



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL
INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Oviedo (UO)
Centro	Escuela de Ingeniería Informática (EIO)
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos incluidos dentro del alcance de su Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	4 de octubre 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	Alberto Álvarez Suárez
Cargo	Director Unidad Técnica de Calidad
Tfno. y correo	suarez@uniovi.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	Dolores Cejalvo Lapeña	Institución	Universidad Católica de Valencia
Auditor	Amparo Chirivella Ramón	Institución	Universitat de Valencia
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría (presencial) 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.

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	2	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	4
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 detectadasPor cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices			

(Sigue)

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	4	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	1
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC	3	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	1
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	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	8.1 y 8.5	Tras la revisión de la documentación del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad del Centro (SAIC), se evidencia una falta de control de la documentación en cuanto a su archivo, así como en cuanto a las versiones en vigor. Ejemplos: en el repositorio ONEDRIVE <ul style="list-style-type: none"> - Existencia de actas de la comisión de calidad sin firma (4/12/2020; 18/5/2021; 14/1/2022; 19/1/2023; 9/3/2023; 20/4/2023) - En la revisión 02 de los objetivos del Centro en su encabezado aparece versión 01. - Existencia de Actas de la Dirección sin firma (19/6/2023; 8/5/2023; 13/4/2023; 29/6/2023). - En la carpeta de Egresados, el informe de orientación laboral en su carátula no aparece identificado el año académico: aparece curso XX/XX - No hay evidencias de la revisión de las guías docentes correspondientes al curso 23/24. - En diferentes carpetas aparecen documentos "Léame" que te llevan a enlaces web, sin que estos documentos a los que hace referencia se encuentren archivados en el repositorio de la documentación 	nc
2	1.1	En contra de su procedimiento de Establecimiento de la Política y Objetivos de Calidad no se ha encontrado evidencia del acta correspondiente del Equipo Directivo en la que se definan los objetivos de calidad del 22/23, aunque luego si son revisados por la Comisión de Calidad en el acta del 20/4/2023.	nc
3	6.1	Se evidencia una falta de trazabilidad en la detección de problemas reflejados en los informes anuales del título dado que no se trasladan como puntos débiles en dicho informe y por tanto tampoco se trasladan al plan de mejoras. Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> - En el informe anual del Grado en Informática, se comenta que hay un menor rendimiento en las asignaturas bilingües del Grado y se pide por ello, que realicen un informe justificativo a los diferentes docentes implicados. Este problema no aparece en el resumen de los puntos débiles del informe anual y tampoco en el plan de mejoras. - Por otra parte, no se analizan en la Comisión de Calidad del Centro los aspectos destacados por los empleadores recogidos en el acta de la reunión del 11/01/23. 	nc
4	4.3 y 5.3	El procedimiento PD-SIGC.UO-13-3- V09 (en vigor) "Procedimiento de definición de la política del PDI y PAS", en el apartado de información, análisis de resultados, revisión y mejora, no se definen registros del PDI, se recogen exclusivamente los del PAS cuando el procedimiento afecta a ambos colectivos	nc

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

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.

- No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de “Disposición final”) valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

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

OM1. El enunciado del Objetivo de calidad en vigor nº3: Planificar y desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje con los medios y recursos adecuados, se considera muy general y dentro de la misión del Centro.

OM2. Aunque la información de calidad en la WEB es muy completa, se echa en falta una organización más estructurada de dicha información para su presentación ante los diferentes grupos de interés (alumnado, familias, sociedad) para su mejor comprensión.

OM3. Tras revisión de las guías docentes por muestreo, se detecta que en la guía docente 23/24 de la asignatura "Cálculo" del Grado en informática las pruebas de evaluación que aparecen no son coincidentes en su nomenclatura ni en sus ponderaciones con lo reflejado en la memoria verificada. En la memoria verificada aparece como prueba de evaluación: 1. Evaluación tipo test a lo largo del curso: máximo 70 % y sin embargo en la guía docente de la asignatura el peso que se le da a los exámenes escritos es un 75 %.

OM4. En las Encuestas Generales de la Enseñanza, se detecta que, en la publicación de los resultados de la satisfacción del profesorado, al realizarse por asignatura, no se puede garantizar el anonimato del profesorado, en aquellos casos en que la asignatura está impartida por solo un profesor.

OM5. En la entrevista con el PAS, se manifiesta que la oferta de plazas de los cursos de formación permanente ofertados para este colectivo es escasa.

OM6. No se evidencia el desarrollo de un manual de evaluación docente, aunque se manifiesta en las entrevistas (profesorado y la comisión de calidad) que actualmente se encuentra en fase piloto.



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

1. Alto grado de implicación del equipo de DIRECCIÓN y de la unidad técnica de calidad en la mejora CONTÍNUA de las titulaciones Y EL CENTRO EN GENERAL
2. Alta implicación del profesorado con los estudiantes y se resalta la actualización de contenidos y nuevas tecnologías en el proceso de enseñanza.
3. Alta satisfacción de los empleadores con el perfil de egreso del estudiantado.
4. Alta valoración de los estudios cursados manifestados por los egresados
5. Exhaustivo análisis en los informes de seguimiento de título y de Centro.
6. Elevada eficiencia en la gestión de los recursos materiales y equipamientos

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Fernando Álvarez García	Director
Juan Ramón Pérez Pérez	Secretario y Jefe de Estudios
M ^a Carmen Suárez Torrente	Subdirectora de relaciones institucionales y con empresas
Jordán Pascual Espada	Subdirector de infraestructuras y recursos humanos
Cristina Pelayo	Coordinadora del MU Ingeniería WEB
Alberto Álvarez Suárez	Responsable de la Unidad Técnica de Calidad
Carlos Díez Fernández	Estudiante
Ángel García Menéndez	Estudiante
Sara María Ramírez Pérez	Estudiante
Omar Teixeira González	Estudiante
Celia Melendi Lavandera	Estudiante
Guillermo Pulido Fernández	Estudiante
Natalia González Domínguez	PAS
Oscar Marinho Sanchez	PAS
Lucía Caramés	PAS
Cristina Cabeza González	PAS
María Ángeles Díaz Fondón	PDI
José Quiroga Álvarez	PDI
Tomas Aranda Guillén	PDI
Miguel Sánchez Santillán	PDI
Miguel García Rodríguez	PDI
Francisco Ortín Soler	PDI



Vicente García Díaz	Comisión Calidad
María Asunción Lubiano Gómez	Comisión Calidad
M ^a Cándida Luengo Díez	Comisión Calidad
Miguel Riesco Albizu	Comisión Calidad
Fernando Sánchez Lasheras	Comisión Calidad
Carmen Rendueles Martínez	Comisión Calidad
Manuel Jesús López Fernández	Comisión Calidad
Alberto Antonio Nuñez Oliveira	Comisión Calidad
Elías Palacios González	Comisión Calidad
Miguel Ángel Pascual Santirso	Comisión de Calidad
Charo González Tuero	Egresado/a
Antonio Suárez Crespo	Egresado/a
Sara Vecino García	Egresado/a
Ana M ^a García Sánchez	Egresado/a
Carlos Montero García	Tutor/a y empleador/a
Rebeca Gallego	Tutor/a y empleador/a
Ainoa Díaz Morán	Tutor/a y empleador/a
José María Llorián	Tutor/a y empleador/a

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
María Teresa González García	Estudiante
Diego Martínez Menéndez	Estudiante
Jaime Solís Martínez	PDI
M ^a Asunción Luviano Gómez	Comisión de Calidad
Elías Palacio González	Comisión de Calidad



David Jaraba

Tutor/a y empleador/a

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)

En fecha 15/11/23 se recibe el Plan de Acciones de Mejora (PAM). Para cada no conformidad se incluye la descripción de la misma, un análisis de sus causas, las acciones a desarrollar o ya desarrolladas, los recursos comprometidos, la fecha de ejecución y el responsable de la ejecución y/o seguimiento.

Así mismo, se adjuntan las evidencias documentales del tratamiento y subsanación de la no conformidad con enlaces a los documentos originales para facilitar la labor de revisión del equipo auditor.

En los casos en los que no se incluyen evidencias de la subsanación de la no conformidad, el apartado de acciones a desarrollar recoge el compromiso explícito de su cumplimiento en el futuro.

Por otro lado, también se da respuesta a cada una de las OM que aparecen en el informe de auditoría en su versión 01.

Fruto de la revisión del PAM y de los enlaces y evidencias anexas, el equipo auditor considera que:

nc 1: Tras la revisión de la documentación del SAIC, se evidencia una falta de control de la documentación en cuanto a su archivo, así como en

cuanto a las versiones en vigor (en el informe de auditoría externa, versión 01, se describen varios ejemplos)

El Centro, presenta evidencias de la corrección de las deficiencias encontradas: fechas de firmas, versiones correctas de los documentos, y unificación en un solo repositorio de la documentación del sistema. Sin embargo, no se define una sistemática de revisión del sistema que haga que mejore el control de la documentación

nc 2: En contra de su procedimiento de establecimiento de la política y objetivos de calidad no se ha encontrado evidencia del acta correspondiente del Equipo Directivo en la que se definan los objetivos de calidad 22/23, aunque luego si son revisados por la Comisión de Calidad en el acta del 20/4/2023.

Se acuerda sistematizar las reuniones del Equipo Directivo, mediante la redacción de actas, según consta en la documentación del SAIC.

nc 3: Se evidencia una falta de trazabilidad en la detección de problemas reflejados en los informes anuales del título dado que no se trasladan como puntos débiles en dicho informe y por tanto tampoco se trasladan al plan de mejoras (en el informe de auditoría externa, versión 01, se describen varios ejemplos)

El Centro, ante esta no conformidad, después de analizar las causas de la omisión de traslado de puntos débiles al plan de mejoras, se compromete a su traslado y revisión tras aprobación por Comisión de Calidad.

nc 4: El procedimiento PD-SIGC.UO-13-3-V09 “procedimiento de definición de la política del PDI y PAS”, en el apartado de información, análisis de resultados, revisión y mejora, no se definen registros del PDI, se recogen exclusivamente los del PAS cuando el procedimiento afecta a ambos colectivos.

Frente a esta no conformidad, la Escuela de Informática, agrupa los registros a recoger que se encontraban dispersos fuera de la documentación del SAIC

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

incluyéndolos en este procedimiento (PD-SIGC.UO-13-3-V09). Se adjunta dicho documento como evidencia con el cambio realizado en fecha 9/11/2023.

A continuación, en su PAM, tratan todas las OM que figuran en el informe de Auditoría externa en su versión 01 (OM1-OM6):

OM-1. El enunciado del Objetivo de calidad en vigor nº3: Planificar y desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje con los medios y recursos adecuados, se considera muy general y dentro de la misión del Centro.

Se realizará una nueva Comisión de Calidad para revisar la redacción y adecuación de dicho objetivo nº 3.

OM-2. Aunque la información de calidad en la WEB es muy completa, se echa en falta una organización más estructurada de dicha información para su presentación ante los diferentes grupos de interés (alumnado, familias, sociedad) para su mejor comprensión

Se comprueba que se ha incorporado una nueva pestaña en el apartado de calidad en la que se incluyen nuevos apartados y gráficas que haga posible una mayor comprensión de la documentación por parte de los diferentes grupos de interés implicados en el centro.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM-3. Tras revisión de las guías docentes por muestreo, se detecta que en la guía docente 23/24 de la asignatura "Cálculo" del Grado en informática las pruebas de evaluación que aparecen no son coincidentes en su nomenclatura ni en sus ponderaciones con lo reflejado en la memoria verificada. En la memoria verificada aparece como prueba de evaluación: 1. Evaluación tipo test a lo largo del curso: máximo 70 % y sin embargo en la guía docente de la asignatura el peso que se le da a los exámenes escritos es un 75 %.

Se ha previsto solicitar al profesorado que en sus guías docentes utilicen las denominaciones de las pruebas de evaluación que figuran en la memoria de verificación, para que no existan equívocos o incorrectas interpretaciones.

OM-4. En las Encuestas Generales de la Enseñanza, se detecta que, en la publicación de los resultados de la satisfacción del profesorado, al realizarse por asignatura, no se puede garantizar el anonimato del profesorado, en aquellos casos en que la asignatura está impartida por solo un profesor.

El Centro considera que la información valorativa del profesorado, que en este caso si es de carácter público, no es una información sensible, aunque la asignatura sea solo impartida por un/a profesor/a por lo que no necesita particular protección.

OM-5. En la entrevista con el PAS, se manifiesta que la oferta de plazas de los cursos de formación permanente ofertados para este colectivo es escasa

Frente a esta OM, el Centro actúa enviando un correo al Vicegerente de RRHH y Organización (8/11/2023), informándole de esta oportunidad de mejora y solicitándole información sobre las acciones a desarrollar.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM-6. No se evidencia el desarrollo de un manual de evaluación docente, aunque se manifiesta en las entrevistas (profesorado y la comisión de calidad) que actualmente se encuentra en fase piloto.

El centro solicita información sobre el desarrollo del DOCENTIA al vicerrector de políticas del profesorado, ya que actualmente se encuentran con un programa piloto de éste, con el fin de poderla adjuntar a su documentación del SAIC.

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

En Madrid, a 21 de noviembre de 2023

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª.DOLORES CEJALVO LAPEÑA
Cargo: Auditora Jefe