



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
FACULTAD DE VETERINARIA**

Fecha emisión informe: 27/ 11/ 20

V01.1



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA.
UNIV. DE EXTREMADURA.**

Fecha: 27/ 11/ 20

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Extremadura
Centro	Facultad de Veterinaria (FV)
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Exclusivamente las no conformidades y oportunidades de mejora recogidas en el informe de auditoría V3 (tras PAM) de diciembre de 2019
Fecha de la auditoría	27 de octubre de 2020

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	Rosa M. Pérez Utrero
Cargo	Vicerrectora de Calidad y Estrategia de la U. de Extremadura
Tfno. y/o correo	vrcalidad@unex.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 Pérez de la Calle	Institución	ANECA
Auditor	-	Institución	-
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría (virtual) se desarrolló sin ninguna incidencia, y de acuerdo a la agenda pactada entre el equipo auditor y el centro auditado.



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA. UNIV. DE EXTREMADURA.

Fecha: 27/ 11/ 20

RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

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

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none">Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas		<ul style="list-style-type: none">Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices	

(Sigue)



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA.
UNIV. DE EXTREMADURA.**

Fecha: 27/ 11/ 20

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



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA.
UNIV. DE EXTREMADURA.**

Fecha: 27/ 11/ 20

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
-	-	No aplica	-

- (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)*

- OM 1.
Se sugiere a la FV aplicar los mecanismos de control necesarios que permitan asegurar que las mejoras introducidas, fruto de la aplicación del PAM, alcanzan sus fines y además, que esta forma de actuar se consolida y se incorpora, cuando corresponda, al SAIC como forma ordinaria de funcionamiento.

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes en el SAIC implantado en la Facultad de Veterinaria de la UEX (complementarios a los ya detectados durante la auditoría de octubre de 2019:

1. Impacto positivo de las acciones adoptadas en cumplimiento de los compromisos enunciados por la FV en su PAM de respuesta al informe de auditoría de octubre de 2019.
2. Sensibilidad mostrada por los órganos de gobierno de la universidad y de la FV hacia aquellas situaciones no contempladas como obligatorias, pero que igualmente pueden contribuir a incrementar una visión positiva hacia los resultados que se derivan del uso del sistema de aseguramiento de calidad, contribuyendo así a consolidar una cultura de calidad en la institución.
3. Alto grado de satisfacción mostrado por PDI y estudiantes con las medidas de mejora (particularmente en lo referido a los turnos rotatorios en cirugía y portfolio de prácticas).
4. Facilidades prestadas para el desarrollo de la auditoría en modalidad virtual, que pudo desarrollarse sin incidencias de ningún tipo.

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

La reauditoría desarrollada en fecha 27 de octubre de 2020, tuvo como objeto evaluar el grado de implantación y resultado de las acciones planteadas en el plan de acciones de mejora (PAM) elaborado por este Centro en noviembre de 2019, en relación a las no conformidades y observaciones de mejora recogidas en el informe de auditoría externa V3 (tras PAM) elaborado en diciembre de 2019. Así, y en relación a las consideradas en aquel como aún no resueltas, se muestran a continuación las comprobaciones realizadas, aportando tanto su texto descriptivo, como los comentarios que juzga oportuno realizar el equipo auditor, y que justifican la valoración propuesta:

Nc 1.

En contra de lo previsto en el Manual de Calidad de la FV, en relación a los integrantes de la Comisión de Aseguramiento de Calidad (CAC) y Comisiones de Calidad de las Titulaciones (CCT), en el que se especifica que los estudiantes deben formar parte de aquellas, no se ha podido evidenciar una participación sistemática de éste grupo de interés en las reuniones celebradas por dichos órganos (se omite citar las evidencias)

Valoración equipo auditor: Resuelta. El centro ha procedido a desarrollar diversas acciones recogidas en su PAM, tendentes, a incrementar el nivel de participación de los representantes de los estudiantes en los diversos órganos colegiados de la FV. Las actas de las reuniones celebradas durante el año 2020, tanto de la Comisión de Aseguramiento de Calidad (CAC) como de las comisiones de calidad de las tres titulaciones impartidas en el centro, ponen de manifiesto que la asistencia de aquellos se ha producido de manera regular en todas ellas. Adicionalmente, el grupo de estudiantes asegura sentirse adecuadamente representado por sus delegados. De lo anterior, se evidencia que las acciones emprendidas durante este periodo, han dado el resultado esperado, y la nc se considera resuelta.

Nc 2.

En contra de lo previsto en el Proceso P/ ES04_VET_D 005 de Política y objetivos de calidad de la Facultad de Veterinaria de la UEX, objetivos de calidad 1º y 2º, así como del Proceso P/CL009_VET de Desarrollo de las enseñanzas en la F.V. de la UEX, que a su vez remite al Proceso P/CL001 del Rectorado para Garantizar la Calidad de los Programas Formativos, y a partir de los testimonios facilitados por tres de los grupos de interés entrevistados (cuyos miembros, hay que recordarlo, han sido elegidos por la propia F.V. de acuerdo a la petición de ANECA de que resultasen representativos de cara a la validez de los testimonios facilitados durante las entrevistas):

- Estudiantes
- Egresados
- Empleadores/ Tutores externos

Y en contra, asimismo, de los resultados de encuestas mostrados en la web, en

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

relación al nivel de satisfacción de los estudiantes y egresados (donde se muestran valoraciones más favorables, en la media de aquellas otras titulaciones impartidas en la UEX), no se ha podido evidenciar que dicha calidad esté garantizada en el caso del Grado de Veterinaria, en base a las situaciones descritas por aquellos como:

- Bajo grado de adquisición de los resultados de aprendizaje especificados en las guías docentes.
- Acuerdo respecto a la no disposición de las denominadas "competencias del día uno".
- Alto número de alumnos en muchas de las prácticas, particularmente en las clínicas, lo que dificulta su participación y/u observación de los casos expuestos.
- Alto grado de insatisfacción mostrado en algunos casos respecto a los resultados alcanzados en el Grado, una vez concluidos los estudios.

Valoración equipo auditor: Resuelta. Durante las entrevistas realizadas al equipo decanal, estudiantes y miembros de la CAC, se ponen de manifiesto diversas mejoras que atañen tanto a la organización de las prácticas académicas, como a la dotación de infraestructuras. En cuanto al primer aspecto, es de destacar la introducción de los turnos rotatorios, que permiten a los alumnos que participan en las prácticas de cirugía de pequeños animales, tomar parte de forma mucho más rica y activa en aquellas, asumiendo diferentes roles (desde la preparación de los animales, administración de compuestos intravenosos, etc, a su actuación como auxiliares del cirujano que dirige la práctica. Por otra parte, también se lleva a cabo la elaboración de un portfolio, donde para cada alumno se detallan las competencias que debe ir adquiriendo en cada práctica, y que son validadas con su firma por el profesor a cargo. Finalmente, en el capítulo de recursos, desde el Vicerrectorado de Calidad de la UEX se afirma que se ha contratado la compra e instalación de una cámara cenital de alta resolución, así como el equipo auxiliar de iluminación y monitor de gran formato, para equipar al quirófano de pequeños animales con la posibilidad de transmitir con alto grado de detalle el desarrollo de las intervenciones. El alto coste de estos equipos y el hecho de que se fabriquen bajo pedido, hacen que a día de realización de la auditoría, aún no se hayan instalado, si bien los interlocutores estiman un plazo de unas 3-4 semanas para que aquellos estén operativos. Tanto desde el punto de vista de los profesores, como de los propios estudiantes preguntados al efecto sobre los cambios comentados, se muestran ampliamente satisfechos, e incluso se agradece por parte de los primeros, el efecto positivo que la auditoría ha supuesto de cara a la consecución de estas mejoras.

Nc 3.

En contra de lo especificado en el Proceso P/ ES04_VET_D 005 de Política y objetivos de calidad de la Facultad de Veterinaria de la UEX, objetivo de calidad 3º, así como en el Proceso P/SO005_VET de Gestión de los recursos materiales y de los servicios propios de la Facultad de Veterinaria de la UEX, no se ha evidenciado un correcto mantenimiento de las instalaciones del Hospital Clínico Veterinario, en base a la existencia de situaciones como las descritas a continuación (particularmente referidas a zonas de paso entre salas) (se omite citar las evidencias).

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

Valoración equipo auditor: Resuelta. Durante la jornada de la visita virtual, se muestra un vídeo al equipo auditor, donde se pueden apreciar sensibles mejoras en las instalaciones comentadas, y que básicamente, han consistido en: instalación de zócalos sanitarios entre suelo y paredes, alicatado de paramentos verticales, con sustitución/ reposición de los azulejos dañados o perdidos, así como obras de impermeabilización en la cubierta del edificio y sustitución de las placas del falso techo deterioradas o manchadas por la humedad. Adicionalmente, se muestran diversos trabajos de pintura en paredes. Las imágenes mostradas suponen una mejora notable de las condiciones higiénicas y de imagen del referido Centro.

Respecto a las **oportunidades de mejora:**

OM 1.

Se detectan varios enlaces en la web de la FV que no funcionan. P. ej.:

En relación a las instalaciones:

- No hay acceso a la información sobre el Hospital Clínico Veterinario (da un mensaje de error, (<http://uexhcv.es/inicio.php>))
- Tampoco hay acceso a la información sobre la planta piloto de elaboración de productos lácteos y cárnicos.
- Lo mismo sucede para el acceso desde la web a información sobre las aulas de informática (es decir, solo funciona el video sobre la granja docente).

Valoración equipo auditor: Resuelta. Se ha comprobado en la página web del Centro que las tres situaciones descritas han sido adecuadamente subsanadas a través de la ubicación de un vídeo explicativo en cada caso.

OM 2.

Se sugiere homogeneizar la información que facilita la web del Centro respecto a los profesores. La situación actual es que en algunos casos se facilita mucha más información que en otros, y además, de algunos de ellos se facilita su CV, pero de otros no

Valoración equipo auditor: Resuelta. Se ha comprobado en la web del Centro que la información ofrecida actualmente sobre el profesorado de la FV resulta mucho más homogénea y completa.

OM 11

Se sugiere analizar la conveniencia de incorporar ejemplares de ganado porcino a la granja docente del Centro y/o buscar alternativas que permitan salvar dificultades de carácter administrativo que puedan dificultar su tenencia (p.ej. firma de convenios con explotaciones privadas).

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

Valoración equipo auditor: Resuelta. Por parte del equipo decanal se manifiesta, y así es corroborado posteriormente por los estudiantes del Grado en Veterinaria, que, si bien aún continúan las conversaciones con el Ayuntamiento de Cáceres para obtener la pertinente licencia para incorporar esta especie a la granja docente, eso no es óbice para que la FV haya firmado diferentes acuerdos de colaboración con explotaciones porcinas cercanas al campus, que permiten la realización de prácticas curriculares a los alumnos en sus instalaciones.

OM 12

Un grupo mayoritario de los estudiantes entrevistados ha manifestado su disconformidad respecto a la escasa ergonomía del mobiliario de las aulas del Centro (específicamente, de los pupitres), así como carencias de aquellas en cuanto a la baja temperatura ambiental en los meses invernales.

También se manifiesta una desaprobación mayoritaria respecto a la calidad del servicio de transporte público entre la ciudad y el campus universitario.

Valoración equipo auditor: Retirada. Cotejada esta supuesta carencia con el grupo de estudiantes que asistieron a la entrevista, éstos manifiestan no sentirse en absoluto preocupados por este tema, transmitiendo así un mensaje en sentido opuesto al grupo homólogo que participó en la anterior auditoría. Ante esta situación, el equipo auditor opta por retirar esta OM del informe.

OM 13

En relación al equipamiento de seguridad y salud de los laboratorios:

- Debería revisarse con carácter periódico el contenido y estado de los productos que contienen los botiquines, pues, en el caso del revisado en la Planta Piloto de Elaboración de Productos Lácteos y Cárnicos, se detectó una pomada caducada desde el año 2011.
- Se sugiere incorporar cartelería alusiva a la prevención de riesgos, dado el alto número de objetos potencialmente peligrosos (principalmente por corte y atrapamiento) existentes en el área de procesamiento de carne.
- Se sugiere incorporar una ducha lavaojos, al menos en aquellos laboratorios donde se utilicen productos químicos corrosivos y/o tóxicos

Valoración equipo auditor: Resuelta. Desde la FV se muestra al equipo auditor un vídeo en el que se muestra que la referida instalación se ha dotado de los elementos sugeridos (botiquines renovados, ducha lavaojos y diversa cartelería alusiva a la prevención de riesgos laborales, particularmente junto a aquella maquinaria que puede revestir una mayor peligrosidad).

OM 14

El número de efectivos de PAS asignados al Centro obliga a que, en caso de baja de cualquiera de ellos, la persona que asume sus tareas pueda ver duplicado su trabajo.

Valoración equipo auditor: Canalizada su resolución. El equipo decanal de FV ha dirigido escritos a la Gerencia de la UEX para resolver esta situación, aunque de momento no se ha podido convocar una plaza o un traslado que pudiera paliarlo. A



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

pesar de lo anterior, el número de efectivos actual logra desarrollar las actividades asociadas a las responsabilidades encomendadas.

OM 18

Se sugiere prolongar el recorrido de la acera que da acceso a la Planta Piloto de Elaboración de Productos Lácteos y Cárnicos, para que alcance la entrada principal del edificio, así como dotarla de una adecuada iluminación.

Valoración equipo auditor: Resuelta. A partir de las imágenes mostradas en un vídeo mostrado al equipo auditor, se puede apreciar que la acera que conduce a esta instalación ya llega hasta la puerta de aquel, así como la instalación de diversos focos con iluminación tipo led, en diversas ubicaciones del muro perimetral.

GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA REACREDITACIÓN DE TÍTULOS

No aplica.



PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Rosa M ^a . Pérez Utrero	Vicerrectorado de Calidad y Estrategia
Margarita Martínez Trancón	Decana de la FV
Antonio González Mateos	Vicedec. de Relac. Instituc. y Coordinación
Enrique Pérez Martín	Vicedec. de Infraestruct. y estudiantes
M ^a Jesús Andrade Gracia	Secretaria Académica
A. Javier Masot Gómez-Landero	Responsable de Calidad del Centro
Javier Ezquerro Calvo	Hospital Clínico Veterinario
Rafael Barrera Chacón	Hospital Clínico Veterinario
Jesús Usón Casaus	Hospital Clínico Veterinario
Cristina Ortega Ferrusola	Hospital Clínico Veterinario
Joaquín Jiménez Fragoso	PDI
Alejandro Gutiérrez Villalba	PDI
Luis Gómez Gordo	PDI
Miguel Escribano Sánchez	PDI
Eva Pérez Merino	PDI
Fernando Castro Donado	Estudiante. (Vet)
José Márquez Ramos	Estudiante. (Vet)
Ángela Fernández Tostón	Estudiante. (Vet)
María Cañamero Cañamero	Estudiante. (Vet)
José Luis Caldera Burguillos	Estudiante. (Vet)
Marina Tapias Martín	Estudiante. (Bioqu.)
David Garrido Hernández	Estudiante. (Bioqu.)
Cristina Castaño Sánchez	Estudiante. (MCyTC)
Alfonso Sáez Cuenca	Comisión de Aseguramiento de Calidad



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA.
UNIV. DE EXTREMADURA.**

Fecha: 27/ 11/ 20

Cándido Ortiz Placín	Comisión de Aseguramiento de Calidad
Juan Manuel Alonso Rodríguez	Comisión de Aseguramiento de Calidad
Carlos Fernández Marcos	Comisión de Aseguramiento de Calidad
Sonia Ventanas Canillas	Comisión de Aseguramiento de Calidad

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
-	-



DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)

☒ X

FAVORABLE



DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SAIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor**.
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

La Vicerrectora de Calidad de la Universidad de Extremadura, Rosa Pérez, comunica en fecha 04/11 la aceptación del informe remitido ese mismo día, y por tanto, la no formulación de alegaciones. No se ha considerado necesario elaborar un PAM.

Por parte del equipo auditor, constatadas las notables mejoras introducidas durante los meses posteriores a la primera auditoría, detallas en capítulos anteriores de este informe, propone que le sea concedida la certificación de implantación de su SAIC a la Fac. de Veterinaria de la UEX.

- (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 27/ 11/ 20

Por el equipo auditor (1)

José Antonio Pérez de la Calle
Cargo: Auditor jefe - ANECA