



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD EUROPEA DE CANARIAS
ESCUELA DE ARQUITECTURA**

Fecha emisión informe: 13/6/2022

Versión 2 una vez revisado el plan de acciones de mejora



DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Europea de Canarias
Centro	Escuela de Arquitectura
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos recogidos dentro del alcance de su SAIC.
Fecha de la auditoría	28 de abril de 2022

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Doali Rodríguez
Cargo	Responsable de Calidad y Compliance Académico
Tfno. y/o correo	+34 608 442 680 mariadoali.rodriguez@universidadeuropea.es

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	Alberto A. Suárez	Institución	Universidad de Oviedo
Auditora	Mar Egea Mota	Institución	Universidad Complutense de Madrid



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Los **objetivos** de la **auditoría** se han **alcanzado** y se ha desarrollado **sin ninguna incidencia**, y de acuerdo con la agenda planificada entre el equipo de la Universidad y el equipo auditor.

El equipo auditor informa que esta **auditoría** se ha realizado a través de un **muestreo** por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.

Una vez realizada la visita a las **instalaciones** se consideran **adecuadas**.

Hay que destacar la **participación de las personas** que han asistido a las **entrevistas planificadas**, así como las facilidades que desde la Universidad han proporcionado al equipo auditor para la preparación y desarrollo de la auditoría.

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	2
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
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés	1	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	6	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	1	4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	1
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)

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.	3
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	1
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios	1	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	4
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	5
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	1	8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1 ¹	1.6 2.6 3.5 4.7 5.6 6.6 7.5	<p>La Facultad no tiene implementado eficazmente una sistemática definida que identifique claramente quién se encarga de la rendición de cuentas, cómo hacerla y cuándo.</p> <p>En este sentido, se debe poder evidenciar, de forma concreta, la sistemática seguida en la rendición de cuentas a los grupos de interés en relación con: (1) el cumplimiento de la política y objetivos de calidad de la Facultad; (2) el diseño, organización, desarrollo, revisión y mejora de las enseñanzas que imparte; (3) los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje orientado a los estudiantes; (4) los resultados de la aplicación de la política de personal docente e investigador; (5) la adecuación, nivel de uso y grado de satisfacción de los usuarios respecto a los recursos y servicios de apoyo puestos a su disposición; (6) los resultados obtenidos de los procesos del SAIC; (7) los resultados de la publicación y difusión de la información sobre los títulos y otras actividades relacionadas desarrolladas por la Facultad.</p>	NCM
2	3.1	No se evidencia la existencia de un sistema que permita recoger, valorar y utilizar la información sobre las necesidades de apoyo y orientación del estudiantado del Centro, de acuerdo a su diversidad, y con objeto de diseñar, aplicar y establecer acciones de mejora periódicas en materia de movilidad , en concreto p.e. estudiantado incoming .	nc
3	7.3	El plan de comunicación no evidencia la ejecución en cada ciclo de gestión, es decir, no se demuestra la participación real y eficaz de los grupos de interés correspondientes en: (1) la definición, implantación, revisión y mejora de la política y objetivos de calidad; (2) el diseño, desarrollo y mejora de los procesos relacionados con el aprendizaje de los estudiantes; (3) la definición, desarrollo y actualización de la política de personal académico y de apoyo a la docencia; (4) la gestión de recursos materiales y en la prestación de servicios; (5) el proceso de medición, análisis y mejora de los resultados; (6) el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC.	nc

¹ **Nota aclaratoria.** Las 4 primeras no conformidades son comunes a los 3 centros auditados, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela de Arquitectura.

4	8.3	<p>No se encuentra actualizado el procedimiento PGC24 de verificación, implantación, seguimiento acreditación y extinción de títulos con la documentación de referencia del Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad.</p> <p>En la página 4 de 12 del mismo se dice “transcurridos seis años desde su última acreditación y en el caso de los títulos de Máster de Posgrado, antes de cuatro años”.</p> <div><table><tr><td rowspan="2">Universidad Europea CANARIAS</td><td>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</td><td>Página 1 de 12</td></tr><tr><td>PGC24/VERIFICACIÓN, IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO ACREDITACIÓN Y EXTINCIÓN DE TÍTULOS</td><td>EDICIÓN 02</td></tr></table></div> <p>Aunque se ha actualizado el documento durante la visita, se mantiene la no conformidad para que se analicen las causas y se tomen las medidas para que no se repita.</p> <p>Nota. - Existe una errata en el título del procedimiento falta la “i” en la palabra verificación.</p>	 Universidad Europea CANARIAS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Página 1 de 12	PGC24/VERIFICACIÓN, IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO ACREDITACIÓN Y EXTINCIÓN DE TÍTULOS	EDICIÓN 02	nc
 Universidad Europea CANARIAS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Página 1 de 12						
	PGC24/VERIFICACIÓN, IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO ACREDITACIÓN Y EXTINCIÓN DE TÍTULOS	EDICIÓN 02						
5	8.6	<p>No se evidencia de manera objetiva que la auditoría interna 2020 realizada, muestral y no por Centro, permita evaluar el grado de implantación real del SAIC en la Facultad, dado que no hay títulos de la Escuela, en contra de lo establecido en directriz 8.6 del modelo Audit.</p>	NCM					
6	2.3	<p>En contra de lo establecido en el PC04/DESARROLLO DE LA ENSEÑANZA, la guía de aprendizaje/docente del trabajo fin de Máster presenta una información diferente en el apartado de evaluación (70%) respecto de la memoria verificada (80%).</p> <p>A continuación, se presentan dos imágenes a modo de evidencia del incumplimiento.</p>	nc					

7. EVALUACIÓN

A continuación, se relacionan los sistemas de evaluación, así como su peso sobre la calificación total de la asignatura:

Sistema de evaluación	Peso
Actividad 1	1 %
Actividad 2	1 %
Actividad 3	3 %
Actividad 4	4 %
Actividad 5	1 %
Asistencia seminarios	5 %
Trabajo Fin de Master	70 %
Exposición y defensa pública	15 %

En el Campus Virtual, cuando accedas a la asignatura, podrás consultar en detalle las actividades de evaluación que debes realizar, así como las fechas de entrega y los procedimientos de evaluación de cada una de ellas.

70% Trabajo fin de Máster



Identificador: 4317430

CT04 - Comunicación escrita / Comunicación oral: Capacidad para transmitir y recibir datos, ideas, opiniones y lograr comprensión y acción, siendo oral la que se realiza mediante palabras y gestos y, escrita, mediante la escritura gráfica.

CT08 - Espíritu emprendedor: Capacidad para asumir y llevar a cabo actividades que generen nuevas oportunidades, problemas o supongan mejoras.

§.1.5.3 ESPECÍFICAS

CE02 - Capacidad para desarrollar metodologías para la detección de riesgos de seguridad en el trabajo y sus consecuencias preventivas.

CE03 - Capacidad para desarrollar metodologías para la detección de riesgos en la higiene laboral y sus consecuencias preventivas.

CE04 - Capacidad para desarrollar metodologías para la detección de riesgos ergonómicos y psicosociológicos en consecuencia medidas preventivas.

CE06 - Capacidad para elaborar y participar en la planificación preventiva de la empresa y sobre las actuaciones auxiliares y emergencias.

§.1.6 ACTIVIDADES FORMATIVAS

ACTIVIDAD FORMATIVA	HORAS	PRESENCIALIDAD
Seminario Virtual	6	0
Tutoría virtual	16	0
Elaboración del TFM	127	0
Exposición oral pública del TFM	1	100

§.1.7 METODOLOGÍAS DOCENTES

Clase magistral/ web conference

Aprendizaje basado en proyectos

§.1.8 SISTEMAS DE EVALUACIÓN

SISTEMA DE EVALUACIÓN	PONDERACIÓN MÍNIMA	PONDERACIÓN MÁXIMA
Trabajo Fin de Máster	80.0	90.0
Exposición pública del TFM	10.0	20.0

80%

Página 29 de 42

Fichero 02_MUPRL - 30.04.2021.pdf

Carpeta \UEM_Canarias\PGC_02_DISEÑO DE OFERTA FORMATIVA\MEMORIAS DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

- (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. Mejorar el **enfoque a la Facultad** de la implantación de la documentación del Sistema de Garantía Interno de la Calidad (SGIC), ahora mismo muy focalizado en el título.
- OM2. Favorecer la difusión de las actuaciones de la Facultad en un **informe a Centro/Dirección** donde se recojan de una manera unificada la principal información analizada y las decisiones tomadas.
- OM3. Mejorar la **participación sistemática del estudiantado** en los órganos de decisión de la Facultad.
- OM4. **Mejorar la tasa de respuesta** en algunos títulos, p.e. MU Energías Renovables, de la encuesta de satisfacción con el profesorado/asignatura.
- OM5. **Reducir el tiempo de conservación** de la **documentación** del SGIC. Ahora aparece indefinido, lo que parece excesivo.
- OM6. La **integración** de los múltiples **sistemas de información** de que dispone la universidad.
- OM7. Mejorar la **interrelación entre los Servicios de apoyo** para mejorar la comunicación interna/externa, por ejemplo, agilizar/mejorar el tiempo de respuesta en la solución de las incidencias informáticas reportadas por Coordinación de Sistemas.
- OM8. Valorar **incluir instrucciones/protocolos en el PGC 14** relativos p.e. a las tareas de los asesores de admisión para evitar confusión entre la información comercial y la académica.
- OM9. El diseño e implantación de la **carta de servicios** para los servicios de apoyo de la Facultad y la definición de los compromisos de calidad.
- OM10. Mejorar el **informe de quejas y sugerencias** para que se pueda **analizar** fácilmente a nivel de **Centro**.
- OM11. **Buzón de quejas y sugerencias accesible a toda la comunidad universitaria** y no sólo dirigido a la comunicación de trámites administrativos del estudiantado en intranet; en la misma línea, ampliar actuación de la Defensora al resto de colectivos.
- OM12. Mejorar los **informes de resultados** que se publican en la **web** del título, que son documentos en formato pdf, pudiéndose mejorar su visualización (y se podrían realizar **más visuales**) con herramientas del tipo PowerBI.
- OM13. **Seguir mejorando el taller de trabajo** para el estudiantado en la medida de lo posible.
- OM14. Incluir en los documentos la imagen corporativa de la Universidad (**logo**) para la correcta identificación y la generación de la marca, como por ejemplo en los documentos de los planes de mejora.
- OM15. Analizar la **sobrecarga en la dirección del centro**, la información de esta situación no es conocida por los responsables de RR. HH.

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

- OM16. Valorar realizar un **procedimiento específico de auditorías internas**, aunque en el procedimiento PG16 Análisis, Medición de resultados y Mejora hay un apartado sobre las auditorías.
- OM17. **Revisar la instrucción** IPGC16.01 del Estudio de Compliance Académico con la normativa vigente y quitar las referencias a la Universidad Europea de Valencia.
- OM18. **Integrar los estudios de Compliance Académico en la sistemática de la gestión de las mejoras** derivadas del seguimiento externo de las titulaciones, convirtiéndolos en una herramienta de seguimiento interno que sirva de apoyo a las actividades de evaluación externa.

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

1. **Liderazgo equipo directivo de la Escuela tanto en la parte profesional y personal.**
1. La Escuela cuenta con un **Plan Estratégico** (2022-24).
2. Uso de una **Newsletter** por la dirección del centro como instrumento de comunicación.
3. **Cercanía e implicación del profesorado** de la Escuela.
4. La **alta satisfacción** por parte del **estudiantado** según se refleja en las encuestas de satisfacción.
5. La apuesta decidida de la Universidad por la **digitalización de los procesos** como se evidencia en el proceso de las prácticas externas que ya está implantado.
6. La alta **capacidad de Innovación de la Universidad**. Proceso de innovación 22/23.

Proceso de innovación títulos oficiales 22/23

Resumen

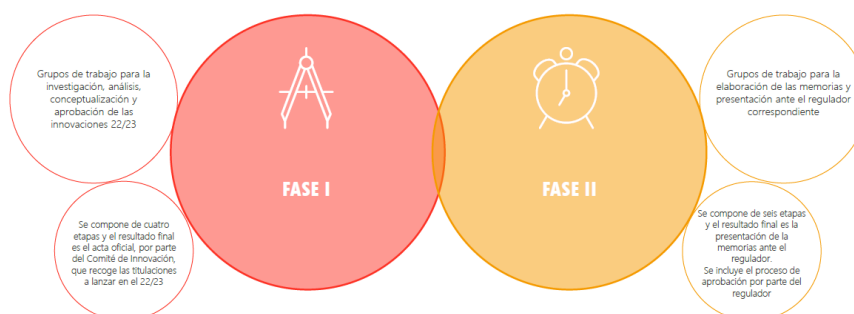
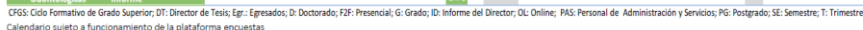


Imagen resumen del proceso de innovación

7. Documento **Excel con el seguimiento y control de indicadores**.
8. Documento **Criterios AUDIT para facilitar la trazabilidad y revisión por el equipo auditor**.
9. El diseño e implantación del PGC06/**ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**.

10. Cronograma con la planificación de los **estudios de satisfacción.**



12.El Centro de Recursos para el Aprendizaje e Investigación (**CRAI**) con un buscador de contenidos impresos y digitales disponibles.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Cristiana Pereira	Rectora
Juan Diego López Arquillo	Director Escuela de Arquitectura
Olga Castelao	Directora de Calidad
Ruth Guirola	Responsable de Calidad
Doali Rodríguez	Responsable de Calidad
Luis López de Ayala Merino	Estudiantado Grado en Fundamentos de la Arquitectura 5º curso
Ana de Ángel Martín	Estudiantado Grado en fundamentos en Fundamentos de la Arquitectura 1º curso
Débora Hernández	Estudiantado Grado en Fundamentos de la Arquitectura 3º curso
Evelin Serrano Santana	Estudiantado Máster en Arquitectura
Shiran Perera Mohamed	Estudiantado Máster en Energías Renovables
Ramón Rodríguez Fernández	Estudiantado Máster en Prevención de Riesgos Laborales
Sara Aurel Pardos	Estudiantado Máster en Prevención de Riesgos Laborales
Juan José Rodríguez	Director de Innovación de Títulos y Evaluación de Aprendizajes
Julián Mingo	Técnico de Innovación de Títulos y Evaluación de Aprendizajes
María Nieves Cañete	Directora de marketing
Idaira Hernández González	Técnico de marketing
Alejandra Álvarez García	Responsable de RRHH
Alejandro Pérez Urbizu	Responsable RRHH
Pedro Hernández González	Estudiantado Grado y Máster en Arquitectura
Jose Miguel Márquez Martinón	Estudiantado Máster en Energías Renovables
Jorge Heras Sánchez	Estudiantado Grado y Máster en Arquitectura
Victoria Rodríguez	Estudiantado Máster en Prevención de Riesgos Laborales



Fecha: 13/06/2022

Iballa Naranjo	Directora MU en Energías Renovables
Esther Ferrer	Directora MU en Prevención de Riesgos Laborales
Lina Rodríguez Feo	Egresado Grado en Fundamentos de la Arquitectura
Juan Luis Bermejo Gómez	Egresado Máster Universitario en Arquitectura
Ana Acebedo	Egresada Máster Universitario en Energías Renovables
Leticia Martín	Egresada Máster Universitario en Energías Renovables
Natalia García García	Egresada Máster Universitario en Energías Renovables
Ana Fornel Gutiérrez	Egresada Máster Universitario en Arquitectura
Natalia García García	Egresada Máster Universitario en Energías Renovables
María Toledo	Egresada Máster Universitario en Energías Renovables
Javier Dasdores	Egresada Máster Universitario en Energías Renovables
Natalia Mármol	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados Máster Universitario en Arquitectura
Cristo Hernández	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados Grado en Fundamentos de la Arquitectura
Manolo Lorenzo	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales
Gregory Mao	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados Máster Universitario en Energías Renovables
Natalia Martínez	Responsable de Medición y Análisis
Raquel Pereda	Responsable de Estudios de Satisfacción

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Natalia García García	Egresada M.U. Energías Renovables

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)

Una vez analizado el Plan de acciones de mejora de la Escuela de Arquitectura, se considera que con respecto a las no conformidades:

- nc1: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para finales de 2022. Algunas de las acciones ya realizadas.
- nc2: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para junio de 2022.
- nc3: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para el curso 2022-2023. Algunas de las acciones ya realizadas.
- nc4: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para septiembre de 2022.
- nc5: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para marzo de 2023.
- nc6: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para julio de 2022.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Con respecto a las oportunidades de mejora:

- OM1. Se realizará una revisión profunda del SAIC.
- OM2. Para favorecer la difusión de la información analizada del centro y las mejoras realizadas, se ha diseñado una plantilla de informe con el objetivo de su difusión no solo a través de la página web.
- OM3. Aunque el alumnado ya participa en las Comisiones de Calidad de Título, su participación se extenderá a la Comisión de Calidad del Centro (CCC).
- OM4. Durante la campaña de encuestas del segundo semestre una docente propuso a sus estudiantes que si conseguían una tasa de respuesta de al menos un 90% para sus asignaturas ampliaría el tiempo del examen final 10 minutos. Con esta propuesta la docente consiguió aumentar la tasa de respuesta de un 32% a un 91% en solo una semana. Se ha trasladado esta experiencia al resto del claustro para que puedan proponer medidas similares que puedan encajar en cada una de sus asignaturas.
- OM5. Se abordará la reducción del tiempo de conservación de los documentos a 3 años de forma general.
- OM6. Se está implantando un CRM.
- OM7. Con el objetivo de incorporar a los usuarios del sistema en el análisis de los informes y rendirles cuentas sobre su funcionamiento, se incorporarán los resultados del informe en la Comisión de Calidad del Centro de fin de curso.
- OM8. Para mejorar este procedimiento se definirá de forma más concisa las tareas del equipo de admisiones.
- OM9. Revisión global del SAIC concretando las funciones y participación de las áreas de servicios.
- OM10. Para facilitar su análisis por parte de las facultades el área de atención a estudiantes elaborará sus próximos informes detallando el centro de origen de las solicitudes.
- OM11. Se ha incorporado en la página web del centro un apartado dedicado a la calidad del centro, donde se ha incluido un buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones.
- OM12. Diseño de informes en Power BI.
- OM13. Seguir mejorando el taller de trabajo para el estudiantado.
- OM14. El logo se incorpora en la plantilla de los planes de mejora y cualquier otro documento de nueva creación.
- OM15. Se ha analizado la sobrecarga en la dirección del centro.
- OM16. Dentro de la revisión global del SAIC se incluye la creación de una instrucción técnica en el PGC16 Análisis, Medición de Resultados y Mejora de Auditoría Interna.
- OM17. Revisión de la instrucción IPGC16.01 del Estudio de Compliance Académico con la normativa vigente y quitar las referencias a la Universidad Europea de Valencia.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM18. Integrar resultados de los informes en la orden del día de las CCT y CCC en el plan de mejoras de las titulaciones y centro.

El PAM se considera justificado porque aporta soluciones:

- Estableciendo la participación de los grupos de interés y la responsabilidad de la dirección en la implantación del SAIC y la rendición de cuentas.
- Empoderando a las personas para participar y contribuir al logro de las iniciativas de mejora.
- Poniendo a disposición del SAIC los recursos necesarios.
- Estableciendo sistemas de reconocimiento para mejorar la eficacia y eficiencia del proceso de mejora.

Por todo ello, una vez revisado el plan de acciones de mejora y las acciones propuestas se consideran satisfactorias con un compromiso formal de resolución de las no conformidades, y que se han atendido las oportunidades de mejora, la valoración 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 Madrid, a 13/6/2022

Por el equipo auditor

D. Alberto A. Suárez
Auditor jefe