

# **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: 02/07/2024

V01

## RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

El objetivo principal de la auditoría interna ha sido revisar el grado de implantación y madurez del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro para detectar las fortalezas, así como las posibles desviaciones atendiendo a los criterios del Programa IMPLANTA-SGCC de la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (ACCUA, antes DEVA), y a los requisitos establecidos en el propio sistema.


El propósito de la auditoría es diseñar y aplicar, a partir de los resultados, un plan de acciones correctivas para subsanar las desviaciones detectadas (no conformidades) y contar con una situación de partida más favorable ante la futura certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de la ACCUA.

Por ello, se propone que las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas sean tratadas como recomendaciones a valorar y, en su caso, a atender para minimizar y eliminar las causas de una posible no conformidad futura o, en términos del programa IMPLANTA, que puedan condicionar la certificación del sistema.

De manera general, se considera que el SGC que aplica la Facultad es un sistema integrado y estructurado para centros que imparten títulos de grado y máster. No obstante, hay algunas cuestiones que precisan de mejora. Concretamente, en este proceso de auditoría interna se han encontrado hallazgos que pueden considerarse no conformidades (NCM: 10, nc: 2). Además, se señalan 10 observaciones generales al SGC y 13 oportunidades de mejora.

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, por lo que se espera que impulsen las acciones correctivas necesarias para mejorar el SGC del centro. Se anima a las personas responsables del sistema a valorar y tener en cuenta las *observaciones generales* detalladas en este informe, ya que se trata de recomendaciones de especial seguimiento que podrían contribuir a eliminar posibles no conformidades actuales y futuras. Asimismo, las *oportunidades de mejora* deben tratarse como recomendaciones que podrán 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><b>uhu.es</b> Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
---	--	-------------------

Datos del Centro auditado	
Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA (ID 049)
Centro	FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO (ID 21005988)
Títulos oficiales bajo el alcance del SGIC	Graduado/a en Administración y Dirección de Empresas Cód. RUCT: 2501841
	Graduado/a en Finanzas y Contabilidad Cód. RUCT: 2501844
	Graduado/a en Turismo Cód. RUCT: 2501847
	Doble grado ADE + Derecho Cód. RUCT: 2501841; 2501256
	Doble grado ADE + FICO Cód. RUCT: 2501841; 2501844
	Doble grado ADE + Turismo Cód. RUCT: 2501841; 2501847
	Máster Universitario en Economía, Finanzas y Computación Cód. RUCT: 4315566
	Máster Universitario en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas Cód. RUCT: 4311168
	Máster Universitario en Economía y Desarrollo Territorial Cód. RUCT: 4315575
	Máster Universitario en Transporte Intermodal y Logística Cód. RUCT: 4317699
Representante de la Institución auditada	D. Juan José de la Vega Jiménez (Decano)
Norma de aplicación de referencia	<a href="#">Guía para la Certificación y Seguimiento de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC</a> – (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V4.0)
Fecha de la auditoría	29 mayo de 2024

Equipo auditor
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auditora Jefa: Ana Esther Cruz González</li> <li>▪ Auditor: Rafael Fernández Serafín</li> <li>▪ Auditora: M<sup>ª</sup> Inés Romero Martínez</li> <li>▪ Auditora: M<sup>ª</sup> de los Ángeles Jacinto Moreno</li> </ul>

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"> <li>▪ Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC).</li> <li>▪ Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGC).</li> </ul>

### **Objetivos de la auditoría interna**

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del SGC 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 SGC del centro (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGC en cada ciclo de gestión.
- Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGC.
- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación efectiva del SGC.

### **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 Gestión de la información pública y comunicación
- P02. Atención a los Grupos de Interés: Canal de Atención de Quejas, Reclamaciones, Alegaciones, Sugerencias y Felicitaciones
- P03. Política de Aseguramiento de la Calidad
- P04. Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados
- P05. Ciclo de vida del título
- P06. Revisión del SGC del Centro
- P07. Capacitación, competencia y cualificación del PDI
- P08. Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios
- P09. Ciclo de vida del alumnado
- P10. Metodologías de enseñanza y evaluación de los aprendizajes
- P11. 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 2023-2024, de fecha 31/01/2024, establece la realización de la presente auditoría interna. El equipo auditor ha sido nombrado por la Universidad de Huelva (UHU).

La auditoría se ha desarrollado en dos fases. Una primera fase, de revisión de la documentación y registros del SGC. Está basada en un proceso de análisis muestral de la información pública disponible en la página web del centro, así como aquella otra de carácter restringido que ha sido compartida con el equipo auditor. Una segunda fase, consistente en la visita virtual de auditoría para la realización de entrevistas a los distintos grupos de interés. Esta última ha tenido lugar el día 29 de mayo de 2024, a través de la plataforma Zoom.

Cumpliendo con el programa establecido el equipo auditor ha llevado a cabo las entrevistas al equipo decanal, a la comisión de garantía de calidad del centro y a los responsables académicos y de gestión de la Unidad para la Calidad. En las distintas audiencias el equipo auditor ha abordado diversas cuestiones para resolver las dudas surgidas durante la revisión y el análisis de la documentación del SGC (procedimientos, evidencias e indicadores) a fin de comprobar el grado de implantación y la madurez del sistema, así como su alineación al programa IMPLANTA.

Cabe destacar la colaboración e implicación de las personas que han participado en las audiencias (Anexo I. Programa de auditoría), así como las facilidades que el centro y la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva han proporcionado al equipo auditor.

Los resultados de la evaluación frente a los criterios de la auditoría (hallazgos de auditoría) se describen a continuación en forma de *No Conformidad Mayor (NCM)*, *No Conformidad Menor (nc)*, *Observaciones Generales*, *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 abordado y 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, y hacer frente a las consecuencias.
- b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante la revisión y el análisis de la no conformidad; la determinación de las causas de la no conformidad; la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.
- c) Implementar cualquier acción necesaria.
- d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.
- e) Si fuera necesario, hacer los cambios que procedan en el sistema de garantía de calidad.

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<p><b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b></p>	<p>Fecha: 02/07/2024</p>
--	---	--------------------------

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


Las *Observaciones generales*, identificadas en este informe, deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por las personas responsables del SGC, con el objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura o, en términos del programa IMPLANTA, resolver aquellos aspectos que puedan condicionar la certificación.

Por su parte, las *Oportunidades de mejora* deben tratarse como recomendaciones que deberían ser valoradas y, en su caso, atendidas por los y las responsables del SGC, con objeto de mejorar la propuesta del sistema implantado en el centro.

El equipo evaluador informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo, por lo que pueden existir otras fortalezas, observaciones, oportunidades de mejora o no conformidades no identificadas ni recogidas en el presente informe. Asimismo, que la información pública se revisó entre el 10 de mayo hasta el 29 de mayo de 2024, fecha esta última en la que se produjo la visita, por lo que los cambios y las mejoras efectuadas con posterioridad no estarán incorporadas 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.

<b>Resumen global de la auditoría por cada Criterio/Dimensión IMPLANTA-SGCC</b>			
<b>Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC</b>		<b>Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC</b>	
<b>1. Información pública.</b>	<b>No Conf.</b>	<b>2. Política de aseguramiento de la calidad.</b>	<b>No Conf.</b>
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		
	3	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.	9
	4		10
	5		12
	6		
	7		
	8	2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.	
<b>3. Personal docente e investigador.</b>	<b>No Conf.</b>	<b>4. Gestión de recursos materiales y servicios.</b>	<b>No Conf.</b>
3.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.	11	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.	
<b>5. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.</b>	<b>No Conf.</b>		
5.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado.			


 <p><b>uhu.es</b> Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
---	--	-------------------

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES			
Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	NCM	<p>En algunos procedimientos sigue haciéndose referencia a la antigua Facultad de Ciencias Empresariales, y no a la vigente de Ciencias Empresariales y Turismo, la cual consta como tal en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (<a href="#">RUCT</a>) desde el año 2016. Véase, por ejemplo, el procedimiento de <i>Capacitación, competencia y cualificación del personal docente e investigador</i> (P07). Sería necesario actualizar la referencia en los distintos documentos, teniendo en cuenta que el SGC y sus procedimientos se someten a revisión anual según consta en el procedimiento de <i>Revisión del Sistema de Garantía de Calidad del Centro</i> (P06)</p>	SGC Criterio 1
2	NCM	<p>En el alcance del Manual SGC (pág. 6) se incluye un máster cuya denominación, tal y como se presenta, no consta en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (<a href="#">RUCT</a>) en el momento de la auditoría (Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas y Gestión de Recursos Turísticos). En su lugar se identifica el “Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas” (<a href="#">RUCT</a>). Según se indicó, el título se encuentra en proceso de evaluación por la agencia. Sería conveniente hacer referencia a este una vez se oficialice para que no lleve a confusión a los grupos de interés.</p>	Manual Criterio 1
3	NCM	<p>En el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y la comunicación</i> (P01) se recoge el contenido que debe publicarse en la web del centro y de los títulos. A su vez, en la mayoría de los documentos del SGC (Manual, plan de comunicación, apartado 4 de cada procedimiento) aparece la web como lugar de localización/ubicación de las evidencias del sistema, incluidas las de acceso restringido (actas de los órganos colegiados, por ejemplo). Para evitar que el SGC recoja información contradictoria o confusa, se considera necesario que la documentación describa fielmente su carácter (público/abierto o restringido/cerrado) y localización raíz (web, OneDrive, secretaría del centro, etc.), garantizando la coherencia entre las distintas fuentes de información. Asimismo, que se incluyan los supuestos en los que se concede el permiso para consultar la documentación de carácter restringido, más allá de que dicho acceso sea determinado en cada momento por el vicedecano/a responsable de calidad. Los supuestos deben ser conocidos de antemano por los grupos de interés.</p>	Criterio 1
4	NCM	<p>En contra de lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y comunicación</i> (P01), parte del</p>	Criterio 1




		<p>contenido web del centro y sus títulos está desactualizado, no permite su consulta o lleva al apartado genérico del SGC. Si bien es cierto que durante la revisión documental se estaba llevando a cabo la reforma del contenido web, y que las acciones relacionadas en el último plan de mejora del centro finalizan en septiembre de 2024 y las de los títulos en el curso 2024-2025, se considera necesario actualizar la información a la mayor brevedad y velar por su fácil accesibilidad, cumpliendo con el criterio 1 del programa IMPLANTA. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la <a href="#">web del centro</a>, pestaña <a href="#">Comisiones y actas</a>, no siempre se recoge la información correspondiente. En algunos casos al acceder al apartado <a href="#">Comisión de calidad de centros y títulos</a>, el enlace lleva al apartado del SGC y no al contenido en cuestión.</li> <li>• En el Máster Universitario en Dirección de Empresas Turísticas, pestaña-desplegable <a href="#">Indicadores e informes del SGC</a>, aparece la referencia a los cursos académicos sin acceso a información. En el caso de los autoinformes de seguimiento solo pueden consultarse los relativos al curso 2020-2021 y 2021-2022. El resto están inactivos o no se incluye su referencia, como sucede con el autoinforme de seguimiento del curso 2022-2023. Los enlaces a los planes de mejora y a los informes de evaluación externa de la DEVA (actual ACCUA) están inactivos.</li> <li>• En el Máster Universitario en Economía, Finanzas y Computación no funciona el enlace al SGC, dentro del apartado <a href="#">"Evaluación, seguimiento y mejora"</a>. Asimismo, aparecen dos memorias de verificación, la inicial y la vigente. Esta última responde a una modificación sustancial del mismo título por lo que la referencia a "un <b>nuevo</b> plan de estudios", como se indica en la página web principal, puede llevar a confusión. Del mismo modo, los autoinformes de seguimiento únicamente están disponibles hasta el curso 2021-2022, sin referencia a los más recientes.</li> </ul>	
5	NCM	<p>En contra de lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y comunicación</i> (P01), la información web del <a href="#">doble Grado en Administración y Dirección de Empresas y Derecho</a> está incompleta. En este sentido, no se recoge la información que puede ser significativa y de utilidad al estudiantado actual y potencial: número de plazas, cómo se desarrolla el TFG, reconocimiento de asignaturas, etc. Debería completarse la información siguiendo lo publicado para otros dobles grados del centro, por ejemplo, el de <a href="#">doble</a></p>	Criterio 1

		<a href="#">Grado en ADE y Turismo</a> garantizando que se cumple con el RD 822/2021 o bien optando por mejorar la visualización de dicha información destacando los aspectos más relevantes del doble grado en el propio sitio web, más allá de la publicación de un documento PDF con toda la información (Anexo 1), con el objetivo de facilitar su accesibilidad y uso por parte de los grupos de interés. En todo caso se debe garantizar que se cumple con la normativa aplicable.	
6	NCM	En contra de lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</i> (P04), la información obtenida mediante los grupos de discusión tiene carácter restringido, y no se encuentra pública en la web, como establece el citado procedimiento y el programa IMPLANTA. Puesto que los informes de resultados de los grupos de discusión están relacionados con la satisfacción de los colectivos, se deberían publicar estos con el tratamiento necesario para cumplir con la normativa aplicable en el ámbito de la protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Por ejemplo, presentando exclusivamente las conclusiones o resultados más relevantes, categorizando y anonimizando las opiniones, etc.	Criterio 1
7	NCM	En contra de lo establecido en el procedimiento de <i>Atención a los grupos de interés: canal de atención de quejas, reclamaciones, alegaciones, sugerencias y felicitaciones</i> (P02), y concretamente en el apartado 6, Rendición de cuentas, en la página <a href="#">web del centro</a> no se ha encontrado información suficiente de cómo presentar sugerencias, quejas, reclamaciones y/o felicitaciones sobre los servicios y las titulaciones que componen la oferta formativa de este. Además, el enlace al buzón se encuentra a pie de página, en la pestaña recursos donde está disponible el <a href="#">formulario</a> , pero sin prácticamente explicación y en un lugar no demasiado visible. Sí se encuentra en un lugar visible, denominado "Destacados" el banner destinado a presentar <a href="#">incidencias</a> relacionadas con las infraestructuras. Sobre el buzón se avanzó que la ubicación responde a una cuestión institucional que no decide el centro.	Criterio 1
8	NCM	La <a href="#">tabla de responsabilidades</a> (2.0), disponible en la pestaña " <a href="#">Herramientas</a> " del SGC en la web del centro, no se corresponde con la versión vigente del mapa de procesos. Hace referencia a los 20 procedimientos recogidos en el mapa de procesos anterior. La codificación de las evidencias tampoco responde a la versión actualizada del sistema. Sería conveniente revisar la documentación y ajustar el contenido en las diferentes fuentes de datos, garantizando su coherencia y la publicación de información actualizada, tal y	Criterio 1


 <p>u.h.u.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
--	--	-------------------

		como se recoge en el criterio 1 del programa IMPLANTA-ACCUA.	
9	NCM	No se ha podido consultar el “Cuadro de mando de indicadores de la Facultad” vinculados al sistema, con los resultados de los tres últimos años como recoge la guía para la certificación y seguimiento del SGC (programa IMPLANTA-ACCUA). Durante las sesiones de entrevistas se afirmó que se estaba trabajando en el citado documento. Sí ha podido consultarse el Excel de indicadores del MU en Transporte Internacional, cuyos indicadores están relacionados con los 20 procedimientos anteriores del SGC, aunque no presenta el histórico de tres años, al ser un título de reciente implementación.	Criterio 2
10	nc	No se evidencia el cumplimiento o replanteamiento de algunas acciones del plan de mejoras o de acciones correctivas según la temporalización prevista, a pesar de ser recomendaciones fruto de los procesos de evaluación externa o, en su caso, de auditorías internas anteriores. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el plan de mejoras del grado en ADE (22-23) hay una debilidad vinculada a las infraestructuras, servicios y dotación de recursos, y a la baja valoración del estudiantado sobre estos (acreditación, 25/06/22). La acción de mejora, consistente en analizar en profundidad los motivos de la baja valoración mediante los grupos de discusión, está en proceso si bien el plazo estimado de ejecución era el curso 22-23.</li> <li>• En el plan de acciones correctivas de auditoría interna, aprobado en junio de 2023, vinculado a la observación general 6, se alude a la elaboración del “Plan de Gestión y Mantenimiento de los Recursos Materiales”, pero no se evidencia en el procedimiento 08.</li> </ul>	Criterio 2
11	NCM	No se evidencia que se haya dado respuesta a la NCM 2 de la auditoría anterior vinculada al procedimiento de <i>Capacitación, competencias y cualificación del PDI</i> (P12, actualmente P07), donde se indica que este no incluye mecanismos para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo. Aunque se alude a un procedimiento propio y adicional y a un plan de sustituciones, no se concretan los mecanismos utilizados para detectar las necesidades de profesorado en el ámbito competencial del centro.	Criterio 3
12	nc	En el procedimiento <i>Ciclo de Vida del título</i> (P05) se recoge que las medidas de suspensión “deben figurar detalladamente en la página web del Título y en cuantos otros	Criterio 2


 <p><b>uhu.es</b> Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
---	--	-------------------

	<p><i>medios se establezca en el Plan de Comunicación del Centro".</i> No obstante, en el Grado en Administración y Dirección de Empresas, por ejemplo, se alude a la extinción del plan de estudios (documento extraído de la memoria) pero en ningún caso a la suspensión de este, entendida como algo temporal. Se considera oportuno cumplir lo establecido en el procedimiento o proceder a su ajuste y actualización.</p>	
--	---	--


<b>OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades)</b>		
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	Aprobar el plan estratégico 2025 de la universidad por parte de los órganos correspondientes teniendo en cuenta su vinculación e impacto en los SGC de los centros de la UHU.	Transversal UHU
2	Actualizar el Reglamento de Régimen Interno del Centro que data del 2012, e incluir la estructura organizativa para la gestión de la calidad en la a fin de que sea coincidente con la documentación del SGC, garantizando su coherencia: comisión de garantía de calidad de centro, comisión de garantía de calidad de títulos, comisión de seguimiento del plan de estudios, etc.	SGC
3	Evaluar el funcionamiento e impacto del reciente agrupamiento de distintos procedimientos en uno macro para asegurar que, tal y como se presenta, recoge la información necesaria (pasos a seguir, indicadores, ...) y facilita a las personas responsables su gestión (evidencias diversas, indicadores específicos ...) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas. Por ejemplo, el procedimiento del <i>Ciclo de vida del alumnado</i> (P09), que integra cuestiones diversas: captación, preinscripción y matrícula, reconocimiento y certificación, orientación académica y profesional, movilidad, prácticas externas y TFG/TFM; todas ellas de suma importancia. Se considera importante garantizar que los procedimientos actualizados se despliegan e implantan de forma adecuada y efectiva, cumpliendo con los objetivos propuestos. En este sentido, y con carácter general, es necesario un periodo de implantación efectiva más amplio para que el SGC alcance el nivel de madurez adecuado y se constituya en una herramienta de mejora continua cada vez más eficiente y sistemática.	SGC Criterio 2
4	Revisar los enlaces incluidos en la documentación del SGC publicada en la web del centro (Manual, procedimientos, anexos y reglamentos), pues algunos no funcionan, no llevan a la página solicitada, hacen referencia a un <a href="#">dominio en venta</a> o requieren de clave de acceso para su consulta, aunque se trate de información pública.	SGC Criterio 2
5	Ajustar la denominación de las evidencias en las diferentes fuentes de información y guardar coherencia para que no conlleven a error y faciliten su trazabilidad. Por ejemplo, el documento "Autoinforme de Seguimiento	SGC Criterio 2

 <p><b>uhu.es</b> Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
---	--	-------------------


	del Centro” que aparece como “Informe de Gestión/Autoevaluación del SGC del Centro”.																										
6	Explicitar en la documentación del SGC, por ejemplo, en el procedimiento de <i>Gestión documental, uso de la información y análisis de datos</i> (P04) a qué documento se trasladan las propuestas de mejora que se originan a partir de los grupos de discusión y en qué momento. Al revisar la documentación no queda claro.	Criterio 2																									
7	Revisar las posibles incoherencias recogidas en la temporalización de los planes de mejora del centro y de los títulos, teniendo en cuenta que para las mismas debilidades y acciones se incluyen periodos distintos de ejecución. Por ejemplo, mientras que en el <a href="#">plan de mejoras del centro</a> (abril de 2024) la Acción 1. <i>Creación de una nueva página web de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo y de sus Títulos</i> , recoge como temporalización de abril de 2023 a septiembre de 2024, en el <a href="#">plan anual de mejoras del Grado en Administración y Dirección de Empresas</a> (junio de 2023) el plazo estimado de ejecución es el curso 2024-2025.	Criterio 2																									
8	<p>Ajustar en los planes de mejora de las titulaciones el contenido de la pestaña “indicadores”, pues en algunos casos lo que se incluye son evidencias o remisión a estas, y no los valores de los indicadores como tales.</p> <table border="1" data-bbox="422 1115 1155 1388"> <thead> <tr> <th colspan="5">III. DISEÑO, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA FORMATIVO</th> </tr> <tr> <th>Punto débil detectado</th> <th>Acciones de mejora</th> <th>Objetivo</th> <th>Prioridad</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Necesidad de eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas (Respuesta a recomendación 2 IRA 25/06/22: Se deben establecer mecanismos de coordinación horizontal y vertical que eliminen la repetición de contenidos entre las distintas asignaturas).</td> <td>Se pondrá en marcha el Protocolo de coordinación horizontal y vertical recientemente aprobado en el Centro.</td> <td>Eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas</td> <td>Alta</td> <td>Finalizada</td> </tr> <tr> <th>Responsable de la acción</th> <th>Plazo estimado de ejecución</th> <th>Observaciones</th> <th colspan="2">Indicadores</th> </tr> <tr> <td>Equipo Decanal</td> <td>2022-2023</td> <td></td> <td colspan="2">           Protocolo: <a href="https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16947-junta-de-centro-22-abril-2022-at-downloads/file">https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16947-junta-de-centro-22-abril-2022-at-downloads/file</a>            Actas de coordinación: <a href="https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1">https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1</a> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Las evidencias suelen ser los documentos, archivos, enlaces... que muestran el cumplimiento de una acción, mientras que los indicadores son los valores, habitualmente de variables cuantitativas o cualitativas. Así, por ejemplo, mientras la evidencia es el plan de comunicación el indicador podría ser el número de acciones de difusión desarrolladas (3, 4, n acciones).</p>	III. DISEÑO, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA FORMATIVO					Punto débil detectado	Acciones de mejora	Objetivo	Prioridad	Cumplimiento	Necesidad de eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas (Respuesta a recomendación 2 IRA 25/06/22: Se deben establecer mecanismos de coordinación horizontal y vertical que eliminen la repetición de contenidos entre las distintas asignaturas).	Se pondrá en marcha el Protocolo de coordinación horizontal y vertical recientemente aprobado en el Centro.	Eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas	Alta	Finalizada	Responsable de la acción	Plazo estimado de ejecución	Observaciones	Indicadores		Equipo Decanal	2022-2023		Protocolo: <a href="https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16947-junta-de-centro-22-abril-2022-at-downloads/file">https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16947-junta-de-centro-22-abril-2022-at-downloads/file</a> Actas de coordinación: <a href="https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1">https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1</a>		Criterio 2
III. DISEÑO, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA FORMATIVO																											
Punto débil detectado	Acciones de mejora	Objetivo	Prioridad	Cumplimiento																							
Necesidad de eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas (Respuesta a recomendación 2 IRA 25/06/22: Se deben establecer mecanismos de coordinación horizontal y vertical que eliminen la repetición de contenidos entre las distintas asignaturas).	Se pondrá en marcha el Protocolo de coordinación horizontal y vertical recientemente aprobado en el Centro.	Eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas	Alta	Finalizada																							
Responsable de la acción	Plazo estimado de ejecución	Observaciones	Indicadores																								
Equipo Decanal	2022-2023		Protocolo: <a href="https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16947-junta-de-centro-22-abril-2022-at-downloads/file">https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16947-junta-de-centro-22-abril-2022-at-downloads/file</a> Actas de coordinación: <a href="https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1">https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1</a>																								
9	Especificar en el procedimiento de <i>Gestión de recursos materiales y servicios</i> (P08) qué mecanismos utiliza el centro para identificar las necesidades de recursos materiales y servicios.	Criterio 4																									
10	Continuar desarrollando acciones para mejorar la satisfacción del alumnado con distintos aspectos del centro y sus titulaciones: actualización de la información web, los sistemas de acogida y de orientación académica y tutorización, los servicios de orientación profesional y académica e información al estudiantado, las infraestructuras, el sistema para dar respuesta a las reclamaciones, quejas y sugerencias, etc., cuyas valoraciones están por debajo de 3 sobre 5.	Criterio 5																									

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
---	--	-------------------

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b> (excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)		
Nº	Descripción	Criterio IMPLANTA/SGC C Centro
OM1	Explicitar en la documentación del SGC el alineamiento entre los procedimientos del sistema y los Criterios y Directrices para el aseguramiento de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG 2015), siguiendo lo recogido en el programa IMPLANTA (página 8).	SGC (Manual)
OM2	Disponer de un organigrama en materia de calidad, a modo de representación gráfica, que permita visualizar quiénes son los responsables, cargos, comisiones, unidades, etc., directamente relacionadas con la gestión del SGC del centro.	SGC (Manual)
OM3	Especificar con mayor detalle en la documentación del SGC la participación de los y las empleadoras en la Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGCC) o en la de los títulos CGCT. En el Manual se alude a la invitación a las personas empleadoras cuando sea necesario, sin más información. Sería oportuno concretar en qué ocasiones se les invita a participar en las citadas comisiones. Por ejemplo, durante la revisión del perfil de egreso de los títulos, cuando se analizan los datos de inserción laboral, cuando es preciso hacer ajustes en las prácticas en organismos y entidades, etc. Aunque es una recomendación recogida en el informe de certificación del diseño de otros centros de la UHU (ANECA, 2009), se recomienda completar en el sistema de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo.	SGC (Manual)
OM4	Disponer en el SGC de un listado de los acrónimos utilizados en la documentación que facilite su identificación.	SGC (Manual y procedimientos)
OM5	Incluir, en los casos en los que proceda, las responsabilidades de los cargos unipersonales. En los procedimientos del SGC la práctica totalidad de las acciones recae en los órganos colegiados, quedando difuminadas algunas responsabilidades. Por ejemplo, en el P01 sería oportuno explicitar quién se encarga del mantenimiento de la página web del centro y de los títulos, y en el P03 quién se encarga de la gestión de los planes de mejora, entre otros. En los diferentes casos, las acciones recaen en el equipo decanal o en la CGCC.	SGC (Procedimientos)
OM6	Revisar y ajustar o completar en la web del centro algunas cuestiones vinculadas a la información pública (véase NCM 4): a) Algunos enlaces de la web de centro llevan al enlace genérico del SGC, y no al apartado o documento en cuestión. Por ejemplo, el apartado de <i>Profesorado y coordinación docente</i> . Ello dificulta la accesibilidad y consulta a los grupos de interés.	Criterio 1 Criterio 2

 <p>u.h.u.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
--	--	-------------------


	<p>b) En la pestaña <a href="#">personal docente e investigador</a> de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo aparece la palabra “Descarga” junto al nombre y apellidos de cada docente, su correo y número de teléfono, pero está inactivo, por lo que no puede consultarse la información que contiene (CV, ...). En algunos casos solo aparece el nombre y apellidos, pero no el correo ni el teléfono como si sucede en otros.</p> <p>c) La evidencia “Actividades formativas ofertadas y participación del PDI y personal de apoyo en dichas actividades” (C5-P09-EV5) se ha incluido por error en la web, pestaña SGC, en la relación de evidencias web del Criterio 5 y no del Criterio 3.</p> <p>Con carácter general, se recomienda revisar la web en profundidad, sus enlaces y contenido, manteniendo solo aquello que sea necesario. Deben evitarse los apartados vacíos o sin hipervincular, que pueden provocar la confusión de los y las usuarias, dificultar la navegación, obstaculizar la trazabilidad de la información y el acceso a información estructurada y actualizada.</p>	
OM7	<p>Ajustar en el procedimiento de <i>Revisión del SGC del Centro</i> (P06) la sistemática que sigue la Facultad para el seguimiento y revisión periódica del SGC, de sus procedimientos y resultados (cómo se inicia el procedimiento, quién realiza el análisis, quién elabora el informe de revisión del sistema/autoinforme del centro, quién revisa el funcionamiento del procedimiento...). Tal y como está redactado el desarrollo del P06 (apartado 2) la revisión parece realizarla fundamentalmente la Unidad para la Calidad, mientras que en la tabla de responsabilidades (apartado 4) se detalla en mayor medida el trabajo interno del centro en la revisión y mejora de su SGC. Aclarar también en qué medida el centro contribuye a la mejora del SGC marco de la UHU.</p>	Criterio 2
OM8	<p>Contar con un documento de equivalencia de procedimientos y versiones que facilite su identificación, la correspondencia entre versiones y su trazabilidad. En el informe de revisión del SGC se recoge una tabla con la relación de los criterios IMPLANTA y la versión 4 y 5 de los procedimientos.</p>	Criterio 2
OM9	<p>Clarificar en el procedimiento de <i>Política y Objetivos de Calidad</i> (P03) cual es la relación entre la política de calidad y el plan estratégico, así como el alineamiento entre los objetivos de calidad recogidos en el documento de política y objetivos de calidad y los objetivos estratégicos.</p>	Criterio 2
OM10	<p>Se identifica que las tareas vinculadas a la gestión documental y de la información se realizan en su mayoría de forma manual por parte del responsable de calidad (cuadro de mando del centro, cuadro de mando de los títulos, cuadro de mando de los ODS, planes de mejora del centro, planes de mejora de los títulos, etc.). Valorar la automatización de la información (aplicativos o herramientas de soporte al SGC, sistema de visualización de datos...) o la simplificación de tareas o documentos con el</p>	Criterio 2

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
---	--	-------------------

	<p>objetivo de mejorar la eficiencia del SGC y la optimización de recursos humanos. A su vez, facilitaría la gestión y permitiría minimizar posibles errores en el momento de su cumplimentación.</p>	
OM11	<p>Incluir en las actas de todas las comisiones los perfiles de los asistentes (estudiante, PDI, PTGAS...), pues facilita la identificación de los diferentes grupos de interés. No aparecen por ejemplo en la CGC del Máster en Economía, Finanzas y Computación.</p>	Criterio 2
OM12	<p>En la próxima revisión y mejora del SGC, y de su documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Corregir las erratas de redacción de algunos procedimientos. Por ejemplo, las que aparecen en el “alcance” del procedimiento de <a href="#">Gestión de la Información Pública y Comunicación</a> (P01), en el “objeto” del de <a href="#">Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</a> (P04) o la denominación de la agencia evaluadora en el apartado 3 del procedimiento <a href="#">Ciclo de vida del título</a> (P05).</li> <li>b) Actualizar los enlaces del <a href="#">plan de comunicación</a> 2023-2024 (C1-P01-EV2) y de otros documentos (autoinformes de centro/títulos, planes de mejora, etc.) que no funcionan. En la medida de lo posible se debe intentar utilizar rutas (enlaces) que se mantengan en el tiempo y permitan acceder a la última versión de cada documento (control de versiones).</li> <li>c) Revisar en el plan de comunicación los medios utilizados para difundir los informes de evaluación de los títulos (Ciclo VSMA -verificación, seguimiento, modificación y acreditación-) y de centro, o el de auditoría. Según el plan, la mayor parte de ellos se difunden en la web y también por email, si bien durante las sesiones de entrevistas se aclaró que los citados informes no se comunican vía web a todos los grupos de interés.</li> <li>d) Revisar el procedimiento <a href="#">Política y objetivos de calidad</a> (P03) por si no se corresponde con la versión definitiva. Aparece información destacada con fondo amarillo y no parece tener conexión con el párrafo que aparece a continuación.</li> <li>e) Actualizar en el procedimiento de <a href="#">Política y objetivos de calidad</a> (P03) la codificación de los indicadores que hacen referencia al procedimiento P02 y no al vigente P03. Lo mismo sucede con la Tabla del apartado 4. En la descripción de acciones se alude al procedimiento P02 y no al P03. Asimismo, en dicha tabla se hace referencia a evidencias como el plan estratégico y al análisis DAFO, CAME y DAFO cruzado, información que no se detalla en el desarrollo del procedimiento. Revisar si al actualizar el procedimiento se ha eliminado la referencia a estas evidencias.</li> <li>f) Corregir en el procedimiento de <a href="#">Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</a> (P04) la referencia al procedimiento <a href="#">Información pública</a> (P01), denominado de manera distinta en la versión vigente del SGC.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">SGC (Procedimientos)</p> <p style="text-align: center;">Criterio 1</p> <p style="text-align: center;">Criterio 1</p> <p style="text-align: center;">Criterio 2</p> <p style="text-align: center;">Criterio 2</p> <p style="text-align: center;">Criterio 2</p>



<p>g) Eliminar del objeto del procedimiento de <a href="#">Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</a> (P04) el alcance, puesto que ya existe un apartado destinado a tal fin. El alcance incluido en el objeto es diferente al que se incluye en el apartado correspondiente, debido probablemente a la unificación de dos procedimientos en la versión anterior del SGC.</p> <p>h) Completar en la tabla de “<i>Responsabilidades, evidencias y archivos</i>” del apartado 4 de cada procedimiento la denominación de la primera columna para clarificar a qué se refiere. Podría denominarse, por ejemplo, “Descripción de acciones”, “Descripción de tareas”, ...</p> <p>i) Aclarar, en el procedimiento <i>Ciclo de vida del título</i> (P05), en el apartado 3.1 de diseño de la oferta formativa, las actividades más relevantes que se han de realizar y el papel del centro. La descripción que se realiza de las fases del proceso de verificación y de su desarrollo son muy someras. Se alude de manera genérica a la agencia y a la universidad, pero no se especifica la función del centro. El procedimiento en sí descansa en un alto porcentaje en la normativa reguladora, pero esta no se incluye como una entrada del sistema ni se hipervincula. Asimismo, eliminar del apartado 3.1 la referencia a la extinción que, como bien se indica, se detalla en el 3.4.</p> <p>j) Revisar en el procedimiento <i>Ciclo de vida del título</i> (P05), el “protocolo a seguir” que se hipervincula parece ser de REACU no de la agencia, como se afirma. En su caso, confirmar si la agencia ha desarrollado uno propio o se rige directamente por el protocolo de REACU.</p> <p>k) Detallar en mayor medida en el <a href="#">informe de revisión del SGC</a> (2023) la revisión y cambios realizados. En el único informe que ha podido consultarse no se concretan los cambios realizados más allá del ajuste a los criterios del programa IMPLANTA y, de manera genérica, a las recomendaciones de las evaluaciones internas y externas, sin especificar de qué recomendaciones se trata. Asimismo, falta un enlace a los criterios y evidencias, según se indica. Establecer un modelo de informe de revisión del SGC podría facilitar la elaboración de este.</p> <p>l) Actualizar en el procedimiento <i>de Capacitación, competencia y cualificación del personal docente e investigador</i> (P07) la temporalización de los proyectos de innovación docente e investigación educativa, que es anual y no bianual (dos veces al año) como se indica. Asimismo, eliminar la referencia al plan propio de formación (apartado 5, C3-P07-EV62) si el centro no dispone de este.</p> <p>m) Revisar en el procedimiento de <i>Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios</i> (P08) el alcance, centrado en los recursos humanos (PTGAS).</p> <p>n) Eliminar del procedimiento <i>Ciclo de vida del alumnado</i> (P09), concretamente del apartado de gestión de las prácticas externas (3.4), la referencia a las prácticas externas curriculares del área de Ciencias</p>	<p>Criterio 2</p> <p>Criterio 2</p> <p>Criterio 2</p> <p>Criterio 2</p> <p>Criterio 2</p> <p>Criterio 2</p> <p>Criterio 3</p> <p>Criterio 3</p> <p>Criterio 2</p>
---	---

 <p>u.h.u.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<p align="center"><b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b></p>	<p align="right">Fecha: 02/07/2024</p>
--	--	--

	<p>de la Salud (CCSS), Educación o cualquier otro ámbito específico que lo requiera, teniendo en cuenta que no están relacionadas con las titulaciones del centro. Asimismo, en la tabla de responsabilidades del apartado 5 corregir la referencia a la Guía IMPLANTA-DEVA de 19 de febrero de 2020, pues hay una guía actualizada a 2023.</p> <p>o) Actualizar el Reglamento de evaluación para las titulaciones de grado y máster oficial de la Universidad de Huelva, que sigue haciendo referencia a la LO 6/2001, sustituida por la LO 2/2023. En el caso de contar con una versión actualizada, sustituirla en la web y en la documentación que corresponda.</p> <p>p) Eliminar de algunas evidencias del SGC del centro el logo ISO 9001 que pertenece al Sistema de Gestión de la Unidad para la Calidad, siempre que no esté contemplado dentro de su alcance. Por ejemplo, del listado de evidencias e indicadores disponibles en la pestaña-desplegable “Herramientas” de la web del centro.</p> <p>q) Sustituir alguna referencia residual del PAS por PTGAS siguiendo la modificación recogida en la Ley Orgánica del Sistema Universitario (LOSU, 2023).</p>	<p align="center">Criterio 2</p> <p align="center">Criterio 2</p> <p align="center">Criterio 2</p>
<p align="center">OM13</p>	<p>Valorar la inclusión de las prácticas externas extracurriculares en el procedimiento <i>de Ciclo de vida del alumnado (P09)</i>, concretamente el apartado de gestión de las prácticas externa, para que queden bajo el alcance del SGC, en el caso que se oferten al estudiantado de los títulos del centro. Aunque no se integren en el plan de estudios y se gestionen directamente por SOIPEA, es una actividad que permite a los y las estudiantes mejorar su aprendizaje y empleabilidad.</p>	<p align="center">Criterio 5</p>

**FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC**


1. La implicación y compromiso del Equipo Decanal en el despliegue de la cultura de calidad y la mejora continua, especialmente del vicedecano de calidad del centro.
2. La estructura establecida en la Facultad para el desarrollo del aseguramiento de la calidad: Vicedecana de calidad del centro, Comisión de garantía de calidad del centro, Comisión de garantía de calidad de cada título, Comisión de seguimiento de los planes de estudio y grupos de mejora, estos últimos para atender cuestiones específicas.
3. Los grupos de discusión como herramienta de recogida de la satisfacción de los diferentes colectivos para realizar una toma de decisiones basada en datos.

En Santa Cruz de Tenerife, a 2 de julio de 2024


Firmado:



Ana E. Cruz González. Auditora Jefa


 <p><b>uhu.es</b> Universidad de Huelva Vicerrectorado de Coordinación y Agenda 2030</p>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
---	--	-------------------

**ANEXO I**

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

<b>Universidad</b>	<b>UNIVERSIDAD DE HUELVA</b>
<b>Centro</b>	<b>FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO</b>
<b>Fecha de la auditoría</b>	29 de mayo de 2024
<b>Enlace reuniones auditoría</b>	<a href="https://uhu.zoom.us/j/92952729222?pwd=RmhJUmkvYkdPdZRmdjJYZkxgTnRzQT09">https://uhu.zoom.us/j/92952729222?pwd=RmhJUmkvYkdPdZRmdjJYZkxgTnRzQT09</a>

HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES
10:30-11:00	Equipo decanal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– D. Juan José de la Vega Jiménez (Decano)</li> <li>– Dña. Nuria del Carmen Porras Bueno (Secretaria)</li> <li>– Dña. Encarnación Cordón Lagares (Vicedecana de Calidad y Planes de Estudios)</li> <li>– D. José Antonio Jurado Martín (Vicedecano Ordenación Académica, Estudiantes y Asuntos Económicos)</li> <li>– D. Alfonso Infante Moro (Vicedecano de Internacionalización y Extensión Universitaria)</li> </ul>
11:15-12:15	CGCC	<ul style="list-style-type: none"> <li>– D. Juan José de la Vega Jiménez (Decano)</li> <li>– Dña. Nuria del Carmen Porras Bueno (Secretaria)</li> <li>– Dña. Encarnación Cordón Lagares (Vicedecana de Calidad y Planes de Estudios)</li> <li>– D. José Antonio Jurado Martín (Vicedecano Ordenación Académica, Estudiantes y Asuntos Económicos)</li> <li>– Dña. Inmaculada Rabadán Martín (Presidenta de la CGC del Grado en ADE)</li> <li>– Dña. Ana González Galán (Presidenta de la CGC del Grado en FICO)</li> <li>– Dña. Amor Jiménez Jiménez (Presidenta de la CGC del Grado en Turismo) (excusa asistencia)</li> <li>– D. Félix García Ordaz (Presidente del Máster en Transporte Intermodal y Logística)</li> <li>– D. Alfonso Infante Moro (Presidente del Máster de Turismo: Dirección de Empresas Turísticas)</li> </ul>

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Fecha: 02/07/2024
---	--	-------------------

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dña. Mónica Carmona Arango (Presidenta del Máster Economía, Finanzas y Computación)</li> <li>– Dña. Rosa M<sup>a</sup> Pérez de León Lancha (Jefa de negociado)</li> <li>– D. Cristian Pulido Alcázar (Delegado de Centro)</li> <li>– Dña. M<sup>a</sup> Nazaret García Vivas (Egresada)</li> </ul>
12:30-13:00	Unidad para la calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dña. M<sup>a</sup> Teresa Leal Linares (Directora de Calidad)</li> <li>– D. Sergio Pérez Cuadrado (Jefe de Servicio-Unidad para la Calidad)</li> </ul>
13:15-13:30	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dña. M<sup>a</sup> Teresa Leal Linares (Directora de Calidad)</li> <li>– D. Sergio Pérez Cuadrado (Jefe de Servicio-Unidad para la Calidad)</li> <li>– D. Juan José de la Vega Jiménez (Decano)</li> <li>– Dña. Encarnación Cordón Lagares (Vicedecana de Calidad y Planes de Estudios)</li> </ul>