



## PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL. V 2022

### INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

#### DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir
Centro	Facultad de Veterinaria y Ciencias Experimentales
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los títulos oficiales (grados y másteres) impartidos en el Centro.
Fecha de la auditoría	9 de noviembre de 2023

#### TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

#### REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Dolores Cejalvo Lapeña
Cargo	Directora de la Oficina de Calidad Académica
Tfno. y correo	630918592; dolores.cejalvo@ucv.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	Antonio Rouco Yáñez	Institución	U. de Murcia
Auditor	Sergio Miranda Castañeda	Institución	UNIR
Aud. Formación		Institución	

#### INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló de forma presencial en dependencias del propio centro auditado.

La Universidad solicitó la Auditoría excluyendo los criterios 6, 7 y 8, preguntados por el motivo de la exclusión alegan lo siguiente:

*El pasado 6 de junio de 2023, el Rector de la Universidad Católica de Valencia solicitó la Certificación de la Implantación del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad de los centros: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, Facultad de Psicología y Facultad de Veterinaria y Ciencias Experimentales, con la*

**INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA**

*exclusión de los criterios 6, 7 y 8 en su alcance, de acuerdo a lo establecido en la "Guía de acompañamiento AUDIT Internacional".*

*En esta guía se indica que, la ANECA contempla como norma general dos niveles en la realización de las auditorías en función del alcance que se desea obtener:*

- Certificado AUDIT Internacional completo (que incluye los 10 criterios en su alcance y que es obligatorio para los centros con estudios de doctorado) o*
- Certificado AUDIT Internacional restringido (que tiene como alcance mínimo los criterios 1, 2, 3, 4, 5, 9 y 10).*

*Los motivos por los que se solicita el Certificado AUDIT Internacional restringido son:*

*1) Todos los centros universitarios solicitantes imparten enseñanzas de grado y máster que constituyen las enseñanzas a las que es de aplicación el SAIC. Los estudios de doctorado de la UCV dependen de la Escuela de Doctorado, que a su vez depende del Vicerrectorado de Investigación.*

*2) El desarrollo de los criterios 6, 7 y 8 se realiza a través de órganos transversales a todos los centros de la UCV. En particular:*

*· El órgano responsable de las directrices 6.1 a 6.7 del Criterio 6: I+D y transferencia del conocimiento, es el Vicerrectorado de Investigación de la UCV, sin detrimento de la participación activa de los centros y su personal en el desarrollo y ejecución de actividades de I+D. En los centros, si bien se realiza y se promueve la investigación, no disponen de una estructura organizativa que defina la política, objetivos y líneas de I+D+i. La política estratégica en materia de investigación la define el Vicerrectorado de investigación.*

*· Los órganos responsables del cumplimiento del Criterio 7: Vinculación con el medio son el Vicerrectorado de Estudiantes y Vida Universitaria y Vicerrectorado de Estrategia, Desarrollo sostenible e Internacionalización. El primero, como responsable de las acciones de extensión universitaria y proyección social recogidos en las directrices 7.1 a 7.7 de este criterio, en el que pueden participar el personal de los centros. Y el segundo, como responsable de los Objetivos de Desarrollo Sostenible vinculados a Agenda 2030.*

*· El órgano responsable de las directrices 8.1 a 8.7 del Criterio 8: Dimensión externa de la IES, es el Vicerrectorado de Estrategia, Desarrollo sostenible e Internacionalización, sin perjuicio de la participación activa de los centros y su personal en el desarrollo y ejecución de actividades académicas o de investigación en un contexto nacional o internacional.*

*3) Finalmente, a día de hoy los procedimientos que concretan y reflejan estos tres criterios no están plenamente definidos y/o integrados en el mapa de procesos del SAIC de cada uno de los centros. Si bien se contempla su integración en un plazo inferior a 5 años.*

**RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ**

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

Criterio AUDIT Internacional		Criterio AUDIT Internacional	
1. Política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Orientación de las enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad	4	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	2
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	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	
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas</li> <li>Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices</li> </ul>			

Criterio AUDIT Internacional		Criterio AUDIT Internacional	
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	3	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	
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas</li> <li>Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices</li> </ul>			



# **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA Y CIENCIAS EXPERIMENTALES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA**

Versión: 0.3

Criterio AUDIT Internacional		Criterio AUDIT Internacional	
9. Publicación de información sobre el desarrollo de actividades y programas	No Conf.	10. Mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
9.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades		10.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC y de su documentación de soporte	
9.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos		10.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
9.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.		10.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción de los procesos del Centro	
9.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés		10.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
9.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos en la publicación y difusión de la información		10.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
		10.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	4
		10.7. Evaluación externa periódica del SAIC	
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas</li> <li>Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices</li> </ul>			

**DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES**

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad  2.2 Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales	En este momento no existe un Plan Estratégico como tal, ya que finalizó el anterior en el curso 2022-2023, y no ha sido sustituido por el siguiente, por lo que no se puede saber si el plan de estudios está alineado estratégicamente o no con las necesidades detectadas en la sociedad, y en el caso de que no lo esté, si se está corrigiendo la anomalía. Esto también impacta en la revisión de la Política y objetivos de calidad del centro. El PSAIC-01 "Elaboración y revisión de la Política y los objetivos de calidad" dispone que la Política y Objetivos de Calidad deben guardar coherencia con los objetivos del Plan estratégico de la UCV y de la Facultad. <b>REVOCADA.</b>	nc
2	3.4 Mecanismos para el desarrollo, revisión y mejora de los procesos relacionados, y participación de los grupos de interés	No está muy clara la participación de los diferentes grupos de interés en el desarrollo, revisión y mejora de los procesos relacionados con la orientación de las enseñanzas a los estudiantes. Todos ellos declaran tener conocimiento, pero no están claros los mecanismos de participación activa. <b>REVOCADA</b>	nc
3	5.1 Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS	Así como la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PDI está muy clara, sobre el PAS es bastante confusa, no hay una política clara sobre el desempeño y su valoración, tampoco está clara la política de formación del personal. Se debería desarrollar en mayor medida y plasmar todo ello en un documento. <b>SE MANTIENE</b>	nc
4	10.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	No está claro cómo se desarrolla el procedimiento de auditorías internas, ni para que sirven. No está convenientemente protocolizado. Además, es necesario plasmar cómo y cuándo se cumple el requisito de que los auditores cumplen con la formación de auditor AUDIT. Y evidenciar que se cumple con lo establecido en los requisitos anteriores. <b>SE MANTIENE</b>	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. ~~Revisar la Política de Calidad en el Manual SAIC para actualizarlo conforme a la actual legislación (RD y LOSU) y modelo de AUDIT Internacional. Tampoco hace relación a la difusión por grupos de interés externos. Realizar revisiones que no se limiten a una mera cuestión formal que repite la política curso tras curso. Se recomienda valorar la inclusión de aspectos como la gestión integral de riesgos y desastres y adaptación al cambio climático.~~ **REVOCADA**

OM2. Los objetivos de Calidad son genéricos y no se demuestra que estén relacionados con los objetivos específicos del centro, El Centro debe de hacer un esfuerzo para relacionar los objetivos más genéricos con los suyos específicos. **SE MANTIENE**

OM3. ~~En el apartado de Calidad de la página Web institucional de la Universidad se hace referencia a la norma UNE-EN ISO 9001:2015. Se recomienda ampliar la información indicando fechas e información sobre su seguimiento. Además se debe valorar la posibilidad de informar en la web de Calidad de los centros que han recibido el informe de diseño positivo.~~ **REVOCADA**

OM4. Sede de la Facultad, se ha quedado pequeña para albergar a todos los estudiantes y títulos. Urge que se ponga en marcha el proyecto de futura ampliación con una sede cercana para Veterinaria. En cuestión de Infraestructuras, también en Veterinaria urge la puesta en marcha del Hospital de Équidos, ya proyectado. Asimismo, en Veterinaria, sería conveniente la ampliación de la Granja Docente, faltan algunas especies como caprino. **SE MANTIENE**

OM5. Se debe de reforzar y mejorar la coordinación de los programas conjuntos. **SE MANTIENE**

OM6. En la revisión de la documentación y durante las entrevistas se ha evidenciado un muy bajo índice de contestación a las encuestas, tanto del alumnado (este se queja de que no hay feed-back con sus respuestas), como del profesorado (en muchos casos no superan el 25%). Ello va en detrimento del análisis y las conclusiones que se puedan sacar y hace que la herramienta no sirva al fin para el que fue diseñada. Por tanto, es importante elevar el índice de respuestas. En estas circunstancias algunos ítem presentan puntuaciones bajas. Las escalas de las encuestas no son uniformes (4, 5 ó 6). No está claro si se analizan los resultados, ni si se incorporan mejoras, sobre todo al PDI y al PAS. Se recomienda valorar los aspectos anteriormente citados. **SE MANTIENE**

OM7. ~~Las Comisiones de Calidad, de Título y de Seguimiento del Título parece que tengan funciones parecidas, sería conveniente aclararlo y protocolizarlo convenientemente. Mientras la Comisión de Calidad se reúne tres veces al año, las que marca el Manual, para la de Seguimiento de Título también cumple, salvo el Máster en Gestión Integrada (sólo hemos encontrado un acta de febrero de 2023), cuando el número de reuniones debería de ser mayor.~~ **REVOCADA**

OM8. ~~De acuerdo con lo establecido con el criterio 2.3 del AUDIT Internacional, el Centro debería de establecer mecanismos que regulen el proceso de toma de decisiones respecto a la oferta formativa. Ahora mismo se hace, pero entendemos que no está suficientemente protocolizado en el Manual.~~ **REVOCADA**

OM9. El alumnado expone varias acciones que deben ser valoradas como oportunidades de mejora:

- Escasez de espacios comunes de socialización.
- Poca aplicación teórico-práctica en empresas.

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

- En el Grado en Biotecnología, a pesar de que se hacen sondeos antes de iniciar el curso, no existe una oferta mínima que cubra la optatividad en los itinerarios agroalimentario y medioambiental.

**SE MANTIENE**

OM10. El profesorado comenta que el Claustro es limitado y que los profesores están algo sobrecargados en docencia. También comentan que DOCENTIA se retrasó un año. Se recomienda aplicar un plan de acción para evaluar a los profesores que no pudieron ser evaluados. **SE MANTIENE**

OM11. El PAS comenta que, a pesar de estar contemplado en el Plan Estratégico 2018-2022, no se ha desarrollado la Carrera Profesional, ni evaluación del desempeño en el puesto de trabajo. Otros aspectos que deben ser mejorados son:

- Movilidad en el puesto de trabajo.
- Trabajo por objetivos.
- Formación en algunos aspectos como informática.

**SE MANTIENE**

OM12. Los egresados opinan que se deben mejorar aspectos del currículo de Ciencias del Mar, para contemplar cuestiones ingenieriles. **SE MANTIENE**

OM13. Se recomienda recoger y detallar en mayor medida en la documentación del SAIC la sistemática para disponer de un sistema que le permita al centro o universidad, recoger, valorar y utilizar toda la información sobre las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes del Centro, de acuerdo con su diversidad y con objeto de diseñar, aplicar y establecer acciones de mejora periódica en materia de: (1) Balance y nivelación entre el perfil de ingreso requerido vs perfil de egreso aportado, (2) Ofrecimiento de un canal de vinculación personal/profesional con las personas egresadas (Alumni). **SE MANTIENE**

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

1. La Dirección del Centro, profesorado y personal de apoyo está muy motivado.
2. Ciertas infraestructuras del Centro: laboratorios, Hospital de Pequeños Animales son muy adecuadas para la docencia que se imparte.
3. Los diferentes grupos de interés, sin excepciones, manifiestan su satisfacción con la docencia impartida en el Centro.
4. El alumnado manifiesta su satisfacción ante el trato personalizado y cercanía del profesorado.
5. Los tutores externos y empleadores destacan la gestión del Centro que agiliza y hace muy sencillo su trabajo. Destacan también la actitud del alumnado.
6. Los egresados, destacan la atención personalizada, y opinan que los currículos van mejorando y adaptándose a la realidad profesional.
7. El Centro tiene un buen sistema de becas propio que premian el talento.



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

8. El Centro tiene un muy adecuado repositorio documental en abierto.
9. El Centro, con ayuda de la Universidad apoya decididamente la investigación.

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

No procede.

**PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR**

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Luis Esteban Maicas.	Vicerrector de Ordenación Académica
Ana María Blázquez.	Decana
Antonio Calvo.	Decano Adjunto
María Jesús Domínguez.	Secretaria Académica
Mónica Díez.	Vicedecana
Carla Ibáñez.	Vicedecana
Alicia Pérez.	Equipo de Dirección de AIDIMME
Dolores Cejalvo Lapeña.	Directora de la Oficina de Calidad
Carolina Padrón Sanz.	Coordinadora de Calidad Académica de la Oficina de Calidad
Pascual Juan.	Estudiante de Grado
María Caballer.	Estudiante de Grado
Joan Ortiz.	Estudiante de Grado
Luiggi Wahnnon.	Estudiante de Grado
Alba Moltó.	Estudiante de Doble Grado
Raquel Tomey.	Estudiante de Doble Grado
Joel Sendra.	Estudiante de Doble Grado
Sandra Alabau Dasi.	Estudiante de Máster
Isabel Belmar.	Representante del PAS
Candela Machuca.	PAS. Técnico de Gestión en I+D+I
María Carmen Fuentes.	PAS. Técnico de Marketing, Relaciones Institucionales y Prácticas
Juan Ignacio Balaguer.	PAS. Técnico IMEDMAR
Melania Diaz.	PAS. EU-CONEXUS Master Officer JMPMB



Beatriz Salesa.	PAS. Técnico de Laboratorio
Susa Terol.	PAS. Secretaría
David Frontera.	PAS. Técnico de Mantenimiento Informático
Mario Zacarés.	Profesor. Director de Departamento y Coordinador de Módulo
Jorge Juan.	Profesor y Coordinador
Javier Torres.	Profesor y Coordinador
Tania García.	Profesora y Coordinadora
Ana de Luis.	Profesora
Miguel Martí.	Profesor. Director de Departamento y Coordinador de Módulo
José Sansano.	Profesor. Director de Departamento
Iván Serra.	Profesor. Director de Departamento y Responsable de Servicio del Hospital
Javier Ariño.	Profesor
Samuel Félix.	Profesor
Carme Soler.	Profesora. Directora del Hospital
José Antonio López.	Tutor Externo y Empleador
María Ángeles Tormo.	Tutora Externa y Empleadora
Borja Martínez-Clavel.	Tutor Externo y Empleador
Miguel Embuena.	Tutor Externo y Empleador
Luis Gómez.	Tutor Externo y Empleador
José Madolell.	Tutor Externo y Empleador
María José Roca.	Egresada de Grado
Paula Calderón.	Egresada de Grado
Sofía Briones.	Egresada de Grado
Rafael Garcés.	Egresado de Grado



Álvaro González.	Egresado de Doble Grado
Aureo Cutillas.	Egresado de Doble Grado
Sama Sweis.	Egresada de Grado
Lucas Arnold.	Egresado de Grado
Karen Janine Moncayo Vallejo.	Egresada de Máster
Yeimi Xiomara Romero.	Técnico de Calidad del Centro
Jara Sheyra García.	Representante de estudiantes en CGC
Joan Pau Plaza.	Representante de Máster en CGC
Jerónimo Chirivella.	Representante de Máster en CGC

#### **EXCUSADOS**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ OCUPACIÓN</b>
Ana Cerdá.	Estudiante de Grado
Ariadna Denia Moraga.	Estudiante de Máster

**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)**

Tras la lectura y análisis del PAM presentado por el Centro concluimos lo siguiente:

Respeto a la nc1. *En este momento no existe un Plan Estratégico como tal, ya que finalizó el anterior en el curso 2022-2023, y no ha sido sustituido por el siguiente, por lo que no se puede saber si el plan de estudios está alineado estratégicamente o no con las necesidades detectadas en la sociedad, y en el caso de que no lo esté, si se está corrigiendo la anomalía. Esto también impacta en la revisión de la Política y objetivos de calidad del centro. El PSAIC-01 "Elaboración y revisión de la Política y los objetivos de calidad" dispone que la Política y Objetivos de Calidad deben guardar coherencia con los objetivos del Plan estratégico de la UCV y de la Facultad.*

**Entendemos que el análisis de causas presentado en el PAM por la Facultad, así como las evidencias aportadas: "El Plan Estratégico de la Facultad está alineado con el Plan Estratégico de la Universidad. Este último ciertamente culminó en el curso académico 22-23 (momento en el que se iban a presentar los resultados a Consejo de Gobierno y la propuesta del nuevo Plan Estratégico) sin embargo, el equipo rectoral retrasó esta fecha a fin de poder recabar el visto bueno previo del recién nombrado arzobispo de Valencia y gran canciller de la UCV. Una vez recibido el visto bueno, los resultados del Plan Estratégico de la UCV fueron presentados en Consejo de Gobierno el 29 de septiembre de 2023. Posteriormente, el 1 de diciembre de 2023, se ha presentado el nuevo Plan Estratégico de la UCV en Consejo de Gobierno y finalmente se ha aprobado por Patronato el 13 de diciembre de 2023 (EVIDENCIA 1.nc1). Por lo que, a partir de este momento, se va a comenzar con el desarrollo del Plan Estratégico a nivel de Facultad", así como las evidencias aportadas, darán como consecuencia la subsanación de la nc1 a lo largo del curso 2023-24. Por todo ello la nc1 debería de ser revocada.**

Respeto a la nc2 *No está muy clara la participación de los diferentes grupos de interés en el desarrollo, revisión y mejora de los procesos relacionados con la orientación de las enseñanzas a los estudiantes. Todos ellos declaran tener conocimiento, pero no están claros los mecanismos de participación activa.*

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

En el análisis presentado en el PAM respecto a la nc2: “La participación de los grupos de interés, aunque ya se encontraba definida en el manual de calidad en el capítulo 1, no quedaba claramente especificada la participación activa de alguno de ellos como los estudiantes y empleadores. Los grupos de interés definidos (estudiantes, profesorado, egresados, empleadores, PAS, sociedad) participan en diferentes comisiones tales como (Comisión de Verificación, Comisión de Seguimiento del Título, Comisión de Calidad, Comisión de Coordinación, Comisión de Prácticas, etc.), recopilando información del grupo al que se representa y trasladando dicha información en las diferentes comisiones. Posteriormente, los acuerdos alcanzados en las comisiones son comunicados a los grupos de interés a través de sus representantes”, se describen las acciones de mejora, de algunas de ellas todavía no tenemos evidencia de su puesta en marcha, aunque la fecha prevista para ello es febrero de 2024, dada su proximidad se puede considerar la nc resuelta, **se debe revocar la nc2**.

*Respeto a la nc3. Así como la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PDI está muy clara, sobre el PAS es bastante confusa, no hay una política clara sobre el desempeño y su valoración, tampoco está clara la política de formación del personal. Se debería desarrollar en mayor medida y plasmar todo ello en un documento.*

En el análisis presentado en el PAM respecto a la nc3. En el Plan Estratégico 19-23 estaba contemplada la elaboración de una política sobre el desempeño y valoración del PAS por parte del Departamento de Recursos Humanos, pero no se pudo completar por dar prioridad a otras líneas dentro de eje estratégico. Lo que sí se ha podido realizar es un estudio de satisfacción del clima laboral, tras el cual se ha visto cómo actuar. Estos resultados se presentaron a toda la comunidad universitaria en fecha XXX (Evidencia documental X). En dicho documento se plasman además las propuestas de actuación. “Esta no conformidad se debe a una serie de factores relativos al sistema de evaluación del desempeño vigente, dependiente del departamento de Dirección de Personas (Recursos Humanos):

- Sistema reactivo que se implementa mayoritariamente ante necesidades de cambio de puesto, categoría o revisión salarial.
- Falta de definición y actualización de los criterios de evaluación del desempeño.
- Ausencia de una herramienta adecuada para la gestión de un sistema de evaluación del desempeño.
- Falta de implicación de los supervisores en la evaluación del desempeño.

Que además guardan relación con los antecedentes descritos en el documento (EVIDENCIA 1.nc3 y EVIDENCIA 2.nc3) de la Directora de Personas. Todo ello ha sido trasladado al nuevo Plan estratégico 23-26 (eje estratégico 07 y en concreto Objetivo de nivel 1: “Mejorar la experiencia del empleado en toda su trayectoria profesional” y Objetivo de nivel 2: “Fomentar el desarrollo profesional de todos los empleados de la universidad a través de planes de carrera específicos para PDI y PAS”. (EVIDENCIA 3.nc3)”, está claro que la Universidad detecta una problemática que quiere subsanar y así lo plasma en el nuevo Plan Estratégico donde aparecen líneas estratégicas que deben de ser desarrolladas, mientras ello no suceda **se debe de mantener la nc3**.

*Respecto a la nc4. No está claro cómo se desarrolla el procedimiento de auditorías internas, ni para qué sirven. No está convenientemente protocolizado. Además, es necesario plasmar cómo y cuándo se cumple el requisito de que los auditores cumplen con la formación de auditor AUDIT. Y evidenciar que se cumple con lo establecido en los requisitos anteriores.*

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

En el análisis presentado en el PAM respecto a la nc4. "Se constata que en el procedimiento de calidad PSAIC-09 "Auditorías internas", falta una mayor claridad en su descripción, no quedando lo suficientemente explicado los requisitos necesarios para ser auditores internos, así como la evidencia del cumplimiento de dichos requisitos", para ello en el PAM se plasman una serie de acciones, fundamentalmente documentales ya realizadas y corregidos los documentos, en todo caso se debería de contrastar con la realización de Auditorías Internas conformes a la nueva documentación, así una vez puestas en marcha traerán como consecuencia la resolución de la nc4, mientras **se debe de mantener la nc4**.

Respecto a la OM1. *Revisar la Política de Calidad en el Manual SAIC para actualizarlo conforme a la actual legislación (RD y LOSU) y modelo de AUDIT Internacional. Tampoco hace relación a la difusión por grupos de interés externos. Realizar revisiones que no se limiten a una mera cuestión formal que repite la política curso tras curso. Se recomienda valorar la inclusión de aspectos como la gestión integral de riesgos y desastres y adaptación al cambio climático.*

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM1. "Se habían realizado revisiones de la Política de Calidad, pero no se había realizado de una forma exhaustiva contemplando el RD 822/2021, la LOSU y el modelo de Audit Internacional", se dice además que se va a realizar una revisión rigurosa de la Política de Calidad para incluir los aspectos mencionados, y se nos presenta una nueva Política aprobada por la Comisión de Calidad y firmada por la Decana el 21/12/23, por ello, y una vez atendida esa Oportunidad de Mejora, la **OM1 debe de ser revocada**.

Respecto a la OM2. *Los objetivos de Calidad son genéricos y no se demuestra que estén relacionados con los objetivos específicos del centro. El Centro debe de hacer un esfuerzo para relacionar los objetivos más genéricos con los suyos específicos.*

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM2. "Los objetivos del Centro se habían especificado desglosando cada uno de ellos, en acciones concretas para su consecución, aunque la definición de dichos objetivos quedaba plasmada de una forma genérica". Asimismo, se dice que los objetivos del Centro para el curso 24/25, alineados con el Plan Estratégico de la Facultad se específicos se redactarán de forma más específica tratando de poner metas concretas, de forma que sean medibles, mientras todo ello no se plasma, la **OM2 se debe de mantener**.

Respecto a la OM3. *En el apartado de Calidad de la página Web institucional de la Universidad se hace referencia a la norma UNE-EN ISO 9001:2015. Se recomienda ampliar la información indicando fechas e información sobre su seguimiento. Además, se debe valorar la posibilidad de informar en la web de Calidad de los centros que han recibido el informe de diseño positivo.*

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM3, "El contenido de la página WEB en la que se incluye el certificado ISO 9001 de la UCV no estaba completo debido a una falta de seguimiento, puesto que la gestión de estos contenidos es externa al Centro, dependiendo en este caso del Departamento de Marketing de la Universidad". Se le ha pedido al Departamento de Marketing la subsanación de la OM3, y se ha REALIZADO, por ello la **OM3 debe de ser revocada**.

Respecto a la OM4. *La Sede de la Facultad, se ha quedado pequeña para albergar a todos los estudiantes y títulos. Urge que se ponga en marcha el proyecto de futura ampliación con una sede cercana para Veterinaria. En cuestión de Infraestructuras, también en Veterinaria urge la puesta en marcha del Hospital de Équidos, ya proyectado. Asimismo, en Veterinaria, sería conveniente la ampliación de la Granja Docente, faltan algunas especies como caprino.*

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM4. “Las nuevas instalaciones de la Universidad que nos permitirán mejorar los espacios se encuentran en desarrollo con fecha de finalización prevista para septiembre de 2024. En el caso de las especies que se albergan en la Granja, no se contemplaba el ganado caprino puesto que como modelo de pequeño rumiante se dispone de la especie ovina”. En las acciones a desarrollar se encuentra el traslado del Grado en Veterinaria a la nueva sede y la apertura del Hospital de Équidos, todo ello con fecha prevista en septiembre de 2024, entendemos que los proyectos van bien encaminados, sin embargo, **se debe de mantener la OM4.**

Respecto a la OM5. *Se debe de reforzar y mejorar la coordinación de los programas conjuntos.*

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM5. “A pesar de tener reuniones con alumnado del Plan Conjunto de Estudios Oficiales para solventar las posibles incidencias, en ocasiones se daba solución inmediata a las incidencias cuando estas habían ya ocurrido”. Entre las acciones a desarrollar se creará la figura permanente de representante del alumnado de la PCEO en la Facultad tras la aprobación del Vicerrectorado de Estudiantes y Vida Universitaria y realizar CST específicas para el PCEO. Todo ello está previsto para el curso 2024-2025, mientras se ponen en marcha **se debe de mantener la OM5.**

Respecto a la OM6. *En la revisión de la documentación y durante las entrevistas se ha evidenciado un muy bajo índice de contestación a las encuestas, tanto del alumnado (este se queja de que no hay feed-back con sus respuestas), como del profesorado (en muchos casos no superan el 25%). Ello va en detrimento del análisis y las conclusiones que se puedan sacar y hace que la herramienta no sirva al fin para el que fue diseñada. Por tanto, es importante elevar el índice de respuestas. En estas circunstancias algunos ítem presentan puntuaciones bajas. Las escalas de las encuestas no son uniformes (4, 5 ó 6). No está claro si se analizan los resultados, ni si se incorporan mejoras, sobre todo al PDI y al PAS. Se recomienda valorar los aspectos anteriormente citados.*

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM6. “A pesar de que se informa a los distintos grupos de interés de las fechas de inicio y finalización de las encuestas, hay algunos grupos que presentan índices bajos de respuesta. Así como en los últimos años se ha aumentado el porcentaje de respuesta a la encuesta de satisfacción de la actividad docente, la encuesta de satisfacción del alumnado y de egresados continúa requiriendo mejoras. Entre los posibles motivos están que el alumnado duda de que sean anónimas y no entienden la repercusión de los resultados. En cuanto al profesorado, se considera que la participación no es elevada debido a que, posiblemente, la difusión no es suficiente.

Por otra parte, es cierto que las escalas en diferentes encuestas son distintas (4 o 6). La única encuesta que tiene una escala de 6 es la encuesta de evaluación de la actividad docente que se pasa a los alumnos. Dicha encuesta, que es común en toda la Universidad, desde su comienzo está en escala 6, por lo que cambiar ahora de escala supondría un problema para ver tendencias y trazabilidad”.

Entre las acciones a llevar a cabo está el hecho de dar difusión a las encuestas y el análisis de la evolución de sus tasas de participación. Asimismo, consideran que no se deben unificar las escalas porque se perdería la posibilidad de comparación de los resultados entre cursos. En todo caso todo ello todavía no se ha implementado, se espera que pueda ser este curso, por ello, **la OM6 se debe de mantener.**

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

Respecto a la OM7. *Las Comisiones de Calidad, de Título y de Seguimiento del Título parece que tengan funciones parecidas, sería conveniente aclararlo y protocolizarlo convenientemente. Mientras la Comisión de Calidad se reúne más veces de las que marca el Manual, para la de Seguimiento de Título solo aparece un acta en los tres títulos: Psicología, Logopedia y Terapia Ocupacional, cuando el número de reuniones debería ser mayor.*

**En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM7. “Es cierto que los dos tipos de Comisiones analizan los indicadores y evidencias de la implantación del SAIC, una a nivel de título (Comisión de Seguimiento del Título) y la otra a nivel de Centro (Comisión de Calidad) y puede parecer que tienen funciones solapadas”.**

**Entre las acciones a desarrollar está el modificar la redacción del Manual de Calidad aclarando las funciones y periodicidad de las reuniones de dichas Comisiones, distinguiendo con mayor claridad sus funciones diferenciadas en cuanto a su alcance. Esta misma acción se ha acometido en la nueva redacción del PSAIC-02 Garantía de calidad de los programas formativos, estas acciones a desarrollar que ya están resueltas, por lo que **la OM7 debe de ser revocada.****

Respecto a la OM8. *De acuerdo con lo establecido con el criterio 2.3 del AUDIT Internacional, el Centro debería de establecer mecanismos que regulen el proceso de toma de decisiones respecto a la oferta formativa. Ahora mismo se hace, pero entendemos que no está suficientemente protocolizado en el Manual.*

**En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM8. “Es cierto que, aunque el proceso de toma de decisiones respecto a la oferta formativa se encuentra descrito en los procedimientos PI-01 y PI-02, no se encontraba suficientemente protocolizado en el propio Manual”. Dentro de las acciones a desarrollar está la modificación del propio manual ya realizado por lo que **la OM8 debe de ser revocada.****

Respecto a la OM9. *El alumnado expone varias acciones que deben ser valoradas como oportunidades de mejora:*

- Escasez de espacios comunes de socialización.
- Poca aplicación teórico-práctica en empresas.
- En el Grado en Biotecnología, a pesar de que se hacen sondeos antes de iniciar el curso, no existe una oferta mínima que cubra la optatividad en los itinerarios agroalimentario y medioambiental.

**En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM9. “Escasez de espacios: Debido al retraso en las obras del edificio que permitirá a la Facultad aumentar su disponibilidad de espacios, este curso, se ven algo limitados, aunque no impiden el normal funcionamiento del mismo.**

**Poca aplicación teórico-práctica en empresas: Algunos alumnos/as desconocen las posibilidades de hacer prácticas que tienen a lo largo de la Carrera, lo que hace que el alumnado no lo ponga en práctica.**

**Oferta de optatividad Biotecnología: - En el caso del itinerario agroalimentario sí existe dicha optatividad, puesto que un alumno tiene la oportunidad de cursar 4 optativas del itinerario (2 un año y 2 el siguiente). En relación al itinerario medioambiental nunca ha habido una demanda suficiente para ampliar la oferta.**

## JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Se pondrán en marcha acciones que, en todo caso, estarán disponibles en el segundo semestre o en el curso 2024-2025, por lo que **se debe de mantener la OM9**.

Respecto a la OM10. *El profesorado comenta que el Claustro es limitado y que los profesores están algo sobrecargados en docencia. También comentan que DOCENTIA se retrasó un año. Se recomienda aplicar un plan de acción para evaluar a los profesores que no pudieron ser evaluados.*

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM10. "En nuestra Universidad se ha puesto en marcha la carrera docente que va a permitir reducir los créditos de docencia, aunque evidentemente es algo que se va a realizar de una forma progresiva según las plazas disponibles en cada figura y también de los méritos alcanzados por el profesorado.

En cuanto al retraso del Docentia, es debido a que desde ANECA, se realizó un cambio en las directrices del DOCENTIA en el cual era necesario incluir el Marco de Desarrollo profesional. En nuestro Docentia no teníamos desarrollado dicho Marco y es por ello que se retrasó la convocatoria del curso 22/23".

Se prevén acciones a desarrollar para que se incorpore la carrera docente y se normalice el Docentia a partir del curso 2024-2025, en tanto ello no suceda **se debe de mantener la OM10**.

Respecto a la OM11. *El PAS comenta que, a pesar de estar contemplado en el Plan Estratégico 2018-2022, no se ha desarrollado la Carrera Profesional, ni evaluación del desempeño en el puesto de trabajo. Otros aspectos que deben ser mejorados son:*

- Movilidad en el puesto de trabajo.
- Trabajo por objetivos.
- Formación en algunos aspectos como informática.

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM11. "A pesar de estar contemplado no se llevó a cabo la Carrera Profesional puesto que se estableció realizar previamente un estudio de satisfacción laboral que también estaba contemplado en el Plan Estratégico con el fin de disponer de información válida, fiable, sistemática y cuantificada de las percepciones, valoraciones y sugerencias de las personas que pertenecen a la UCV para poder facilitar la identificación de políticas de Recursos Humanos y de otras áreas más convenientes y adecuadas para la Organización, apoyándose en el diagnóstico resultante.

De los resultados obtenidos desde RRHH se identificaron las áreas que cuentan con un nivel alto de importancia y un nivel alto de insatisfacción para la comunidad y que por lo tanto indican que se debe ACTUAR Y MEJORAR:

- Promoción y desarrollo profesional/formación
- Reconocimiento en el trabajo
- Compensación global

Se desarrollarán acciones que coinciden con las ya descritas en la nc3, en todo caso **se debe de mantener la OM11**.

Respecto a la OM12. *Los egresados opinan que se deben mejorar aspectos del currículo de Ciencias del Mar, para contemplar cuestiones ingenieriles.*

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM12. "En las consultas sistemáticas realizadas, no se había detectado tal opinión. No obstante, se dispone de optativas (EVIDENCIA 1.OM12) acorde a este perfil que no se han llegado a impartir puesto que no ha habido demanda, en concreto:

- Ingeniería marítima de la Mención Intensificación Gestión Medio Marino
- Ingeniería de los sistemas de tratamiento de aguas Mención Intensificación Tratamiento de aguas"

Entre las acciones a desarrollar se seguirán haciendo consultas periódicas para detectar necesidades, llegando, si es necesario, a la solicitud de un MODIFICA, en todo caso **se debe de mantener la OM12.**

Respecto a la OM13. *Se recomienda recoger y detallar en mayor medida en la documentación del SAIC la sistemática para disponer de un sistema que le permita al centro o universidad, recoger, valorar y utilizar toda la información sobre las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes del Centro, de acuerdo con su diversidad y con objeto de diseñar, aplicar y establecer acciones de mejora periódica en materia de: (1) Balance y nivelación entre el perfil de ingreso requerido vs perfil de egreso aportado, (2) Ofrecimiento de un canal de vinculación personal/profesional con las personas egresadas (Alumni).*

En el análisis presentado en el PAM respecto a la OM13. "Aunque se revisa de forma periódica tanto el Manual de calidad como los diferentes procedimientos del SAIC, puede haber procesos que no queden lo suficientemente explicados en esta documentación.

Por otra parte, en el PI-08 Inserción Laboral y Empleabilidad (EVIDENCIA 1.OM 10) que es un procedimiento institucional de la UCV, se explica con detalle todo el proceso del Portal de empleabilidad, el cual actúa como un canal de comunicación y vinculación de los egresados (Alumni) con el mundo empresarial". Dentro de las acciones a desarrollar alguna se encuentra realizada, la que conlleva modificación del manual, sin embargo, otras acciones que conllevan difusión por parte de servicios a los Alumni no se realizarán hasta más adelante, por lo que **la OM13 se debe de mantener.**

**Tras la lectura y análisis del PAM presentado, entendemos que se atiende a todas las No Conformidades y Oportunidades de Mejora reflejadas, algunas están solucionadas y las otras se solucionarán a lo largo de este curso. Por todo ello, recomendamos que se otorgue a la Facultad la calificación de 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 17 de enero de 2024



**POR EL EQUIPO AUDITOR**

D. Antonio Rouco Yáñez  
Cargo: Auditor Jefe