



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN  
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

# PROGRAMA AUDIT

## INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**Fecha emisión informe: 10/ 03/ 17**

**V Final**  
*(Post evaluación del Plan de Acciones de Mejora)*

|   |   |                   |
|---|---|-------------------|
| <br><small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN<br/>DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small> | <b>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC<br/>IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE HUMANIDADES. UNIV.<br/>PABLO DE OLAVIDE DE SEVILLA.</b> | Fecha: 10/ 03/ 17 |
|   |   |                   |

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

|   |   |
|---|---|
| <b>Universidad</b>  | Universidad Pablo de Olavide de Sevilla   |
| <b>Centro</b>   | Facultad de Humanidades   |
| <b>Alcance de la auditoría</b><br>(especificar cualquier posible exclusión) | Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable. |
| <b>Fecha de la auditoría</b>  | 07 de febrero de 2017   |

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Nombre</b>           | Belén Floriano Pardal  |
| <b>Cargo</b>            | Delegada del Rector para la Calidad<br>Universidad Pablo de Olavide, Sevilla |
| <b>Tfno. y/o correo</b> | +34 95 497 75 24 - dgcalidad@upo.es  |

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

|                       |                                |                    |                 |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------|
| <b>Auditor Jefe</b>   | Gloria Zaballa Pérez           | <b>Institución</b> | Univ. de Deusto |
| <b>Auditor</b>        | José Antonio Pérez de la Calle | <b>Institución</b> | ANECA           |
| <b>Aud. Formación</b> | -                              | <b>Institución</b> | -               |

## 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) | 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   | 2            | 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                         |          |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br>Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas<br><br>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                             |                 |  |          |
| <b>1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</b>   | <b>No Conf.</b> |  |          |
| 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   | <b>3</b>        |  |          |
| 1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados   | <b>4</b>        |  |          |
| 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 | Justificación  | Cat. No Conf. (2) |
|-----------------|----------------|--|-------------------|
| 1               | 1.0            | <p>En contra de lo especificado en el criterio 1.0. del Modelo AUDIT de referencia, no se evidencia un conocimiento suficiente de la documentación del SGIC por parte de los diferentes grupos de interés del Centro auditado.</p> <p>Por ejemplo, desconocimiento de la Política y objetivos de calidad del Centro y/o de los títulos entre el personal docente y estudiantes de grado que asisten a las entrevistas del equipo auditor.</p>  | nc                |
| 2               | 1.0.3          | <p>En contra de lo especificado en el procedimiento PA01 FHUM Gestión y control de los documentos y los registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el Manual de Calidad (MC), Cap. 1 y 3 se hace referencia al Responsable de Calidad y Planificación, cuando en realidad hay un Vicedecano de Calidad y Comunicación</li> <li>- En el MC, Cap. 1, se indica que al pie de cada página interior se especificará "Número de edición del MSGIC, fecha de la misma y motivo de su modificación", cuando esto último no es correcto.</li> <li>- En el MC Cap. 2, hay frases que no se entienden bien: "Asimismo de cada Título se expondrá una caracterización breve de los Títulos que se imparten en la Facultad de Humanidades", y párrafos repetidos: "en este sentido ha realizado desde su creación numerosas acciones de Garantía de Calidad, aunque no organizadas en un sistema ni en una planificación integral. Esto es precisamente lo se pretende subsanar con este Sistema Integral de Garantía Interna de Calidad"</li> <li>- En el MC Cap. 3 se habla de "Responsable de Calidad y Planificación del Título", pero en la web se habla de "Responsable de Calidad del Título".</li> <li>- El apartado 6.3.1, estructura de documentos relativos a procesos, no es exacto, pues especifica una serie de apartados, y al final especifica "Rendición de cuentas y anexos", pero en realidad no hay anexos, sino un</li> </ul> | nc                |

|   |       |  |    |
|---|-------|--|----|
|   |       | <p>diagrama de flujo, que no se contempla.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La declaración/ Política de calidad que aparece en el MC, anexo IV, del anterior Decano (2014) y que aparece en la web del Centro (<a href="https://www.upo.es/export/portal/com/bin/portal/fhum/responsabilidad/Politica_de_Calidad_de_la_Facultad_de_Humanidades/1431932166923_1417092265666_polxtica_de_calidad_de_la_facultad_de_humanidades_bf.pdf">https://www.upo.es/export/portal/com/bin/portal/fhum/responsabilidad/Politica_de_Calidad_de_la_Facultad_de_Humanidades/1431932166923_1417092265666_polxtica_de_calidad_de_la_facultad_de_humanidades_bf.pdf</a>) no coincide con la que aparece en un documento como Política de Calidad en la web (<a href="https://www.upo.es/export/portal/com/bin/portal/fhum/responsabilidad/responsabilidad/1478592464007_polix769xtica_de_calidad_y_compromiso_de_su_cumplimiento_de_la_facultad_de_humanidades.pdf">https://www.upo.es/export/portal/com/bin/portal/fhum/responsabilidad/responsabilidad/1478592464007_polix769xtica_de_calidad_y_compromiso_de_su_cumplimiento_de_la_facultad_de_humanidades.pdf</a>), que no se identifica como tal Política, ni se adecúa a los formatos contemplados en el SGIC. En el procedimiento se afirma "cualquier documento del SGIC de cada Centro, entrará en vigor en el momento de su aprobación definitiva por el Decano/a o Director/a, no considerándose válido ningún documento hasta que no haya sido firmado y fechado bien en formato papel o con firma electrónica".</li> <li>- El punto 5, Responsabilidades, del procedimiento PA09 FHUM "Satisfacción, necesidades y expectativas de los grupos de interés" asigna una responsabilidad al Vicerrectorado de Calidad, aunque éste ya no existe como tal.</li> <li>- En la portada del procedimiento PA05 FHUM "Evaluación del Personal Académico y de Administración y Servicios", sobre el cajetín donde debería poner "elaborado por", pone "c".</li> </ul> |    |
| 3 | 1.5.4 | <p>En contra de lo especificado en el procedimiento PE05 FHUM de Auditoría Interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El procedimiento se ha codificado al revés (FHUM PE05)</li> <li>- Existe un informe de auditoría interna realizado en septiembre de 2015 a la FHUM. Lo firma electrónicamente José Miguel Martín y Esther Atencia, pero no se especifica el cargo de cada uno, por lo que alguien externo no podría saber si el auditor jefe es el propio Decano de la Facultad.</li> </ul>   | nc |

|   |       |   |    |
|---|-------|---|----|
|   |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el referido informe no se ha cumplimentado el apartado 1º de asignación de nc a las directrices del Modelo AUDIT</li> <li>- En el informe de acciones de mejora y seguimiento, no se documenta ninguna firma de la persona que realiza el seguimiento para aquellas acciones en las que corresponda.</li> <li>- El acceso al registro de auditores internos de la web de la UPO no funciona.</li> <li>- Existen errores de codificación de las evidencias. La evidencia PE05-E04 viene codificada como PE05-E02.</li> </ul> |    |
| 4 | 1.5.5 | En el Procedimiento PC12-FHUM, se presenta en Alfresco la evidencia PC12-CC-CT-E02 en varias ocasiones. Sin embargo, esta evidencia, según lo especificado en la segunda versión del citado procedimiento, no existe, ya que se ha traspasado al PE04 (30/06/2014).   | 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 un Plan de Acciones de Mejora (PAM).

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

Con carácter de recomendación, se sugiere a la Facultad de Humanidades (FHUM) de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla (UPO) revisar los siguientes aspectos relativos al SGIC:

- Realizar una revisión integral de la documentación del sistema para eliminar errores de codificación u otros (ejemplo, la versión 03 del PA09-FHUM aparece como versión 2), incluir la codificación en todos los documentos que sean formatos y evidencias (por ejemplo el PC09-GTEI- E01-14) y adaptarla a la realidad de la Facultad de Humanidades en su desarrollo.
- De acuerdo a las manifestaciones realizadas por el colectivo de estudiantes, existe un elevado grado de acuerdo en relación a la existencia de problemas tales como:

- Existencia de lagunas y solapes entre las asignaturas de los diferentes títulos de grado.
- Incumplimiento parcial de las guías docentes de diversas asignaturas (particularmente en lo referido a contenidos que no da tiempo a impartir por acumulación de retrasos). Para compensarlo (supuestamente), los profesores afectados por esa situación, solicitan trabajos a los alumnos, con un bajo grado de dificultad, de modo que éstos obtienen mayoritariamente elevadas calificaciones. Los alumnos manifestaron que "se matriculan para aprender, no para que les regalen las calificaciones".

La sensibilidad de este tema hizo que los estudiantes se mostrasen reacios a facilitar mayores datos, por lo que el equipo auditor se abstiene, (al no tener una total certeza), de citar los nombres de las asignaturas/ grados que estarían afectados.

- Las acciones de orientación laboral en muchos casos se realizan los viernes. Al ser días no lectivos, esto dificulta de manera notable que muchos alumnos que residen fuera de Sevilla puedan participar en aquellas. En otros casos, las que se realizan de lunes a jueves, les coincide con su horario escolar.
- Valorar la posibilidad de informar a los estudiantes y PAS sobre los resultados prácticos derivados de la realización de las encuestas de opinión facilitadas desde la FHUM. Por parte de los primeros se propone ampliar las posibilidades de respuesta a las preguntas formuladas.
- A fecha de realización de la auditoría externa, no hay evidencia de que se haya constituido ningún "Grupo de mejora", figura contemplada en el Capítulo 3 del MC. Valorar el cambio de su denominación hacia otro tipo de órgano que efectúe labores similares a las propuestas para aquellos.



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

- En el Procedimiento PA05, de Evaluación del Personal Académico y PAS, no se incluye una información precisa relativa a la promoción del PDI. Si no se explicita, podría alinearse con la Política de Personal de la UPO
- La formación que reciben los PAS resulta de manera reiterada el ítem peor valorado en las encuestas de satisfacción que realiza este colectivo.
- Revisar el PA-07 y el reglamento de gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias de la Facultad de humanidades para que estén alineados. En el Reglamento se indica que la Facultad informará anualmente en la página web de la estadística relativa al procedimiento PA07, lo que no se ha podido evidenciar. Existe mención de manera desagregada en cada título en los informes de seguimiento.
- Revisar la evidencia correspondiente al PC14 HUM de Información pública ya que actualmente, existe como evidencia un documento llamado Plan de comunicación, de febrero 2015, que constituye un marco estratégico de la comunicación con los grupos de interés en lugar de evidenciar los resultados del Sistema de Garantía interna de calidad.
- Revisar los indicadores de los procesos para incluir indicadores con carácter cualitativo (por ejemplo, % acciones de mejora llevadas a cabo sobre las planificadas, % acciones de mejora eficaces, % reclamaciones resueltas en plazo...)
- Mejorar el seguimiento realizado a los Planes de mejora, especificando qué se hace con las acciones de mejora no conseguidas en un curso concreto, asegurando así su inclusión en el Plan de mejora del siguiente curso ó su desestimación.
- Incluir en la documentación del SGIC alguna referencia más explícita hacia la acomodación de las instalaciones y las metodologías docentes para facilitar y potenciar la inclusión de aquellos colectivos que presenten algún tipo de discapacidad.

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes del SGIC implantado en la FHUM de la UPO:

- Elevado nivel de compromiso hacia el cumplimiento de lo establecido en el SGIC por parte de la Dirección y los órganos de calidad del Centro.
- Las acciones llevadas a cabo por el equipo directivo el curso pasado para incrementar la participación de los estudiantes y profesores en las encuestas de satisfacción.
- La satisfacción de los diferentes colectivos entrevistados con la actividad docente realizada en las titulaciones oficiales impartidas en el Centro es bastante elevada en los tres casos, y de forma sostenida en el tiempo. Esta afirmación es corroborada por los datos que provienen de las encuestas de satisfacción.
- La disponibilidad y cercanía a los alumnos del PDI del Centro.
- El Centro dispone de una carta de servicios muy extensa e informativa de los derechos y obligaciones de los usuarios de aquel.
- La tasa de respuesta del PAS del Centro a las encuestas de satisfacción es creciente y alta (en términos relativos). Además este colectivo muestra un alto grado de satisfacción global.
- La parte de la web del Centro dedicada a la calidad es intuitiva y aporta mucha información al usuario interesado.

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

No aplica.

## 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   |
|-----------------------------------|--|
| Belén Floriano Pardal             | Delegada del Rector para la Calidad                              |
| Rosario Moreno Soldevila          | Decana   |
| Jordi Luengo López                | Vicedecano De Calidad Y Comunicación                             |
| Francisco Molina Díaz             | Vicedecano De Gestión Académica                                  |
| Antonio García García             | Vicedecano De Relaciones Externas                                |
| Esther Atencia Gil                | Directora del Área de Calidad                                    |
| Inmaculada Algarrada Valero       | Técnico del Área de Calidad                                      |
| Rafael Rivero Martín              | Técnico del Área de Calidad                                      |
| Elisa Barbero Valderrama          | Estudiante Doble Grado Humanidades y Traducción e Interpretación |
| Carmen Maria Rivas Acebedo        | Estudiante Geografía e Historia                                  |
| Manuel López Callejo              | Estudiante Doble Grado Humanidades y Traducción e Interpretación |
| Manuel Jesús Aragón Piña          | Estudiante de Humanidades  |
| María Asunción Ayala              | Estudiante Traducción e Interpretación                           |
| Celia Muñoz Arias                 | Estudiante Traducción e Interpretación                           |
| Alejandro Luque Galán             | Estudiante Geografía e Historia                                  |
| Catalina María Domínguez Lozano   | Jefa de la Unidad de Centros                                     |
| María Linarejos Hernández Sánchez | Apoyo Administrativo de la Facultad de Humanidades               |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Juan Manuel Naranjo Caballero   | Responsable de Gestión (Horarios) de la Unidad de Centros               |
| María Adela González Jiménez    | Directora del Área de Formación, Desarrollo y Eficiencia Administrativa |
| Miguel Angel Herrera Sánchez    | Director del Área de Relaciones Internacionales y Comunicación          |
| Carmen Baena Díaz               | Directora de la Biblioteca  |
| Igor Pérez Tostado              | PCD. Historia Moderna   |
| Natalia Maillard                | Contratada RyC. Historia Moderna  |
| David Soto Fernández            | PCD. Historia Contemporánea   |
| Nuria Ponce Márquez             | PCD. Área de Traducción e Interpretación                                |
| Olga Cruz Moya                  | PCD. Área de Lengua Española  |
| Elisa Calvo Encinas             | PCD. Área de Traducción e Interpretación                                |
| José María Miura Andrade        | TU. Área de Historia Medieval   |
| Amalia Ordóñez Vahí             | Egresado/a de la FHUM   |
| Daniel López Prior              | Egresado/a de la FHUM   |
| Manuel Alejandro González Muñoz | Egresado/a de la FHUM   |
| Javier Cabrera Redondo          | Egresado/a de la FHUM   |
| María del Carmen Peinado Castro | Egresado/a de la FHUM   |
| Ángeles Garrido Oliva           | Egresado/a de la FHUM   |
| Elena Muniz Grijalvo            | Miembro de la Comisión de Garantía Interna de Calidad de la FHUM        |
| Maria Dolores Pérez Bernal      | Miembro de la Comisión de Garantía Interna de Calidad de la FHUM        |
| Francisco Ollero Lobato         | Miembro de la Comisión de Garantía Interna de Calidad de la FHUM        |
| Nuria Fernández Quesada         | Miembro de la Comisión de Garantía Interna de Calidad de la FHUM        |
| Sebastián Jesús Vargas Vázquez  | Miembro de la Comisión de Garantía Interna de Calidad de la FHUM        |
| Marina León Jiménez             | Miembro de la Comisión de Garantía Interna de                           |

|                       |  |
|-----------------------|--|
|                       | Calidad de la FHUM                             |
| Alejandro Rodríguez   | Empresa: Tatutrad                              |
| Vicente Camacho       | Empresa: Ediciones Grazalema                   |
| Manuel Caballero      | Empresa: Fundación Amalio                      |
| Jacobo Ángel López    | Empresa: Istrad (Gerente)                      |
| Inés Franco Fernández | Empresa: Istrad (Coordinadora Prácticas)       |
| Ana Gómez             | Institución: Ayuntamiento de Mairena del Alcor |
| Francisco Mantecón    | Ayuntamiento De Alcalá de Guadaira.            |

## EXCUSADOS

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|--------|------------------|
| -      | -                |
| -      | -                |

## DISPOSICIÓN FINAL

| VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)   |                     |
|--|---------------------|
| <p><b>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)</b></p> |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | <b>FAVORABLE</b>    |
| <input type="checkbox"/>   | <b>DESFAVORABLE</b> |

- (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>Se considera que el Centro dispone de un sistema de garantía interno de calidad orientado hacia la identificación de oportunidades de mejora, estando establecidos objetivos de calidad que son asumidos por el conjunto de la institución. Se dispone además de suficientes procedimientos, registros y evidencias que demuestran, (salvando las cuestiones expuestas más adelante), su implantación real.</p> <p>Se destaca que el clima en el que se ha desarrollado la auditoría ha sido muy bueno, así como la predisposición mostrada por todos los interlocutores de la institución hacia las sugerencias realizadas por el equipo auditor, especialmente del equipo de dirección y la unidad de calidad.</p> <p>Se ha valorado el conjunto de criterios que integran las directrices de AUDIT, resultando 4 no conformidades menores (nc), agrupadas por directrices, así como 11 observaciones generales de mejora. En el caso de las no conformidades, 3 de ellas son relativas al control documental y de registros del SGIC. Aunque trascendentes, el equipo auditor entiende que resultarán de fácil resolución.</p> <p>La cuarta nc está relacionada con la falta de conocimiento sobre la documentación del SGIC y la cultura de calidad de los grupos de interés, algo que es habitual en las universidades y que está intrínsecamente relacionado con el grado de madurez del</p> |

### **JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

SGIC y muchas veces es necesario un tiempo mayor de implantación para conseguir este objetivo.

En relación al Plan de Acciones de Mejora aportado por el Centro en fecha 8/03/17, se considera que se ha realizado un análisis honesto de las causas y circunstancias origen de las nc y de las oportunidades de mejora. En dicho Plan se recogen un conjunto de acciones que parecen realistas y de fácil ejecución. También se fijan fechas y responsables, que, al menos sobre el papel, pueden ser perfectamente capaces de desarrollar las acciones encomendadas. Una de las acciones consiste en la Revisión del Manual de Calidad y del Manual de Procedimientos por parte de la Facultad para su adecuación a la realidad del centro, lo que resolverá la mayor parte de las nc y oportunidades de mejora.

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.

Adicionalmente, se considera que el hecho de que el PAM lleve la firma de la Decana y Vicedecano de Calidad y Comunicación del Centro, refuerza la idea de un compromiso formal hacia su realización y seguimiento.

Consecuencia de lo anteriormente expuesto, de la positiva percepción del funcionamiento del Centro obtenida, así como del alto grado de compromiso personal hacia la mejora detectado en su personal directivo y docente, el equipo auditor ha consensuado proponer una valoración global **FAVORABLE** del grado 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.

En Madrid, a 10/ 03/ 17

#### **Por el equipo auditor (1)**



Gloria Zaballa Pérez  
Cargo: Unidad Cal. Univ. de Deusto

(1) Auditor de mayor rango del equipo