

Informe de Seguimiento del SGC Certificado
Convocatoria enero 2022

1. DATOS DEL CENTRO:

ID. Centro: 23006388 – Denominación: Facultad de Ciencias Experimentales

Universidad Solicitante: Universidad de Jaén

Títulos oficiales bajo el alcance del SGCC

Código RUCT	Denominación del título oficial	Universidades participantes (en caso títulos conjuntos)
2501153	Graduado o Graduada en Biología por la universidad de Jaén	
2501049	Graduado o Gradada en Ciencias Ambientales por la Universidad de Jaén	
2501090	Graduado o Graduada en Química por la Universidad de Jaén	

2. ÁMBITO NORMATIVO:

Este proceso de seguimiento se realiza en el marco, de creación, reconocimiento y autorización de Universidades y Centros universitarios, y acreditación institucional de Centros universitarios, regulado por el **Real Decreto 640/2021, de 27 de julio**, donde se establece en su art 14 8. que, en el procedimiento de evaluación de la renovación de la acreditación institucional deberá emitirse informe por un panel de expertos externos e independientes de la institución que solicite la acreditación, nombrados por la ANECA o por la agencia de calidad correspondiente. El procedimiento que desarrollen las agencias para llevar a cabo la renovación de la acreditación institucional de Centros seguirá el protocolo general que, a propuesta del Ministerio de Universidades, se ha establecido en el seno de la Conferencia General de Política Universitaria. Asimismo, se deberán tener presentes todos los informes de seguimiento de las diversas titulaciones oficiales ofertadas en el Centro, así como los informes de la ANECA y de la correspondiente agencia de calidad emitidos en ese período de seis años con relación a los diferentes títulos oficiales ofertados. La ANECA y los órganos de evaluación externa de las Comunidades Autónomas se facilitarán mutuamente información relativa a dichas evaluaciones. La Agencia Andaluza del Conocimiento (AAC), de conformidad con lo dispuesto en la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, Andaluza de Ciencia y Conocimiento, tiene atribuidas las competencias de evaluación y acreditación de las actividades universitarias.

La Dirección de Evaluación y acreditación (DEVA-AAC), como órgano competente, efectúa esta evaluación a través de la designación de comisiones de personas expertas competentes para evaluar las solicitudes de seguimiento, externas al sistema universitario andaluz, designadas al efecto, aplicando los criterios establecidos tanto en la **Resolución de 7 de marzo de 2018, de la Secretaría General de Universidades**, como en el anexo sobre seguimiento aprobado por el Comité Técnico de

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	1/22
			



Evaluación y Acreditación(CTEyA)de 3/12/2021 de la "**Guía para la certificación de sistemas de garantía de la calidad implantados en los Centros de las Universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC**", aprobada por el CTEyA el 29 de junio de 2021.

3. CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN:

Evaluada previamente la información aportada por la Universidad según el procedimiento establecido por la DEVA, la Comisión de evaluación del seguimiento emite el siguiente informe:

1. Contexto del Centro

Tanto la Universidad de Jaén como la Facultad de Ciencias Experimentales tienen una cultura de calidad con un gran compromiso institucional de sus equipos directivos y un recorrido ya de muchos años atrás. Y, particularmente, este Centro presenta una buena trayectoria académica desde el curso académico 1989-90 en que se crea, habiendo madurado mucho en general y en el contexto de la calidad, siendo pionero en conseguir su certificación formalizada vía AUDIT-ANECA con ya cuatro ediciones (2009, 2014, 2017 y 2019) y con una implantación, desarrollo y revisión anual del SGC remarcable, con rendición de cuentas por los órganos competentes, e implantados y completos en su estructuración formal, que ha venido a facilitar su proceso de acreditación y su liderazgo comparativo con otros Centros y Universidades andaluzas.

Además, se tienen en cuenta la realización de mejoras continuadas por los sucesivos equipos decanales muy implicados y con evidencias en registros suficientes, así como la revisión completa del SGC desde diciembre de 2021, de una manera eficaz de acuerdo con lo previsto en el propio SGC y en las directrices de adecuación al programa IMPLANTA.

La Facultad dispone de una política de calidad definida institucionalmente, desplegada y revisada, de acceso público y difusión a toda su comunidad universitaria, alineada con las directrices y objetivos generales de la UJA y siguiendo el planteamiento estratégico del Centro que ya ha elaborado 3 planes estratégicos y sus correspondientes memorias de seguimiento. Por tanto, contando desde los anteriores equipos decanales que pusieron los cimientos y que ha sido continuado correctamente por el actual equipo directivo del Centro como responsable desde junio de 2020, con la supervisión de los servicios centrales de calidad de la UJA, dependiente del vicerrectorado competente en materia de calidad.

Además, esta Facultad con el liderazgo de su actual equipo directivo, siguiendo su programación alineada con el Plan Estratégico de la UJA, ha optimizado todo el sistema y, también, para agilizar la gestión de la calidad ha simplificado el número de comisiones eliminando las CGC de grados y ha modificado la composición y las funciones de sus órganos competentes delegados de calidad, con un despliegue de todo lo necesario en diferentes documentos y cuadros de indicadores, al igual que las actividades de revisión, seguimiento, y mejora propios de una cultura de calidad arraigada.

La Facultad presenta suficientes evidencias sobre los aspectos concretos de este proceso de seguimiento, al haber realizado una revisión completa de los procesos implantados del SGC, los cuales se encuentran correctamente documentados, promoviendo una integración de los mismos para una

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	2/22



mejor homogenización en sus 3 titulaciones, que mantienen su tipología y modalidad de enseñanza sin cambios relevantes en infraestructuras (espacios y equipamientos adecuados y correctamente mantenidos), pero con informes favorables que demuestran en la práctica su adecuado cumplimiento con las dimensiones, desarrollo y revisión anual; unido a la rendición de cuentas por los órganos competentes y a todos los interesados personales e institucionales siguiendo los informes de seguimiento del Centro.

Además, el recorrido efectuado por el SGC ha dado respuesta a los nuevos ítems considerados en su adecuación a IMPLANTA y se plasma en suficientes evidencias y documentos que lo soportan, poniendo de manifiesto una adecuada gestión de objetivos planteados y resultados alcanzados, acompañada de la toma de decisiones correspondiente para implantar acciones de mejora.

Todo ello de una manera sistemática y eficaz, especialmente en este Centro por los informes de evaluación efectuados de acuerdo con lo previsto normativamente y siguiendo los procedimientos y herramientas establecidos y acordes con lo recogido en el SGC y en su revisión, evidenciando un adecuado grado de implantación y madurez en su aplicación práctica con responsabilidades compartidas con la Universidad.

2. Revisión del Sistema de Garantía de Calidad del Centro (SGCC)

Cambio realizado/propuesto: Simplificación de todo su SGC para convertirlo en una herramienta de gestión útil y comprensible, que además agilice la gestión de la calidad en el marco de los criterios y directrices del modelo IMPLANTA-DEVA.

Se acepta. *El cambio está fundamentado en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.*

Motivación:

Se ha buscado optimizar el funcionamiento ajustándolo a la gestión real del Centro, reduciendo el número de comisiones, las funciones asignadas y su composición para ampliar la representación de grupos de interés, con un práctico despliegue de todo lo necesario en muy diversos y numerosos documentos y cuadros de indicadores (bien referenciados y conectados para su mejor puesta en relación y trazabilidad), que además se han visto simplificados lo que viene a facilitar las actividades de revisión, seguimiento y mejora de la calidad.

Cambio realizado/propuesto: Potenciar el desarrollo del SGC del Centro por ciclos de gestión para facilitar su funcionamiento.

Se acepta. *El cambio está fundamentado en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.*

Motivación:

Promover una ejecución de las actividades de los procedimientos y las de revisión, que generen planes de mejora del Centro por ciclos de gestión e Informes de Revisión Anual del SGC del Centro, que además al ser más integradores y transversales contribuyan a alinearse con los de la Universidad y a una toma de

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	3/22



decisiones relacionadas en temas de riesgos, oportunidades, rendición de cuentas, y mejora de las enseñanzas utilizando para ello planes específicos en los que se identifican tanto los responsables como el periodo de realización y los indicadores para evaluar su consecución.

Cambio realizado/propuesto: **Inclusión de nuevos procedimientos sobre gestión de riesgos inesperados (ej. COVID).**

Se acepta. *El cambio está fundamentado en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.*

Motivación:

Ante la aparición de la pandemia se ha buscado promover una contemplación especial sobre gestión de riesgos, para establecer protocolos y formularios de identificación, análisis y generación de acciones que se propongan para su inclusión en los planes de mejora.

3. Revisión de la Gestión de la Calidad Interna del Centro

CRITERIO 1. INFORMACIÓN PÚBLICA

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.

Satisfactorio. El Centro ha realizado un gran esfuerzo de adaptación al modelo Implanta y toda la información necesaria está en la página web o en la documentación aportada y se ajusta a lo previsto en el SGC. Se evidencia el análisis de resultados de la mayoría de los grupos de interés, pero existe margen de mejora para la obtención de información a través del canal de quejas y sugerencias.

1.1. El Centro aporta información y evidencia los cambios o actualizaciones de la información que publica. Esta información está basada en los resultados de los indicadores que el SGC ofrece en el periodo de tiempo transcurrido desde la certificación del SGC y el seguimiento.

Se evidencia que la totalidad de los cambios o actualizaciones de la información publicada está basada en los resultados de los indicadores que el SGCC ofrece en el periodo de tiempo desde la certificación del SGCC y el seguimiento.

Motivación:

El SGC publicado en la página web del Centro informa sobre los cambios y actualizaciones que han implicado el seguimiento del modelo IMPLANTA.

Toda la información necesaria está accesible en la página web (espacio calidad) y/o en la documentación aportada y acorde con lo previsto en el SGC y en su Informe de Revisión Anual del SGC del Centro. Además, concretamente, se ha modificado el Procedimiento de Información Pública, que ha pasado de proceso clave a estratégico y queda mejor referenciado y relacionado. Todo ello pone de manifiesto que la mayor parte de la documentación está organizada de forma correcta, con medidas de garantía de calidad y equidad y acorde con lo previsto en los protocolos y procedimientos correspondientes.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	4/22



1.2. El Centro, o los responsables asignados toman decisiones sobre la información que se publica teniendo en cuenta la participación, la utilidad de la información y las necesidades detectadas de los diferentes grupos de interés.

La mayoría de las decisiones adoptadas sobre la información publicada se realiza por los responsables y se tiene en cuenta la información y necesidades de la mayoría de los grupos de interés.

Motivación:

La Facultad de CC Experimentales dispone de un PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA (PE02) que incluye las actuaciones del Centro sobre el análisis de la información a publicar y que está relacionado con el procedimiento PA01 Gestión de la Información y Análisis de Resultados y con el PE01 Planificación, Revisión y Mejora del Sistema de Garantía de Calidad (SGC).

Existe una definición clara de la cadena de responsabilidades y funciones (personas y órganos colegiados) en la gestión del SGC de la Facultad, así como de determinación e implicación para propiciar la participación de los grupos de interés asociados a cada proceso y fases definidas. No obstante, prima la participación de los grupos de interés internos sobre los externos.

1.3. El Centro evalúa, analiza y revisa el resultado de las decisiones adoptadas sobre Información Pública (IP) periódicamente.

Se evidencia el análisis y revisión del resultado de las decisiones adoptadas sobre IP periódicamente.

Motivación:

El Centro realiza una auditoría interna realizada anualmente al SGC del Centro y elabora un Plan de Mejoras del Centro.

Hay una revisión periódica de la información pública y de las acciones de mejora propuestas regularmente acorde con lo previsto en los protocolos y procedimientos correspondientes, con buenos ejemplos en cuanto a la información relevante a publicar y dirigida a los diferentes grupos de interés.

1.4. El Centro presenta evidencias del análisis de los resultados obtenidos a través del canal de atención de quejas / reclamaciones / alegaciones / sugerencias. Este canal le permite recoger información de los diferentes grupos de interés.

Se evidencia el análisis de algunos de los resultados obtenidos a través del canal y recoge información de algunos de los grupos de interés.

Motivación:

La Facultad dispone de mecanismos para la obtención de esta información sobre quejas, sugerencias y felicitaciones de los diferentes grupos de interés, pero al no tener una participación efectiva en el canal no se posibilita una gestión consecuente (simplemente se recogen comentarios en reuniones o encuestas), ni por tanto la realización correspondiente de informes periódicos de evolución.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	5/22



CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

2.1. El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados a su Sistema de Garantía de la Calidad.

El Centro ha realizado un gran esfuerzo por la adaptación de su SGC al modelo Implanta pero el breve periodo de tiempo transcurrido no permite evaluar de forma excelente todos los ítems evaluados por lo que se considera una evaluación de **Satisfactorio**.

2.1.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades y los grupos de interés adecuados que garantizan el correcto funcionamiento de los procesos definidos en el SGC, asegurando la recogida de la información para la revisión periódica de la política de calidad y los objetivos estratégicos.

Se evidencia que la mayoría de las responsabilidades están claramente definidas y contribuyen al correcto funcionamiento de los procesos de información, recogida de información y revisión periódica teniendo en cuenta la mayoría de los grupos de interés.

Motivación:

El Centro elabora informes sobre cada uno de los grados y establece planes de acciones de mejora y su seguimiento de forma anual en el nuevo SGC. Los Objetivos estratégicos se contemplan en el Plan Director que ha sido elaborado por una comisión en la que están representados el equipo decanal, el personal docente e investigador, el estudiantado y el personal de administración y servicios.

Existe una definición clara de la cadena de responsabilidades y de los grupos de interés, acordes con el SGC de la Facultad, para asegurar la recogida de la información necesaria para la evaluación y revisión correspondiente.

2.1.2. El Centro presenta evidencias de que tiene definida una política de calidad alineada con los objetivos estratégicos. Presenta evidencias de que se adoptan medidas para actualizarla y revisarla periódicamente basándose en los resultados obtenidos durante la aplicación del SGC.

Se evidencia que existe una política de calidad alineada con los objetivos estratégicos y que se adoptan medidas de revisión y actualización periódica basadas en los resultados de la aplicación del SGC.

Motivación:

La Facultad tiene un Sistema de Garantía de Calidad (SGC) con una documentación completa, revisada y perfectamente referenciada, sobre la base de un nuevo proceso estratégico "PE01" actualizado y que además está alineada con su Plan Director (antiguo Plan Estratégico) y con los objetivos estratégicos, que tienen su seguimiento, evaluación y mejora.

Los Objetivos Estratégicos del SGC y del Plan Director son los mismos y se ha establecido un periodo de un año para su revisión.

2.1.3. El Centro presenta evidencias de que toma decisiones basadas en los resultados obtenidos relacionadas con el despliegue de la política de calidad y los objetivos estratégicos, en la que participan los diferentes grupos de interés. El Centro analiza y revisa el resultado de las decisiones adoptadas periódicamente.

Se evidencia el análisis y revisión de la mayoría de las decisiones adoptadas basada en resultados en la que han participado la mayoría de los grupos de interés.

Código Seguro de Verificación: R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	6/22



Motivación:

Se evidencia que el Plan Director servirá como seguimiento de los Objetivos estratégicos. Los objetivos vigentes hasta 2021 se han revisado durante el seguimiento de los títulos de grado y el nuevo SGC incluye los procedimientos PA01 y PE02 para la revisión y análisis de los objetivos y competencias de cada título y para la revisión de la oferta formativa y las características del programa formativo.

2.1.4. El Centro presenta evidencias de la rendición de cuentas de forma periódica a los diferentes grupos de interés sobre los resultados alcanzados.

Se evidencia la rendición de cuentas de forma periódica a la mayoría de los grupos de interés.

Motivación:

El Centro realiza y publica el seguimiento de los títulos de Grado que imparte en el que se incluyen indicadores y resultados y se evalúa el grado de consecución de los objetivos relacionados con dotación de personal académico, recursos y servicios y resultados de aprendizaje utilizando los resultados de las encuestas de satisfacción del estudiante y del profesorado, no se incluyen encuestas de satisfacción del personal de administración y servicios.

2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.

Aunque existen buenos ejemplos de recogida de información que permite que se analicen tendencias que permitan la mejora de las titulaciones no existen evidencias sobre la satisfacción del personal de administración y servicios y existe margen para la mejora sobre la información de satisfacción sobre prácticas externas y movilidad por lo que se considera una evaluación **satisfactoria**.

2.2.1. El Centro dispone de un sistema de gestión de la información sistematizado y actualizado que permite la recogida ágil, fiable y completa de la información y los resultados de los programas formativos (alumnado matriculado, créditos reconocidos y procedimiento seguido, académicos, de inserción laboral y satisfacción de los diferentes grupos de interés, en su caso, prácticas externas y movilidad), permitiendo analizar tendencias.

Se evidencia que el sistema de gestión permite la recogida de bastante información y facilita que se analicen tendencias para la mayoría de las titulaciones bajo el alcance del SGCC.

Motivación:

El nuevo SGC tiene un procedimiento para la Gestión de la Información Pública (PE02) que está vinculado con el Procedimiento de Gestión de la Información y Análisis de Resultados (PA01) y con el PE01 de Planificación, Revisión y Mejora del Sistema de Garantía de Calidad, y que tiene previsto la elaboración de un Plan de Mejora. La información obtenida se basa en las encuestas de satisfacción de estudiantes y del profesorado; no se realizan al personal de administración y servicios. No hay encuestas específicas para prácticas externas y movilidad.

Existen buenos ejemplos en cuanto a la documentación manejada (estructura, disponibilidad y resultados) y a la satisfacción de los diferentes agentes internos y externos, facilitando el análisis para

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	7/22
			



una adecuada toma de decisiones periódica. Todo ello gracias a los Informes de Resultados del Centro en el marco del Informe de Revisión Anual del SGC de la Facultad.

2.2.2 *El Centro dispone, controla, revisa periódicamente y mejora de forma continua Los resultados (alumnado matriculado, créditos reconocidos y procedimiento seguido, resultados académicos, de inserción laboral y satisfacción de los diferentes grupos de interés, en su caso, prácticas externas y movilidad).*

Se evidencia que Centro revisa periódicamente los resultados de la mayoría de las titulaciones bajo el alcance del SGCC.

Motivación:

Se realiza una auditoría interna del SGC del Centro atendiendo a las encuestas de satisfacción, se ha revisado la información sobre TFG disponible en la web y se realiza y publica un Informe anual de seguimiento sobre resultados de los títulos ofertados.

Se analiza periódicamente información completa, fiable y sistemática sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados académicos y de inserción laboral, a satisfacción generalizada de los grupos de interés.

2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.

Satisfactorio. El Centro tiene definidas las responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos de diseño, revisión y mejora y seguimiento de la oferta formativa. Sin operar en el caso del procedimiento de extinción de títulos, aunque tanto en el anterior SGC como en el nuevo optimizado se contemplan procedimientos, que en un apartado específico, llegado el caso, servirían como garantía de aplicación consecuente.

2.3.1. *El Centro tiene definidas las responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos vinculados al diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.*

Se evidencia que las responsabilidades definidas garantizan el funcionamiento adecuado de los procesos vinculados al diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.

Motivación:

La Comisión de Garantía de Calidad es la encargada de hacer el seguimiento del programa formativo y de proponer modificaciones, en caso necesario, que deben ser aprobadas por la Junta de Facultad. El procedimiento PC01 se ha desarrollado para el Diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos.

Los procesos formativos y el apoyo al alumnado tienen definidas su cadena de responsabilidades y el nuevo SGC contempla procedimientos específicos que se complementan, siendo en general eficientes; y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora estructurado y se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora (por ejemplo, en la revisión periódica de las tres titulaciones de grado y de las acciones de mejora propuestas en el curso anterior).

2.3.2. *El Centro presenta evidencias de que recoge información, la analiza y realiza el seguimiento de los*

Código Seguro de Verificación: R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	8/22



resultados de su oferta formativa que favorece la toma decisiones e identifica acciones de mejora en sus programas formativos y permite adoptar modificaciones y cambios que favorezcan el seguimiento, la renovación e innovación de sus programas de forma periódica.

Se evidencia que el Centro analiza la mayoría de los resultados de su oferta formativa y toma decisiones basadas en estos resultados.

Motivación:

Se realizan Seguimientos anuales de los títulos de grado impartidos por el Centroy la Facultad dispone de un Plan Director que identifica debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de mejora.

El Centro recoge bastantes evidencias sobre el particular, cumpliendo en la mayoría de sus aspectos con lo exigido y su evolución en los últimos años, mediante la revisión de los diversos procedimientos relacionados ("PEs, PAS y PCs"), con ejemplos de informes de resultados en el seguimiento de los títulos y planes de mejora de sus programas formativos y participación de los grupos de interés en los procesos.

2.3.3. El Centro presenta evidencias de que tiene previsto, y en su caso ha utilizado, el proceso que permite la extinción de los títulos y, en su caso, a la luz de los resultados obtenidos, de la política y objetivos definidos, aplicarlo asegurando las medidas de garantía de calidad y equidad correspondientes.

Sin valoración

Motivación:

No es objeto de valoración dado que, si bien tienen un procedimiento definido para la extinción de titulaciones, al no haberse dado el caso aún, no se ha podido comprobar por parte de la Universidad su efectiva implantación.

CRITERIO 3. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.

El Centro no tiene plena responsabilidad sobre la evaluación de las necesidades de personal académico ya que son los departamentos los que analizan las necesidades de personal y se han desarrollado pocas iniciativas de formación del profesorado aunque este aspecto junto con la evaluación del profesorado con herramientas como el programa Docentia deberían estar compartidas con la Universidad de Jaén. Se considera una valoración **satisfactoria**.

3.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades que garantizan que se aplican procedimientos para la recogida de la información que detecten necesidades de personal académico adecuado a las características de los Títulos, implicando a los diferentes grupos de interés.

Se evidencia que el Centro detecta la mayoría de las necesidades de personal académico adecuada a las características de los títulos bajo el alcance del SGC, como resultado del análisis de la información recogida de la mayoría de los grupos de interés.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	9/22



Motivación:

Es responsabilidad de los Departamentos evaluar la necesidad de personal académico y su perfil de idoneidad. En el nuevo Sistema de Garantía de Calidad existe un único procedimiento para la Gestión de Recursos Docentes (PA02) que indica cuáles son las competencias del Centro en este aspecto.

La Facultad y la Universidad tienen establecida las responsabilidades en el ámbito del PDI, dejando a los Centros exclusivamente el control sobre si han quedado cubiertas las necesidades académicas y comunicando las deficiencias detectadas; habiendo sido otorgadas básicamente a departamentos y vicerrectorado competente para la aplicación de sus procedimientos en este aspecto y la recogida de información con el concurso de los grupos de interés.

3.2. El Centro presenta evidencias de que recibe información útil que analiza, y detecta e identifica necesidades de profesorado para cada programa formativo grado o máster, según las características de estos (por ejemplo: tipo de enseñanza-presencial, semipresencial, docencia en primer curso, idiomas, supervisión del TFM/TFG, etc.) y las traslada, si es el caso a los órganos competentes en la materia.

Se evidencia que el Centro analiza la información recibida sobre necesidades del profesorado para la mayoría de los programas formativos y da traslado de esta información a los órganos competentes.

Motivación:

Se identifican las necesidades de profesorado a través de las encuestas de satisfacción con la labor docente del profesorado y se analizan en los Indicadores clave del SGC. No se dispone de información sobre la docencia en primer curso o la supervisión en TFG.

La Facultad recoge suficientes evidencias sobre este aspecto a lo largo del tiempo y de su transmisión por elevación a las sucesivas instancias decisoras de la Universidad.

Y, en general, en los últimos años con buenos ejemplos en cuanto a la documentación manejada (estructura, disponibilidad y resultados sobre la suficiencia y adecuación del personal) desde la perspectiva del proceso de enseñanza-aprendizaje y, también, con una óptima accesibilidad para los diferentes agentes internos y externos.

3.3. El Centro presenta evidencias de que tiene identificadas las necesidades detectadas, toma decisiones y define acciones en las que promueve la formación del profesorado mediante una oferta formativa adecuada y los resultados obtenidos permiten valorar la mejora en la calidad del profesorado.

Se evidencia que la mayoría de las acciones formativas y los resultados obtenidos permiten valorar la mejora de la calidad del profesorado.

Motivación:

El compromiso con la formación del profesorado y la innovación docente se contempla en el Plan Director 2021-24; si bien las evidencias apuntan a un curso que se ha realizado sobre técnicas de trabajo colaborativo en clases prácticas, y a otro que se realizará para la mejora de la comunicación oral en inglés.

Tras la aplicación del nuevo procedimiento PA02 en el nuevo SGC, estrechamente vinculado con todos los demás procedimientos relacionados con la participación del PDI en los procesos de enseñanza-aprendizaje, se presentan suficientes evidencias sobre necesidades identificadas y consecuentes

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	10/22



propuestas de formación al profesorado, para su mejor cualificación y coordinación de las materias impartidas. Y, todo ello, teniendo en cuenta los Informes Globales de Resultados de cada Grado y las acciones potenciales propuestas en el Plan de Mejora del Centro; además de la declaración de intenciones para promover más iniciativas de formación e innovación docente (que ahora son pocas), siguiendo lo desarrollado en el Plan Director de la Facultad 2021-24.

3.4. El Centro realiza el seguimiento del resultado de la toma de decisiones sobre la gestión de los recursos docentes y de la evaluación de la calidad docente.

Se evidencia el seguimiento del resultado de la mayoría de las decisiones adoptadas sobre la gestión de los recursos docentes y de la evaluación de la calidad docente.

Motivación:

El número de profesorado de la Facultad de CC Experimentales evaluado por el programa Docencia es muy bajo y no parece que estos resultados se tengan en cuenta para la toma de decisiones si bien se tienen en cuenta las encuestas de satisfacción con la labor docente del profesorado.

Queda evidenciado el seguimiento de la toma de decisiones para asegurar las competencias y cualificación de los recursos docentes y su evaluación cualitativa, sobre su evolución en los últimos años según los indicadores clave de docencia y del Programa Docencia y las encuestas de satisfacción, asegurando la óptima realización del trabajo del PDI y su adecuación para facilitar el desarrollo de los programas formativos, con procesos genuinos y con el análisis y mejora de los mismos a lo largo del tiempo, como se evidencia en actas y documentos de las comisiones correspondientes.

CRITERIO 4. GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes que contribuyan a la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.

Aunque no siempre está la responsabilidad de la obtención de recursos materiales y servicios en el Centro, el SGC permite identificar las necesidades a través de los Informes de cada uno de los títulos y se considera este aspecto **satisfactorio**.

4.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades de los procedimientos para la recogida de la información, de las actividades que el Centro realiza, identificando necesidades de organización de actividades o disposición de recursos materiales y personal de administración y servicios en materia de:

- Acceso y admisión.
- Matriculación.
- Desarrollo de la enseñanza.
- Evaluación.

Se evidencia que las responsabilidades definidas están llevando a cabo la identificación de necesidades, basadas en los resultados obtenidos.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	11/22



Motivación:

El Centro y la Universidad tienen establecidas las responsabilidades en este ámbito, dejando a los Centros las competencias específicas que no están centralizadas formando parte del SIGC-SUA; básicamente potenciales acciones de mejora que el Decanato pudiera incluir en el Plan de Mejora del Centro y que hace por cada titulación.

4.2. El Centro presenta evidencias de que analiza y revisa de forma periódica la información de los resultados que han servido para la detección de necesidades de nuevos recursos o servicios para el correcto desarrollo actividades, recursos materiales, y personal de administración y servicios, atendiendo a las características propias de cada titulación y las traslada, si es el caso a los órganos competentes en la materia.

Se evidencia que el Centro analiza de forma periódica la mayoría de la información recibida para la detección de necesidades de nuevos recursos o servicios para el correcto desarrollo actividades, recursos materiales, y personal de administración y servicios, atendiendo a las características propias de cada titulación y las traslada, si es el caso, a los órganos competentes en la materia.

Motivación:

Aunque la competencia relacionada con muchos de los aspectos de la gestión de los recursos materiales y servicios recae sobre la Universidad de Jaén, la Facultad de Ciencias Experimentales ha desarrollado en el nuevo Sistema de Garantía de Calidad el protocolo PA03 para la Gestión de Recursos para el Aprendizaje y Apoyo al Estudiantado.

La Facultad recoge suficientes evidencias sobre este aspecto en los últimos años y de su transmisión para la coordinación con los órganos universitarios competentes. Especialmente, a raíz del nuevo procedimiento sobre Gestión de la Información y Análisis de Resultados del nuevo SGC optimizado, se analizan los datos de uso y gestión de los servicios e información específica de los indicadores concretos del SGC en las Comisiones de Coordinación de los Títulos y en la de Garantía de Calidad con el concurso de los grupos de interés en ellas representados.

4.3. El Centro presenta evidencias de la información del control, revisión periódica y mejora continua de la gestión los recursos materiales y servicios que incide en la mejora de las actividades de aprendizaje del alumnado.

Se evidencia que el Centro revisa de forma periódica y mejora la gestión de la mayoría de los recursos materiales y servicios que incide en la mejora de las actividades de aprendizaje del alumnado.

Motivación:

Se presentan suficientes evidencias sobre la adecuada gestión de los recursos materiales y servicios a lo largo del tiempo, especialmente en la elaboración de la planificación docente, y que luego se hace el seguimiento en el Informe Global de Resultados de cada grado, para el correcto desarrollo de los programas de enseñanza y de aprendizaje del alumnado.

El Centro analiza las necesidades a través de las encuestas de satisfacción del estudiantado y el profesorado y de los indicadores del SGC del procedimiento PA01. No hay constancia de que se tenga en cuenta la necesidad de personal de administración y servicios para el buen funcionamiento de las enseñanzas.

4.4. El Centro toma decisiones, basada en los resultados obtenidos, y define acciones sobre la gestión de actividades, recursos materiales y servicios, con la participación de los diferentes grupos de interés.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	12/22



Se evidencia que el Centro toma la mayoría de las decisiones basadas en resultados con la participación de la mayoría de los grupos de interés.

Motivación:

Queda evidenciada la toma de decisiones sobre este aspecto en los últimos años y la implicación práctica de los grupos de interés más significativos, así como la idoneidad de las infraestructuras y de los recursos materiales y servicios a disposición de la comunidad académica. Además, con alguna novedad positiva como la incluida en el nuevo SGC sobre el análisis de los datos de uso y gestión de los servicios universitarios. Todo ello con el refrendo de aprobación final en Junta de Facultad.

En el informe Global de Resultados del Título se analizarán los datos de uso y gestión de los servicios universitarios y las posibles acciones de mejora se incluirán en el Plan de Acciones de Mejora del Centro.

CRITERIO 5. GESTIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE
El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado.

Satisfactorio, la Facultad dispone de mecanismos de evaluación, gestión y mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje si bien todavía no se dispone de todas las evidencias al estar en desarrollo el Plan de Mejoras propuesto por la Facultad.

5.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades de los procedimientos de recogida de la información sobre el desarrollo del conjunto de acciones de apoyo y de orientación, que contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado:

- Apoyo y orientación académica (PAT) y profesional.
- Metodologías de enseñanza y evaluación de los aprendizajes.
- Gestión de TFG/TFM (asignación, supervisión y evaluación).
- En su caso, gestión de prácticas externas y movilidad.
- Mecanismos que regulan las directrices que afectan al alumnado (reglamentos, reconocimiento y certificación).

Se evidencia que la mayoría de las responsabilidades definidas están llevando de forma correcta la mayoría de los procedimientos de recogida de la información sobre el desarrollo del conjunto de acciones de apoyo y de orientación, que contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado.

Motivación:

En Centro dispone de los Indicadores clave SGC Centros de la Universidad de Jaén sobre Inserción laboral, Resultados Académicos, movilidad y otros relacionados con la calidad de la docencia y la satisfacción y además utiliza encuestas propias para evaluar las practicas externas y dispone de un Plan de Acción Tutorial con acciones encaminadas a la orientación laboral.

El Centro conforme a su CGC tiene establecidos claramente los mecanismos, los órganos y las funciones de las personas responsables, para la aplicación de sus procedimientos en este aspecto y la recogida de la concreta información necesaria en cada caso para la medición y el análisis correspondiente que se plasma en un Informe Global de Resultados que es aprobado por la Junta de Facultad con las propuestas de mejora que se deriven del mismo.

Código Seguro de Verificación: R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	13/22
			



5.2. El Centro/Universidad analiza la información de los resultados obtenidos sobre la aplicación de los mecanismos de acceso y admisión, matriculación, reconocimiento y certificación de los aprendizajes adecuados a las especificidades de las titulaciones que oferta y toma decisiones basadas en el seguimiento de estos resultados.

Se evidencia que el Centro analiza de forma periódica la mayoría de la información sobre los resultados obtenidos de los mecanismos de acceso y admisión, matriculación, reconocimiento y certificación de los aprendizajes adecuados a las especificidades de las titulaciones que oferta y toma decisiones la mayoría basadas en el seguimiento de estos resultados.

Motivación:

La Facultad en coordinación con la UJA presenta suficientes evidencias sobre la documentación específica y las herramientas utilizadas, así como de la correspondiente toma de decisiones consecuente con la evolución experimentada, con especificaciones claras en los procesos de revisión y mejora de los programas formativos; seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones y de los programas de apoyo a estudiantes.

Se evidencia a través de los Informes Globales de resultados de los tres Grados impartidos.

5.3. El Centro analiza la información de los resultados del seguimiento realizado del sistema de apoyo y de orientación académica (como es el caso de tener un Plan de Acción Tutorial-PAT) y profesional del alumnado, que abarca todas las fases del desarrollo del proceso de enseñanza y el aprendizaje y analiza el efecto sobre la inserción profesional.

Se evidencia que el Centro analiza los resultados del sistema de apoyo y de orientación académica (como es el caso de tener un Plan de Acción Tutorial-PAT) y profesional del alumnado en todas las titulaciones y su efecto sobre la inserción laboral.

Motivación:

Se presentan suficientes evidencias con ejemplos de procedimientos diversos relacionados con la sistemática de revisión y mejora de los programas formativos en los informes de seguimiento de las titulaciones (ej. de buenas prácticas el seguimiento del sistema de apoyo y de orientación académica plasmado en el Plan de Acción Tutorial del Centro y, también, de una correcta difusión, a través de los canales habituales que se ha constatado su idoneidad) y de su adecuación periódica para su mayor eficacia en la inserción laboral.

El Centro dispone de un Plan de Acción Tutorial y utiliza los Indicadores clave SGC Centros que facilita la Universidad de Jaén sobre inserción laboral.

5.4. El Centro cuenta con información de los resultados obtenidos de la aplicación de las metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados de aprendizaje, que le permiten tomar decisiones y definir acciones sobre el diseño de nuevas metodologías o revisión de las existentes, velando por su adecuación a las características de cada uno de los programas formativos.

Se evidencia que el Centro analiza la mayoría de los resultados de la aplicación de las metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados de aprendizaje, que le permiten tomar decisiones y definir acciones sobre el diseño de nuevas metodologías o revisión de las existentes, velando por su adecuación a las características de la mayoría de los programas formativos.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	14/22



Motivación:

Se presentan suficientes evidencias en el Plan Director sobre el aspecto, buscando el correcto desarrollo de los programas de enseñanza y de aprendizaje del alumnado, cumpliendo en la mayoría de los casos con lo exigido en su ortodoxia y su evolución en los últimos años (mecanismos, responsabilidades, competencias y seguimiento), e implicando la participación de los diferentes grupos de interés.

El Centro realiza un Informe global de resultados de los tres grados impartidos en la Facultad que son analizados en las Subcomisiones de Coordinación de los Grados, en la Comisión de Garantía de Calidad de los Grados y aprobados por la Junta de Facultad.

5.5. Realiza seguimiento de estas acciones le sirven para garantizar que las metodologías de enseñanza y sistemas de evaluación son pertinentes y adecuadas para promover y certificar los resultados de aprendizaje previstos.

Se evidencia que la mayoría de las acciones definidas por el Centro promueven y certifican los resultados de aprendizaje previstos en la mayoría sus titulaciones.

Motivación:

El Centro dispone de un Plan de Mejora y Tratamiento de las Recomendaciones realizadas en informes externos de evaluación y en el Plan Director del Centro se indican las acciones que se llevarán a cabo para favorecer la implementación de nuevas metodologías docentes.

Hasta ahora se presentan suficientes evidencias concretamente sobre este aspecto de metodologías de enseñanza y sistemas de evaluación, buscando el correcto desarrollo de los programas de enseñanza y de aprendizaje del alumnado. Y, además, el Plan Director de la Facultad 2021-24, tomando en consideración la opinión del alumnado, recoge nuevas acciones especialmente favorecedoras de nuevas metodologías docentes y sistemas de evaluación.

5.6. El Centro analiza la información y los resultados obtenidos de la gestión de los TFG/TFM (asignación, supervisión y evaluación) y, en su caso, de las prácticas externas, que les permiten tomar decisiones y definir acciones para asegurar el correcto desarrollo de éstas.

Se evidencia que el Centro toma decisiones basadas en resultados obtenidos de la gestión de los TFG/TFM (asignación, supervisión y evaluación) y, en su caso, de las prácticas externas.

Motivación:

Como se viene recogiendo en esta dimensión y en las relacionadas la Facultad recoge suficientes evidencias sobre este aspecto y de su adecuada gestión en los últimos años, manejando información completa y fiable que permite analizar y mejorar los procesos de gestión de los TFG/TFM y prácticas externas; con acciones concretas en el PAM 2021 y ejemplos meritorios en cuanto a mecanismos, fuentes de información y herramientas corporativas utilizadas y toma de decisiones sobre el análisis de resultados (indicadores, procesos e información captada).

5.7. Se analizan los resultados sobre las tareas propias del ámbito profesional para las que las prácticas externas fueron asignadas, así para la gestión de la movilidad, y se informará de los resultados de las acciones de forma que se demuestre que las acciones de movilidad planificadas y realizadas en los programas formativos fueron adecuadas a los objetivos perseguidos.

Se evidencia que el Centro toma la mayoría de las decisiones adecuadas a los objetivos definidos en

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	15/22



prácticas externas y movilidad basadas en los resultados de las acciones definidas.

Motivación:

También la Facultad recoge suficientes evidencias sobre este aspecto y de su adecuada gestión en los últimos años, con ejemplos de procedimientos diversos relacionados y planes de mejora en ejecución, sobre todo a partir del curso 2021-22, considerando los aspectos fundamentales, aunque sigue siendo mejorable una toma de decisiones concerniente con la política de calidad correspondiente.

El Centro ha realizado la evaluación de las prácticas externas a través de un cuestionario de evaluación. No se describe información semejante para la movilidad, aunque en los Informes Globales de Resultados del título se indican datos de movilidad.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	16/22



Expdte: Seg.2022-UJaén-23006388
Facultad de Ciencias Experimentales

4. Seguimiento Plan de mejora del Centro

	Excelente	Satisfactorio	Suficiente pero mejorable	Insuficiente
<p>1. En el plan de mejora están definidas e INTEGRADAS LAS ACCIONES A NIVEL DE CENTRO donde se recogen acciones de titulaciones y revisión de los procesos del SGC.</p> <p>Motivación: En Centro dispone de un Plan de Mejoras publicado en la web que abarca tanto el análisis de acciones sobre titulaciones como sobre la información recogida en los procesos del SGC como también se refleja periódicamente en el Informe de Gestión del Centro las áreas de mejora contempladas.</p>		La mayoría de las acciones conforman y se estructuran como un plan de mejora a nivel de Centro.		
<p>2. Las acciones tienen IDENTIFICADAS LAS PERSONAS RESPONSABLES de su ejecución y las tareas a realizar o realizadas se han llevado a cabo por las mismas.</p> <p>Motivación: La Facultad conforme a su CGC tiene establecidos en los Planes de Mejora claramente las personas responsables y los mecanismos de seguimiento/controles establecidos, de los que se da cuenta periódica en las reuniones correspondientes de las Comisiones de Coordinación de los Títulos y de la Comisión de Garantía del Centro como expresan las actas disponibles.</p>	Todas las acciones tienen identificada la persona responsable y las tareas a realizar o realizadas y han sido ejecutadas por ellas mismas.			
<p>3. Las acciones definidas en el plan de mejora se han priorizado y tienen definido CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN que se está llevando a cabo conforme se planificó.</p> <p>Motivación: Las mejoras previstas se han categorizado y se ha establecido un calendario de inicio e implantación. En la página web en Seguimiento del Plan de Mejora del Centro se informa del desarrollo de cada una de las mejoras implementadas o en desarrollo.</p>	Todas las acciones definidas en el plan de mejora se han priorizado y tienen definido calendario de implantación que se está llevando a cabo conforme se planificó.			
<p>4. Las acciones de mejora tienen identificados INDICADORES DE</p>		La mayoría de las acciones de mejora tienen identificados		

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4S8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4S8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	17/22



A

Expdite: Seg.2022-UJaén-23006388
Facultad de Ciencias Experimentales

SEGUIMIENTO y definida una META/ESTÁNDAR U OBJETIVO de cumplimiento del indicador.	Excelente	Satisfactorio	Suficiente pero mejorable	Insuficiente
<p>Motivación: En el Seguimiento del Plan de Mejora cada una de las mejoras tiene definido un indicador, aunque habría que precisar más algunos de los indicadores y también, algunos de las metas u objetivos.</p>	El plan de mejora ha sido revisado periódicamente y evidencia la consecución de objetivos a través de los resultados de las acciones.	Indicadores de seguimiento y definida una meta/estándar u objetivo de cumplimiento del indicador.		
<p>5. Se ha presentado un plan de mejora continua REVISADO CON PERIODICIDAD Y QUE EVIDENCIA LA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS a través de los resultados de las acciones finalizadas o la definición de otras nuevas en proceso.</p> <p>Motivación: La Facultad viene cumplimentando sus planes de mejora en los últimos años e introduciendo periódicamente en ellos nuevas acciones u objetivos. El SGC establece la revisión anual de los títulos y en el Seguimiento del Plan de Mejora se indican las acciones y si se han conseguido los objetivos o están en período de consecución.</p>	El plan de mejora ha sido revisado periódicamente y evidencia la consecución de objetivos a través de los resultados de las acciones.	El plan de mejora tiene identificados aspectos detectados en la mayoría de los programas de Verificación, Modificación, Seguimiento y Renovación de la Acreditación de las titulaciones del Centro y evidencia con acciones y resultados como han sido resueltos.		
<p>6. El plan de mejora tiene identificados aspectos detectados en los diferentes PROGRAMAS DE VERIFICACIÓN, MODIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE LAS TITULACIONES DEL CENTRO y evidencia con acciones y resultados como han sido resueltos.</p> <p>Motivación: El Plan de Mejoras se basa en los Informes de Seguimiento y en los Informes de Certificación. Se evidencia que se lleva a cabo un análisis periódico de la información que se extrae de los programas formativos que se imparten en la Facultad que dan lugar a un Informe de Seguimiento de Centro que integra los Informes de seguimiento de las titulaciones que tienen que llevar a cabo las acreditaciones correspondientes. No obstante, convendría mejorar la trazabilidad de las acciones del presente y también de las cerradas en los cursos anteriores; e incluso analizar la conveniencia o no de mantener abiertas "sine die" determinadas acciones.</p>	El plan de mejora ha sido revisado periódicamente y evidencia la consecución de objetivos a través de los resultados de las acciones.	El plan de mejora tiene identificados aspectos detectados en la mayoría de los programas de Verificación, Modificación, Seguimiento y Renovación de la Acreditación de las titulaciones del Centro y evidencia con acciones y resultados como han sido resueltos.		

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4S8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4S8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	18/22
			

A

Expdte: Seg.2022-UJaén-23006388
Facultad de Ciencias Experimentales

	Excelente	Satisfactorio	Suficiente pero mejorable	Insuficiente
7. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión y análisis de la información publicada y la revisión periódica del proceso de información pública.		El plan de mejora evidencia el seguimiento de la mayoría de las acciones basado en la revisión del análisis de la información publicada.		
Motivación: El Plan de Mejora está bien estructurado para reflejar las acciones de mejora planteadas, tanto a nivel de Centro como a nivel de titulaciones, como resultado del análisis de la información interna y de las recomendaciones provenientes de información externa.				
8. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, basadas en los resultados de su oferta formativa .		El plan de mejora evidencia el seguimiento de la mayoría de las acciones basado en los resultados de la oferta formativa.		
Motivación: En el Plan de Mejora se evidencia que se tiene en cuenta los resultados de la oferta formativa como modificación del Programa de Acción Tutorial, seguimiento de tasas de abandono y acciones de mejora entre otras. El plan de mejora relaciona las acciones de mejora con el análisis de los informes de resultados de sus titulaciones y objetivos estratégicos.				
9. Las acciones que resultan de la gestión del personal docente se recogen en un plan de mejora que es revisado de forma periódica.		El plan de mejora contempla el seguimiento y revisión de la mayoría de las acciones de la gestión del personal.		
Motivación: Una de las actividades de mejora se centra en ofertar cursos de formación al profesorado, esta acción está en proceso. El plan de mejora recoge acciones sobre el PDI siguiendo el análisis de los informes de resultados y en las competencias propias del Centro.				

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	19/22



A

Expdite: Seg.2022-UJaén-23006388
Facultad de Ciencias Experimentales

	Excelente	Satisfactorio	Suficiente pero mejorable	Insuficiente
10. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión periódica de la gestión de los recursos materiales y servicios .			El Plan de mejora, contempla el seguimiento de algunas de las acciones que se han llevado a cabo, como resultado de la revisión con cierta periodicidad de los resultados de la gestión de los recursos materiales y servicios.	
Motivación: En el Plan de Mejora del Centro publicado en su web no se indican acciones encaminadas a revisar la gestión de los recursos materiales y servicios No se incluyen suficientes acciones relacionadas con la gestión de los recursos materiales y servicios, seguramente por la falta de competencias propias del Centro.				
11. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión periódica de los resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje y su evaluación .		El Plan de mejora, contempla el seguimiento de la mayoría de las acciones que se han llevado a cabo, como resultado de revisión periódica de los resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje y su evaluación.		
Motivación: Se evidencia que se lleva a cabo una revisión periódica de los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje y de su evolución, estando previsto en esta rúbrica un mayor enfoque particular con la aplicación del Plan Director 2021 -24.				

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	20/22





5. Aspectos detectados en el informe de certificación.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

NCM 1. En relación al procedimiento PA01, “Gestión de los documentos y registros”

Resuelto: Se aportan evidencias de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

Motivación:

Se aportan evidencias por parte de la Universidad de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

NCM2(participación órganos gestión)

Resuelto: Se aportan evidencias de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

Motivación:

Cartas al estudiantado y al PAS sobre la importancia de la participación en los órganos de gestión del Centro.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

NCM3 (resultados encuestas)

Resuelto parcialmente: la Universidad ha atendido el aspecto/no conformidad identificada en el informe con una acción no adecuada por tanto no aporta evidencias de haberlo resuelto o la acción es adecuada, pero aún está en proceso y no se presentan evidencias de su consecución.

Motivación:

Publicación en la web de los resultados de las encuestas de satisfacción del estudiantado y el profesorado. No hay evidencias sobre encuestas al PAS.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

nc4(Plan captación estudiantes)

Resuelto: Se aportan evidencias de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

Motivación:

Se ha elaborado un plan de captación de estudiantes que ha sido aprobado por la Junta de Facultad.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

nc6 (Informes globales de resultados)

Resuelto: Se aportan evidencias de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

Motivación:

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	21/22
			



Se ha modificado el protocolo PC 11 para incluir el Informe Global del Título como documento que recoge el análisis de resultados académicos y las acciones de mejora que se derivan del mismo.

6. Conclusiones de seguimiento

El seguimiento se considera satisfactorio ya que hay que tener en cuenta el esfuerzo de adaptación del Centro al programa Implanta y todo el cambio y simplificación de procesos que ha supuesto, si bien dado el corto espacio de tiempo que ha transcurrido desde la modificación a la presentación del informe es difícil establecer si las mejoras propuestas están siendo adecuadas y efectivas.

Por otra parte, se detectan posibles mejoras en lo referente al fortalecimiento del sistema de quejas y sugerencias del que ya dispone el Centro y como fuentes de información sería aconsejable obtener el grado de satisfacción del PAS y una mayor implicación del profesorado en la participación del programa Docencia, ya que esta sería otra posible fuente de información para la mejora del proceso de enseñanza aprendizaje.

Tomando como referencia las evidencias aportadas en cada uno de los criterios de este seguimiento, la Comisión valora que el centro está implementado los procedimientos del SIG adecuadamente, por lo que no se estima necesario realizar un nuevo seguimiento antes de la renovación de la certificación.

En Córdoba, a fecha de la firma electrónica

Fdo. Sebastián Chávez de Diego
Director de Evaluación y Acreditación

Código Seguro de Verificación:R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDCRPDHFCA4SU8FYAZ2XGAZHWD	PÁGINA	22/22
			