



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIV. DE LAS PALMAS DE GRAN
CANARIA
ESCUELA DE INGENIERÍA
INFORMÁTICA**

Fecha emisión informe: 22/07/2015

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA ESCUELA DE INGENIERÍA INFORMÁTICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. Fecha: 22/07/2015
---	--

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Centro	ESCUELA DE INGENIERÍA INFORMÁTICA
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	30 de junio de 2015

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	D ^a Trinidad Arcos Pereira
Cargo	Vicerrectora de Comunicación, Calidad y Coordinación Institucional
Tfno. y correo	svc@ulpgc.es (928458010)

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	José Luis Martínez Rubio	Institución	Univ. Europea de Madrid

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.

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad	4,5	1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro	
1.0.2. Grupos de interés implicados		1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue		1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	6
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	2
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes	
1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal	
		1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	

(Sigue)

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	No Conf.	1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones	No Conf.
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios			
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios			
1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.		
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés	3,1,5 7		
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados			
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf (1)	Subcrit. AUDIT/ Doc. del SGIC	Justificación	Cat. No Conf (2)
1	1.5/ PI17	No se evidencia que exista un documento que recoja la Plantilla de auditores calificados por la ULPGC, tal y como se establece en el procedimiento PI17 (Auditoria Institucional), Tabla 1.	NCM
2	1.2/ PAC09	Se evidencia que, en relación a lo indicado en el procedimiento PAC09 (Gestión de no conformidades), no se elaboran varios de los documentos especificados en su flujograma. Por ejemplo: informes valorativos, documentos que recogen las medidas a tomar e informes de conclusiones.	nc
3	1.5/ PAC08	No se evidencia que se analicen los resultados obtenidos desde las diferentes fuentes de información, y se elabore un documento en el que se justifiquen los resultados obtenidos y, por consiguiente, se establezcan las correspondientes acciones de mejora tal y como se indica en el procedimiento de apoyo para el Análisis de los resultados y rendición de cuentas (PAC08).	nc
4	1.0/ PAC01	Se evidencia que los procedimientos incluidos en la página WEB de la ULPGC en su apartado del Sistema Interno de Calidad en su formato descargable (http://www.calidad.ulpgc.es/templates/calupgc/doc/MARCO_MSGC_Proc_Centro.pdf) no se encuentran actualizados, teniendo en cuenta el procedimiento PAC01 (Control de la documentación). Estos procedimientos parecen genéricos sin coincidir con las actualizaciones de los mismos realizados en la propia Escuela de Ingeniería de Informática.	nc
5	1.0/ PAC01	No se evidencia un conocimiento suficiente de los procedimientos del SGIC vigentes en el centro por algunos grupos de interés, tal y como se indica en el procedimiento clave de información Pública (PAC01). Por ejemplo, los egresados, tutores de los centros de prácticas, etc.	nc
6	1.2/ PCC03	No se evidencia un conocimiento suficiente, por parte de los estudiantes, del funcionamiento del Plan de Acción Tutorial, tal y como se indica en el Procedimiento clave de orientación al estudiante (PCC03).	nc
7	1.5/ PAC07	Se evidencia que miembros del PDI de la Escuela realizan sus propios estudios de satisfacción, ajenos a lo previsto en el procedimiento de apoyo para la medición de la satisfacción, expectativas y necesidades (PAC07).	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 SGIC, 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 SGIC, 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).

OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC *(excluyendo las no conformidades)*

1. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no incorpora un modelo de informe de auditoría interna.
2. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) carece de un apartado donde se especifique los criterios que debe cumplir un auditor interno del SGIC de la ULPGC.
3. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no especifica la necesidad de que cualquier persona que forma parte de la plantilla de auditores internos firme un código ético.
4. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no especifica el formato y contenidos que deben tener la lista de comprobación que se utiliza en la auditoría interna
5. No hay evidencia que desde el Gabinete de Evaluación Institucional se tenga un control exhaustivo del número y naturaleza de las no conformidades académicas que se originan en cada centro.
6. Se evidencia que los tutores externos de prácticas echan en falta disponer de una valoración de los estudiantes respecto a su labor como tutores externos.
7. Se observa que no se han establecido los suficientes canales de coordinación y cooperación entre el servicio de Informática de la ULPGC y el servicio de informática del centro.
8. Se evidencia que existe diversa documentación útil para los departamentos y servicios del centro que no está incluida en la documentación del sistema (manuales operativos, reglamentos de especificidades, etc.).
9. No se evidencia una aplicación sistemática de los mecanismos de mejora continua previstos en el SGIC, estableciendo planes de mejora estructurados.
10. El apartado de documentación de referencia de los procedimientos relacionados con la medición de la satisfacción, tanto institucional (PI16) como de centro (PAC07), no se referencian mutuamente.

INCIDENCIAS

Si bien se reconoce por el equipo auditor que la fecha pactada para la realización de la auditoría no facilita la asistencia de personas a las audiencias, se manifiesta que el perfil de los alumnos/ egresados pertenecientes a la Escuela de Ingeniería Informática seleccionados para la realización de las entrevistas no se ajusta totalmente al criterio de representatividad, al registrar una presencia numerosa de estudiantes vinculados a la propia Escuela, con otras actividades más allá de la mera realización de sus estudios.

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

PUNTOS FUERTES

PF1. Se evidencia un alto compromiso en la gestión del sistema de calidad por el Equipo de Dirección: Vicerrectora de Comunicación, Calidad y Coordinación Institucional, Director de la Escuela, Directora y equipo técnico del GEI.

PF2. La documentación que integra el SGIC es fácilmente accesible, es clara y está bien estructurada. Así mismo, es sencillo acceder a los registros que evidencian el cumplimiento de los procedimientos.

PF3. La memoria anual del Centro es completa y aborda entre otros, los problemas de aquel, así como las posibles soluciones a adoptar.

PF4. Alto grado de satisfacción de los estudiantes, egresados y tutores de prácticas externas hacia las titulaciones impartidas en el Centro.

PF5: Gran accesibilidad de los directivos del Centro, y en particular del Director de la Escuela, para recibir los comentarios y sugerencias de los estudiantes.

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

Las directrices del Modelo de Evaluación de Acredita que serían objeto de reconocimiento en caso de certificación del centro que imparte las titulaciones, así como su interrelación con las directrices AUDIT correspondientes, se encuentran detalladas en el anexo 02 del Documento Marco Evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de Grado, Máster y Doctorado Programa ACREDITA, descargable en la web de ANECA.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Carmelo Rubén García Rodríguez	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Orlando José Socorro Lorenzo	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Sonia R. Marrero Cáceres	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Gustavo Rodríguez Rodríguez	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
José Daniel González Domínguez	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Octavio Mayor González	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Juan de Dios Duque Martín de Oliva	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Francisco J. Santana Pérez	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Gabriela García Borrego	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Lidia Regalado Dieppa	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Zenón José Hernández Figueroa	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Oliverio J. Santana Jaira	Comisión de Garantía de Calidad del Centro
Dariel González Rodríguez	Estudiante
Lidia Regalado Dieppa	Estudiante
José Luis González Santana	Estudiante
Gabriela García Borrego	Estudiante
Osvaldo Fariñas Fernández	Estudiante
María del Rosario Vega	PAS
Irma M. Ojeda Santana	PAS
María Dolores Gómez Rojas	PAS
Beatriz Santiago	PAS
Eduardo López Santamaría	PAS
Orlando José Socorro Lorenzo	PAS
Mª Teresa Rodríguez Guerra	PAS

Luis Fernando Hernández Ojeda	PAS
Gabino Padrón Morales	Responsable de laboratorio
Mario Marrero Ruiz	Responsable de laboratorio
Manuel Jerez Cárdenes	Responsable de laboratorio
Modesto Castrillón Santana	PDI
Miguel Alemán Flores	PDI
M ^a del Pilar González de la Rosa	PDI
Margarita Díaz Roca	PDI
Juan Carlos Rodríguez del Pino	PDI
Antonio C. Rodríguez Brito	PDI
Francisco J. Carreras Riudavets	PDI
José Manuel Sola Quesada	Tutor prácticas externas
Izzat Sabbach Rodríguez	Tutor prácticas externas
Antonio José Sánchez López	Tutor prácticas externas
Aitor Lozano Bordón	Tutor prácticas externas
Marcos León Martín	Tutor prácticas externas
Daniel Macho González	Tutor prácticas externas
Johan Sebastián Cortés Montenegro	Egresado
Pedro A. Jiménez Pérez	Egresado
Juan Antonio Guerra Montenegro	Egresado

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
N/A	N/A

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)	
<p>El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC 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)</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	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 SGIC, 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)
<p>El presente informe se ha redactado tanto a partir de la información suministrada por el Centro, como de la disponible en su página Web y en su intranet, así como de la que el equipo auditor ha recogido en su visita al mismo.</p> <p>El sistema de garantía interno de calidad está orientado hacia la identificación de oportunidades de mejora, estando establecidos y documentados objetivos de calidad desplegados y asumidos por el conjunto de la institución. Se dispone además de suficientes procedimientos, registros y evidencias que demuestran su eficaz implantación.</p> <p>El clima general en el que se ha desarrollado la auditoría ha sido muy bueno. Destacar la predisposición mostrada por todos los interlocutores de la institución hacia las sugerencias realizadas por el equipo auditor, especialmente el equipo de dirección y la unidad de calidad.</p> <p>Se han valorado los 42 subcriterios de las directrices de AUDIT, resultando 7 no conformidades, agrupadas por directrices, una de carácter mayor (NCM) y seis menores, así como 10 observaciones generales de mejora. En el caso de la única NCM, ésta es ajena a la responsabilidad del Centro, y aunque trascendente, resulta de fácil resolución (se ha facilitado por la ULPGC un registro de auditores cualificados a nivel de la universidad).</p> <p>En cuanto a las nc menores, si bien su número puede considerarse alto, en todos los casos se trata de situaciones que suponen un grado de dificultad bajo en su resolución,</p>

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

por lo que las fechas previstas, expuestas en el PAM de este centro (septiembre y/o último trimestre de 2015) se pueden considerar realistas y creíbles.

El resto de las acciones de mejora que propone el Centro, relativas a las observaciones incluidas en el informe (de seguimiento voluntario), dan respuesta a las especificadas por el equipo auditor, detallando en todas ellas los recursos complementarios, las fechas previstas de solución y los responsables de ejecución y/o seguimiento. En algunos casos, incluso se facilitan los enlaces para evidenciar los cambios realizados.

Si bien en este caso el equipo auditor reconoce que ha tenido un mayor número de dudas en la valoración (no tanto por la gravedad de las nc, sino por su número), finalmente y en función de la positiva percepción del funcionamiento del Centro, así como del alto grado de compromiso personal hacia la mejora detectado en su equipo directivo y docente, corroborado por los propios alumnos, ha consensuado proponer una valoración FAVORABLE al grado real de implantación del SGIC en el Centro.

- (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.

Por el equipo auditor (1)



D. : José Antonio Pérez de la Calle
Cargo: Auditor Jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo