



ÍNDICE

- 1- OBJETO Y ÁMBITO**
- 2- REFERENCIAS / NORMATIVA**
- 3- DESARROLLO**
 - 3.1. Aspectos generales
 - 3.2. Aspectos particulares
- 4- SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MEJORA**
- 5- RESPONSABILIDADES, EVIDENCIAS Y ARCHIVO**
- 6- RENDICIÓN DE CUENTAS**

RESUMEN DE REVISIONES

Número	Fecha	Modificación
0	17/12/2021	Edición inicial ¹

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Comisión de Garantía de Calidad del Centro	Equipo directivo	Junta de Facultad
Fecha: 15/10/2021	Fecha: 15/10/2021	Fecha: 17/12/2021

En aplicación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (B.O.E. 23/3/2007), en este manual, toda referencia a personas, colectivos, cargos académicos, etc. cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia a ambos géneros, incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como a hombres.



1. OBJETO Y ÁMBITO

Este procedimiento tiene por objeto establecer la forma en que el Centro revisa su Sistema de Garantía de Calidad (SGCC) basándose en el análisis de los resultados obtenidos, con el fin de optimizar su funcionamiento.

2. REFERENCIAS / NORMATIVA

- ❖ [Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre](#), de Universidades, modificada por L.O. 4/2007, de 12 de abril.
- ❖ [Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre](#), por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, modificado por el Real Decreto 861/2010.
- ❖ [Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo](#), de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios.
- ❖ [Decreto Legislativo 1/2013, de 8 de enero](#), Texto Refundido de la Ley Andaluza de Universidades
- ❖ [Resolución de 7 de marzo de 2018](#), de la Secretaría General de Universidades, por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para acreditación institucional de Centros de las Universidades
- ❖ [Normativa AUDIT](#)
- ❖ [Normativa DEVA para Seguimientos](#) - [Normativa DEVA sobre Acreditaciones](#)
- ❖ [Normativa DEVA sobre IMPLANTA](#)
- ❖ Memorias de Verificación de los Títulos de Grado y Máster oficial del Centro
- ❖ Manual del Sistema de Garantía de Calidad (MSGC-V2.0) y Manual de procedimientos del Sistema de Garantía de Calidad (MPSGC-V2.0)
- ❖ [Estatutos de la Universidad de Huelva](#)
- ❖ [Plan Estratégico de la Universidad de Huelva](#)
- ❖ [Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales](#)

3. DESARROLLO

3.1. ASPECTOS GENERALES

La Unidad para la Calidad como unidad técnica, realiza la revisión del SGC de los Centros de la Universidad de Huelva. Revisa y elabora los documentos básicos del SGC (Manual del Sistema de Garantía de Calidad, Manual de Procedimientos y Mapa de Procesos), comunes a todos los Centros de la UHU, por iniciativa propia o a propuesta de los responsables de Calidad del Centro, en base a incidencias detectadas en los Autoinformes de Seguimiento y Planes de Mejora o informes de auditoría (internos o externos).

Las revisiones que se realicen y, por tanto, todas las modificaciones de la documentación base del SGC serán aprobadas por el Vicerrector competente en materia de Calidad, siendo éstas ratificadas, si procede, por la Comisión de Calidad del Consejo de Gobierno de la Universidad de Huelva.



En el caso de modificaciones que no fueran sustanciales o que por su naturaleza no requieran aprobación por la Comisión de Calidad del Consejo de Gobierno, serán aprobadas por el Vicerrector en materia de Calidad.

Una vez aprobada la documentación en su nueva versión, será trasladada al Equipo Directivo del Centro para su informe en la Junta de Centro.

Corresponderá al Equipo Directivo del Centro la actualización y difusión a través de la página web o por los medios que estime conveniente, entrando en vigor desde la fecha de su aprobación.

3.2. ASPECTOS PARTICULARES

I. Diagnóstico previo sobre elementos de revisión del SGC del Centro. La Unidad para la Calidad realizará un diagnóstico en base a los requisitos de certificación del Sistema según los criterios de la DEVA, los requisitos del seguimiento y acreditación de las titulaciones oficiales del Centro, de los informes de auditoría interna anuales y de las recomendaciones que pudieran hacerse a través de los informes de evaluación del diseño y de la implantación del SGC. Además, el Equipo Directivo del Centro podrá proponer la revisión de la documentación del SGC en base a los Autoinformes de Seguimiento y Plan de Mejora del Centro o surgidas de quejas, sugerencias o reclamaciones, u otras.

II. Revisión del Manual del Sistema de Garantía de Calidad, Manual de Procedimientos y Mapa de procesos del SGC del Centro

- Elaboración de propuesta técnica por Unidad para la Calidad.
- Presentación de propuesta técnica a los responsables del Centro, a través de reuniones de trabajo (Centro-Unidad para la Calidad) para que realicen sus aportaciones teniendo en cuenta las particularidades de su Centro.
- Elaboración de la versión final del documento marco por Unidad para la Calidad y aprobación por el Vicerrectorado con competencias en Calidad o en su caso Comisión para la Calidad
- Elaboración de la versión final del documento por la CGCC (con el asesoramiento técnico de la Unidad para la Calidad) y aprobación por la Junta de Centro.

III. Publicación y difusión de los documentos del SGC aprobados

- Publicación en la página web del Centro de la documentación.
- Otras actividades de difusión que el Centro considere oportuno.

IV. Implantación de las revisiones del SGC

- Implantación operativa del sistema de calidad aprobado.

V. Valoración de la implantación del SGC en el Centro



- Realización de auditorías internas reguladas en el Procedimiento P07 Auditoría Interna.

4. SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MEJORA

El Equipo Directivo del Centro, realizará el seguimiento del SGCC de manera anual, a través de los Autoinformes de Seguimiento y Planes de Mejora del Centro y de sus títulos, teniendo en cuenta las recomendaciones que hayan sido realizadas en los informes recibidos de la DEVA. Asimismo, la Unidad para la Calidad realizará el seguimiento de las incidencias producidas en el SGC que pudieran detectarse a través de los informes de auditoría interna o fruto de los cambios normativos que se produzcan.

5. RESPONSABILIDADES, EVIDENCIAS Y ARCHIVO

En este apartado se detallan las responsabilidades en el desarrollo del procedimiento y las evidencias generadas cada año (curso académico) así como su conservación, control y archivo durante un mínimo de 6 años. La documentación del SGC aprobada y sus revisiones serán elevadas a la Junta de Centro para su informe.

RESPONSABILIDADES, EVIDENCIAS Y ARCHIVO			
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	EVIDENCIA	LOCALIZACIÓN
Toma decisiones sobre las propuestas recibidas de los responsables del Centro.	Junta de Centro	C2-P08-E05 Actas de Junta de Centro sobre toma de decisiones derivadas de este procedimiento.	Web Centro
Realiza el seguimiento del SGC y propone a Unidad para la Calidad la revisión de la documentación básica en caso de detección de desajustes. Analiza la información recibida de la CGCC y/o de la Unidad para la Calidad. Formula propuestas a la Junta de Centro y ejecuta los acuerdos de la misma (art. 102 f) Estatutos de la UHU)	Equipo directivo del Centro		
Elabora el AutoInforme de Seguimiento anual del Centro donde recoge, en su apartado 2, el análisis realizado dando traslado del mismo a los responsables del Centro para que adopten las medidas oportunas. En el caso de debilidades detectadas, deberá definirse una acción de mejora que será incorporada al plan de mejora del Centro.	CGCC	C2-P08-E02 Actas de la CGCC que recojan el análisis del procedimiento. C2-P08-E04 Autoinforme de Seguimiento y Plan de Mejora del Centro. Criterio 2. P08	
Elabora el AutoInforme de Seguimiento anual del Título con la información recibida donde recoge, en su apartado 2, el análisis realizado; dando traslado del mismo a la CGCC. En el caso de debilidades detectadas, deberá definirse una acción de mejora que será incorporada al plan de mejora del Título.	GCCT	C2-P08-E01 Actas de la CGCT que recojan el análisis del procedimiento. C2-P08-E03 Autoinforme de Seguimiento y Plan de Mejora del Título. Criterio 2. P08	Web Título

6. RENDICIÓN DE CUENTAS

El Equipo Directivo del Centro es el responsable de que la Web del Centro esté actualizada para conocimiento de todos los grupos de interés internos y externos.