

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

**FACULTAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y TURISMO
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 6 no conformidades mayores (la mayoría de ellas se corresponden a no conformidades u observaciones identificadas en la auditoría interna anterior y que están sin atender o pendientes de cierre), 11 observaciones generales al SGC y 18 oportunidades de mejora.

Las no conformidades indicadas son las siguientes:

- NCM1: No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 1 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El Manual del Sistema de Garantía de Calidad establece una periodicidad trimestral de reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad del Título. No hay evidencias de que se haya cumplido esta frecuencia de reuniones en algunos Títulos, por ejemplo, en el Máster en Transporte Intermodal y Logística no hay actas publicadas; en el Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas y en el Máster en Economía, Finanzas y Computación no hay actas de los cursos 2020/2021 y 2021/2022 y en el curso 2019/2020 no se respeta la frecuencia de sesiones comentada anteriormente.
En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se ha modificado aún el Manual del Sistema de Garantía de Calidad con la acción propuesta.
- NCM2: No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 3 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El procedimiento P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI no incluye mecanismos para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo.

En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se ha modificado aún el procedimiento P12 con la acción propuesta.

- **NCM3:** No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 4 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: A fecha de auditoría, el Equipo Decanal no ha propuesto a la Junta de Centro ningún Plan de orientación académica y profesional por titulación ni ninguna relación de actividades de acogida y orientación académica y profesional por titulación, en coordinación con los coordinadores de Grados y Directores de MOFs de los que el Centro es responsable. Por consiguiente, el Centro no tiene aprobado un Plan de Acción Tutorial y Orientación Profesional, remitiéndose a lo previsto en la Memoria de las distintas titulaciones, e incumpliendo lo previsto en la tabla de responsabilidades del procedimiento 15 SGCC.



En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se encuentran publicados tales planes a nivel de Centro ni a nivel de Título.

- **NCM4:** No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la Observación General nº 1 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El SGC en vigor es de aprobación reciente en la Facultad, no habiendo transcurrido aún el primer ciclo de implantación del mismo, por lo que todavía no se pueden evidenciar registros relevantes del SGC, como el autoinforme de seguimiento del Centro, el plan de mejora del Centro o el Cuadro de Mando del Centro. En este sentido, la presente auditoría interna se ve limitada al no poderse auditar al menos un ciclo completo de gestión del SGC con sus registros correspondientes. En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que aún no se ha aprobado a nivel de Centro el Autoinforme de Seguimiento, el Plan de Mejora y el Cuadro de Mando.

- **NCM5:** No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la Observación General nº 2 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: Comprobar que las actas de reunión de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro desarrollan en sus puntos del orden del día las responsabilidades que correspondan según asignación establecida en los procedimientos del SGC. En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba en las actas de la CGCC que no se están aplicando las responsabilidades previstas en los procedimientos del SGC ni lo previsto en la página 31 del Manual del SGC, que establece que “las decisiones de la CGCC tendrán carácter no ejecutivo”. La CGCC no aprueba, por ejemplo, los objetivos de calidad del Centro, sino que los aprueba la Junta de Centro.

- **NCM6:** No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la Observación General nº 5 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: Publicar las actas de reunión de las Comisiones de Garantía de Calidad pendientes (por ejemplo, en el Máster en Transporte Intermodal y Logística, en el Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas y en el Máster en Economía, Finanzas y Computación).

En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se han publicado las actas de los cursos 2021/22 de ninguno de los Másteres impartidos por el Centro.


  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
--	--	--

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que el Equipo Decanal de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo 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 Ciencias Empresariales y Turismo 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 CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO
Representante de la Institución auditada	Juan José de la Vega Jiménez Decano
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	11 de abril de 2023

Equipo auditor
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor Jefe: Jacinto Fernández Lombardo. Universidad de Jaén. ▪ Auditor: Óscar López García. Universidad de Huelva. ▪ Auditora - Colaboradora: 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.

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

- 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.
- 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 11 de abril de 2023, mediante reunión presencial en la sala de juntas del Edificio Juan Agustín de Mora Negro y Garrocho, 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 Ciencias Empresariales y Turismo 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 Ciencias Empresariales y Turismo, 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.

 <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
--	--	--

c) Implementar cualquier acción necesaria.
d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.
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.	1	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.	3
		2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.	
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 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
--	--	--

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.	1	


DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES			
Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	NCM	No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 1 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El Manual del Sistema de Garantía de Calidad establece una periodicidad trimestral de reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad del Título. No hay evidencias de que se haya cumplido esta frecuencia de reuniones en algunos Títulos, por ejemplo, en el Máster en Transporte Intermodal y Logística no hay actas publicadas; en el Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas y en el Máster en Economía, Finanzas y Computación no hay actas de los cursos 2020/2021 y 2021/2022 y en el curso 2019/2020 no se respeta la frecuencia de sesiones comentada anteriormente. En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se ha modificado aún el Manual del Sistema de Garantía de Calidad con la acción propuesta.	P08 / Criterio 2
2	NCM	No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 3 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El procedimiento P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI no incluye mecanismos para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo. En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se ha modificado aún el procedimiento P12 con la acción propuesta.	P12 / Criterio 3
3	NCM	No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 4 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: A fecha de auditoría, el Equipo Decanal no ha propuesto a la Junta de Centro ningún Plan	P15 / Criterio 5

		<p>de orientación académica y profesional por titulación ni ninguna relación de actividades de acogida y orientación académica y profesional por titulación, en coordinación con los coordinadores de Grados y Directores de MOFs de los que el Centro es responsable. Por consiguiente, el Centro no tiene aprobado un Plan de Acción Tutorial y Orientación Profesional, remitiéndose a lo previsto en la Memoria de las distintas titulaciones, e incumpliendo lo previsto en la tabla de responsabilidades del procedimiento 15 SGCC.</p> <p>En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se encuentran publicados tales planes a nivel de Centro ni a nivel de Título.</p>	
4	NCM	<p>No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la Observación General nº 1 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El SGC en vigor es de aprobación reciente en la Facultad, no habiendo transcurrido aún el primer ciclo de implantación del mismo, por lo que todavía no se pueden evidenciar registros relevantes del SGC, como el autoinforme de seguimiento del Centro, el plan de mejora del Centro o el Cuadro de Mando del Centro. En este sentido, la presente auditoría interna se ve limitada al no poderse auditar al menos un ciclo completo de gestión del SGC con sus registros correspondientes.</p> <p>En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que aún no se ha aprobado a nivel de Centro el Autoinforme de Seguimiento, el Plan de Mejora ni el Cuadro de Mando.</p>	P08 / Criterio 2
5	NCM	<p>No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la Observación General nº 2 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: Comprobar que las actas de reunión de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro desarrollan en sus puntos del orden del día las responsabilidades que correspondan según asignación establecida en los procedimientos del SGC.</p> <p>En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba en las actas de la CGCC que no se están aplicando las responsabilidades previstas en los procedimientos del SGC ni lo previsto en la página 31 del Manual del SGC, que establece que “las decisiones de la CGCC tendrán carácter no ejecutivo”. La CGCC no aprueba, por ejemplo, los objetivos de calidad del Centro, sino que los aprueba la Junta de Centro.</p>	MSGC / Criterio 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
--	--	--


6	NCM	<p>No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la Observación General nº 5 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: Publicar las actas de reunión de las Comisiones de Garantía de Calidad pendientes (por ejemplo, en el Máster en Transporte Intermodal y Logística, en el Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas y en el Máster en Economía, Finanzas y Computación).</p> <p>En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se han publicado las actas de los cursos 2021/22 de ninguno de los Másteres impartidos por el Centro.</p>	P01 / Criterio 1
---	-----	---	---------------------

OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades)		
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	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
2	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).	P08 / Criterio 2.2
3	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.	P01 / Criterio 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



 <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
---	--	--

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

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

 <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
--	--	--


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 evidenciar que el Centro tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y que recoge y consideran las aportaciones de todos los grupos de interés con cierta periodicidad.	SGC / Criterio 2.2
9	Se recomienda avanzar en la gestión de la interacción del Centro en los procesos transversales de la Universidad en los que participa.	SGC
10	Se recomienda avanzar en la sistematización de registros/evidencias generados en cada ciclo de gestión del SGC del Centro.	SGC
11	Se recomienda identificar claramente los distintos grupos de interés relacionados con cada procedimiento del SGC del Centro.	SGC
12	Se recomienda establecer un sistema de detección de necesidades y expectativas de los grupos de interés.	SGC
13	Se recomienda avanzar en la realización de comparaciones de resultados con otros títulos y Centros.	SGC / Criterio 2.2
14	Se recomienda publicar en la web un archivo histórico del Sistema de Garantía de Calidad del Centro que permita analizar la evolución del sistema.	SGC / Criterio 1
15	Se recomienda seguir la estructura mínima prevista en la tabla de responsabilidades del P02 para la identificación de los objetivos generales de calidad aprobados para el curso 2022/23, por ejemplo, incluir metas propuestas para cada objetivo y valor inicial del objetivo.	P02 / Criterio 2.1
16	Se recomienda 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 menor tiempo.	SGC
17	Se recomienda 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 conocer la fecha de	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
---	--	--


	inicio y fin y el responsable de las principales actividades que se desarrollan en aplicación de los procedimientos del SGC.	
18	Se recomienda revisar el procedimiento P10 Seguimiento, evaluación y mejora continua, con objeto de establecer las fechas máximas de aprobación de los Autoinformes de Seguimientos de los Títulos, puesto que son la base para poder elaborar el Autoinforme de Seguimiento del Centro. 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.	P10/ Criterio 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 Ciencias Empresariales y Turismo 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>	<p align="center">INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p>Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023</p>
--	--	--

ANEXO I

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	<p align="center">PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO</p>
--	---

Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA
Centro	FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO
Fecha de la auditoría	11 de abril de 2023
Sala de reuniones	Sala Edificio Juan Agustín de Mora, Campus El Carmen, Huelva.

DÍA	HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES
11/04/2023	15:30 – 19:00	Comisión de Garantía de Calidad del Centro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juan José de la Vega Jiménez (Decano). ▪ Nuria Porras Bueno (Secretaria). ▪ Encarnación Cordón Lagares (Vicedecana). ▪ Juan Gómez Gómez (Vicedecano). ▪ Inmaculada Rabadán Martín. ▪ Ana González Galán. ▪ Juan José García del Hoyo. ▪ Alfonso Infante Moro. ▪ Mónica Carmona Arango. ▪ M^a Nazaret García Vivas. ▪ José Antonio Jurado Martín (excusa). ▪ Juan Carlos Roca Pulido (excusa). ▪ M^a Amor Jiménez Jiménez (excusa). ▪ Paula López Gómez (excusa). ▪ Yolanda de Paz Báñez (excusa).