informes de revisión anual de cada título, las fechas en las que las comisiones correspondientes han tratado sobre la **coordinación horizontal y vertical**, así como un resumen de los principales acuerdos, fortaleciendo la transparencia y facilitando la comprensión de la planificación y gestión de los programas, promoviendo una coordinación efectiva y una experiencia de aprendizaje coherente y enriquecedora para los estudiantes.

OM10 Especificar y considerar las **prácticas extracurriculares** dentro del Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad.

OM11 Llevar a cabo una **revisión exhaustiva de la página web**. Aquellos documentos que ya no sean pertinentes o estén desactualizados deben ser eliminados para garantizar que la información presentada sea precisa y útil para los usuarios.

OM12 Establecer una sistemática que facilite a los diversos grupos de interés, especialmente los externos, **acceder y familiarizarse con la documentación del Sistema**, organizándola de manera clara y categorizada, estableciendo una estructura de navegación intuitiva, definiendo permisos de acceso adecuados y promoviendo activamente la conciencia y difusión de la existencia y ubicación de la documentación.

OM13 Dentro del SAIC, es fundamental realizar una **revisión de la denominación empleada para los roles de coordinador de máster y director de máster**, destacando claramente que se trata de la misma función. Esta revisión tiene como objetivo eliminar cualquier confusión o ambigüedad que pueda surgir debido a la utilización de diferentes términos para referirse al mismo cargo. Al unificar la denominación en el SAIC, se promueve una mayor claridad y coherencia en la comunicación interna y externa, evitando malentendidos y facilitando la comprensión de las responsabilidades y funciones asociadas a este rol clave en la gestión de los programas de máster.

OM14 **Integrar dentro del SAIC el "Procedimiento general para la gestión de encuestas desde la OPAQ"**, el cual actualmente se encuentra disponible en la página web como un procedimiento externo al sistema. Esta integración implica brindarle un formato adecuado y coherente con los demás procesos del SAIC, así como ubicarlo en el mapa de procesos.

OM16 Promover el conocimiento del **Proceso AUD16 "Evaluación, promoción y reconocimiento del Personal de Administración y Servicios (PAS)"** entre el personal correspondiente. Además, se sugiere valorar la posibilidad de simplificar dicho proceso.

OM17 El informe de revisión y seguimiento del SAIC es un documento crucial para evaluar la efectividad y el rendimiento del sistema de calidad de una organización. Es importante que este informe incluya una **justificación clara y fundamentada de los cambios implementados en cada uno de los procesos del SAIC**.

OM18 Posibilitar que los estudiantes adquieran **competencias** en áreas clave como **trabajo en equipo, comunicación con los pacientes y relación entre los compañeros en el puesto de trabajo**. El desarrollo de estas competencias es fundamental para la formación integral de los estudiantes y su preparación para el



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

mundo laboral. La capacidad de trabajar en equipo de manera efectiva, comunicarse de manera clara y empática con los pacientes y establecer relaciones saludables con los compañeros de trabajo son habilidades indispensables en numerosos campos profesionales, especialmente en el ámbito de la salud.

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

PF1. Se cuenta con el **compromiso y la participación activa de los responsables de la Universidad y de la facultad** en la implementación y el mantenimiento del Sistema de Calidad. Estos líderes desempeñan un papel clave en el establecimiento de una cultura de calidad y en el impulso de mejoras continuas en todos los procesos.

PF2. El hecho de que todos los **grupos de interés hayan expresado una alta satisfacción con la universidad y la facultad**, a lo largo de las entrevistas, refleja un nivel de compromiso por parte de la organización en escuchar y responder a sus inquietudes. Esto genera confianza y fortalece las relaciones con estos grupos, lo cual es fundamental para el éxito y la sostenibilidad a largo plazo de la organización.

PF3. Se anima a la Universidad Jaume I a continuar con el desarrollo de la **aplicación de indicadores**. El desarrollo de una aplicación de indicadores puede ser una herramienta valiosa para recopilar, analizar y presentar información relevante sobre el desempeño y los resultados de la universidad. Esta aplicación puede ayudar a simplificar y agilizar el proceso de recopilación de datos, permitiendo una toma de decisiones más informada y basada en evidencias.

PF4. El **proceso de coordinación tanto horizontal como vertical** de los programas formativos, el cual se encuentra bien implantado y es conocido por los profesores. Además, existen evidencias de su implementación en el Aula Virtual.

PF5. El **plan de formación docente** es una herramienta clave para promover el crecimiento profesional y el desarrollo continuo de los profesores. Su conocimiento y valoración por parte del personal docente refleja un compromiso tanto de la institución como de los profesores en la mejora de la calidad educativa. La detección de necesidades de formación es un aspecto fundamental dentro del plan de formación docente. Esta práctica implica identificar las áreas en las que los profesores requieren apoyo y desarrollo adicional, ya sea en términos de habilidades pedagógicas, uso de tecnologías educativas, actualización en contenidos o cualquier otra área relevante para su desempeño.

PF6. El **proceso de tutorías** presenciales y virtuales, tanto individuales como grupales, es altamente valorado y apreciado en la Universidad Jaume I. Esto indica un compromiso por parte de los tutores en brindar un acompañamiento de calidad a los estudiantes, adaptándose a sus necesidades y utilizando diferentes modalidades de tutoría para garantizar un apoyo efectivo y enriquecedor en su proceso educativo.

PF7. El personal de la universidad, especialmente aquellos en cargos de responsabilidad, valora de manera muy positiva la ayuda recibida por parte de los miembros de la **Oficina de Promoción y Evaluación de la Calidad (OPAQ)**. La disponibilidad constante de los miembros de la OPAQ demuestra su compromiso y dedicación para atender las consultas, proporcionar orientación y brindar apoyo en el proceso de implementación y seguimiento de las políticas y procesos de calidad.

PF8. La **gestión de prácticas** exitosa y con altos niveles de satisfacción es, sin duda, una fortaleza destacada, a pesar de ser un proceso complejo. Esta fortaleza demuestra la capacidad de la Facultad de Ciencias de la Salud para desarrollar y mantener un sistema eficiente que brinda a los estudiantes una experiencia enriquecedora y satisfactoria durante su formación práctica.

**PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR**

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Modesto Fabra Valls	Vicerrector de Planificación, Coordinación y Comunicación
Isabel García Izquierdo	Vicerrectora de Estudios y Docencia
Eladio Joaquín Collado Boira	Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Raquel Flores Buils	Vicedecana de ordenación académica y calidad docente de la Facultad de Ciencias de la Salud
Sergio J. Blasco Garcés	Técnico medio de Estudios (OdE)
Esther Castillo Gómez	Secretaria Facultad de Ciencias de la Salud
Francisco Ros Bernal	Vicedecanode Prácticas Clínicas y Relaciones Institucionales
Silvia Morro Martín	Administrativa de la FCS
Pilar Martínez Gascón	Administrativa de la FCS
Lucía Cassanelli Rodríguez	Estudiante representante en la Comisión de Calidad de la FCS
Pablo Salas Medina	Vicedecano Grado en Enfermería
Manuel Ignacio Ibáñez Ribes	Vicedecano Grado en Psicología
María Muriach Sauri	Vicedecana Grado en Medicina
Soledad Quero Castellano	Responsable del MU en Psicología General Sanitaria
Francisco Juan García Bacete	Responsable del MU en Intervención y Mediación Familiar
Daniel Pinazo Calatayud	Responsable del MU en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria
Susana Llorens Gumbau	Responsable del MU en Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de los Recursos Humanos
María José Sánchez Catalán	Responsable del MU en Investigación en Cerebro y Conducta
Ana Alarcón Aguilar	Prof. Grado en Psicología
Generós Ortet Fabregat	Prof. Grado en Psicología y MU Cerebro y Conducta



Azucena García Palacios	Prof. Grado en Psicología y MU Psicología General Sanitaria
Laura Mezquita Guillamón	Prof. Grado en Psicología y MU Cerebro y Conducta
Águeda Cervera Gasch.	Prof. Grado en Enfermería y MU Enfermería Urg. Emer. Cuidados críticos
M <sup>a</sup> José Monedero Mira	Prof. Grado en Medicina
Ferran Martínez García	Prof. Grado en Medicina y MU Cerebro y Conducta
Teresa Forcada Castell	Administrativa de la FCS
Fani Esteller Martin	Administrativa de la FCS
Marta García Flor	Administrativa de la FCS
Maribel Beas Collado	Responsable de la Oficina de Inserción Laboral y Estancia en Prácticas
Yolanda Pascual Ramos	Oficina de Información y Registro (buzón UJI)
Dolores Ten Beltrán	Técnica de la Oficina de Estudios (elaboración y modificación de memorias, seguimiento y renovación, guías docentes)
Margarita Gonell Ibáñez	Técnica de la Oficina de Relaciones Internacionales (responsable Erasmus, programa de integración cultural y dobles diplomas)
Miguel Ángel Fortea Bagán	Técnico de la Unidad de Apoyo Educativo (coordinador formación del PDI e innovación docente)
Carmen Falomir del Campo	Responsable del Servicio de Gestión de la Docencia y Estudiantes (preinscripción, matrícula, reconocimientos, actas, títulos)
David Cruz Fernández	Estudiante del Grado Enfermería
Claudia Millan Alcolea	Estudiante del Grado Medicina
María Ballester Salvador	Estudiante del Grado Psicología
Neus Ibáñez Sempere	Estudiante del MU Cerebro y Conducta
Carlos López	Egresado de Enfermería
Víctor Blasco Ibáñez	Egresado Medicina
Jordi Ortet Walter	Egresado Psicología



# INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD JAUME I

Versión: 02 TRAS PAM

Arián Pibernat	Egresado MU Inter. y Mediación familiar
Ricardo Tosca Segura	Gerente del Hospital General, Medicina
Antonia Valero	Dra. Hospital General Enfermería
M <sup>a</sup> Carmen Molés Gimeno	Colegio Oficial de la Psicología en la Comunidad Valenciana
Paco Llorach Gómez	MU Psicología G Sanitaria
Asunción Miralles Amorós	Hospital General. Enfermería
Montse Callau Rull	Empresa Rull. MU Psicología del Trabajo
Alba Coret Franco	Supervisora de prácticas del Grado Medicina
Silvia Edo Villamón	Centro de día Cardenal Costa
Mariola Bellosa Saura	Técnica Superior de Calidad (OPAQ)

## EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Sara Rus Mata	Prof. Grado en Enfermería



## 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 equipo auditor ha analizado el Plan de Acciones de Mejora de fecha 25/06/2023, presentado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaume I en respuesta al Informe de Auditoría Externa de fecha 22/06/2023 y, con especial atención, las acciones que el Centro/Universidad ha realizado o se comprometen a desarrollar para eliminar las causas de las oportunidades de mejora identificadas. En este sentido, la valoración de este equipo auditor es como sigue:

La OM14 se encuentra ejecutada, mientras que las OM1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13 y 17 están en ejecución.

En conclusión, este equipo auditor considera que las acciones recogidas en el Plan de Mejora mencionado solucionan y mejoran el estado de implantación o desarrollo del sistema de aseguramiento interno de calidad que aplica este Centro, por lo que la valoración final es favorable.

- (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 Sevilla, a 13 de julio de 2023

**POR EL EQUIPO AUDITOR**



**POR EL EQUIPO AUDITOR**

D/ª. Carlos Arias Martín  
Cargo: Auditor Jefe