



PROGRAMA AUDIT. V 2024

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Alicante (UA)
Centro	Facultad de Ciencias
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. Se excluyen de esta auditoría los criterios voluntarios del programa: criterios 6, 7 y 8.
Fecha de la auditoría	30 de septiembre de 2024

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Juan José Tarí Guillo
Cargo	Director del Secretariado de Calidad de la Universidad de Alicante
Tfno. y correo	965903400 x 2537 / jj.tari@ua.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	José Antonio Yagüe Fabra	Institución	Universidad de Zaragoza
Auditors	Mª Pilar Castelao de Simón	Institución	Universidad Politécnica de Madrid
Aud. Formación	N/A	Institución	N/A

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

No se produjeron incidencias que reseñar durante el 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. 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			
1.7. 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: <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		Criterio AUDIT	
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		Criterio AUDIT	
9. Publicación de información sobre el desarrollo de actividades y programas	No Conf.	10. Mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
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	2
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	2
9.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos en la publicación y difusión de la información	1	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	
		10.8. Rendición de cuentas sobre los resultados de la aplicación del SAIC.	2
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 			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	9.5	Se observa que se ha realizado un importante esfuerzo para la integración en el SAIC del centro de indicadores previos existentes para el análisis del desarrollo de las titulaciones, así como de algunos nuevos referidos a propio desarrollo de procesos del centro (como los que se incluyen en el informe de rendimiento del centro). No obstante, también se evidencia que ciertos objetivos importantes del centro (como los que se muestran en el <u>Informe anual del centro CEN02</u>) no muestran indicadores de seguimiento de su cumplimiento adecuados, limitándose a un SÍ/NO. El cumplimiento de dichos objetivos, así como el seguimiento del mismo, debería sustentarse en indicadores y/o en evidencias claras que supongan una adecuada rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos.	nc
2	10.3 10.4 10.8	Se observa una insuficiente sistematización en el planteamiento, seguimiento y registro de las acciones de mejora surgidas en diferentes comisiones y a diferentes niveles del SAIC (centro, titulaciones, etc.) que dificulta su trazabilidad, el conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés y la rendición de cuentas sobre los resultados de la aplicación del SAIC. Además, se echan en falta algunas de las evidencias establecidas en los procedimientos que conforman el SAIC, como, por ejemplo, los informes de coordinación de asignatura y/o curso ('CEN15-16'), que no están disponibles. Aunque existe una sistemática de codificación y seguimiento de acciones de mejora en las acciones del centro (plasmada esencialmente en el <u>Informe anual del centro CEN02</u>), ésta no se aplica a todas las acciones de mejora, surgidas, por ejemplo, de los procesos de revisión de las titulaciones, entre otros. Incluso en aquellas acciones de las que sí se realiza seguimiento en el informe CEN02, no siempre resulta evidente saber qué ha ocurrido con algunas que dejan de aparecer sin indicar un claro motivo para ello. No existe, por ejemplo, un procedimiento específico relativo al establecimiento y seguimiento de acciones de mejora que facilite la trazabilidad de las mismas.	nc

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

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del 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: El centro ha puesto en marcha acciones para la **participación sistemática de grupos de interés externos** en la definición de objetivos de la calidad. En concreto, a través de la participación en la Comisión de Calidad del Centro. En la fecha de la auditoría, estas personas estaban en proceso de selección y aún no habían participado en ninguna reunión. Será objeto de seguimiento la implantación real de esta medida.

OM2: Aunque la UA cuenta con un plan estratégico, el centro no evidencia un planteamiento similar en sus propuestas de acción y objetivos a medio-largo plazo. El informe anual de centro CEN02 indica algunos objetivos a medio plazo, pero ni en ellos ni en la Política de Calidad del centro se observa una clara relación con la **estrategia** que se desea seguir a nivel de centro o de universidad. Se anima al Centro a que valore la realización de esta reflexión estratégica.

OM3: Tanto la UA como la Facultad han puesto en marcha una intensa campaña de información sobre las encuestas a realizar por agentes internos para animar a la participación. Sin embargo, no se evidencia un **conocimiento claro del Sistema de Calidad o de la Política de la Calidad** por parte de los estudiantes y de los profesores no participantes en comisiones. En algunos casos confunden el SAIC con la Política de la Calidad o los relacionan solamente con la realización de encuestas. Se anima al Centro a mejorar su campaña de información incluyendo detalles sobre estos puntos.

OM4: Los **objetivos y el plan de mejora** del centro se realizan tras el informe final de las titulaciones, lo cual ocurre hacia mitad del curso posterior. Ello provoca, por ejemplo, que los últimos objetivos aprobados y publicados en la web (CEN21) en la fecha de la auditoría sean los del curso 2023-2024 y no los del curso actual. El Centro y la Universidad tienen una **oportunidad de mejora de este calendario**, para que el plan de mejora pueda estar más actualizado.

OM5: Tanto la Facultad como la Universidad tienen una oportunidad de mejora en el **aumento de la tasa de respuesta a encuestas** de los grupos de interés internos, pero también en recoger la **satisfacción** de algunos de los que actualmente es muy limitada. En especial **de los egresados y los empleadores**, de los que se disponen pocos datos de satisfacción y limitados, fundamentalmente, a los tutores de empresa en prácticas externas. Al respecto, durante la visita de auditoría los empleadores indicaron que no siempre les resulta sencillo acceder a las encuestas (mediante identificación en UA Cloud), por lo que facilitar dicho acceso sería una opción a valorar por la UA o el centro.

OM6: La **encuesta de clima laboral** de la UA tiene prevista una periodicidad bienal, pero la última disponible es la correspondiente al año 2020. Ni la de 2022 ni la de 2024 se han realizado, ya que dicha encuesta depende de Gerencia y necesita un acuerdo con el servicio de prevención y el comité de seguridad y salud. Se anima a la UA a que se pongan los medios para el cumplimiento en la realización de dicha encuesta de clima laboral.

OM7: La Facultad cuenta con un elevado número de convenios de intercambio para **movilidad en algunas titulaciones**, pero se hace un uso escaso de ellos: entre 50 y 70 estudiantes salen y entre 50 y 70 entran, para un total en unos 2500 estudiantes. En ciertas titulaciones, como Ciencias del Mar y Biología, la auditoría ha puesto de manifiesto que los estudiantes de ambas entran en competición por los destinos, por lo que tal vez sería necesario que se incrementase el número de convenios en estos casos. Se anima a la Facultad a que estudie posibles acciones de mejora para que los estudiantes puedan sacar un mayor partido a las opciones de movilidad.

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

OM8: La visita realizada por el panel evaluador y las entrevistas realizadas en ella pusieron de manifiesto **algunos elementos relacionados con la organización de la docencia** que pueden ser susceptibles de mejora. Dos ejemplos: uno, las salidas de campo de larga distancia no tienen un reconocimiento diferenciado en el P.O.D., lo que dificulta su adecuada realización; y dos: algunos egresados, tras sus primeros años de práctica laboral, han observado que ciertos equipamientos o técnicas que utilizaron en sus estudios en la facultad se encuentran desfasados y habrían agradecido una mayor actualización de los mismos. Se indican aquí estas consideraciones para que el centro valore la idoneidad o no de establecer mejoras al respecto.

OM9: La facultad, en coordinación con la UA, realizan un esfuerzo de coherencia y transparencia en la visibilización de la información a través de sus páginas web, intentando mejorar el acceso intuitivo a la documentación. Sin embargo, no se observan medidas de **rendimiento de cuentas a agentes externos** más proactivas (mediante, por ejemplo, el envío a los mismos de información que el centro considere de especial importancia para ellos). Se anima al centro a que valore la conveniencia de esta mayor proactividad en el rendimiento de cuentas a agentes externos.

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

1. Se evidencia un **fuerte compromiso con la calidad y la mejora continua** por parte del equipo directivo de la universidad y del centro, así como del personal de administración y del profesorado, como se muestra, entre otros aspectos, en la estructura y enfoque del Informe anual del centro CEN02, o a nivel de institución, en la sistemática seguida en el seguimiento y mejora de las titulaciones (reuniones de las comisiones de semestre y traslado de acciones de mejora concretas, etc.).
2. Diversos grupos de interés han evidenciado la **agilidad de los procesos administrativos** relacionados con ellos. Dos ejemplos: uno, la gestión de prácticas externas resulta fácil y rápida para estudiantes y para empresas empleadoras; y dos, el estudiantado manifiesta que la Secretaría cumple su compromiso de respuesta en menos de 48h laborales.
3. Las **comisiones relacionadas con la calidad demuestran un funcionamiento ágil y con participación y compromiso** de las personas que las componen, proponiendo acciones de mejora que se tienen en cuenta por parte de los agentes correspondientes a su puesta en marcha. Son de destacar **las comisiones de semestre**, en las que los estudiantes encuentran un foro especialmente útil para hacer llegar las necesidades de mejora que encuentran en sus titulaciones.
4. Desde el centro y desde la UA se han puesto en marcha **acciones que permiten corregir problemas importantes detectados en procesos de evaluación anteriores**, Dos ejemplos: uno, la participación de agentes externos en los procesos de toma de decisiones relacionadas con la calidad del centro (participación en la CCC); y dos, la puesta en marcha de diversas iniciativas para la promoción de las salidas profesionales (como el portal de salidas profesionales del centro de empleo de la UA).
5. Tanto el **PDI** como el **PTGAS** evidencian (tanto en los resultados de las encuestas, como en el desarrollo de la visita de auditoría) una elevada **satisfacción con la formación** que les ofrece la UA

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

(especialmente desde el ICE), así como con la posibilidad de que ellos mismos puedan solicitar cursos sobre temas que resulten interesantes para el desarrollo de su actividad.

6. Se evidencia que el centro utiliza diversos medios para aumentar la eficacia de la **comunicación interna**, especialmente con el estudiantado. Este considera especialmente valorables y eficaces el uso de los anuncios en UA Cloud y la app de la UA para recibir información desde el centro.
7. Se realizan de manera sistemática **acciones de acercamiento a la sociedad y de fomento de vocaciones** (ciclo CON*CIENCIAS, actividades del día de San Alberto Magno, etc.), especialmente interesantes en titulaciones que tienen menores índices de matriculación (por ejemplo, el Grado en Geología) o que presentaban mayores oportunidades de mejora en procesos de evaluación previos (por ejemplo, el Grado en Gastronomía y Artes Culinarias).
8. La Facultad ha realizado un **esfuerzo de transparencia y claridad en la información pública a través de su web en el apartado de Calidad**, incluyendo, por ejemplo, una clara visibilización del lugar en el que hacer llegar quejas o sugerencias, etc. Ese esfuerzo también se evidencia en la información en la web de la Universidad relativa a la oferta formativa, que es accesible y cuenta con diferentes herramientas (videos, folletos, etc.).

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

Esta es la auditoría inicial de implantación del SAIC del centro, por lo que, referido a este aspecto, no existen auditorías externas formales previas.

No obstante, el centro realizó una auditoría interna previa y se evidencia que se están implantando y se está realizando el seguimiento de las acciones de mejora surgidas de ella.

Asimismo, el SAIC del centro experimentó un proceso de pre-auditoría externa por parte de ANECA en febrero de 2024. El informe de dicha pre-auditoría mostró diversas no conformidades y recomendaciones de mejora. A partir de él el centro ha realizado un plan de mejoras y se evidencia que se están implantando de acuerdo al calendario previsto y se está realizando el seguimiento de las acciones de mejora propuestas en dicho plan.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

CARGO/ OCUPACIÓN
Vicerrector de Estudios, Calidad y Lenguas de la UA
Decana de la Facultad de Ciencias
Director del Secretariado de Calidad de la UA
Directora de la Unidad Técnica de Calidad (UTC) de la UA
Vicedecano de calidad de la Facultad y Coordinador Académico del Grado en Ciencias del Mar
Secretaria de Facultad
Vicedecano de Estudios de la Facultad
Subdirector Unidad Técnica de Calidad de la UA
Vicedecano de Estudios de la Facultad
Coordinadora Académica del Grado en Matemáticas
Coordinador Académico del Grado en Física
Vicedecana de Responsabilidad Social e Igualdad de la Facultad y Coordinadora Académica del Grado en Biología
Vicedecano de Transferencia y Proyección Social de la Facultad y Coordinador Académico del Grado en Geología
Coordinadora Académica del Grado en Gastronomía y Artes Culinarias
Coordinadora Académica de Postgrado de la Facultad
Coordinador Académico de Movilidad de la Facultad
Coordinador Académico de Comunicación e Innovación Docente de la Facultad
Gestora de Movilidad y Prácticas Externas de la Facultad
Subdirectora del Servicio de Relaciones Internacionales de la UA
Director del Servicio de Información de la UA
Subdirectora del Servicio de Prácticas, Empleo y Emprendimiento de la UA

Vicedecana de Prácticas Externas de la Facultad y Coordinadora Académica del Grado en Óptica y Optometría

Vicedecana de Estudiantes y Empleabilidad de la Facultad y Coordinadora Académica del Grado en Química

Coordinadora del PAT de la Facultad

Gestora Jefe de la Facultad

Administradora de Centro de la Facultad

Gestora Jefe de la Facultad

Gestora Jefe de la Facultad

Responsable Laboratorios Ciencias

Director Biblioteca Ciencias

Profesor Titular (Dpto. Física Aplicada)

Profesor Titular (Dpto. Ciencias del Mar y Biología Aplicada)

Catedrático (Dpto. Química Orgánica)

Profesora Titular (Dpto. Bioquímica y Biología Molecular y Edafología y Química Agrícola)

Profesora Titular (Dpto. Matemáticas)

Profesor Titular (Dpto. Ciencias de la Tierra y del Medio Ambiente)

Profesor Asociado (Dpto. Física Aplicada)

Estudiante de Grado en Física y Matemáticas. Vicepresidente Delegación Estudiantes

Estudiante de Grado en Matemáticas

Estudiante de Grado en Óptica y Optometría

Estudiante de Grado en Química

Estudiante de Grado en Ciencias del Mar

Estudiante de Máster en Cálculo y Modelización Científica

Estudiante de Máster en Química Ambiental y Sostenible

Egresada del Grado en Matemáticas

Egresado del Grado en Física



Egresada del Grado en Gastronomía y Artes Culinarias
Egresado del Grado en Ciencias del Mar
Egresado del Grado en Química
Egresada del Máster en Química Ambiental y Sostenible
Egresada del Máster en Biotecnología para la Salud y la Sostenibilidad
Egresada del Máster en Conservación de la Biodiversidad y Restauración del Medio
Empleador del Instituto de Ecología Litoral
Empleadora del Restaurante Dársena
Empleadora de la empresa Greene Enterprise
Empleador de la empresa EMXYS

EXCUSADOS

CARGO/ OCUPACIÓN
Estudiante del Grado en Biología
Empleadora de la Clínica Oftalmológica Dr. Soler
Empleador de la empresa Bioarray

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)

Se observa que el centro ha hecho un gran esfuerzo en su Plan de Acciones de Mejora (PAM) por responder a las no conformidades y oportunidades de mejora planteadas en los informes de auditoría. En todo caso, el resultado de algunas de las acciones correctivas planteadas deberá comprobarse en posteriores auditorías. De manera general las acciones propuestas, los responsables, plazos e indicadores planteados son coherentes y adecuados.

Se valoran a continuación las diferentes acciones de mejora:

- No conf. 1 (nc): las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, permitirán la eliminación de esta no conformidad. Se observa la necesidad de que el seguimiento y cumplimiento de los objetivos clave del centro esté respaldado por indicadores claros y/o evidencias concretas que permitan una rendición de cuentas adecuada sobre los resultados alcanzados. Para abordar este aspecto, el centro ha implementado dentro de su PAM mejoras en su documentación. El siguiente paso, a evaluar en posteriores auditorías, debería consistir en poner en práctica la versión 04 del procedimiento PR03 REVISIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA DEL SISTEMA DE CALIDAD, incorporando el uso de códigos y evidencias que justifiquen el grado de cumplimiento de las acciones de mejora, de acuerdo con la Guía de elaboración del informe de centro y del plan de mejora (v_03-octubre 2024).
- No conf. 2 (nc): las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, permitirán la eliminación de esta no conformidad. Para resolver las deficiencias indicadas en esta nc, el centro, como parte de su PAM, ha introducido mejoras en su documentación. El siguiente paso, a evaluar en posteriores auditorías, debería consistir en implementar las actualizaciones incluidas en la versión 03 del procedimiento PC01 DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DE LAS ENSEÑANZAS, siguiendo las orientaciones de la Guía de elaboración del plan de acciones de mejora de la titulación (v_02-octubre 2024). Además, se requiere intensificar los esfuerzos para garantizar la recopilación completa de todas las evidencias previstas en los procedimientos establecidos.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

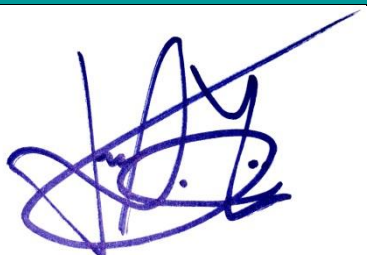
- OM1: las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, se consideran adecuadas para el cumplimiento de esta OM.
- OM2: las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, se consideran adecuadas para el cumplimiento de esta OM.
- OM3: las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, mejorarán lo relativo a esta OM. Sería recomendable que el centro pudiera establecer acciones para mejorar el conocimiento del Sistema más allá del envío de comunicaciones a su estudiantado, PDI y PTGAS con información del Sistema de Calidad.
- OM4: las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, se consideran adecuadas para el cumplimiento de esta OM.
- OM5: las acciones propuestas en el PAM respecto a esta OM no parecen abordar en profundidad el hecho de la baja tasa de respuesta en algunas encuestas. Se anima al centro a plantear acciones de mejora adicionales que puedan resolver con mayor eficacia la situación descrita en esta OM.
- OM6: las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, se consideran adecuadas para el cumplimiento de esta OM.
- OM7: las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, mejorarán lo relativo a esta OM. Sería necesario hacer un seguimiento a lo largo de varios cursos, para conocer el impacto real de los nuevos convenios de intercambio que propone la acción de mejora indicada en el PAM.
- OM8: las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, se consideran adecuadas para el cumplimiento de esta OM.
- OM9: las acciones propuestas, una vez implantadas completamente, se consideran adecuadas para el cumplimiento de esta OM.

Es de agradecer que los PAM incluyan algunos de los documentos ya modificados y que se hayan señalado las modificaciones concretas en los mismos, lo que ha facilitado mucho la revisión.

- (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 21 de noviembre de 2024

POR EL EQUIPO AUDITOR



D. José Antonio Yagüe Fabra
Cargo: Auditor Jefe