



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE VETERINARIA

Fecha emisión informe: 03/05/2018

V03
(Tras evaluación del PAM)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA. Fecha: 03/05/2018
---	--

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	UNIVERSIDAD DE MURCIA
Centro	FACULTAD DE VETERINARIA
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	07 de marzo de 2018

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTES DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Miguel Ángel Pérez Sánchez/ Gaspar Francisco Ros
Cargo	Coordinador de Calidad/ Decano de la Facultad de Veterinaria
Tfno. y correo	coordinacion.calidad@um.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	Ana Esther Cruz González	Institución	U. La Laguna

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

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

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		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	1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
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	
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			
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

Durante el desarrollo de la auditoría se han identificado las siguientes no conformidades:

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.0.3	<p>En contra de lo especificado en el procedimiento PE01 Política y objetivos de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> En relación a los objetivos de calidad del Centro (<i>"Estos objetivos generales, se han de desplegar anualmente en objetivos concretos, medibles y cuantificables"</i>), solo se ha podido evidenciar la existencia de planes anuales de acciones de mejora, pero no de objetivos de calidad que respondan a esta descripción. No se ha evidenciado la elaboración de un "Plan Anual de Calidad" (recogido como registro en el flujograma del procedimiento), aunque sí se ha identificado la existencia de un "Plan de Actuaciones", para los periodos 2016-17 y 2017-2018, que por su estructura y naturaleza, sería asimilable a aquel. 	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).

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 SGIC 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.

 <p>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</p>	<p>INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.</p> <p>Fecha: 03/05/2018</p>
--	---

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 SGIC *(excluyendo las no conformidades)*

OPORTUNIDADES DE MEJORA (OM)

OM.1. Se recomienda incluir en la página Web del Centro, en "Calidad", "Documentos", los procedimientos del SGIC junto al Manual de Calidad para facilitar el acceso a la información relativa al SGIC de la Facultad de Veterinaria (en la actualidad los procedimientos están disponibles en la Web de la Unidad para la Calidad, lo que dificulta su localización a los grupos de interés).

OM.2. Estudiar la posibilidad de facilitar el acceso de cualquier persona interesada a la documentación de soporte del SGIC (en la actualidad el acceso es restringido, por lo que es necesario disponer de un usuario y clave específico).

OM.3. Estudiar la posibilidad de facilitar el acceso de cualquier persona interesada, a la información sobre la Junta de Facultad, y en general, a los registros del SGIC (en la actualidad el acceso es restringido, por lo que es necesario disponer de un usuario y clave específico).

OM.4. Valorar la realización de acciones nuevas de difusión o complementarias a las que se llevan a cabo en la actualidad para mejorar el grado de conocimiento de los grupos de interés, en relación al SGIC en general.

OM.5. Revisar los diferentes enlaces ubicados en la página web del Centro que no contienen información (están en blanco), o bien dan error al acceder. Por ejemplo:

- La página web de la FV en su parte dedicada a PDI está en blanco (<http://www.um.es/web/veterinaria/contenido/centro/directorio/pdi>).
- Respecto al PAS, sucede lo mismo, la página está en blanco (<http://www.um.es/web/veterinaria/contenido/centro/directorio/pas>).
- El horario de la conserjería no aparece en la web (<http://www.um.es/web/veterinaria/contenido/centro>).
- El acceso a las guías docentes de los grados, da mensajes de error con carácter aparentemente aleatorio. P.ej. Genética de 1º, aparece el mensaje "No se ha podido acceder. URL incorrecta" <https://aulavirtual.um.es/umugdocente-tool/htmlprint/guia/RRy7KrRtUBdpbphH6b8tUUG0yw2gl31qxJixR8H6vIhEBkpbSv>) y también ocurre con Agronomía o Deontología de 1º.

OM.6. Revisar la información Web recogida en el apartado "Documentación oficial de la Titulación" para el Grado en Veterinaria. Sería recomendable incluir el Informe Final de Renovación de la Acreditación siguiendo lo establecido en el PC.02, "Diseño, seguimiento y acreditación", apartado 9. Rendición de cuentas (en la actualidad está disponible el Informe de Autoevaluación y no el Informe Final de Acreditación, emitido por la ANECA el 05/04/2017).

OM.7. El alto número de productos caducados en los botiquines de los laboratorios, sugiere la necesidad de desarrollar un protocolo que garantice un adecuado estado de acceso y conservación a los productos contenidos en aquellos.

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

OM.8. El testimonio facilitado por los empleadores/ tutores externos de prácticas, pone de manifiesto que resultaría muy recomendable instaurar un canal institucional de comunicación entre los responsables de Centro, y las empresas, organismos e instituciones que acogen a los estudiantes en prácticas externas o a los egresados cuando éstos comienzan su desarrollo profesional, que facilitase de manera periódica el contacto, la coordinación y el seguimiento de los mismos, más allá de las relaciones personales que pudieran existir (profesores asociados, etc.).

OM.9. En las actas de reuniones (CGC, JF,...), se sugiere añadir el cargo de cada una de las personas que asisten junto a su nombre y apellidos. De otro modo resulta muy difícil para un lector ajeno averiguar qué grupos de interés han estado representados en las mismas.

OM.10. Se recomienda facilitar cauces de comunicación e intercambio de información más fluidos para hacer llegar a los grupos de interés (estudiantes, PDI y PAS) los resultados de las encuestas de satisfacción y las acciones de mejora derivadas de aquellos. Este podría ser un medio para mostrar que sus respuestas han sido valoradas por los responsables, lo que podría incrementar la motivación y mejorar las tasas de participación en las encuestas, que en este momento se pueden considerar bajas.

OM.11. Valorar si el bajo número de quejas y reclamaciones documentadas (1-2 por curso) es fiel reflejo de la satisfacción general de los grupos de interés, o por el contrario es un dato engañoso, que señala a la casi nula documentación escrita de las posibles fuentes de malestar que pudieran existir. Otro tanto aplicaría a las sugerencias, que prácticamente resultan inexistentes en los registros escritos. En este último sentido, se recomienda revisar el procedimiento PA04. "Gestión de Incidencias", en el que se integran las sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones, a fin de valorar si efectivamente los grupos de interés están haciendo un uso adecuado del procedimiento para la presentación de las sugerencias o bien están utilizando otras vías.

OM.12. En relación a lo dispuesto en el Manual de Calidad (MC), se sugiere su actualización en los siguientes puntos:

- No se ha actualizado el nombre del Decano que figura en el MC.
- A la Comisión de Garantía de Calidad (CGC) se le llama así en el MC, pero en la Web del Centro aparece "Comisión de Calidad" y "CG Interna C" en la descripción de ese mismo apartado.
- En su página 24 se dice, respecto a la CGC, que formará parte el Vicedecano que desempeñe funciones de Coordinador de Calidad, pero en realidad es la Secretaria del centro quien asume esa función.
- En esa misma página 24 se recoge que habrá "un representante de los estudiantes por cada uno de los títulos de grado que se cursen en el centro" y no un representante para las titulaciones de grado, como realmente existe actualmente.

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

OM.13. Se recomienda revisar en las reuniones de coordinación y/o en aquellas comisiones establecidas al efecto el posible solapamiento y duplicidad de contenidos citado por los estudiantes en diferentes asignaturas del Grado en Ciencia y Tecnología de los Alimentos. P. ej., en Higiene alimentaria, higiene I e higiene II.

OM.14. El acceso al armario que sirve de almacén de productos tóxicos y peligrosos, durante el curso de la visita del equipo auditor a las instalaciones de la FV, era de acceso libre, pues éste estaba abierto. Esta situación pone de manifiesto la conveniencia de dotarse de un protocolo de seguridad que controle de forma estricta las personas que acceden a dichos productos, las cantidades de cada producto ingresadas/ retiradas, así como el uso que se vaya a hacer de ellas.

OM.15. Se recomienda la elaboración de un protocolo de seguridad e higiene dirigido específicamente a las instalaciones y útiles contenidos en la planta piloto de alimentación, que asegure la adecuada calibración de los equipos que lo requieran, así como sus normas de uso, conservación y limpieza.

OM.16. Unificar en el repositorio/aplicación UNICA el criterio para que los centros suban la documentación, pues se ha echado en falta para su consulta que no estuviesen disponibles algunas carpetas y/o registros, aunque de las explicaciones facilitadas se acepta que estuviesen ubicados en otro archivo documental diferente. No obstante sería recomendable que se integrara todo en un mismo espacio para facilitar su localización y consulta. A modo de ej.:

- Inexistencia de la carpeta y los registros ligados al cumplimiento del Procedimiento PC02, "Revisión y mejora del Plan de estudios", (en la actualidad esta carpeta es inexistente y sus evidencias no están fácilmente localizables).
- No inclusión de las evidencias recogidas como registro en el procedimiento PE02. "Diseño, seguimiento y acreditación" (en la actualidad únicamente están las actas de la CGC, el resto de registros están disponibles en la Web del Centro, en el apartado "Documentación oficial de la titulación").

OM.17. Seguir avanzando en los estudios de inserción laboral para todas las titulaciones del centro.

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA. Fecha: 03/05/2018
---	--

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

PUNTOS FUERTES

PF1. Claro compromiso del Decano y de su equipo directivo, en la mejora continua y la consolidación de la implantación del sistema de garantía interno de calidad.

PF2. Esfuerzo de la CGC para gestionar y abordar en sus reuniones la información relativa a las diferentes titulaciones del centro

PF3. Facilidad de los estudiantes a la hora de acceder, tanto al equipo decanal, como al resto del profesorado para la resolución de las dudas y las dificultades en el desarrollo del plan de estudios.

PF4. Alto grado de satisfacción de los empleadores/ tutores externos con el nivel vocacional y los conocimientos teóricos alcanzados por los estudiantes y egresados de las titulaciones del Centro.

PF5. El Centro dispone de un Plan Estratégico (periodo 2015-18) para guiar sus actuaciones a medio y largo plazo. El grado de consecución de sus objetivos, ha alcanzado el 80%, de acuerdo a los datos facilitados por la FV.

PF6. El Centro dispone de una acreditación (EAEVE) que reconoce la calidad de los centros que imparten la Titulación de Veterinaria en Europa.

PF7. El Hospital Veterinario es una instalación reciente, amplia, y dotada de medios e instrumental modernos y avanzados, respecto al estado del arte de esta disciplina.

PF8. Balance positivo de los egresados, que volverían a cursar la misma titulación en la misma universidad

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

No aplica.

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 (*)

(*) Esta información ha sido solicitada a la U. de Calidad de la UMU, pero no está disponible a fecha de redacción del presente informe.

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Gaspar Ros Berruezo	PDI. Decano. Miembro CGC.
Elisa Escudero Pastor	PDI. Secretaria de Facultad y Responsable de Calidad del Centro. Miembro CGC.
Octavio López Albors	PDI. Vicedecano del Grado de Veterinaria. Miembro CGC.
Carmen Martínez Graciá	PDI. Vicedecana del Grado de Ciencia y Tecnología de Alimentos. Miembro CGC.
Fuensanta Hernández Ruipérez	PDI. Vicedecana de Post-Grado
Juan Diego García Martínez	PDI. Coordinador del Máster Universitario de Medicina de Pequeños Animales. Miembro CGC.
Antonia M ^a Jiménez Monreal	PDI. Coordinadora del Máster Universitario en Nutrición, Tecnología y Seguridad Alimentaria
Rocío Ruiz de Ybáñez Carnero	PDI. Coordinadora del Máster Universitario en Gestión de la Fauna Silvestre. Miembro CGC.
María Jiménez Movilla	PDI. Coordinadora del Máster Universitario en Biología y Tecnología de la Reproducción de Mamíferos. Miembro CGC.
Francisco Laredo Álvarez	PDI. Profesor del Departamento de Medicina y Cirugía Animal. Anterior Responsable de Calidad del Centro
Alejandro Bayón del Río	PDI. Director del Departamento de Medicina y Cirugía Animal. Miembro CGC.
Magdalena Martínez Tomé	PDI. Directora del Departamento de Tecnología de Alimentos, Nutrición y Bromatología. Miembro CGC.
Francisco Alonso de Vega	PDI. Director del Departamento de Sanidad Animal
Cándido Gutiérrez Panizo	PDI. Director del Hospital Clínico UMU
Josefa Fernández del Palacio	PDI. Gerente del Hospital Clínico UMU

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA. Fecha: 03/05/2018
---	--

Belén Linares Padierna	PDI. Secretaria del Departamento de Tecnología de Alimentos, Nutrición y Bromatología. Coordinadora de la Planta Piloto de Tecnología de Alimentos.
Encarna Gómez Plaza	PDI. Profesora del Departamento de Tecnología de Alimentos, Nutrición y Bromatología. Coordinadora de la Planta Piloto de Tecnología de Alimentos.
Sancho Bañón Arias	PDI. Profesora del Departamento de Tecnología de Alimentos, Nutrición y Bromatología. Coordinador de la Planta Piloto de Tecnología de Alimentos.
Aurora Aulló Rubio	PAS. Decanato. Miembro CGC.
Francisca Martínez Faura	PAS. Jefa de Área de Calidad e Innovación
M ^a Ángeles Hernández Galera	PAS. Técnico de calidad en Universidad de Murcia. Miembro CGC.
Juan Antonio Carvajal Carrasco	PAS. Técnico especialista de laboratorio. Responsable del laboratorio de Fisiología
Pablo Hernández Melgarejo	PAS. Técnico especialista de laboratorio. Responsable del laboratorio de Parasitología
Carmen Hernández Macanás	PAS. Técnico especialista de laboratorio. Responsable del laboratorio de Toxicología
Jesús Valverde Ortega	PAS. Sección de Soporte a Usuarios. UMU.
Ignacio Riquelme Lorente	PAS. Decanato.
María Luisa Nicolás Tomás	PAS. Jefa de Sección de Secretaría.
José Luis Valverde Torres	PAS. Jefe de Conserjes.
María Pérez Magaña	PAS. Biblioteca General Espinardo. UMU.
Mariano Orenes Hernández	PAS. P. Especialista de Laboratorio Anatomía Veterinaria.
Carmen Valverde Pérez	PAS. P. Especialista de Laboratorio Nutrición y Bromatología.
Susana Ros Lara	PAS. P. Especialista de Laboratorio Medicina y Cirugía Animal.
Verónica Hernandis Belenguer	PAS. P. Especialista de Laboratorio Tecnología de Alimentos.
José Martínez Parra	PAS. P. Especialista de Laboratorio Sanidad

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE VETERINARIA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA. Fecha: 03/05/2018
---	--

	Animal.
Carlos de Jódar Hernández	PAS. P. Especialista de Necropsias.
Andrea Vera González	Estudiante. Delegada de 5º de Veterinaria, Delegada de Centro y Miembro de la Comisión de Calidad de Centro
Alejandra Criado Castro	Estudiante. Delegada 3º Veterinaria.
Carmen Julia Boluda Guillamón	Estudiante. Delegada 3º Ciencia y Tecnología de Alimentos.
David Alberto Caiza Taipe	Estudiante. Delegado 2º Ciencia y Tecnología de Alimentos.
Vanessa Núñez Gómez	Estudiante. Delegada Máster.
Sandra Valiente Pina	Estudiante. Delegada Máster.
Dalila Sánchez Jiménez	Estudiante. Delegada Máster.
Irene Azorín Pérez	Egresado grado.
Clara Suárez Martínez	Egresado máster.
Mario Escudero Ramos	Egresado grado.
Alberto Muñoz Prieto	Egresado grado.
Julieta Hamze Arujo.	Egresado máster.
Ana Caballero Valcárcel	Egresado máster.
Begoña Patiño Villena	Empleador. Organismos públicos.
Beatriz Gómez López	Empleador. Empresa alimentaria.
Mª Luisa Medina	Empleador. Empresas veterinaria.
Miguel López Asensio	Empleador. Empresas veterinaria.
Fernando Escribano Cánovas	Empleador. Organismos público/privado.
Juan Carlos Martínez Soto	Empleador. Empresa veterinaria.

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
-	-

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>La situación general de esta Facultad, en cuanto al cumplimiento de lo establecido en su SGIC, se juzga positiva, a partir tanto del bajo número (y escasa repercusión) de las no conformidades detectadas, como del claro compromiso de mejora expresado en el PAM (Plan de Acciones de Mejora) entregado, donde no solo se da respuesta a la no conformidad menor, sino también al conjunto de las oportunidades de mejora señaladas en el informe.</p> <p>Este buen resultado obtenido no sorprende por cuanto se trata de una renovación de la certificación de AUDIT (lo que implica más de cuatro años de implantación del SGIC), así como por el hecho de que recientemente (noviembre de 2017), este mismo centro pasó por un proceso de renovación institucional internacional con el organismo EAEVE.</p> <p>De lo anterior, se considera oportuno sugerir que el vigente certificado AUDIT concedido a la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Murcia se renueve por idéntico periodo al concedido en su día (diciembre de 2013).</p>

- (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
Cargo: Auditor Jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo