



PROGRAMA AUDIT

**INFORME DE AUDITORÍA
EXTERNA**

**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
CENTRO UNIVERSITARIO DE
PLASENCIA**

Fecha emisión informe: 03/10/2022

V1



DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Extremadura
Centro	Centro Universitario de Plasencia
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos recogidos dentro del alcance de su SAIC.
Fecha de la auditoría	30 de septiembre de 2022

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría	<input type="checkbox"/>	Inicial	<input type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------------

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	D.ª Rosa Pérez Utrero
Cargo	Vicerrectora de Calidad y Estrategia
Tfno. y/o correo	vrcalidad@unex.es

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	Jacinto Fernández Lombardo	Institución	Univ. Jaén
Auditor	Carlos Arias Martín	Institución	Univ. Sevilla
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Los objetivos de la auditoría se han cumplido sin incidencias.

La visita presencial se ha desarrollado de forma satisfactoria conforme a la agenda prevista.

Cabe destacar la participación activa, buena disposición y colaboración de todas las



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

personas que han asistido a las entrevistas programadas, así como las facilidades que el Centro y la Universidad de Extremadura han proporcionado al Equipo Auditor para la realización de la auditoría.

Teniendo en cuenta que el SAIC de la UEx tiene naturaleza mixta y los procesos y procedimientos están estructurados en dos bloques: procesos/procedimientos del Rectorado-Servicios, que son comunes a toda la UEx, y procesos/procedimientos propios de los Centros, el día 30/09/2022 se mantuvo una reunión de auditoría con representantes del Vicerrectorado de Calidad y Estrategia de la Universidad de Extremadura y de la Unidad Técnica de Evaluación de Calidad, dentro de la agenda de visita para el Centro Universitario de Plasencia, y que afecta, de igual forma, a la auditoría de la Escuela de Ingenierías Agrarias y de este Centro Universitario de Plasencia.



RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

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

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES:		• Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices	
• Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas			

(Sigue)



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC
 IMPLANTADO EN EL CENTRO UNIVERSITARIO DE
 PLASENCIA (CUP) DE LA UNIVERSIDAD DE
 EXTREMADURA (UEx)**

Fecha: 03/10/2022

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)	No Conf.	7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados		8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC		8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	



DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
-			

- (1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior
- (2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:
 - No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
 - No conformidad menor (nc). Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

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

OBS1: El procedimiento PR/SO008_CUP Control de Documentación y Registro establece en el anexo 1: Estructura del Manual de Calidad y de los Procesos y Procedimientos que la estructura de tales procesos y procedimientos debe incluir en el apartado de "Seguimiento y evaluación" el indicador o indicadores que sirvan para evaluar el proceso. En contra de lo establecido, **los procesos y procedimientos siguientes no incluyen indicadores** en el mencionado apartado de seguimiento y evaluación que permitan evaluar el proceso: P/ES004_CUP, P/ES005_CUP.

OBS2: Establecer de manera más concreta en el SAIC la **sistemática de rendición de cuentas del Centro**, identificando, por ejemplo, los documentos/información que se va a utilizar para la rendición de cuentas, identificando a los grupos de interés diferenciados que se les va a rendir cuentas con tales documentos/información, e identificando claramente cómo y cuándo el órgano responsable debe rendir cuentas a los mismos (Directrices 1.6, 2.6, 3.5, 4.7, 5.6, 6.6, 7.5 AUDIT).



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

OBS3: Integrar de forma más específica en el SAIC el **procedimiento** seguido por la Universidad y el Centro para el control, revisión y mejora continua del SAIC y de la documentación que le da soporte (Directriz 8.1 AUDIT).

OM1: Se recomienda tener en cuenta en el SAIC del Centro la interacción de sus procedimientos con otros procesos transversales que se gestionan en la Universidad y que, de alguna manera, los resultados de estos afectan a la gestión del Centro desde el punto de vista del proceso de enseñanza-aprendizaje del que el Centro es responsable normativamente, y desde el punto de vista de sistema integrado de gestión de la calidad.

OM2: Se recomienda enriquecer las Memorias Anuales de Calidad de la Titulación con la aportación de otra información sobre actividades y resultados obtenidos por el título, y que pueden dar una visión más real y completa del trabajo desarrollado durante todo el curso académico.

OM3: Se recomienda acortar el periodo temporal entre la finalización del curso académico y la fecha de aprobación de las Memorias de Calidad de Titulaciones y del Centro, con objeto de que pueda rendirse cuentas a los grupos de interés con tales documentos en menor tiempo.

OM4: Se recomienda considerar en la definición de la política de calidad del Centro aspectos como defensa de la libertad académica, comportamiento ético, lucha contra el fraude académico, prevención de la intolerancia y la discriminación de los estudiantes o de su personal, ampliación a las actividades que subcontrata o que son realizados por terceros.

OM5: Se recomienda revisar la redacción de los objetivos de calidad, con idea de que estos no sean tan genéricos, se ajusten más a la estrategia diferenciadora y real del Centro, y se pueda medir su grado de cumplimiento de forma más precisa (introduciendo una meta anual, por ejemplo). Asimismo, se recomienda incluir en la Memoria anual del Centro una valoración del grado de consecución de los objetivos de calidad.

OM6: Se recomienda revisar la estructura de los planes de mejora y fichas por acción, con objeto de especificar, además del responsable y plazo de ejecución, otros detalles como la identificación de la fuente/causa de la acción de mejora y la inclusión de indicadores de medición para conocer de forma más precisa su nivel de cumplimiento.

OM7: Se recomienda que las distintas acciones de mejora identificadas durante la ejecución cíclica del SAIC se recopilen en un único Plan de Mejora del Centro, de manera que los responsables del Centro puedan supervisar el seguimiento del mismo en cualquier momento y de una manera global.



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

PF1: Se observa una alta implicación y orientación hacia la mejora continua del Equipo Directivo y de los miembros de la Comisión del SAIC y de las Comisiones de Calidad de Título.

PF2: Se destaca en la estructura de gestión del Centro la figura del Responsable del SAIC, que desempeña una labor fundamental en el sistema.

PF3: Se destaca la participación de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad en la preparación de estadísticas e indicadores relevantes para evaluar la situación y evolución de las titulaciones, y que facilitan el análisis y elaboración de memorias en el Centro.

PF4: La cercanía y atención del profesorado es muy bien valorada por las personas asistentes a la audiencia de estudiantes y egresados, en especial, el trato personalizado y la diversidad de canales utilizados para atender las tutorías y consultas por parte del estudiantado.



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

En el Informe de auditoría externa de ANECA de fecha 19/05/2017 se identificaron 4 no-conformidades menores y 1 no-conformidad mayor, las cuales ya han sido cerradas tras desarrollarse las acciones establecidas en el Plan de Acciones de Mejora correspondiente.

Asimismo, en el Informe de auditoría interna de la UEx de fecha 08/03/2022 se identificaron 6 no-conformidades menores, cuyas correspondientes acciones de mejora identificadas en el Plan de Acciones de Mejora de 29/03/2022 se encuentran ya ejecutadas y cerradas.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Rosa María Pérez Utrero	Vicerrectora de Calidad de la UEx.
María José Benito Bernáldez	Directora de Calidad de la Oficina de Calidad y Estrategia de la UEx (se conecta por videoconferencia).
Elia María Quirós Rosado	Directora de Estrategia de la Oficina de Calidad y Estrategia de la UEx.
Germán Trinidad Ruiz	Técnico Estadístico de la UTEC (se conecta por videoconferencia).
Rodrigo Martínez Quintana	Director. Presidente de la Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro.
Sonia Hidalgo Ruiz	Subdirectora de Estudiantes. Comisión de Calidad de Grado ENF.
Lourdes López Díaz	Subdirectora de Infraestructura, Economía e Investigación.
Manuel Moya Ignacio	Subdirector de Planificación Académica y Profesorado. Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro.
José Francisco Rangel Preciado	Subdirector de Difusión, Divulgación y Extensión Universitaria.
Juan Francisco Morán Cortés	Subdirector Adjunto.
Leticia Martín Cordero	Secretaria Académica. Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro. CCT ENF.



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC
IMPLANTADO EN EL CENTRO UNIVERSITARIO DE
PLASENCIA (CUP) DE LA UNIVERSIDAD DE
EXTREMADURA (UEx)**

Fecha: 03/10/2022

Mercedes Mendoza Cuenca	Administradora. Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro.
Raquel Mayordomo Acevedo	Responsable del SAIC. Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro.
Ana Vicente Díaz	Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro. CCT ADE.
Juan Carlos Giménez Fernández	Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro. CCT IFMN.
Alfonso Martínez Nova	Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro. CCT POD.
Rafael Carballar López	Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro. Subdelegado.
Marcial Herrero Jiménez	PDI
María Alonso Fernández	PDI
Raquel Sánchez Rodríguez	PDI
Ana María Pérez Pico	PDI
Víctor Manuel Jiménez Cano	PDI
Vicente Robles Alonso	PDI
Mercedes Jiménez Díaz	PAS
Beatriz Real Real	PAS
Carlos Méndez Méndez	PAS
Ángela Gil Sánchez	PAS
Yonatan Cáceres Escudero	PAS
Sergio López Casares	PAS
Isabel Dillana Fernández	Estudiante de Grado ADE
Silvia Ruiz Guerrero	Estudiante de Grado ENF
Heric Miranda González	Estudiante de Grado IFMN
David Núñez Sánchez	Estudiante de Grado POD
Lucía de María Martín	Egresada de Grado ADE
Álvaro Gómez Núñez	Egresado de Grado IFMN
Antonia de la Calle Vaquero	Comisión de Calidad de Grado ADE
Elena Cubera González	Comisión de Calidad de Grado IFMN



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC
IMPLANTADO EN EL CENTRO UNIVERSITARIO DE
PLASENCIA (CUP) DE LA UNIVERSIDAD DE
EXTREMADURA (UEx)**

Fecha: 03/10/2022

María Jesús Montero Parejo	Comisión de Calidad de Grado IFMN
Beatriz Gómez Martín	Comisión de Calidad de Grado POD

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Javier Martín Aragón	Comisión de Aseguramiento de Calidad del Centro. PAS.
Guillermo González Bornay	PDI
José Álbeto Hermoso Ríos	Egresado de Grado IFMN



DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

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

FAVORABLE

DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SAIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor**.
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

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

En Jaén, a 03/10/2022

Por el equipo auditor

D. Jacinto Fernández Lombardo.

Cargo: Auditor jefe.