

Informe de Seguimiento del SGC Certificado
Convocatoria enero 2022

1. DATOS DEL CENTRO:

ID. Centro: 41015494 - Denominación: Escuela Politécnica Superior

Universidad Solicitante: Universidad Pablo de Olavide


Títulos oficiales bajo el alcance del SGCC

| Código RUCT | Denominación del título oficial | Universidades participantes (en caso títulos conjuntos) |
|-------------|--|---|
| 2502332 | Graduado o Graduada en Ingeniería Informática en Sistemas de Información por la Universidad Pablo de Olavide | |

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 Evaluación y Acreditación (CTEyA) de 3/12/2021 de la "**Guía para la certificación de sistemas de garantía de la**

| | | | |
|---|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación: R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 1/24 |
|  | | | |



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 y según el procedimiento establecido por la DEVA, la Comisión de evaluación del seguimiento emite el siguiente informe:

1. Contexto del Centro.

La Escuela Politécnica Superior (EPS) de la Universidad Pablo de Olavide es un centro que cuenta con algo más de 20 años y con una sola titulación de grado. El Equipo Directivo está formado por la dirección, dos subdirecciones (Subdirección de Ordenación Académica e Innovación Docente, Subdirección de Calidad y Planificación), Secretario, Director Académico de Grado y Responsable de Calidad del Título.

La Escuela ofrece el Grado en Ingeniería Informática en Sistemas de Información, en modalidad de docencia presencial, implantado en fecha 1 de septiembre de 2010, no habilita a profesión regulada, cuenta con 60 créditos de formación básica, 138 créditos obligatorios, 30 créditos optativos, sin créditos para prácticas externas, en suma, 240 créditos totales. La titulación cuenta con un equipo de calidad específico y diferenciado del constituido a nivel de centro, con un Director Académico de Grado y Responsable de Calidad del Título; también existen cargos diferenciados a su vez para coordinación de curso, habiendo una persona que ejerce de coordinadora específica y diferente por cada curso. Toda la información es accesible de forma pública a través de la web institucional.

La EPS es uno de los centros que se encuentran en el campus de la UPO, que cuenta con campus único donde todos los centros propios (en total 6 facultades, 1 escuela politécnica superior, un centro de estudios de postgrado y una escuela de doctorado). Por tanto, comparten espacios y prácticamente todos los servicios están centralizados, no dependiendo estos directamente del centro sino de la universidad. Estos hechos resultan muy relevantes a la hora de contextualizar el diseño y la implantación del SAIC, afectando directamente a dos aspectos fundamentales: la implementación de un modelo de gestión de la calidad basado en la co-gobernanza entre centros y universidad a través de la Comisión de Garantía de Calidad de los Centros (en adelante CGICC), y la estructura del SAIC, con procedimientos institucionales (comunes a todos los centros de la UPO) y procedimientos de centro (particulares para cada centro).

La gestión de la información y de la documentación presentada es compleja y no facilita la consulta, ya que hay que buscar en distintos repositorios para revisar las evidencias de un procedimiento o del seguimiento del plan de mejoras. En la actualidad, toda la gestión del SAIC se realiza a través de la aplicación "SAIC-APP", desarrollada por la UPO, pero la documentación anterior al curso 2019/2020 se encuentra en el repositorio "ALFRESCO"; también existe otro repositorio, "BSCW", que se utiliza para la documentación de seguimiento de IMPLANTA. Esta dispersión de documentos complica extraordinariamente la revisión de la documentación y el análisis de la evolución del SAIC, por lo que sería recomendable que se unificaran los repositorios.

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 2/24 |
|  | | | |



Se observa que en el centro se realiza un seguimiento conforme a las Directrices Europeas para el Aseguramiento de la Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (Standards and guidelines for quality assurance in the European Higher Education Area–ESG).

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

Las modificaciones realizadas se han llevado a cabo, tanto en el Manual de Calidad como en el de Procedimientos, con una división entre Procedimientos Institucionales y de Centros. Se evidencia que las modificaciones en los procedimientos institucionales han sido aprobados inicialmente, con fecha 22 de junio de 2018, antes de proceder a los cambios propios que atañen al SGIC —actual SAIC— de cada Centro. Por ello, se evidencia que el Centro ha ido trabajando de forma paralela y ha ido aprobando las modificaciones que se describen:

1) Manual de Calidad. Se refieren a Modificación de la denominación y nomenclatura de “Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC)” por “Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad (SAIC)”; Revisión completa del Manual de Calidad, distinguiendo entre SAIC Institucional y SAIC de Centro, con la consiguiente categorización de Procedimientos Institucionales y Procedimientos de Centro; Cambio del sistema de codificación documental, especialmente en evidencias e indicadores, para su adaptación a la nueva aplicación informática de gestión del SAIC y Elaboración de un Manual de Calidad Institucional y un Manual de Calidad del Centro.

2) Con carácter general, en relación con los procedimientos de Centro se han realizado modificaciones sobre: Categorización como procedimiento de Centro; Revisión del objeto y alcance; Revisión de responsabilidades; Revisión del apartado 3 por cambios en la Normativa o Documentación de referencia; Eliminación de formatos; Revisión de evidencias; Revisión de indicadores; Definición de la rendición de cuentas y Revisión del diagrama de flujo sobre:

PE01 Elaboración, Revisión y Actualización de la Política y los Objetivos de Calidad.

PE04 Medición, Análisis y Mejora Continua.

PC01 Diseño de la Oferta Formativa de los Centros.

PC02 Revisión y Mejora de los Programas Formativos.

PC04 Perfiles de Ingreso y Captación de Estudiantes.

PC05 Orientación Académica y Profesional al Estudiante.

PC06 Planificación y Desarrollo de la Enseñanza.

PC07 Evaluación del Aprendizaje.

PC08 Gestión y Revisión de la Movilidad del Estudiantado.

PC09 Gestión y Revisión de las Prácticas Externas.

PC12 Análisis de los Resultados del Aprendizaje.

PC13 Suspensión del Título.

PC14 Información Pública.

PA01 Gestión y control de los documentos y los registros.

PA04 Gestión de los Recursos y de los Servicios que presta el Centro.

PA05 Gestión de Incidencias, Reclamaciones, Sugerencias y Felicitaciones.

Código Seguro de Verificación: R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 3/24 |





PA07 Satisfacción, Necesidades y Expectativas de los Grupos de Interés.

PA08 Diseño y ejecución de Planes de Contingencia del Centro.

3) Con carácter general, en relación con los Procedimientos Institucionales se han realizado modificaciones sobre: Categorización como procedimiento de la Institución; Revisión del objeto y alcance; Revisión de responsabilidades; Revisión del apartado 3 por cambios en la Normativa o Documentación de referencia; Eliminación de formatos; Revisión de evidencias; Revisión de indicadores; Definición de la rendición de cuentas y Revisión del diagrama de flujo sobre:

PE02-UPO Diseño de la Oferta Formativa de la Universidad.

PE03_UPO Definición de la política de personal académico y PAS.

PE05_UPO Auditoría Interna.

PA01_UPO Gestión y control de los documentos y los registros.

PA02_UPO Selección, formación y evaluación del PDI.

PA03_UPO Selección, formación y evaluación del PAS.

PA06_UPO Gestión de los recursos y servicios externos al Centro.

PA08_UPO Diseño y ejecución de Planes de Contingencia.

PC03_UPO Acceso, admisión, matriculación, gestión de expedientes y tramitación de Títulos.

PC11_UPO Gestión de Informes de Inserción Laboral y de Perfil de Egreso.

Se consideran objeto de evaluación las modificaciones realizadas en relación con el Manual de Calidad del Centro, así como las de los Procedimientos de Centro considerando que las modificaciones sobre Procedimientos Institucionales son transversales a todos los Centros de la UPO.

En el Anexo I del informe de autoevaluación se detallan tanto las fechas en las que se producen las modificaciones puntuales como las que se refieren a su aprobación por la Junta de Centro. También se ha evidenciado que las modificaciones fueron ratificadas por el Comité de Calidad de la UPO en diferentes sesiones tras haber quedado refrendadas debidamente, en su caso, por la Junta de Centro, mostrando que las modificaciones han sido realizadas de manera progresiva de tal manera que se han podido ir implantando ya de manera paulatina. Las modificaciones propias del Centro se encuentran alineadas con las Institucionales-UPO.

En general, se consideran adecuados los cambios en el Manual y en los Procedimientos, con respecto a los evaluados en 2018 y su adecuada implantación debidamente informada se evaluará en el próximo proceso de seguimiento.

Hay que señalar que, en algunos casos, no se encuentra información suficiente que evidencie el cambio en las actas a nivel de Junta de Centro; y en otros casos, hay problema de acceso a las actas que recogen la evidencia. Sin embargo, los cambios quedan descritos y justificados en la documentación que se presenta en el proceso de seguimiento. Por esta razón, se han aceptado la mayoría de los cambios, excepto en dos casos, en los que no se encontró con claridad la evidencia. Debe mejorarse la trazabilidad de la información entre el informe de seguimiento y los documentos que evidencian lo que ese informe describe y justifica, en concreto en el caso de los procedimientos: *PC09 Gestión y Revisión de las Prácticas Externas* y *PC12 Análisis de los Resultados del Aprendizaje*. La información que evidencia los cambios

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 4/24 |
| | | | |



solicitados debe acompañarse de forma ordenada y fácilmente accesible, de lo contrario conllevaría la no aceptación del cambio propuesto.

- Cambio realizado/propuesto: *Manual Calidad.*

Se acepta.

Motivación:

El cambio modifica el Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad (SAIC) haciendo una revisión del Manual de Calidad, distinguiendo entre SAIC Institucional y SAIC de Centros, con la consiguiente categorización de Procedimientos Institucionales y Procedimientos de Centros. De acuerdo con el autoinforme se trata de un cambio del sistema de codificación documental, para su adaptación a la aplicación informática de gestión del sistema. Se crea un Manual de Calidad Institucional y un Manual de Calidad individualizado al contexto y características de cada Centro. Se aportan como evidencias las actas de la Comisión de Gestión Interna de la Calidad (CGIC), todas ellas con un *quorum* y una relación de hechos que recogen de manera suficiente los principales cambios propuestos. Se realiza un trabajo a diferentes niveles, desde la CGIC de los Centros, así como de la Junta, con sucesivas reuniones de carácter anual en el caso del CGIC. En el acta de la sesión nº 51 de la CGIC de los Centros de la Universidad, de fecha 14 de julio de 2016, se plantea modificar el procedimiento en el sentido de establecer una división de procedimientos entre los correspondientes al Centro y los Institucionales. Los informes de satisfacción de los grupos se plantean de manera independiente a los Centros para su análisis por la CGIC correspondientes y la CGIC de cada Centro, para el desarrollo de propuestas en el Plan de Mejora pertinente. En el acta nº 56, de fecha 24 de febrero 2017, se recoge el informe de la delegada del rector para la calidad, se referencia el desarrollo de la revisión de Manual, diferenciando procesos Institucionales y de Centro. Acta nº 65, 9 de mayo de 2018, con la propuesta de un modelo para el Manual de Calidad del SGIC de los Centros y sus títulos, unificando contenidos, implementado la guía de IMPLANTA-DEVA, y en coherencia al Programa AUDIT. Se refleja la aprobación del modelo y se verifica un trabajo de observación por parte de la CGIC sobre los parámetros de la modificación. Se observa un interés por la mejora del sistema en términos de recogida de datos y capacidad de información y accesibilidad a los diferentes grupos de interés. Se plantea un seguimiento mínimo semestral de la Comisión. Se refuerza la estandarización del procedimiento para su correcto desarrollo y seguimiento. Acta nº 69, de 4 de diciembre de 2019, continuidad en el tratamiento de los ítems de calidad.

- Cambio realizado/propuesto: *Con carácter general a todos los procedimientos.*

Se acepta.

Motivación:

Se realiza una revisión pormenorizada de los procedimientos que resulta pertinente.

- Cambio realizado/propuesto: *PE01 Elaboración, Revisión y Actualización de la Política y los Objetivos de Calidad.*

Se acepta.

Motivación:

Se evidencia una correcta aprobación del cambio. Se corrobora en actas aportadas, en el caso de la CGIC

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 5/24 |
|  | | | |



de centros, en fecha 7 noviembre de 2016, acta nº 53, en la que se proponen y se recoge aceptación de la Comisión, de entre otros, la inclusión en el procedimiento de cambios en cuanto al cuadro resumen, desarrollo de la información de recogida de actuaciones, sistema de carta de servicios, y toma de control sobre la gestión del Área de Calidad, con una gestión más eficiente, de acuerdo a lo planteado, de la relación documental de evidencias, articulada a través de sistema “ALFRESCO”, sobre el cual se aprueba la gestión más ordenada en formato de carpetas. De la misma forma, se aprueba el cambio a nivel Junta de Centro.

**- Cambio realizado/propuesto: PE04 Medición, Análisis y Mejora Continua.
Se acepta.**

Motivación:

La comisión de calidad justifica en sus actas la separación de la evidencia E03 en dos: una primera, la E03 con Acta de Junta de Centro aprobando Informe de Seguimiento; y la segunda, la E06 con Plan de Mejora anual del Título, y la inclusión de la evidencia E07 en el Informe de adecuación y mejora del SGIC del Centro. Esta información se encuentra en las actas de CGIC de centros de fecha 27 de septiembre de 2017 y 9 de mayo de 2018, y posteriormente en las respectivas Juntas de Centro.

**- Cambio realizado/propuesto: PC01 Diseño de la Oferta Formativa de los Centros.
Se acepta.**

Motivación:

El centro describe justifica en las actas de sus comisiones los cambios en este proceso: la modificación de las evidencias E02 Acta de la Comisión de Planes de Estudio o de Junta de Centro con la redefinición de la oferta formativa en términos competencias y E03 Participación de los grupos de interés, se elimina la E04 de la Memoria de verificación, cambio en la numeración de la evidencia E05, la cual pasa a ser la E04, se elimina la Memoria; la evidencia incluye el Acta de Junta de Centro donde se plantea incluir dentro de la Memoria de Modificación la PC02. Las actas del CGIC de centro de 21 de noviembre de 2016 y de las posteriores Juntas de Centro justifican el cambio argumentando que se fundamenta en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.

**- Cambio realizado/propuesto: PC02 Revisión y Mejora de los Programas Formativos.
Se acepta.**

Motivación:

El cambio implica la inclusión de las E01 y E04. Los cambios se documentan y se aprueban adecuadamente en las comisiones. Las mejoras planteadas por la CGIC para el PC02 son: incluir la evidencia relativa a la Propuesta de Modificación del título (como consecuencia de la revisión del procedimiento PC01); la inclusión de la definición de Garantía Externa de Calidad; la inclusión de la figura del Director Académico con la responsabilidad que tienen en la renovación de la acreditación; incluir la evidencia PC02-CT-E02 con el informe de renovación de la acreditación del título y la evidencia PC02-CT-E03, correspondiente al Informe de modificación del título aprobado en Junta de Centro. Los cambios propuestos se justifican en base al análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 6/24 |
| | | | |



sistema. Se aportan actas referidas al cambio. Los cambios planteados muestran coherencia con la trayectoria seguida desde 2016 y están suficientemente documentados.

**- Cambio realizado/propuesto: PC04 Perfiles de Ingreso y Captación de Estudiantes.
Se acepta.**

Motivación:

El cambio afecta a la traslación del Desarrollo relativo al Perfil de Egreso al procedimiento institucional PC11-UPO y al cambio del IN08 Número de Egresados por curso académico al PC11, en el cual también unifican la E02. Se plantea desagregar la información entre grado y doble grado para seguimiento, aportando numerosas evidencias en forma de actas de CGIC de centros, con dos reuniones en 2017, una de 2019 y una última en 2020, además de la de Junta de Centro. Se observa una coordinación de calidad notable. Se observan cambios en la sesión 71 encaminados a adaptar la situación generada por la crisis sanitaria de COVID 19. Se plantea una actuación general, que se aprecia matizable de acuerdo con los rasgos de cada centro, siendo en todo caso homogéneos. En líneas generales 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.

**- Cambio realizado/propuesto: PC05 Orientación Académica y Profesional al Estudiante.
Se acepta.**

Motivación:

Con el cambio se unifican los procedimientos PC05 Y PC10, se incluye el IN01 en el ítem grado de satisfacción de alumnos con la orientación académica, y el IN02 grado de satisfacción de alumnos con la orientación profesional. El cambio se justifica por la eficiencia en la recogida de datos para su análisis y el trabajo de medidas de mejora. Se aportan actas de reuniones de ambos organismos que permiten evidenciar la solidez del cambio y su adecuación.

**- Cambio realizado/propuesto: PC06 Planificación y Desarrollo de la Enseñanza.
Se acepta.**

Motivación:

El cambio implica incluir procedimientos en relación con la revisión de competencias y objetivos de aprendizaje con los grupos de interés de profesorado y alumnado y el proceso de coordinación de los dobles grados o grados simples impartidos en más de un Centro. También se modifica la E04, sobre Validación de las Guías Docentes por la figura del Director Académico y su responsable de custodia, de forma específica por cada centro. Se aportan evidencias documentales de la descripción y aprobación de los cambios.

**- Cambio realizado/propuesto: PC07 Evaluación del Aprendizaje.
Se acepta.**

Motivación:

Se propone adaptar por cada Centro la forma evidenciar las competencias que se evalúan mediante un

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 7/24 |
| | | | |



sistema que el Centro considera más apropiado. Se modifica la Evidencia E02 (Acta Junta de Centro aprobación Guías Docentes) y el indicador IN01 (Número de incidencias, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones -IRSF-recibidas en el Buzón correspondiente relacionadas con evaluación del aprendizaje). El objetivo es personalizar el sistema permitiendo una adaptación a cada centro. El cambio está fundamentado en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. El cambio queda explicado y justificado con evidencias.

- Cambio realizado/propuesto: PC08 Gestión y Revisión de la Movilidad del Estudiantado.

Se acepta.

Motivación:

De acuerdo con el autoinforme se incluye el análisis de las IRSF relacionadas con la orientación del estudiantado, si bien no parecen establecerse guías o estructuras que estandarice el seguimiento de este. También se aprueba una modificación de la E03, con el Listado de estudiantes de salida con Reconocimiento de Créditos por movilidad y el indicador IN03, sobre la relación de estudiantes del título que solicitan plaza en programas de movilidad internacional ofertados por título con respecto a las plazas ofertadas por título. Se ha incluido el IN08 Relación de plazas de movilidad internacional ofertada en el Título T en el curso X (plazas de los programas Erasmus, Erasmus prácticas modalidad B y PIMA). Los cambios se fundamentan en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.

- Cambio realizado/propuesto: PC09 Gestión y Revisión de las Prácticas Externas.

Se acepta parcialmente.

Motivación:

Los cambios que afectan al PC09 se refieren a la Modificación de las evidencias E01 (Lista de empresas que ofertan prácticas), E03 (Informe de Gestión anual de la Fundación), a la eliminación de la evidencia E02 (Acta Consejo Departamento nombrando tutores o tutoras de prácticas externas) y a la modificación del indicador (IN03 Número de empresas e instituciones que ofertan plaza para el desarrollo de prácticas). Los cambios se consideran adecuados, pero no se encuentran recogidos de manera suficiente en la documentación aportada. Con las actas aportadas no es posible enlazar la toma de decisiones con su justificación. Estas actas no han sido aportadas en su totalidad.

- Cambio realizado/propuesto: PC12 Análisis de los Resultados del Aprendizaje.

Se acepta parcialmente.

Motivación:

Los cambios en este proceso suponen la inclusión de varios indicadores: el indicador IN06 (Grado de satisfacción del egresado/a con las competencias adquiridas, el indicador IN07 (Grado de satisfacción del empleador/a con las competencias adquiridas); la inclusión de la evidencia E01 (Informe anual de éxito, rendimiento y absentismo por asignatura) y la reenumeración de la evidencia E01 con E02 (Acta CGICT del análisis de indicadores y propuesta de Plan de Mejora). También se propone incluir la necesidad de rendir cuentas de los resultados de este procedimiento públicamente en las distintas Jornadas que organiza el Centro con los grupos de interés. Si bien, los cambios se consideran adecuados, no se encuentran recogidos de en la documentación aportada.

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 8/24 |
| | | | |



**- Cambio realizado/propuesto: PC13 Suspensión del Título.
Se acepta.**

Motivación:

El cambio realizado implica una modificación en la redacción del apartado Desarrollo del PC13 incluyendo la expresión: "Seguimiento interno anual del Título hasta su completa extinción". Tanto el acta de 2016 de la CGIC las posteriores de Junta de Centro se consideran cómo suficientes para justificar el cambio. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.

**- Cambio realizado/propuesto: PC14 Información Pública.
Se acepta.**

Motivación:

El cambio realizado supone incorporar un listado de verificación de la información pública disponible por título, cuyo formato estará publicado en la página web del Área de Calidad. Este cambio afecta a varios indicadores que proceden de la encuesta de satisfacción como información pública. Esos indicadores son: IN01, IN02, IN03 y IN04. También se acuerda incluir una evidencia analizando el grado de satisfacción con la información pública, incluido en las encuestas de satisfacción de grupos de interés. Las actas recogen el cambio y se justifica; 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.

**- Cambio realizado/propuesto: PA01 Gestión y control de los documentos y los registros.
Se acepta.**

Motivación:

Se modifica el sistema de codificación de evidencias e indicadores para su adaptación a la nueva aplicación informática de gestión del SAIC. 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.

**- Cambio realizado/propuesto: PA04 Gestión de los Recursos y de los Servicios que presta el Centro.
Se acepta.**

Motivación:

Los cambios referidos Gestión de los Recursos y de los Servicios que presta el Centro se consideran adecuados y se encuentran recogidos en actas. Se ha presentado algún problema puntual de acceso a un acta.

**- Cambio realizado/propuesto: PA07 Satisfacción, Necesidades y Expectativas de los Grupos de Interés.
Se acepta.**

Motivación:

Las modificaciones que se propone son significativas. Los cambios se consideran adecuados y se

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 9/24 |
|  | | | |



encuentran recogidos en actas.

**- Cambio realizado/propuesto: PA08 Diseño y ejecución de Planes de Contingencia del Centro.
Se acepta.**

Motivación:

Se realiza una definición de un nuevo procedimiento para el Diseño y, en su caso, ejecución de cualquier plan de contingencia que se desarrolle en el Centro ante situaciones excepcionales. El cambio se establece debido a la crisis sanitaria del COVID-19. Se aportan evidencias de 2020 y 2021 y en ellas se aprecia un amplio desarrollo del plan. Se considera suficiente la evidencia aportada.

**- Cambio realizado/propuesto: Con carácter general a todos los procedimientos del Manual de Procedimientos Institucional.
Se acepta.**

Motivación:

Los cambios son coherentes con el conjunto de propuestas presentadas.

**- Cambio realizado/propuesto: PE02-UPO Diseño de la Oferta Formativa de la Universidad.
Se acepta.**

Motivación:

Los cambios se consideran adecuados y se encuentran recogidos en actas. Sin embargo, la forma en que queda reflejado el cambio, en particular en la forma en que se explicita la nueva nomenclatura a utilizar, resulta confusa.

**- Cambio realizado/propuesto: PE03_UPO Definición de la política de personal académico y PAS.
Se acepta.**

Motivación:

Los cambios afectan a la modificación de las evidencias E01, E02 y E03. Los cambios se consideran adecuados y se encuentran recogidos en actas. En actas se contempla cambiar las referencias de “personal académico” por “docente e investigador” y trasladar la propuesta al Vicerrectorado de Profesorado y a la Gerencia. Se plantea en el acta de junio de 2017 también aporta que es objeto de atención por parte de la CGIC revisar que no haya quedado en el procedimiento la referencia a personal “investigador”. A partir de esta revisión, los procedimientos institucionales pasan a tener edición 00 y se elimina el histórico de resumen de ediciones, no obstante, se deja el detalle de procedencia en “Motivo de modificación”.

**- Cambio realizado/propuesto: PE05_UPO Auditoría Interna.
Se acepta.**

Motivación:

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 10/24 |
|  | | | |



El cambio supone la eliminación de los formatos asociados en el procedimiento y la inclusión de evidencias e indicadores de Máster/Doctorado para unificación como procedimiento institucional. Efectivamente, en el acta aportada se corrobora que se quita de todos los procedimientos la referencia a la normativa general, así como los formatos y la columna de formato de la tabla de evidencias. Se contempla la posibilidad de colaboración de auditores externos, no se hace mayor referencia a esta cuestión. Los cambios se consideran adecuados y documentados.

**- Cambio realizado/propuesto: PA01_UPO Gestión y control de los documentos y los registros.
Se acepta.**

Motivación:

El cambio afecta al sistema de codificación de evidencias e indicadores para su adaptación a la nueva aplicación informática de gestión del SAIC y de un desglose en PA01 del centro y PA01-UPO. Se acuerda codificar el Plan de Mejora siguiendo una estructura concreta. Se verifica por su exposición en acta de 2020 las modificaciones en la codificación de las evidencias y de los indicadores de los procedimientos para su gestión a través de la aplicación informática del SAIC. De acuerdo con el contexto del momento y razonamientos someramente plasmados, se apunta que los cambios están fundamentados y justificados en la propia revisión y adaptación del sistema. Se aportan evidencias que sustenta este cambio y son adecuadas.

**- Cambio realizado/propuesto: PA02_UPO Selección, formación y evaluación del PDI.
Se acepta.**

Motivación:

Los cambios se consideran adecuados y se encuentran recogidos en actas. Sin embargo, la forma en que queda reflejado el cambio, en particular resulta confusa la forma en que evidencia la unificación de procesos.

**- Cambio realizado/propuesto: PA03_UPO Selección, formación y evaluación del PAS.
Se acepta.**

Motivación:

Los cambios se consideran adecuados y se encuentran documentados.

**- Cambio realizado/propuesto: PA06_UPO Gestión de los recursos y servicios externos al Centro.
Se acepta.**

Motivación:

Los cambios se consideran adecuados y se encuentran documentados.

**- Cambio realizado/propuesto: PA08_UPO Diseño y ejecución de Planes de Contingencia.
Se acepta.**

Motivación:

El cambio está fundamentado en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 11/24 |
|  | | | |



sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas al contexto vivido en los últimos años de docencia en situación de pandemia.

- **Cambio realizado/propuesto: PC03_UPO Acceso, admisión, matriculación, gestión de expedientes y tramitación de Títulos.**

Se acepta.

Motivación:

Los cambios se consideran adecuados y se encuentran documentados.

- **Cambio realizado/propuesto: PC11_UPO Gestión de Informes de Inserción Laboral y de Perfil de Egreso.**

Se acepta.

Motivación:

Los cambios se consideran adecuados y se encuentran documentados. Las modificaciones perfectamente justificadas en acta de acuerdo a los resultados observados, encaminados los esfuerzos a actualizar y generar un sistema más eficiente y preciso.

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

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.*

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*

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

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.*

El Centro aporta información y evidencias en la página web, se identifica con claridad en la mayor parte de los casos la conexión con los indicadores del SGIC, aunque en algunas ocasiones esta conexión no es explícita y esto puede dificultar su identificación. De las evidencias se deriva que existen procedimientos actualizados de gestión de la información pública para poner a disposición de todos los grupos de interés información revisada, de carácter objetivo y, en todo caso, suficiente sobre los diferentes procesos de gestión que garanticen la calidad. Se plantea ofrecer una información plural sobre los títulos, con difusión de políticas y objetivos de calidad entre otros. Se revisa el origen del informe del programa

Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 12/24 |





AUDIT, donde se supera en general con una valoración de suficiente. Se diferencia la información relativa al centro de la que se ofrece a nivel de título. En general, los cambios implementados son adecuados, la institución dispone de mecanismos para comunicar adecuadamente la información a los diferentes grupos de interés. Con todo, no se debe dejar de atender a la difusión de contenido, asegurando entre otros una mayor participación del estudiantado en el sistema de calidad. Se localiza con facilidad la identificación de las personas responsables del SGIC. Se plantea una revisión anual de la información y los canales de comunicación empleados, aunque no se explicita como se gestionan las propuestas de mejora fruto del citado análisis.

Se plantea un sistema donde se analiza anualmente la información. En todos los casos se identifica de manera explícita la motivación de las decisiones tomadas a partir de la información; y en la mayoría de las ocasiones se identifican las necesidades de información de los grupos de interés. Existe un procedimiento de análisis que gestiona la CGIC del título, así como por parte de la CGIC del centro, con el objetivo de analizar los datos relativos a incidencias, reclamaciones y sugerencias del Centro, con indicadores de gestión y tramitación, recursos materiales. Este procedimiento de análisis se vincula con el Plan de Comunicación del Centro, aunque el proceso tiene recorrido de mejora en su desarrollo para asegurar la vinculación de los datos manifestados por los grupos de interés (estudiantado, PAS, PDI) para esclarecer el grado de implicación de estos en las acciones de difusión concretas.

En la mayoría de los casos se evidencia el análisis y la revisión de las decisiones adoptadas periódicamente. El periodo de revisión es anual, si bien parece que se deja la opción a reducir el periodo, aunque la documentación no lo muestra con claridad. No siempre resulta fácil identificar la información pública en la que se basan (o, en ocasiones, se trata de la agregación de la información pública publicada en momentos diferentes).

CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Insuficiente

- 2.1. *El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados a su Sistema de Garantía de la Calidad.*
- 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.*
- 2.3. *El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.*

Definición y asignación de responsabilidades.

Los procesos del SGCC están definidos con claridad y las responsabilidades aparecen claramente asignadas. Se verifica la existencia de procesos de recogida periódica de información, medición y análisis. Vinculación de toma de decisiones con medición y análisis de resultados.

Se observa un proceso continuo de seguimiento, control y propuestas de mejora de los resultados obtenidos. Sin embargo, no se evidencia con claridad la implantación del ciclo completo (información/análisis/mejoras/acciones) que sustente la toma de decisiones basada en un análisis de los

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 13/24 |
| | | | |



resultados y con un claro alineamiento con la política de calidad y objetivos. En este sentido se observa una desconexión entre algunas de las etapas de planificación, recogida de información, análisis de la información, planes de mejora y toma de decisiones. Es necesario tener integrada y trazable esta secuencia para asegurar que la toma de decisiones se realiza de manera motivada.

Política de calidad frente a cartas de servicio.

El centro plantea un modelo basado en cartas de servicio, pero no tiene definida una política de calidad que establezca claramente un alineamiento con los objetivos estratégicos. Para cumplir con el modelo de certificación IMPLANTA es necesaria la sustitución de las cartas de servicio por una definición, implantación y revisión de un modelo basado en una política de calidad. Esta política debe, además, tener una posición claramente definida respecto a los objetivos estratégicos de la Universidad y también respecto a los títulos que abarca. Se pone de manifiesto el esfuerzo por establecer un alineamiento con los objetivos estratégicos, pero aún no se evidencia aún que esté completamente implantado. Esta medida debe abordarse con carácter inmediato.

Gestión de la información y análisis de los resultados.

El centro dispone de un sistema de información que permite, por una parte, la recogida de información (cuantitativa y cualitativa) del título que está bajo el alcance del sistema y, por otra el análisis continuo por parte de las comisiones correspondientes. También se evidencia la rendición de cuentas de forma periódica a la mayoría de los grupos de interés.

Respecto a la información cuantitativa (indicadores) se observa que, en general, hay una recopilación de datos y cálculo de indicadores, suficiente y adecuada para la gestión del título y que el sistema de información se muestra capaz para ello. Se ha detectado, no obstante, la ausencia de evidencias de algunos datos (por ejemplo, los relativos a reconocimiento académico del estudiantado o de los informes de estudiantes que hayan realizado prácticas externas extracurriculares). A nivel de centro, queda aún recorrido para una completa implementación de un sistema de indicadores completo, que vaya más allá de la pura reunión de los indicadores del título y que suponga un verdadero cuadro de mando para el centro.

En el centro las encuestas de satisfacción de los grupos de interés reflejan una baja participación de estudiantes, PAS y empleadores, que el centro no ha conseguido elevar a pesar de las acciones realizadas. También, se aprecia que el conocimiento del Sistema de aseguramiento de la calidad en los grupos de interés es, en general, bajo, a pesar de los esfuerzos realizados por incrementar la participación en las encuestas (muy escasa la de los empleadores, baja la de los estudiantes y muy irregular la del PDI).

Los reconocimientos académicos no se deberían circunscribir sólo a la movilidad Erasmus, que es como se han entendido en el centro, sino que se aplican a estudiantes con estudios universitarios totales o parciales anteriormente superados, estudiantes procedentes de CFGS, experiencia profesional o laboral, etc.

En cuanto a la organización de la gestión documental, hay que señalar que la existencia de distintos gestores documentales genera dificultades en su consulta, observándose una falta de integración completa entre las distintas fuentes y tipologías de información. La gestión de los documentos que dan

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 14/24 |
| | | | |



soporte al SAIC para evidenciar sus procesos y resultados debe ser revisada para mejorar en eficiencia, completitud y pertinencia. La nueva herramienta que han implementado (SAIC-APP) es útil y está bien organizada. Pero existen otros dos repositorios (repositorio institucional Alfresco y el repositorio BSCW) que también contienen información sobre el SAIC. Esta dispersión de documentos hace difícil la consulta, y genera confusión al encontrar en ocasiones documentos equivalentes o complementarios en formatos distintos. Se debe potenciar un solo sistema de gestión de la información que centralice todos los indicadores y evidencias documentales, que se articule con la política que la UPO tenga para la gestión documental y que proporcione un soporte eficiente para la gestión de la calidad a nivel de centro y de títulos.

Alcance del modelo (Universidad/Centro/Títulos).

El centro tiene un sistema de aseguramiento de la calidad orientado a títulos, pero no lo tiene realmente implantado con un enfoque en el centro. Se gestiona la calidad del título de manera satisfactoria, siguiendo los protocolos de evaluación externa y con mecanismos internos (responsabilidades, recolección de información, análisis de resultados y planes de mejora) pero casi siempre con el foco puesto en los títulos. Se observan esfuerzos para implantar el sistema de gestión de la calidad a nivel de centro, evolucionando desde un modelo centralizado con trayectoria histórica en la UPO. Los cambios propuestos en la categorización de procedimientos institucionales y procedimientos de centro son una clara muestra de ello. Sin embargo, no se evidencia aún la implantación real de un sistema de garantía efectivo del centro que tenga, por una parte, la conexión necesaria con las políticas y directrices de calidad institucionales y, por otra, que vaya más allá de la gestión de los títulos bajo su alcance, y que suponga una verdadera herramienta de gestión a nivel de centro.

CRITERIO 3. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR

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

Suficiente

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

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.

3.3. El Centro presenta evidencias de que tiene identificadas las necesidades detectadas, la 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.

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

Se aportan evidencias de que las responsabilidades referidas a la gestión del personal académico en cuanto a capacitación, competencia y cualificación y también sobre la evaluación de la calidad docente

Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 15/24 |





están establecidas de manera centralizada en la UPO. Las decisiones que se toman en este ámbito se realizan, por tanto, casi siempre a nivel de la UPO, quedando poco margen para la intervención del centro. Entre las acciones que el centro sí lleva a cabo están la detección e identificación de las necesidades de formación del profesorado, en base a las cuales se pudiesen establecer planes de formación para este colectivo. Estas necesidades se recogen (de manera parcial en algún caso), pero no se evidencia la conexión entre el análisis de esas necesidades y el diseño de los programas de formación del profesorado ligado a las características de los títulos que se imparten en el Centro. Éstos se organizan de manera centralizada por la UPO para todo su profesorado. Las evidencias presentadas no permiten determinar la manera en que el diseño de los planes de formación que se llevan a cabo en la UPO recogen el análisis que se hace de la identificación de necesidades de formación del profesorado del centro. Otra de las acciones que sí lleva a cabo el centro es el seguimiento del resultado de la toma de decisiones sobre recursos docentes para lo que el centro cuenta con un sistema para su seguimiento.

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.

Suficiente

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

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.

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.

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.

La organización propia de la UPO, al tener un campus único, tiene una gestión muy centralizada de los recursos que permite la optimización de los recursos de los que se dispone para la gestión administrativa y como para el desarrollo de la enseñanza. Se aportan evidencias respecto a la asignación de la mayoría de las responsabilidades para la recogida de información de las actividades que el centro realiza. 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. Solo en el caso de las necesidades de organización de actividades relativas a la mejora de la enseñanza las evidencias no lo muestran claramente. Se evidencia que el Centro revisa con poca frecuencia la gestión la mayoría de los recursos materiales y servicios, hecho que condicionala mejore de las actividades de aprendizaje del alumnado que deberían llevarse a cabo. Se aprecia que la mayor parte de las decisiones vienen fundamentadas por

Código Seguro de Verificación: R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 16/24 |





los resultados obtenidos y, mediante ellas, se definen acciones respecto a las actividades, recursos y servicios. Se trata siempre de recoger la participación de todos los grupos de interés. No obstante, no resulta fácil determinar el colectivo al que representan las personas asistentes a las reuniones a partir de la información que figura en las actas.

Se verifica la existencia de un proceso de gestión de recursos materiales y servicios, sobre gestión y mejora de aulas, espacios de trabajo, laboratorios, espacios experimentales, bibliotecas y fondos bibliográficos, política de contratación, evaluación, certificación y formación para la calidad del Personal de Administración y Servicios. El procedimiento establecido es a nivel de universidad, no de Centro. No se establecen relaciones claras entre los indicadores de referencia sobre la asignación de recursos materiales y su uso para la toma de decisiones en este ámbito. No queda establecida la periodicidad de revisión en este extremo.

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.

Suficiente

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.*

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.*

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.*

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.*

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.*

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.*

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.*

El centro analiza de forma periódica los resultados de los procesos de accesos, reconocimiento y certificación de los aprendizajes del estudiantado del título en los informes de seguimiento anuales en diferentes comisiones de calidad, pero lo que se analiza a nivel de título no se ve reflejado posteriormente en los planes de mejora de centro.

Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 17/24 |





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 para el título. Sin embargo, no hay evidencia explícita respecto a la vinculación de las decisiones sobre mejoras del aprendizaje con los indicadores académicos. El enlace entre el análisis y las decisiones en este ámbito se deduce de manera fraccionada, incompleta y parcial a partir de las actas de los diferentes órganos. Asimismo, no resulta fácil identificar el colectivo representado por las personas asistentes a las reuniones de los órganos colegiados, a partir de la información que figura en las actas.

No se aportan evidencias claras sobre el reparto o asignación de las responsabilidades de recogida de información sobre las acciones de apoyo y de orientación. Se evidencia el análisis de la información sobre acceso y admisión y matriculación, pero no hay evidencias de análisis de información sobre reconocimiento y certificación de los aprendizajes. No consta la existencia de un PAT ni acciones de seguimiento académico-profesional, sí se incluyen cuestionarios de satisfacción del alumnado con las acciones de orientación y un listado de acciones, pero no queda clara la existencia de un plan organizado. Hay evidencias indirectas sobre el impacto de la metodología docente ya que se analizan los resultados de la evaluación, pero no se analiza la incidencia de la metodología de enseñanza y de evaluación en esos resultados. El documento de análisis sobre el encaje de las competencias del título en las diferentes asignaturas es muy poco claro. No hay evidencias sobre la asignación, supervisión y evaluación de trabajos finales de estudio ni de prácticas externas. Tampoco se evidencia que se analicen los resultados de las movilidades y se tomen decisiones a partir de ese análisis.

En general se analiza la información referida al proceso de enseñanza/aprendizaje en el título que ofrece, pero no se observa un plan completamente organizado al respecto que relacione acciones con resultados a nivel de centro. Es necesario, pues, tener un plan organizado a nivel de centro que contemple estas acciones de manera explícita y completa.

4. Seguimiento Plan de mejora del Centro.

Insuficiente

La gestión de planes de mejora se encuentra organizada a nivel de titulación y no a nivel de centro. A nivel de titulación sí que tienen definidas responsabilidades, calendario, indicadores y mecanismos de seguimiento y revisión de recomendaciones externas. La gestión de los títulos tiene ya una trayectoria consolidada anclada, por una parte, en los requerimientos de las evaluaciones externas realizadas en el marco de la renovación de la acreditación de títulos y, por otra parte, en los mecanismos establecidos de manera interna en el sistema de garantía de calidad de la universidad o del centro.

En la gestión de los planes de mejora del centro siempre se realiza la identificación de responsables y se establecen calendarios para la implantación de las mejoras y su seguimiento, pero se hace a nivel de título, no de centro. No existe un plan de mejora organizado a nivel de centro que vaya más allá de la reunión del plan individual del título.

5. Aspectos detectados en el informe de certificación.

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

- No Conformidad 1:

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 18/24 |
| | | | |



En contra de lo especificado en el criterio 1.0 del Modelo AUDIT, no se evidencia que la Política y objetivos de Calidad de la EPS sean conocidos de manera adecuada tanto entre el colectivo de estudiantes, como de PDI y PAS.

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

Motivación

Se observa se ha tratado de revisar el contenido de Calidad, con difusión de las políticas y planes.

- No Conformidad 2:

En contra de lo especificado en PA01, Gestión y control de los documentos y registros: D1: Se evidencia que existen documentos vinculados al SGIC que carecen de la firma correspondiente, como p. ej.: - Actas, p.e. Nombramiento del nuevo responsable de calidad de la EPS, 12-2-16 - Horarios del curso 2015-16 D2: Se evidencia que el SGIC de la EPS recoge un procedimiento en vigor, PC09 EPS, de Gestión y revisión de prácticas externas, cuando los estudios que se llevan a cabo en dicho centro no contemplan dichas prácticas. D3: Si bien en PA01 se especifica que "Cada formato se incluirá como anexo con su correspondiente codificación", se evidencia que existen procedimientos del SGIC en vigor donde se citan en su apartado 8 "Relación de formatos asociados", determinados formatos que posteriormente no aparecen como anexo. Por ej., en PE01 EPS, PA07 EPS o PE04 EPS. D4: La carta de servicios que aparece en la página web no está actualizada. Aparece foto y firma del anterior Director de la Escuela.

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

Motivación

De acuerdo con las evidencias se han subsanado los defectos detectados.

- No Conformidad 3:

En contra de lo especificado en el procedimiento PA08 EPS de Gestión de la Prestación de Servicios, no se ha evidenciado que se realice la planificación anual de servicios externos del Centro (PA08-EPS-E01-XX-XX).

No resuelta: No se ha atendido por parte de la universidad el aspecto/no conformidad identificada en el informe o la acción que se ha propuesto y la evidencia presentada no confirman la consecución satisfactoria de lo identificado.

Motivación

No se logra acceder a la evidencia que corrobore la acción descrita en el autoinforme. Se contempla la acción de asegurar el establecimiento de planificación anual de los servicios externos al Centro, pero no se logra acceder a la evidencia de diseño ejecución de planes.

- No Conformidad 4:

En contra del procedimiento PC14 EPS de Información Pública, no se evidencia que exista un plan de comunicación actualizado. El único al que tiene acceso el equipo auditor, corresponde al año 2009.

Resuelta parcialmente: La Universidad ha atendido el aspecto/no conformidad identificada en el informe con

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 19/24 |
|  | | | |



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

Se observa que se han revisado los procedimientos de información pública. Se apunta que algunos quedan pendientes, por lo que se deberán concretar ese extremo. Se establece que se revisará periódicamente el Plan de Comunicación de Centro, pero no define la estrategia a seguir e n el procedimiento descrito en la PC14 ESP.

- No Conformidad 5:

A partir del testimonio facilitado por el grupo de estudiantes, se evidencia que las incidencias menores surgidas en el desarrollo de la actividad de la EPS se canalizan de forma verbal en muchos casos, por lo que no siempre se guarda registro de todas ellas, de acuerdo a lo indicado en el proceso PA07 EPS de Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias. P.ej. incidencias relacionadas con equipos informáticos en aula, mobiliario o climatización.

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

Motivación

Se analiza el contenido de la PA05 EPS, se contempla tres vías, una, la tramitación electrónica mediante Buzón Electrónico IRSF (tramitación gestionada por el Centro), dos tramitación convencional mediante Registro General (tramitación gestionada por el Centro) y tercero, de conformidad con lo manifestado en el autoinforme se contempla una tercera opción tramitación mediante comunicación a Conserjes de Edificio (tramitación gestionada por el Área de Infraestructura), para la cual se contempla la cumplimentación de formulario, con lo cual se establece un sistema de registro de incidencias.

- No Conformidad 6:

En relación al procedimiento PA06 EPS de Gestión de los recursos materiales: La evidencia PA06 E01, Memoria anual del Centro, no hace referencia a los recursos materiales (que son precisamente el objeto del procedimiento PA06), sino a procedimientos que ya no existen o que se citan con otra denominación.

Resuelta 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

Se revisa el procedimiento PA06 cuando se detecta una necesidad y se establece que será necesaria la ejecución de un gasto para su financiación. Se contempla generar una memoria de gasto tanto en el caso de Centro como de la universidad. Si bien en el SAIC no se localiza la PA06 EO1 Memoria anual del centro, únicamente se observa la EO02 Memoria anual de la universidad. Por lo que aunque parece que la universidad ha tratado de atender este extremo, no se logra acceder a la evidencia que confirme definitivamente su modificación.

- No Conformidad 7:

En contra de PC01 EPS, de Diseño de la oferta formativa del Centro, no se ha podido evidenciar, ni accediendo al repositorio Alfresco, ni en el documento "apuntador", que se haya cumplimentado el formato E02, Acta de

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 20/24 |
|  | | | |



definición de la oferta formativa en términos competenciales.

No resuelta: No se ha atendido por parte de la universidad el aspecto/no conformidad identificada en el informe o la acción que se ha propuesto y la evidencia presentada no confirman la consecución satisfactoria de lo identificado.

Motivación

No se ha logrado localizar la evidencia PC01-E02 en el sistema ALFRESCO.

- No Conformidad 8:

Si bien el criterio 1.5 de AUDIT especifica que se deben medir, analizar y utilizar los resultados del aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de los grupos de interés, conviene explicitar en el SGIC que esta operativa se aplicará al resto de los procesos, pues se ha evidenciado que los procesos documentados en el SGIC no conducen en todos los casos al PE04 “Medición, análisis y mejora continua”. Se podría mejorar la trazabilidad del apartado 7. Medidas, análisis y mejora continua, de todos los procedimientos, con el procedimiento PE04 EPS “Medición, análisis y mejora continua”, para asegurar la implantación de la mejora continua de todo el SIGC.

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

Motivación

En el procedimiento se incluyen todas las modificaciones.

- No Conformidad 9:

Aun cuando pueden existir otros mecanismos que permitan la trazabilidad de un proceso de auditoría interna, es muy recomendable que los informes que se generen fruto de aquellas, sean autocontenidos en sus datos, es decir, que se especifique claramente sobre ellos y entre otros, quienes han sido los miembros del equipo auditor, su Unidad o Centro de origen, así como el alcance de la auditoría realizada y las posibles exclusiones.

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

Motivación

Se verifica que el modelo de Plan de Auditoría interna incluye un apartado para la identificación de los miembros del equipo auditor.

- No Conformidad 10:

La participación del PDI y estudiantes de la EPS en las encuestas de satisfacción resulta aún baja, por lo que se deberían definir e implantar acciones para aumentar dicha participación.

Resuelta 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

Parece que se han tratado de tomar medidas al respecto de este punto. Si bien, los resultados no parecen

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 21/24 |
|  | | | |



inferir su eficacia. No se aportan evidencias del plan de recordatorios personalizados sobre la participación en las encuestas de satisfacción para PDI.

- No Conformidad 11:

Se debería ajustar el procedimiento PA07 EPS de Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias al reglamento de la gestión del buzón de IRS, de modo que ambos estén alineados.

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

Motivación

Se informa de su modificación. Se verifica que han incorporado y homogeneizado el contenido relativo a la gestión de las incidencias, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones relacionadas con los servicios prestados.

- No Conformidad 12:

Se debería mejorar el seguimiento realizado a los Planes de mejora, especificando qué se hace con las acciones de mejora no conseguidas en un curso concreto, asegurando así su inclusión en el Plan de mejora del siguiente curso o su desestimación.

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

Motivación

Se observa que el seguimiento del plan de mejora incluye los ítems a conseguir y su estado, se anexa las evidencias del estado de cada una, por lo que se entiende resuelta esta cuestión.

- No Conformidad 13:

El informe anual que elabora el técnico de laboratorio no está incluido en el procedimiento PA06 EPS de Gestión de recursos materiales. Dada la utilidad que este puede tener para la Escuela, debería valorarse su inclusión en el SGIC de la EPS, incorporando además el número de versión de las aplicaciones que se instalan en los equipos informáticos.

Resuelta 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

En el autoinforme se recoge la inclusión del documento, si bien no se ha logrado acceder a la evidencia que referencie las aplicaciones informáticas instaladas.

- No Conformidad 14:

El órgano responsable de la EPS debería realizar un mayor seguimiento de las acciones de mejora y de la resolución de incidencias, ya que en el caso de aquellas que tienen su origen fuera de la propia Escuela, son dirigidas a su responsable para su tramitación, momento a partir del cual se pierde la información de detalle sobre su desarrollo.

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 22/24 |
|  | | | |



Resuelta 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

Se expone en el autoinforme que se desarrollara una nueva aplicación, pero no queda claro que se haya llevado a cabo dicha modificación. Si se ha recogido en la PA07 EPS el mecanismo de seguimiento.

- No Conformidad 15:

Si bien las tasas de participación en las encuestas de satisfacción de los estudiantes son muy bajas, de los resultados de aquellas se desprende que el hito peor valorado son las prácticas externas. Como el Grado en IISI no tiene en la actualidad prácticas externas, se entiende que un posible motivo de la queja sea precisamente que el alumnado echa en falta su inclusión en el ciclo académico.

No resuelta: No se ha atendido por parte de la universidad el aspecto/no conformidad identificada en el informe o la acción que se ha propuesto y la evidencia presentada no confirman la consecución satisfactoria de lo identificado.

Motivación

No se ha modificado el sistema de recogida de datos. Esa cuestión esencial. Las carencias en la muestra es un problema de largo alcance y no se ha logrado subsanar el problema. Por otro lado, en el autoinforme, parece que se trata de modificar el problema con el ítem de prácticas externas, pero parece que no ha sido eliminado y no se evidencia la forma en la que dejan “claro” la necesaria respuesta ns/nc.

- No Conformidad 16:

En la próxima revisión del SGIC, se deberían revisar todos los procedimientos incluidos en aquel para mejorar su adaptación a la realidad del funcionamiento del Centro.

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

Motivación

De acuerdo a lo motivado en el autoinforme realizado, se ha hecho un esfuerzo por diferenciar en el SGIC los diferentes procedimientos, así como una revisión de los procedimientos propios.

- No Conformidad 17:

En la aplicación Alfresco, respecto al PA01 EPS, Gestión y Control de los documentos y los registros, se recomienda establecer una estructura de documentos que facilite la identificación rápida y directa de las últimas versiones de los procedimientos y de sus registros.

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

Motivación

La aplicación se ha modificado. En cada procedimiento, se incluye un Listado de evidencias en donde se

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 23/24 |
|  | | | |



identifica la codificación, la descripción de cada evidencia, así como, los responsables de su custodia, tiempo de conservación y si se proporciona un formato estándar para generar dicha evidencia. El diseño de la plataforma devuelve indica las últimas versiones e histórico del documento.

6. Conclusiones de seguimiento.

Tomando como referencia las evidencias aportadas en cada uno de los criterios de este seguimiento, la Comisión valora que el centro **debe realizar un nuevo seguimiento un año después desde la fecha de emisión del presente informe.** teniendo en cuenta que este seguimiento será determinante para obtener la renovación de la certificación.

| | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|
| Código Seguro de Verificación:R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD. 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 | 27/07/2022 |
| ID. FIRMA | R2U2T2CL474F7R3GLGMZ5QTC9LKHZD | PÁGINA | 24/24 |
| | | | |