

 <p data-bbox="328 129 587 208">Universidad de Huelva Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	<p data-bbox="639 136 1114 271">PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p data-bbox="1166 129 1398 192">Nº Informe: 2023/01 Fecha: 28/06/2023</p>
--	--	--

PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

**FACULTAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y TURISMO
UNIVERSIDAD DE HUELVA**

Elaboración del Plan de Acciones Correctivas y de Mejora: 28/06/2023

 <p>Universidad de Huelva Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	<p>PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p>Nº Informe: 2023/01 Fecha: 28/06/2023</p>
--	---	--

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 aúnel 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.

 <p>Universidad de Huelva Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	<p>PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p>Nº Informe: 2023/01 Fecha: 28/06/2023</p>
--	---	--

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.

 <p>Universidad de Huelva Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	<p>PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p>Nº Informe: 2023/01 Fecha: 28/06/2023</p>
--	---	--

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>Universidad de Huelva Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	<p>PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p>Nº Informe: 2023/01 Fecha: 28/06/2023</p>
--	---	--

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.	
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		

 <p>Universidad de Huelva Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	<p>PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p>Nº Informe: 2023/01 Fecha: 28/06/2023</p>
--	---	--

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES				
Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA	Acción correctiva propuesta
1	NCM	<p>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.</p> <p>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.</p>	P08 / Criterio 2	<p>En la nueva versión del MSGC se ha acordado establecer una frecuencia de reuniones de al menos una al año. Revisión para el curso 2023/2024.</p> <p>Evidencias de las reuniones de los másteres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/masteres/master-oficial-en-transporte-intermodal-y-logistica/actas-de-la-comision-de-garantia-de-calidad-del-titulo • http://www.uhu.es/mecofin/informacion/evaluacion_seg uimiento_mejora/comision/#actas • https://masterturismo.es/extranet/actas
2	NCM	<p>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.</p> <p>En la reciente auditoría interna de 11/04/2023 se comprueba que no se ha modificado aún el procedimiento P12 con la acción propuesta.</p>	P12 / Criterio 3	<p>Se está modificando el SGC del Centro (Manual y Procedimientos). Revisión para el curso 2023/2024</p>



3	NCM	<p>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 delos 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>	P15 / Criterio 5	La CGCC está elaborando el Plan de orientación académica y profesional del Centro que se presentará a la Junta de Centro, para su aprobación, en el último trimestre de 2023
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	Con fecha 30/06/2023 se llevará a la Junta de Centro, para su aprobación el Autoinforme de Seguimiento del Centro. El Plan de Mejora y el Cuadro de Mando se llevará a la Junta de Centro para su aprobación en el último trimestre de 2023.

 <p data-bbox="328 129 587 208">Universidad de Huelva Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	<p data-bbox="635 129 1110 271">PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p data-bbox="1166 129 1398 192">Nº Informe: 2023/01 Fecha: 28/06/2023</p>
--	--	--

5	NCM	<p data-bbox="443 353 1082 667">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 data-bbox="443 674 1082 987">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 data-bbox="1270 353 1513 837">Se han realizado las acciones correctivas suficientes para que las actas de reunión de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro desarrollen en sus puntos del orden del día las responsabilidades que corresponden según se recogen en los procedimientos del SGC.</p>
6	NCM	<p data-bbox="443 1001 1082 1314">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 data-bbox="443 1321 1082 1456">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	<p data-bbox="1270 1001 1513 1305">Se incorporan las evidencias de que se han publicado las actas de las reuniones de las Comisiones de Garantía de Calidad de los Másteres:</p> <ul data-bbox="1270 1312 1513 1935" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1270 1312 1513 1659">• https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/masteres/master-oficial-en-transporte-intermodal-y-logistica/actas-de-la-comision-de-garantia-de-calidad-del-titulo <li data-bbox="1270 1666 1513 1839">• http://www.uhu.es/mecofin/informacion/evaluacion_seguinte_mejora/comision/#actas <li data-bbox="1270 1845 1513 1935">• https://masterturismo.es/extranet/actas



OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades)			
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA	Acción correctiva propuesta
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	La CGCC ha elaborado con fecha 28/06/2023 un Plan de Comunicación del Centro , en el que se indica la sistemática de rendición de cuentas que aplica el Centro.
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	En el acta de la CGCC de 28/06/2023 se evidencia claramente el funcionamiento el proceso de revisión del SGC (P08) y cómo esta revisión del SGC está basada en un análisis de los resultados obtenidos.
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	En la revisión del Procedimiento P01 que se realizará por la CGCC, siguiendo el documento marco de la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva, se evidenciará claramente el funcionamiento del proceso de información pública. Este procedimiento P01 se llevará a Junta de Centro para su aprobación el



			curso 2023/2024.
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	En la revisión del Procedimiento P12 que se realizará por la CGCC se evidenciará claramente cómo participa el Centro en los procesos transversales que gestiona la Universidad relacionados con los aspectos relacionados con el personal académico. Este procedimiento P12 se llevará a Junta de Centro para su aprobación el curso 2023/2024.
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	En la revisión del Procedimiento P13 que se realizará por la CGCC se evidenciará 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. Este procedimiento P13 se llevará a Junta de Centro para su



			aprobación el curso 2023/2024.
6	Evidenciar claramente cómo el Centro controla, revisa periódicamente y mejora la gestión de los recursos materiales y servicios.	P13 / Criterio 4	La CGCC ha elaborado el Plan de Gestión y Mantenimiento de los Recursos Materiales. En la revisión del Procedimiento P13 que se realizará por la CGCC se claramente cómo el Centro controla, revisa periódicamente y mejora la gestión de los recursos materiales y servicios. Este procedimiento P13 se llevará a Junta de Centro para su aprobación el curso 2023/2024.
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	En la nueva versión del procedimiento P15 se evidenciará claramente la sistemática. Este procedimiento P15 se llevará a Junta de Centro para su aprobación el último trimestre de 2023.
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	El Plan de Mejora del Centro integra todas las acciones de mejora tanto generadas en aplicación de los procedimientos del SGC del propio Centro como de otras fuentes



			como los informes de evaluación externas, como queda recogido en el propio Plan de Mejora en una nota a pie.
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	En el Plan de Mejora del Centro cada acción tiene identificados indicadores de seguimiento y definida una meta/objetivo de cumplimiento del indicador.
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	El Plan de Mejora del Centro se revisará semestralmente por la CGCC y se analizará la consecución de objetivos.
11	Incrementar la participación de los grupos de interés (alumnado, PDI y PAS) en las encuestas de satisfacción.	P05 / Criterios 1 a 5	La CGCC ha establecido como acción de mejora en el Plan de Mejora del Centro el incremento de la participación de los grupos de interés en las encuestas de satisfacción.



Nº	Descripción	Criterio IMPLANTA/SGC Centro	Acción correctiva propuesta
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	En la nueva versión del Manual y Procedimientos del SGC del Centro, la CGCC ha acordado eliminar las referencias normativas e incluir enlaces a las páginas web en la que se encuentra la normativa, para que la normativa de los documentos estén siempre actualizados.
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	El Centro solicitará a la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva, de cursos para todas las personas agentes que forman parte del SGC del Centro.
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	La CGCC está llevando a cabo una revisión del SGC con el objetivo de que sea una herramienta eficiente de la gestión del Centro.
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	La CGCC está llevando a cabo una revisión del SGC, Manual y Procedimientos par asegurar la correspondencia entre lo escrito y lo que hace.
5	Se recomienda evidenciar claramente la trazabilidad entre política de calidad, objetivos estratégicos y resultados obtenidos en el periodo de aplicación del SGC.	SGC	La CGCC evidenciará más claramente la trazabilidad entre



			política de calidad, objetivos estratégicos y resultados obtenidos en el periodo de aplicación del 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	La CGCC evidenciará más claramente en el Plan de Mejora del Centro la trazabilidad desde que se propone una acción de mejora hasta que se cierra dicha acción como “ejecutada”.
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	La CGCC está elaborando el Informe sobre las sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones que tiene publicada en la página web (https://uhempresariales.acentoweb.com/es/calidad/QuejasSugerenciasReclamacionesyFelicitaciones.xlsx/view).
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	El Centro recoge la información de sus grupos de interés a través de las encuestas de satisfacción y grupos de discusión, analiza dicha información por las CGCTs y se proponen acciones de mejora si se evidencia alguna debilidad. Asimismo, los principales grupos



			de interés internos (alumnado, PDI y PAS) están representados tanto en las CGCTs, CGCC, Junta de Centro, Consejo de Departamentos....
9	Se recomienda avanzar en la gestión de la interacción del Centro en los procesos transversales de la Universidad en los que participa.	SGC	En la revisión del SGC se evidenciará claramente cómo el Centro gestiona la interacción con procesos transversales de los que participa con la Universidad.
10	Se recomienda avanzar en la sistematización de registros/evidencias generados en cada ciclo de gestión del SGC del Centro.	SGC	El Centro sigue avanzando en la sistematización de evidencias generadas cada ciclo de gestión, para ello, utilizará la herramienta Google Drive.
11	Se recomienda identificar claramente los distintos grupos de interés relacionados con cada procedimiento del SGC del Centro.	SGC	En la nueva versión de los procedimientos del SGC del Centro se identificará más claramente los grupos de interés. En la versión actual, en cada procedimiento, se hace referencia a distintos grupos de interés en el apartado rendición de cuentas.
12	Se recomienda establecer un sistema de detección de necesidades y expectativas de los grupos de interés.	SGC	Tanto en las encuestas de satisfacción, como en los grupos de discusión que se llevan a cabo con los distintos grupos de interés, se



			recoge información sobre las necesidades y expectativas de los grupos de interés como se recogen en las correspondientes actas de los grupos de discusión.
13	Se recomienda avanzar en la realización de comparaciones de resultados con otros títulos y Centros.	SGC / Criterio 2.2	En los Autoinformes de Seguimiento de los Títulos se realizan comparaciones con los otros títulos del Centro y con la propia Universidad de Huelva. Se avanzará en la realización de comparaciones.
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	Se publicará en la web un archivo histórico del SGCC para poder analizar la evolución del sistema. Se publicará en el último trimestre de 2023.
15	Se recomienda seguir la estructura mínima prevista en la tabla de responsabilidades del PO2 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.	PO2 / Criterio 2.1	La CGCC utilizará la nueva plantilla disponible en Teams por la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva, en la que se incluyen todos los apartados recomendados.
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	Las CGCTs y CGCC harán el esfuerzo necesario para lograr la consecución de la recomendación.

 <p>Universidad de Huelva Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	<p>PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</p>	<p>Nº Informe: 2023/01 Fecha: 28/06/2023</p>
--	---	--

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 inicio y fin y el responsable de las principales actividades que se desarrollan en aplicación de los procedimientos del SGC.	SGC	La CGCC elaborará el cronograma de planificación cada curso académico.
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	La CGCC revisará el procedimiento P10 e intentará establecer la fechas máximas de aprobación de los Autoinformes de Seguimiento de los Títulos.