

uhu.es



Universidad de Huelva

Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad

**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD
IMPLANTADO EN EL CENTRO**

Nº Informe: 2023/01
Fecha: 21/04/2023

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

**FACULTAD DE HUMANIDADES
UNIVERSIDAD DE HUELVA**

Fecha de emisión de informe: 21/04/2023

V01

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

El objetivo principal de la auditoría interna ha sido revisar el grado de implantación y detectar desviaciones del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro con respecto a los requisitos del Programa IMPLANTA-SGCC y a los requisitos establecidos por el propio sistema.

El propósito fundamental es aplicar un plan de acciones correctivas a tales desviaciones detectadas (no conformidades) y permitir obtener una situación de partida más favorable ante la futura auditoría de certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (ACCUA, antes DEVA). En este sentido, las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas en este informe deberían tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

En términos generales, se considera que el SGC que aplica el Centro es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo. No obstante, en este informe de auditoría se indican 12 no conformidades (todas ellas se corresponden a no conformidades identificadas en auditorías internas anteriores y que están sin atender o pendientes de cierre), 11 observaciones generales al SGC y 12 oportunidades de mejora.

Las no conformidades indicadas son las siguientes:

- NCM1: No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se cumple la frecuencia de reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro establecida en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad. La CGC entiende oportuno reformar el Manual para establecer “al menos dos por curso académico”.

A fecha de esta nueva auditoría no se ha realizado aún este cambio. No obstante, durante la visita de auditoría se hace hincapié en la necesidad de que la Comisión de Garantía de Calidad del Centro se reúna cada vez que sea necesario, por lo que se considera de interés elaborar para cada curso académico (ciclo de gestión) un documento/cronograma de planificación, desarrollo y seguimiento del Sistema de Garantía de Calidad, con objeto de que los órganos responsables de las principales actividades que se desarrollan en aplicación de los procedimientos del SGC conozcan la fecha de inicio y fin de dichas actividades, lo que facilitará la confección del orden del día de asuntos a tratar por esta Comisión de Garantía de Calidad en la fecha correspondiente, al igual que el resto de agentes que participan en el SGC.

- NCM2: No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se cumple la frecuencia de reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad del Título establecida en el Manual del Sistema de Garantía de

Calidad. La CGC entiende oportuno reformar el Manual para establecer “al menos dos por curso académico”.

A fecha de esta nueva auditoría no se ha realizado aún este cambio. No obstante, durante la visita de auditoría se hace hincapié en la necesidad de que la Comisión de Garantía de Calidad del Título se reúna cada vez que sea necesario, por lo que se considera de interés elaborar para cada curso académico (ciclo de gestión) un documento/cronograma de planificación, desarrollo y seguimiento del Sistema de Garantía de Calidad, con objeto de que los órganos responsables de las principales actividades que se desarrollan en aplicación de los procedimientos del SGC conozcan la fecha de inicio y fin de dichas actividades, lo que facilitará la confección del orden del día de asuntos a tratar por esta Comisión de Garantía de Calidad en la fecha correspondiente, al igual que el resto de agentes que participan en el SGC.

- **NCM3:** No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha integrado en la composición de la Comisión de Garantía de Calidad del Título un miembro con el perfil de egresado, conforme a lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad. La CGC entiende oportuno modificar el Manual, considerando como opcional la presencia de un egresado en las CGCT.
A fecha de esta nueva auditoría no se ha realizado aún este cambio.
- **NCM4:** No conformidad pendiente de cierre (auditorías informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). El Manual del Sistema de Garantía de Calidad establece una Comisión de Seguimiento y Mejora de Titulación que no se ha puesto en marcha. La CGC entiende oportuno modificar el Manual para eliminar la existencia de dicha Comisión de Seguimiento y Mejora de Titulación.
A fecha de esta nueva auditoría no se ha realizado aún este cambio.
- **NCM5:** No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se encuentran disponibles los resultados de satisfacción global de los estudiantes de la mayoría de los másteres.
A fecha de esta nueva auditoría se comprueba que aún sigue pendiente de publicación los resultados de satisfacción del Máster en Análisis Histórico del Mundo Actual.
- **NCM6:** No conformidad pendiente de cierre informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha aplicado todavía el procedimiento P08 Revisión del SGC. La CGCC acuerda que se incluya explícitamente en el Manual de procedimientos que se han realizado cuatro revisiones del procedimiento y que está pendiente una nueva modificación por parte de la Unidad para la Calidad.
A fecha de esta nueva auditoría no se ha realizado aún este cambio. No obstante, se espera que el Centro pueda evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de revisión del SGC (P08), así como que esta revisión del SGC se basa en el análisis de los resultados obtenidos (mejora continua de los procedimientos, detección de necesidades y propuestas de mejora).

- NCM7: No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se han revisado las funciones del Equipo Directivo de la Facultad. La CGCC propone revisar la redacción del Manual del Sistema de Garantía de Calidad en este sentido.
A fecha de esta nueva auditoría no se ha realizado aún este cambio.
- NCM8: No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha revisado la redacción de los procedimientos del SGC en las que participa la Unidad para la Calidad de la UHU para ajustar las responsabilidades asignadas. La CGCC propone revisar la redacción en este sentido.
A fecha de esta nueva auditoría no se ha realizado aún este cambio.
- NCM9: No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha actualizado el procedimiento P01 Información Pública para incluir el Protocolo de Recogida de Información. Se evidencia escrito ratificado por el Equipo Decanal el 07/11/2022, por el que se aprueba el procedimiento y responsabilidades en cuanto a la información pública. A fecha de esta nueva auditoría se comprueba que aún no se ha actualizado el procedimiento P01 en este sentido. No obstante, se espera que el Centro pueda evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de información pública: cómo participan los grupos de interés en la toma de decisiones sobre la publicación de la información, cómo se recoge la información, cómo se controla, cómo se revisa periódicamente y cómo se mejora de forma continua la información que se publica.
- NCM10: No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha corregido la redacción del procedimiento P06 Gestión de Sugerencias, Quejas, Reclamaciones y Felicitaciones, puesto que a veces se omite la referencia a felicitaciones o a sugerencias.
A fecha de esta nueva auditoría se informa de que está pendiente hacer la corrección.
- NCM11: No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha revisado el procedimiento P10 Seguimiento, evaluación y mejora continua, con objeto de modificar la fecha prevista para que el Centro ponga a disposición de los grupos de interés los autoinformes de seguimiento de los títulos.
A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio. Si bien se alega el retraso en la disponibilidad de datos, el objetivo general debe ser acortar el periodo temporal entre la finalización del curso académico y la fecha de aprobación del Autoinforme de Seguimiento de los Títulos y del Centro, con objeto de que pueda rendirse cuentas a los grupos de interés con tales documentos en el menor tiempo posible.
- NCM12: No conformidad pendiente de cierre (informe de auditoría interna de 10/04/2022): El Centro no ha personalizado el procedimiento P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI, por lo que no incluye actualmente mecanismos

para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo.


A fecha de esta nueva auditoría no se ha realizado aún este cambio.

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que el Equipo Decanal de la Facultad de Humanidades está compuesto por personas muy implicadas y claramente orientadas a la mejora continua del Centro, por lo que se espera que impulsarán las acciones correctivas necesarias para mejorar el sistema de garantía de calidad y, por ende, la mejora del propio Centro.

Se anima a los responsables del SGC que valoren y tengan en cuenta todas las observaciones generales detalladas en este informe, ya que se tratan de recomendaciones de especial seguimiento que podrían eliminar las causas de posibles no conformidades futuras.

Asimismo, las oportunidades de mejora deben tratarse como recomendaciones que podrían mejorar aspectos del SGC implantado en la Facultad de Humanidades de la Universidad de Huelva.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias.



 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--

Datos del Centro auditado	
Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA
Centro	FACULTAD DE HUMANIDADES
Representante de la Institución auditada	Nuria de la O Vidal Teruel Decana
Norma de aplicación de referencia	Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC – DEVA (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 21/07/2022 – V3.0).
Fecha de la auditoría	12 de abril de 2023

Equipo auditor
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor Jefe: Jacinto Fernández Lombardo. Universidad de Jaén. ▪ Auditora en formación: Laura Galván González. Universidad de Huelva. ▪ Auditora: Inés Romero Martínez. Universidad de Huelva. ▪ Colaboradora: M^a Ángeles Jacinto Moreno. Universidad de Huelva.

Criterios de auditoría
<p>El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC). ▪ Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC).

Objetivos de la auditoría interna
<p>Los objetivos de la auditoría son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría. ▪ Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia). ▪ Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC en cada ciclo de gestión. ▪ Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGCC.

 	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--

- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.

Alcance de la auditoría interna

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

Los hallazgos de auditoría están vinculados a dicha documentación y procedimientos, especialmente:

- Manual del Sistema de Garantía de Calidad del Centro.
- P01 Información Pública.
- P02 Política y objetivos de calidad.
- P03 Gestión de la información y la documentación.
- P04 Planificación, desarrollo y medición de los resultados de las enseñanzas.
- P05 Recogida y análisis de la satisfacción de los grupos de interés.
- P06 Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones.
- P07 Auditoría interna.
- P08 Revisión del SGC del Centro.
- P09 Diseño de la oferta formativa y modificación de la memoria del título verificado.
- P10 Seguimiento, evaluación y mejora del título.
- P11 Extinción del título.
- P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI.
- P13 Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios.
- P14 Captación, preinscripción y matriculación, reconocimiento y certificación.
- P15 Orientación académica y profesional de estudiantes.
- P16 Metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados del aprendizaje.
- P17 Gestión de la movilidad de estudiantes.
- P18 Gestión de las prácticas externas.
- P19 Gestión de los TFG y TFM.
- P20 Análisis de la inserción laboral.

Desarrollo de la auditoría

El Plan de Auditoría Interna de los Centros de la Universidad de Huelva para el curso 2022-23, de fecha 26/01/2023, establece la realización de la presente auditoría interna.

El equipo auditor ha sido nombrado por la Universidad de Huelva.

La visita de auditoría interna ha tenido lugar en el día 12 de abril de 2023, mediante reunión presencial en la sala de juntas de la Facultad de Humanidades, en el Campus “El Carmen”, Huelva.

Cumpliendo el Programa de Auditoría, el equipo auditor ha realizado la entrevista programada. Previamente, el equipo auditor había revisado la documentación y registros del SGC que se encuentran publicados en la Web de la Facultad de Humanidades y de la Universidad de Huelva.

La visita de auditoría ha consistido en mantener una entrevista con la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad de Humanidades, en la que el equipo auditor les ha realizado una serie de preguntas con objeto de comprobar, completar o aclarar dudas sobre la información disponible en relación con el grado de implantación del SGC de este Centro.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría usadas han sido: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

Cabe destacar la participación activa de las personas que han asistido a la entrevista programada, así como las facilidades que el Centro y la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva han proporcionado a este equipo auditor para la realización de la auditoría.

En el Programa de Auditoría (anexo I) se incluye la lista de participantes en la entrevista realizada durante la auditoría interna.

Durante la entrevista programada, el equipo auditor pudo obtener evidencias de auditoría, principalmente a través de declaraciones verbales de las personas presentes.

Los resultados de la evaluación de las evidencias de auditoría recopiladas frente a los criterios de auditoría (hallazgos de auditoría) se describen a continuación en forma de No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad Menor (nc), Observaciones Generales al SGC, Oportunidades de Mejora y Fortalezas detectadas en el SGC.


Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No Conformidad Mayor (NCM): Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGC o de la norma de referencia (IMPLANTA-SGCC).
- No Conformidad Menor (nc): Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGC.

El tratamiento de las No Conformidades (NCM y nc) recogidas en el informe final de auditoría deberá ser documentado en un Plan de Acciones Correctivas.

Cuando ocurra una No Conformidad, la organización debe:

- a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable, tomar acciones para controlarla y corregirla, hacer frente a las consecuencias.
- b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante la revisión y el análisis de la no conformidad; la determinación de las causas de la no conformidad; la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.
- c) Implementar cualquier acción necesaria.
- d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--

e) Si fuera necesario, hacer los cambios que procedan en el sistema de garantía de calidad.

Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.


Las Observaciones Generales al SGC identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

Las Oportunidades de Mejora identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de mejorar aspectos del SGC implantado en el Centro.

El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo, por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.


Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias y que no han quedado cuestiones por resolver a la finalización de esta auditoría.

Resumen global de la auditoría por cada Criterio/Dimensión IMPLANTA-SGCC			
Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC		Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC	
1. Información pública.	No Conf.	2. Política de aseguramiento de la calidad.	No Conf.
1.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.	2	2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad.	
		2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida continua, 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.	8
		2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.	1
3. Personal docente e investigador.	No Conf.	4. Gestión de recursos materiales y servicios.	No Conf.
3.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.	1	4.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes para la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.	


 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
---	--	--

5. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.	No Conf.	
5.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuye a favorecer el aprendizaje del alumnado.		


DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES			
Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se cumple la frecuencia de reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro establecida en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad. La CGC entiende oportuno reformar el Manual para establecer “al menos dos por curso académico”.</p> <p>A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio. No obstante, durante la visita de auditoría se hace hincapié en la necesidad de que la Comisión de Garantía de Calidad del Centro se reúna cada vez que sea necesario, por lo que se considera de interés elaborar para cada curso académico (ciclo de gestión) un documento/cronograma de planificación, desarrollo y seguimiento del Sistema de Garantía de Calidad, con objeto de que los órganos responsables de las principales actividades que se desarrollan en aplicación de los procedimientos del SGC conozcan la fecha de inicio y fin de dichas actividades, lo que facilitará la confección del orden del día de asuntos a tratar por esta Comisión de Garantía de Calidad en la fecha correspondiente, al igual que el resto de agentes que participan en el SGC.</p>	MSGC / Criterio 2.2
2	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se cumple la frecuencia de reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad del Título establecida en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad. La CGC entiende oportuno reformar el Manual para establecer “al menos dos por curso académico”.</p> <p>A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio. No obstante, durante la visita de auditoría se hace hincapié en la necesidad de que la Comisión de Garantía de Calidad del Título se reúna cada</p>	MSGC / Criterio 2.2

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--

		<p>vez que sea necesario, por lo que se considera de interés elaborar para cada curso académico (ciclo de gestión) un documento/cronograma de planificación, desarrollo y seguimiento del Sistema de Garantía de Calidad, con objeto de que los órganos responsables de las principales actividades que se desarrollan en aplicación de los procedimientos del SGC conozcan la fecha de inicio y fin de dichas actividades, lo que facilitará la confección del orden del día de asuntos a tratar por esta Comisión de Garantía de Calidad en la fecha correspondiente, al igual que el resto de agentes que participan en el SGC.</p>	
3	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha integrado en la composición de la Comisión de Garantía de Calidad del Título un miembro con el perfil de egresado, conforme a lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad. La CGC entiende oportuno modificar el Manual, considerando como opcional la presencia de un egresado en las CGCT. A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio.</p>	MSGC / Criterio 2.2
4	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). El Manual del Sistema de Garantía de Calidad establece una Comisión de Seguimiento y Mejora de Titulación que no se ha puesto en marcha. La CGC entiende oportuno modificar el Manual para eliminar la existencia de dicha Comisión de Seguimiento y Mejora de Titulación. A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio.</p>	SGC / Criterio 2.2
5	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se encuentran disponibles los resultados de satisfacción global de los estudiantes de la mayoría de los másteres. A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) se comprueba que aún sigue pendiente de publicación los resultados de satisfacción del Máster en Análisis Histórico del Mundo Actual.</p>	P01 / Criterio1
6	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha aplicado todavía el procedimiento P08 Revisión del SGC. La CGCC acuerda que se incluya explícitamente en el Manual de procedimientos que se han realizado cuatro revisiones del</p>	P08 / Criterio 2.2


 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--

		<p>procedimiento y que está pendiente una nueva modificación por parte de la Unidad para la Calidad. A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio. No obstante, se espera que el Centro pueda evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de revisión del SGC (P08), así como que esta revisión del SGC se basa en el análisis de los resultados obtenidos (mejora continua de los procedimientos, detección de necesidades y propuestas de mejora).</p>	
7	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se han revisado las funciones del Equipo Directivo de la Facultad. La CGCC propone revisar la redacción del Manual del Sistema de Garantía de Calidad en este sentido. A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio.</p>	SGC / Criterio 2.2
8	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha revisado la redacción de los procedimientos del SGC en las que participa la Unidad para la Calidad de la UHU para ajustar las responsabilidades asignadas. La CGCC propone revisar la redacción en este sentido. A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio.</p>	SGC / Criterio 2.2
9	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha actualizado el procedimiento P01 Información Pública para incluir el Protocolo de Recogida de Información. Se evidencia escrito ratificado por el Equipo Decanal el 07/11/2022, por el que se aprueba el procedimiento y responsabilidades en cuanto a la información pública. A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) se comprueba que aún no se ha actualizado el procedimiento P01 en este sentido. No obstante, se espera que el Centro pueda evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de información pública: cómo participan los grupos de interés en la toma de decisiones sobre la publicación de la información, cómo se recoge la información, cómo se controla, cómo se revisa periódicamente y cómo se mejora de forma continua la información que se publica.</p>	P01 / Criterio 1

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--

10	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha corregido la redacción del procedimiento P06 Gestión de Sugerencias, Quejas, Reclamaciones y Felicitaciones, puesto que a veces se omite la referencia a felicitaciones o a sugerencias.</p> <p>A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) se informa de que está pendiente hacer la corrección.</p>	P06 / Criterio 2.2
11	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informes de auditoría interna de 17/07/2021 y 10/04/2022). No se ha revisado el procedimiento P10 Seguimiento, evaluación y mejora continua, con objeto de modificar la fecha prevista para que el Centro ponga a disposición de los grupos de interés los autoinformes de seguimiento de los títulos.</p> <p>A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio.</p> <p>Si bien se alega el retraso en la disponibilidad de datos, el objetivo general debe ser acortar el periodo temporal entre la finalización del curso académico y la fecha de aprobación del Autoinforme de Seguimiento de los Títulos y del Centro, con objeto de que pueda rendirse cuentas a los grupos de interés con tales documentos en el menor tiempo posible.</p>	P10 / Criterio 2.3
12	NCM	<p>No conformidad pendiente de cierre (informe de auditoría interna de 10/04/2022): El Centro no ha personalizado el procedimiento P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI, por lo que no incluye actualmente mecanismos para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo.</p> <p>A fecha de esta nueva auditoría (12/04/2023) no se ha realizado aún este cambio.</p>	P12 / Criterio 3

OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades)		
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	Evidenciar que el Centro tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y que	SGC / Criterio 2.2

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--

	recoge y consideran las aportaciones de todos los grupos de interés con cierta periodicidad.	
2	Elaborar el Autoinforme de Seguimiento del Centro con una estructura más completa, que sirva para dar respuesta al último ciclo de gestión del SGC del Centro (análisis de los resultados agregados, del desempeño de los procedimientos y funcionamiento del SGC, del cumplimiento del plan de mejora del Centro, del cumplimiento de los objetivos estratégicos) y que sirva como documento de rendición de cuentas. El Informe de Seguimiento del Centro 2021/22 realizado es básicamente un seguimiento de la consecución de los objetivos de calidad, pero no es un informe global de resultados del Centro, en el sentido mencionado anteriormente.	SGC / Criterio 2.2
3	Evidenciar claramente en la documentación del SGC (Manual y/o Procedimientos) cuál es la sistemática de rendición de cuentas que aplica el Centro en cada ciclo de gestión. Por ejemplo: identificando claramente los documentos o información que es objeto de rendición de cuentas, los grupos de interés a los que se dirige, quién se encarga de la rendición de cuentas, cómo se hace y cuándo. Asimismo, cómo se evidencia la rendición de cuentas del Centro.	SGC / Criterio 2.1
4	Evidenciar claramente cómo participa el Centro en los procesos transversales que gestiona la Universidad relacionados con los aspectos relacionados con el personal académico (evaluación de la calidad docente, formación del profesorado, innovación docente).	P12 / Criterio 3
5	Evidenciar claramente cómo el Centro analiza y revisa de forma periódica la información de los resultados que han servido para la detección de nuevos recursos, servicios o PAS, atendiendo a las características propias de cada titulación.	P13 / Criterio 4
6	Evidenciar claramente cómo el Centro controla, revisa periódicamente y mejora la gestión de los recursos materiales y servicios.	P13 / Criterio 4
7	Evidenciar claramente la sistemática por la que el Centro recoge datos, analiza información y toma decisiones en relación el sistema de apoyo y orientación académica y profesional al alumnado.	P15 / Criterio 5
8	Evidenciar que el Plan de Mejora del Centro integra todas las acciones de mejora generadas en aplicación de los procedimientos del SGC del Centro y, en su caso, otras fuentes, como los informes de evaluación externa.	Procedimientos / Criterios 1 a 5
9	Evidenciar que en el Plan de Mejora del Centro cada acción tiene identificados indicadores de seguimiento y definida una meta/objetivo de cumplimiento del indicador.	Procedimientos / Criterios 1 a 5
10	Evidenciar que el Plan de Mejora del Centro se revisa periódicamente y se analiza la consecución de objetivos a través de los resultados de las acciones de mejora finalizadas o la definición de otras nuevas en proceso.	Procedimientos / Criterios 1 a 5
11	Incrementar la participación de los grupos de interés (alumnado, PDI y PAS) en las encuestas de satisfacción.	P05 / Criterios 1 a 5


uhu.es





Universidad de Huelva
Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad

**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD
IMPLANTADO EN EL CENTRO**

Nº Informe: 2023/01
Fecha: 21/04/2023

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--


OPORTUNIDADES DE MEJORA (excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)		
Nº	Descripción	Criterio IMPLANTA/SGC Centro
1	Se recomienda actualizar las referencias normativas que aparecen en los procedimientos del SGC. Por ejemplo, suprimir la normativa derogada RD 1393/2007 y RD 420/2015 e incluir los nuevos RD 822/2021 y RD 640/2021.	SGC
2	Se recomienda avanzar en actuaciones que promuevan que las personas agentes que forman parte del SGC se involucren en el desarrollo del mismo, conociendo bien el sistema, los procedimientos que se llevan a cabo, así como sus mecanismos de medición, análisis y mejora.	SGC
3	Se recomienda avanzar en actuaciones que promuevan que el Sistema de Garantía de Calidad del Centro se convierta en la herramienta de gestión del Centro, en los que los procedimientos sean adecuados a la realidad del Centro, a sus funciones y estrategia, a sus grupos de interés y entorno.	SGC
4	Se recomienda revisar el MSGC y los procedimientos del SGC del Centro para asegurar la correspondencia entre lo que está escrito en tales documentos y lo que realmente se está haciendo en la Facultad.	SGC
5	Se recomienda evidenciar claramente la trazabilidad entre política de calidad, objetivos estratégicos y resultados obtenidos en el periodo de aplicación del SGC.	SGC
6	Se recomienda evidenciar claramente la trazabilidad desde que se propone una acción de mejora (bien en la CGCT, en la CGCC, en los informes internos de evaluación, en los de auditoría interna, en las recomendaciones de evaluaciones externas, en el seguimiento de los objetivos de calidad o de los planes de mejora) hasta que se cierra dicha acción como “ejecutada” en el Plan de Mejora del Centro. Esta trazabilidad debe estar clara de inicio a fin y de fin a inicio.	SGC
7	Se recomienda realizar el Informe sobre las sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones al que hace referencia el procedimiento P06 Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones, aunque no se hayan recibido durante el ciclo de gestión sugerencias, quejas, reclamaciones o felicitaciones algunas. El informe en este sentido sería solo para dejar constancia de este hecho.	P06
8	Se recomienda avanzar en la gestión de la interacción del Centro en los procesos transversales de la Universidad en los que participa.	SGC
9	Se recomienda avanzar en la sistematización de registros/evidencias generados en cada ciclo de gestión del SGC del Centro.	SGC
10	Se recomienda identificar claramente los distintos grupos de interés relacionados con cada procedimiento del SGC del Centro.	SGC
11	Se recomienda establecer un sistema de detección de necesidades y expectativas de los grupos de interés.	SGC

  Universidad de Huelva <small>Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</small>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--


12	Se recomienda avanzar en la realización de comparaciones de resultados con otros títulos y Centros.	SGC / Criterio 2.2
----	---	-----------------------

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En términos generales, el SGC que aplica el Centro es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo. ▪ El Equipo Decanal de la Facultad de Humanidades está compuesto por personas muy implicadas y claramente orientadas a la mejora continua del Centro. ▪ El Centro dispone de datos suficientes y adecuados para su análisis, principalmente facilitados por la Unidad para la Calidad de la UHU o puestos a disposición en el gestor documental TEAMS. 	


En Jaén, a 21 de abril de 2023



Jacinto Fernández Lombardo. Auditor Jefe.

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023
--	--	--

ANEXO I

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA FACULTAD DE HUMANIDADES
--	--

Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA
Centro	FACULTAD DE HUMANIDADES
Fecha de la auditoría	12 de abril de 2023
Sala de reuniones	Sala de Juntas de la Facultad de Humanidades. Campus El Carmen. Huelva.

DÍA	HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES
12/04/2023	10:00 – 13:30	Comisión de Garantía de Calidad del Centro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuria de la O Vidal Teruel (Decana). ▪ Beatriz Peña Acuña (Vicedecana). ▪ Regla Fernández Garrido (Secretaria). ▪ Pilar Ron Vaz. ▪ Paulina Rufo Ysern. ▪ Inmaculada Rabadán Martín. ▪ Rafael Tomás Andújar Barroso. ▪ Sonia Villegas López. ▪ Auxiliadora Pérez Vides. ▪ María Neto Pedro. ▪ Paula Chaguaceda Dávila. ▪ Rocío Natividad Soto Núñez. ▪ Francisco Contreras Pérez (excusa).