

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Cantabria (UC)
Centro	Escuela Técnica Superior de Náutica (ETSN)
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. Queda excluido del alcance la Formación Permanente, Títulos propios.
Fecha de la auditoría	7 de noviembre 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	D. Pedro Gil Sopeña
Cargo	Coordinador Técnico de Organización y Calidad
Tfno. y correo	942 201 066 / pedro.gil@unican.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	Mercedes Sacristán Lozano	Institución	Universidad de Burgos
Auditor	Gloria Zaballa Pérez	Institución	Universidad de Deusto
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita se ha desarrollado sin incidencias. Se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre la Escuela Técnica Superior de Náutica (ETSN) y el equipo auditor.

La organización de la visita por parte de la ETSN ha sido satisfactoria. Todas las personas que han participado en las entrevistas han mostrado interés por el proceso y han colaborado con el equipo auditor respondiendo a todas las preguntas planteadas.

El Centro aseguró la conexión telemática de egresados de empleadores que se encontraban fuera, disponibilidad que agradeció el equipo auditor.

El Área de Calidad ha colaborado facilitando el acceso a las evidencias e indicadores requeridos y a los registros del SGIC, antes y durante la visita.



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Se debe tener en cuenta que el diseño del SGIC que se implanta en la ETSN cuenta con un Manual de Procedimientos Generales y una estructura organizativa institucional que afecta a todos los centros de la Universidad de Cantabria.

Por esta razón, la entrevista a los colectivos, que se describen a continuación, se ha realizado en la Escuelas indicada y afectan a la auditoria de los dos centros:

- Comisión de Calidad de la UNICAN. La entrevista se desarrolló durante la visita de auditoría en la ETSN. (7/11/2023)
- Área de Calidad. La entrevista se desarrolló durante la visita de auditoría en la ETSN. (7/11/2023)

Durante la visita se planteó a la Comisión de Calidad de la UC, del Centro y al Área de Calidad la falta de concreción en el alcance del SGIC en lo que se refiere a Títulos propios, Master de Formación permanente puesto que se ha puesto en el alcance de los procesos del Sistema de la Universidad de Cantabria y de todos sus Centros y sin embargo no se han encontrado evidencias que aseguren que el SGIC está implantado y que se aplica en los citados Másteres.

La visita a las instalaciones de la ETSN ha permitido constatar la existencia de recursos adecuados para la correcta impartición de las titulaciones de la Escuela, así como para el apropiado desarrollo de la gestión en el Centro.



RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

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

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por 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		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados	1	8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC	2	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	6.4	Atendiendo a lo establecido en el <i>P21. Análisis de la información y acciones de mejora: (...)</i> . El análisis de toda la información que realicen las Comisiones de Calidad debe traducirse en propuestas de mejora de los planes de estudio, (...), en los planes de mejora de los títulos y del centro no se recogen de manera sistemática las propuestas de mejora detectadas en los informes de los responsables de los títulos.	nc
2	6.5	Atendiendo a lo establecido en el <i>P21. Análisis de la información y acciones de mejora: (...)</i> . El análisis de toda la información que realicen las Comisiones de Calidad debe traducirse en propuestas de mejora de los planes de estudio, (...) No se ha tenido acceso al Informe final del SGIC del curso 2022-23, con lo que no se ha podido evidenciar lo establecido en el procedimiento. Con el Informe final del SGIC del curso 2021-22 no se ha podido comprobar, el seguimiento de los objetivos de calidad, de los planes de mejora y de si se han desarrollado e implantado las correspondientes acciones correctivas.	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. La Universidad de Cantabria ha llevado a cabo una revisión de todos los procedimientos con el objetivo de adaptar el ciclo de vida de las titulaciones a la LOSU y al RD 822/2021; Revisados los Informes de Centro, último informe disponible curso 21-22, y los planes de mejora derivados de los mismos, se evidencia que para la correcta implantación del SGC en la Escuela, debe hacerse una revisión de la documentación del SGIC, acorde a su diseño, para tener evidencias de como se ha implantado.

OM2. Debe revisarse el Alcance del SGIC de la Universidad de Cantabria puesto que se ha incorporado en el mismo a los másteres de formación permanente. Se evidencia la falta de concreción en el alcance del SGIC en lo que se refiere a Títulos propios, Master de Formación permanente puesto que no se ha encontrado evidencia alguna que aseguren que el SGIC está implantado y que se aplica en los citados Másteres.

OM3. Establecer una planificación que permita un adecuado despliegue de los objetivos definidos en la Política de calidad del centro (acciones definidas, responsables, periodos, indicadores...).

OM4. Se debería identificar de forma gráfica en un mapa de procesos los procesos incluidos en el SGIC, identificando de manera clara la correlación entre ellos, así como su categorización (clave, operativo y soporte/apoyo).

OM5. No todos los procedimientos definidos cuentan con indicadores de seguimiento: *P1 – El Sistema de Garantía Interno de Calidad de la Universidad de Cantabria, P2 – Estructura de responsabilidad del SGIC, P3 – Política y objetivos de Calidad y P22 – Difusión de la información y rendición de cuentas.* Se recomienda valorar la incorporación de indicadores de seguimiento en todos los procesos.

OM6. Según lo descrito, en el *P3-2 Política y objetivos de calidad del centro*, se comprueba que, en el documento de objetivos de calidad, no hay evidencias de cómo se despliegan dichos objetivos de calidad, cuáles son las acciones concretas para lograrlos, quiénes son los responsables de la ejecución y seguimiento dichas acciones y cuál es el grado de cumplimiento. Se debe definir un Plan de objetivos de centro con sus objetivos, metas a alcanzar y su plan de despliegue en actividades, responsables, temporalización, recursos e indicadores para poder realizar su seguimiento y valorar su avance.

OM7. En el momento de la visita el centro no tenía disponible el Informe final del SGIC del curso 2022-23, con lo que no se ha podido evidenciar lo establecido en el *P21 -2. Acciones de mejora.* Con el Informe final del SGIC del curso 2021-22 no se ha podido comprobar, el seguimiento de los objetivos de calidad, de los planes de mejora y de si se han desarrollado e implantado las correspondientes acciones correctivas.

OM8. Teniendo en cuenta que el criterio 2.5 de AUDIT establece que el Centro debe garantizar la calidad de sus programas formativos a través, entre otros aspectos, de la existencia de mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión; se recomienda que los planes de mejora recogidos en los Informes Finales del Sistema de Garantía de Calidad de los Títulos, mejoren su definición en cuanto al diagnóstico, el objetivo, la descripción de la acción, y los indicadores o evidencias que permitan hacer seguimiento para valorar su implementación.

OM9. Debe garantizarse la trazabilidad de las acciones de mejora, recogidas en los Planes de Mejora, para que contengan la resolución a las debilidades detectadas e informadas a través de los Informes finales del centro y las titulaciones. Se informa al equipo auditor durante la visita de que esta trazabilidad se incluirá en el Informe final del SGIC del curso 22-23.

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

OM10. Se debe incluir en el plan de mejoras, el curso académico, responsable de la acción, el parámetro de valoración de eficacia, la valoración de la eficacia, la codificación de las acciones. Se recomienda establecer un sistema de codificación de las acciones de mejora que las identifique inequívocamente durante todo su ciclo de vida, desde donde se inicie la acción de mejora hasta su cierre y valoración de eficacia.

OM11. Teniendo en cuenta que en los Informes finales del SGIC no aparece el resultado y análisis de todos los indicadores establecidos en los procedimientos, en el apartado Seguimiento y Medición: indicadores, se debería analizar dicha información periódicamente para comprobar la efectividad y eficacia del SGIC implantado en la ETSN.

OM12. Fomentar la participación de todos los grupos de interés en las encuestas de satisfacción.

OM13. Impulsar la implantación del Programa DOCENTIA como instrumento para la evaluación y mejora del PDI, para cumplir con el objetivo del plan de mejoras 2021-2022 de la UC.

OM14. Diseñar una tabla que relacione los procedimientos con sus correspondientes criterios AUDIT INTERNACIONAL, de forma que se facilite la revisión de estos y que quede claro que criterio aplica y cuáles no.

OM15. No se han encontrado evidencias de que exista una sistemática definida, en el proceso P15. Sugerencias y reclamaciones, sobre si las sugerencias y reclamaciones puedan conllevar la definición de acciones de mejora. Tan sólo pueden acceder los grupos de interés internos, pero no está habilitado para que otros grupos de interés puedan realizar una sugerencia.

OM16. En el proceso P15. Sugerencias y reclamaciones, se evidencia ningún indicador que permita comprobar si se cumple el compromiso adquirido en la ficha de proceso de que las entradas del Buzón del SIGC sean atendidas en el plazo de 72 horas y sean puestas en conocimiento de quienes estén en condición de atender las cuestiones que en él se planteen.

OM17. En el proceso P16 Política institucional sobre PDI, evaluación y promoción, no se evidencia que se tenga definida una política institucional del PDI.

OM18. En recursos materiales, deber revisarse como mejorar algunos simuladores que se utilizan en la Escuela, pues el proceso que se sigue puede resultar lento en algunas ocasiones.

OM19. Ante futuros procesos de auditoría externa se debe procurar que exista un tiempo prudencial entre la auditoría interna y la externa, de forma que en la externa se pueda evidenciar la incorporación de las acciones de mejora derivadas de la auditoría interna y cerrar así el ciclo de implementación de dichas mejoras.

OM20. Se debe llevar a cabo una actualización del procedimiento P2 Estructura de responsabilidad del SIGC, dado que no está actualizada la composición de la CCC.

OM21. En el proceso P6 – Desarrollo y resultados del Programa de Doctorado. Se encuentra disponible la versión V04 – 22/06/2023, se observa que la tabla de registros del procedimiento y los indicadores asociados que siguen nombrando conforme a la versión anterior. Se recomienda llevar a cabo una revisión del procedimiento para corregir este aspecto y asegurar una correcta trazabilidad.

OM22. Se recomienda revisar y actualizar las codificaciones de los indicadores definidos en cada procedimiento para que coincidan con las nuevas numeraciones definidas dentro de cada procedimiento. Por ejemplo, IND-P23-a, registro P23-1-2 Programa de auditorías y en la descripción de las actividades P23-1 AUDITORÍAS INTERNAS.

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

OM23. En el proceso P22 – Rendición de Cuentas y Difusión de la Información se observa, en su página 2 Descripción del proceso, que el primer subapartado está nombrado como P21-1 RENDICIÓN DE CUENTAS, con lo que no sigue la nomenclatura correcta del P22.

OM24. En la revisión del SGIC, Manual general de procedimientos del SGIC (MGP-SGIC) se evidencia que varios procesos no tienen indicadores definidos o que los indicadores definidos no se corresponden con el alcance del procedimiento.

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

1. La implicación del equipo directivo de la Escuela para facilitar y fomentar el desarrollo de los procesos de calidad en la Escuela.
2. Se evidencia un alto compromiso en la gestión y difusión de la Política y objetivos de calidad, tanto por parte de la Comisión de Calidad de la UC como por la Comisión de Calidad del Centro.
3. El apoyo que se presta a las Comisiones de Calidad y a los responsables de las Titulaciones por el Área de Calidad y la técnica de calidad asignada a la Escuela cuya labor fundamental, es poner a disposición de las Comisiones de Calidad toda la información necesaria para poder elaborar el informe final del SGIC y dar apoyo permanente en todos los procesos.
4. La disponibilidad y transparencia de la información del SGIC existente para todos los colectivos en la página web de la Universidad.
5. La cercanía del Equipo Directivo y el PDI con el estudiantado.
6. La relación y la comunicación fluida entre el PAS de los distintos servicios del centro (secretaría, conserjería, departamentos, biblioteca, laboratorios...).
7. El alto grado de satisfacción de los egresados con el seguimiento que, sobre ellos y su incorporación laboral, realiza la Escuela.
8. El grado de satisfacción de los empleadores y tutores de prácticas.
9. Satisfacción por parte de los empleadores con el perfil de egreso alcanzado por el estudiantado.
10. Destaca la implicación de la Escuela en la correcta gestión de las prácticas.
11. Oferta estratégica de planes de estudio de grado y máster que habilitan para profesiones reguladas, con un adecuado perfil de egreso y una elevada tasa de empleabilidad.
12. La implantación de la defensa online del Trabajo Fin de Grado puesto que facilita su realización al estudiantado que esté realizando sus prácticas de embarque.
13. Implantación de un procedimiento que registra las necesidades de equipamiento de laboratorios y recursos materiales del PDI, que permite solventarlas de manera preventiva.
14. Satisfacción con los laboratorios y con los recursos de los mismos, por parte del PDI y del alumnado.



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

En la ETSN se realizó una auditoria interna el 17 de octubre de 2022, para comprobar cómo se estaba la implantación del Sistema de Garantía Interno de Calidad. Esta auditoria se realizó antes de la revisión y actualización del SGIC de la UC y de sus Centros junio de 2023.

El informe de auditoría interna recogía 4 nc, 3 observaciones y 15 OM, fue durante la visita cuando se facilitó al equipo auditor el estado actual del plan de mejoras tras la citada auditoria y la mayoría se llevarían a cabo a lo largo del curso 22/23.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
M ^a Dolores Ortiz Marquez	Directora de Área de Calidad y Prospectiva
Beatriz Cobo Salcines	Técnico Informático del Área de Calidad
Pedro Gil Sopeña	Coordinador Técnico de Organización y Calidad
Andrés Ortega Píris	Director Escuela
Alfredo Trueba Ruiz	Subdirector de Calidad y Acreditación
Emma Díaz Ruiz de Navamuel	Subdirectora de Ordenación Académica
Ana Alegría de la Colina	Subdirectora de Prácticas Externas y Relaciones Empresariales
Alberto Coz Fernández	Subdirector de Relaciones Internacionales
Ane García Pereira	1º Grado en Ingeniería Marina
Daniel De Luis Salazar	3º Grado en Ingeniería Marina
Marcos Santiago Abbruzzi	3º Grado en Ingeniería Marítima
Julio César Rea Martínez	4º Grado en Ingeniería Marítima
Celia Díez González	2º Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo
Teresa San Emeterio	3º Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo
Javier Celorrio Arpón	Máster Universitario en Ingeniería Marina
Lidia Lecue Valero	Máster Universitario en Ingeniería Náutica y Gestión Marítima
Carlos Javier Renedo Estebanez	(PTU) Grado en Ingeniería Marina / Grado en Ingeniería Marítima / Máster Universitario en Ingeniería Marina
Vidal Fernández Canales	(PTU) Grado en Ingeniería Marina / Grado en Ingeniería Marítima / Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo
Fernando Fadon Salazar	(PTU) Grado en Ingeniería Marina / Grado en Ingeniería Marítima / Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo
José María Herrera Muro	(PTU) Grado en Ingeniería Marina / Grado en Ingeniería Marítima / Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo

Elías Revestido Herrero	(PCD) Grado en Ingeniería Marina / Grado en Ingeniería Marítima / Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo
David Salvador Sanz Sánchez	(PAD) Grado en Ingeniería Marina / Grado en Ingeniería Marítima / Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo / Máster Universitario en Ingeniería Marina
Javier García Gutiérrez	(PA) Grado en Ingeniería Marina / Grado en Ingeniería Marítima / Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo
Álvaro Herrero Martínez	(PA) Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo / Máster Universitario en Ingeniería Náutica y Gestión Marítima)
Luis M. Vega Antolín	Presidente de la Comisión de Calidad de las Titulaciones de Grado en Ingeniería Marina y Grado en Ingeniería Marítima y Máster en Ingeniería Marina
Alfredo Trueba Ruiz	Subdirector de Calidad y Acreditación
Francisco J. Sanchez Diaz de la Campa	Coordinador del Máster en Ingeniería Náutica y Gestión Marítima
Sergio García Gómez	Coordinador de los Grados en Ingeniería Marina e Ingeniería Marítima y del Máster en Ingeniería Marina
José Iván Martínez García	Coordinador del Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo
M ^a Teresa de la Fuente Royano	Técnica de Organización y Calidad
Elena Laliena Aguarta	Administradora de la ETS Náutica
Daniel González Sainz	Delegado de estudiantes de la Escuela
Pablo Colvee Suárez	Estudiante egresado
Gerardo José Merino Castanedo	Personal Auxiliar de Laboratorio
Jeronimo Morcillo Delgado	Responsable de la División de Náutica de la Biblioteca Universitaria
Verónica Fernández Cobo	Administradora del Departamento de Ciencias y Técnicas de la Navegación y de la Construcción Naval
Rosa Carmen Lasheras Sedano	Secretaría ETS de Náutica
Roberto Martín Rebollo	Conserjería ETS de Náutica
Silvia Portilla Coterillo	Reprografía ETS de Náutica
Ernesto Anabitarte Cano	Presidente



Elena Álvarez Saiz	Vocal – VOAP
Tomas Fernández Ibañez	Vocal – PDI
Borja Alonso Oreña	Vocal – EDUC
Emilio Placer Maruri	Vocal – Egresado - Virtual
Miguel Gurrea Ruiz	Vocal – Estudiante - Virtual
Javier Revuelta Ruiz	Grado en Ingeniería Marítima
Diego Torres Rivera	Grado en Ingeniería Marítima
Andy Josue Hidrobo Bedon	Grado en Ingeniería Marina
Ana María Giménez Fuster	Grado en Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo
Mario Pérez Santana	Máster Universitario en Ingeniería Marina
Eva Valle Ortiz	Máster Universitario en Ingeniería Náutica y Gestión Marítima
Iván Cano	Astander
Luis Egusquiza	Grupo Fernández Jove
Cristina Polanco	Polaris Survey
Cristina Jerez	Siport21
Raul Atienza	Siport21
José Villasante	Seapeak
María Portillo	Trasmediterranea

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

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



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)

Una vez analizado el Plan de Mejora remitido por la Escuela Técnica Superior de Náutica en el mes de febrero de 2024, se considera que:

Respecto a las No Conformidades:

nc1. En el plan de mejoras presentado, se indican las acciones previstas para incorporar e interconectar los planes de mejora por titulación y por centro teniendo en cuenta los informes de los responsables de los títulos. Su fecha prevista enero 2024.

nc2. En el plan de mejoras presentado, se justifica que debido al calendario de procesos del SGIC de la UC, el comité externo no tuvo acceso durante la visita al Informe final del SGIC del curso 2022-23 y por tanto no se pudo evidenciar lo establecido en el procedimiento. En plan de mejoras ahora presentado se evidencia que los informes finales de SGIC de las titulaciones de grado y máster se aprobaron el 15 de diciembre de 2023 y que el informe final del SGIC de Centro se aprobó el 19 de enero de 2024.

Respecto a las Oportunidades de Mejora:

OM1. En el plan de mejoras, se indica que la revisión del SGIC de la Escuela se realizará tras la acreditación institucional, en el curso 2023-24.

OM2. En el alcance del SGIC en lo que se refiere a Títulos propios, Master de Formación permanente no se ha encontrado evidencia alguna que aseguren que el SGIC está implantado y que se aplica en los citados Másteres. El plan de mejora indica que el curso 2023-24 el Máster de Formación Permanente en Gestión del Negocio Marítimo y Logística Asociada impartido por la ETSN, ha entrado dentro del alcance del SGIC, y que los primeros resultados estarán disponibles en el curso 2023-24.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM3. En el plan de mejoras se indica que en el informe de la Comisión de Calidad del Centro del curso 2022-23 aprobado en enero de 2024, se incluye una planificación de los objetivos de calidad del centro.

OM4. Se elaborará un mapa de procesos que incluya su categorización. Curso 2023-24.

OM5. Se realizará un análisis de indicadores asociados a cada procedimiento. Año 2024.

OM6. Se incluye la planificación de los objetivos de centro en el informe de la CCC del curso 2022-2023. Enero 2024.

OM7. El informe de la Comisión de Calidad del Centro del curso 2022-23 se ha aprobado en enero de 2024.

OM8. Los informes finales del SGIC de las titulaciones del curso 2022-23 se han aprobado conforme a la nueva plantilla modificada en junio de 2023, y se ha publicado en web en enero de 2024.

OM9. Los planes de mejora de centros y de titulación del curso 2022-23 se han elaborado después de la visita externa, según la nueva plantilla de informes finales y con ella se prevé garantizar la trazabilidad de las mejoras de la titulación y del centro. Enero de 2024.

OM10. Han establecido tras la visita un sistema, un sistema de codificación en los planes de mejora que permitirán seguir cada mejora durante su ciclo de vida. Enero 2024.

OM11. Se analizarán los indicadores asociados a procedimiento. Año 2024.

OM12. Han definido objetivos específicos para incrementar la participación del estudiantado en las encuestas de satisfacción. Curso 2023-24.

OM13. Programa DOCENTIA, han creado un grupo de trabajo. Año 2024.

OM14. El Área de Calidad elaborará una tabla que relacione los procedimientos con sus correspondientes criterios AUDIT INTERNACIONAL. Curso 2023-24.

OM15. Implantada.

OM16. Se revisarán los indicadores de entradas al Buzón del SIGC. Año 2024.

OM17. P16 – Política institucional sobre PDI, evaluación y promoción. Implantada.

OM18. En recursos materiales, deber revisarse como mejorar algunos simuladores que se utilizan en la Escuela, pues el proceso que se sigue puede resultar lento en algunas ocasiones.

OM19. La Escuela realizó una auditoria interna el 17 de octubre de 2022, esta auditoria se realizó antes de la revisión y actualización del SGIC de la UC y de sus Centros junio de 2023. Fue durante la visita cuando se facilitó al equipo auditor el estado actual del plan de mejoras tras la citada auditoria y la mayoría se llevarían a cabo a lo largo del curso 22/23.

OM20. Implantada.

OM21. En el proceso P6. El área de calidad corregirá las erratas. Enero 2024.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM22. En el proceso P23. El área de calidad corregirá las erratas. Enero 2024.

OM23. En el proceso P22. El área de calidad corregirá las erratas. Enero 2024.

OM24. El Área de Calidad llevará a cabo un análisis de todos los indicadores asociados a los procedimientos para determinar su idoneidad y pertinencia. Año 2024.

El Plan de Mejora respecto a las no conformidades (nc) y a las oportunidades de mejora se considera adecuado. Este plan recoge el análisis de las causas, las acciones a desarrollar, los recursos comprometidos los responsables y la fecha prevista de resolución. A modo de observación, indicar que se podría completar el plan de mejoras especificando las evidencias/indicadores que medirán la ejecución del mismo.

Por todo ello, una vez revisado el plan de acciones de mejora y comprobando que se han atendido a las no conformidades (nc) y a las oportunidades de mejora con un compromiso de mejora continua, la valoración es **Favorable**.

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

En Madrid, a 27 de febrero de 2024

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª. Mercedes Sacristán Lozano
Cargo: Auditor/a Jefe