

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

Nota: Cada acción correctiva o de mejora debe agruparse por criterios del SGCC y según corresponda a no conformidades mayores, no conformidades menores, observaciones generales u oportunidades de mejora.

CRITERIO I. INFORMACIÓN PÚBLICA:

DIMENSION I.1. EL CENTRO TIENE IMPLANTADOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE SUS ACTIVIDADES Y RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.

NO CONFORMIDADES MAYORES (NCM)

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimient o/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
NCM I	02/07/2024 y 09/09/2025	No se han realizado acciones suficientes para atender la No Conformidad Mayor (NCM3) (informe de auditoría interna de 02/07/2024) y cumplir con lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y la comunicación</i> (P01), donde se recoge el contenido que debe publicarse en la web del centro y de los títulos. Si bien es cierto que se ha realizado un esfuerzo considerable por describir el carácter (público/abierto o restringido/cerrado) y la localización raíz (web, OneDrive, secretaría del centro, etc.), hay algunas cuestiones que requieren de revisión y actualización para garantizar la coherencia entre las distintas fuentes de información. Por ejemplo, en el Manual de Calidad (pág. 29) se afirma que la publicación de las actas de los grupos de discusión es en la web de títulos y en la web de centro. Sin embargo, en el apartado “ Actas ” de la Web del centro se indica que “Para consultar las actas, debe solicitarlas al Decanato de la Facultad”. En la web de cada título se identifica un apartado “ Resultados del título ” donde se publican las actas, aunque realmente se trata de los acuerdos. Indicar la ubicación de la información y la denominación concreta facilita su identificación.	Acción 1: Revisión del MSGC. (Revisión 7) para describir fielmente el carácter (público/abierto o restringido/cerrado) de la información disponible del SGC del Centro y su localización raíz (web, OneDrive, secretaría del centro, etc.), garantizando la coherencia entre las distintas fuentes de información.	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas normativas y Guías de la ACCUA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ Unidad para la Calidad/CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Abril 2026	Acta de Junta de Centro (29/04/2026) donde se aprueba la revisión del MSGC (revisión 7) Web del centro (Apartado de “Calidad” en el que se publica el MSGC (revisión 7))
			Acción 2: Revisión de la web de cada título, en el apartado “ Resultados del título ” y especificar que lo que se publica son los acuerdos.	Cumplir con el criterio I del programa IMPLANTA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo del Centro	Anual por las CGCTs y CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Web de los títulos



PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

NCM 2	02/07/2024 y 09/09/2025	<p>No se han realizado acciones suficientes para atender la No Conformidad Mayor (NCM4) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en cumplir con lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y comunicación</i> (P01). Durante la revisión se sigue detectando contenido web del centro y de sus títulos que está desactualizado, es erróneo o no permite su consulta. Si bien es cierto que se ha trabajado en la reforma de la página web, y en su mejor visualización y contenido, se considera necesario completar la actualización de la información a la mayor brevedad y velar por su fácil accesibilidad, cumpliendo con el criterio I del programa IMPLANTA. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el apartado desplegable de "Objetivos y Política de Calidad del Centro" se publica el documento de Política de calidad y el plan de mejoras de septiembre de 2024, mientras que en el apartado de "Evidencias del Centro por Criterio", desplegable correspondiente al "criterio 2- procedimiento 03", el plan de mejoras está actualizado a enero de 2025. • En el Máster Universitario en Dirección de Empresas Turísticas y Gestión de Recursos Turísticos, pestaña- desplegable Indicadores e informes, del apartado SGIC, aparece la referencia al curso académico actual (2024- 25), pero se encuentra inactiva. Puesto que se trata de un título de nueva implantación (2024), tras someterse a una reverificación, sería oportuno incluir alguna indicación para que no lleve a confusión. De manera similar aparece sin completar el resto de información. Por ejemplo, el apartado Informes ACCUA, en el que aparece una "-C". Revisar y corregir o explicar lo que proceda. • En el Máster Universitario en Economía, Finanzas y Computación los indicadores del título (satisfacción, rendimiento, tasas, ...) están actualizados hasta el curso 2022-23, sin referencia a cursos más actualizados. Solo algunos indicadores como es caso de la oferta de plazas se refieren al 2023-24. Revisar y actualizar la información que proceda en los plazos establecidos. 	Acción I. Revisión de la web del centro y de cada título para actualizar sus contenidos.	Cumplir con el criterio I del programa IMPLANTA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo del Centro	Anual por las CGCTs y CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Web del centro y títulos
NCM 3	02/07/2024 y 09/09/2025	<p>No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor (NMC5) indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 02/07/2024, en cumplimiento de lo establecido en la normativa. Por ello, en contra de lo recogido en el RD 822/2021 de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad, donde se fija que "los órganos de gobierno de la universidad o universidades implicadas, previo informe preceptivo y favorable de sus SGIC –o del centro o centros implicados–, aprobarán un documento que explicita el proyecto formativo de estos programas de doble titulaciones, el plan de estudios resultante del itinerario específico, los conocimientos y las competencias esenciales a alcanzar, las prácticas y el modelo de reconocimiento de asignaturas entre los títulos implicados", no ha podido consultarse el informe preceptivo favorable del SGIC, ni el acta de aprobación del documento con la información sobre el doble grado. Así mismo, aunque la propuesta para la programación conjunta de títulos oficiales del Grado en Administración y Dirección de Empresas y Grado en Derecho (Anexo I) está disponible en la web, no queda claro si se trata del documento definitivo, pues se alude a "propuesta". Tampoco se detalla el órgano responsable de su aprobación y la fecha en la que ésta se produce.</p>	Acción I. Revisión de la Web del Doble Grado de ADE+DERECHO	Cumplir con el criterio I del programa IMPLANTA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo del Centro	Anual por las CGCTs y CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Web del Doble Grado de ADE+DERECHO Acta de Junta de Centro de 19 de marzo de 2025 en el que se modifica el punto 4.4 de la programación conjunta del Grado en Administración y Dirección de Empresas y Grado en Derecho respecto al desarrollo, presentación y defensa TFG en cumplimiento de la normativa vigente.

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

Según el cronograma del plan de estudios el doble grado parece venirse implantando desde el curso 2017-18.

NO CONFORMIDADES MENORES (nc)

Nº nc	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimient o/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
nc 7	09/09/2025	En el alcance del P01 Gestión de la Información Pública y Comunicación se alude a que el procedimiento es de aplicación a la información relativa a todos los títulos ofertados por la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo, si bien en el desarrollo se menciona también otra información que no está directa o únicamente relacionada con los títulos. Por ejemplo, la relativa al SGC o a otras actividades del centro. Sería conveniente ajustar el alcance del procedimiento a todas las actividades implicadas en este.	Acción 1: Revisión del P01 Gestión de la Información Pública y Comunicación	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ Unidad para la Calidad/CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Abril 2026	Acta de la Junta de Centro de 29/04/2026 en la que se aprueba la revisión del P01 (revisión 6) Web del centro (Apartado de "Calidad" en el que se publica el P01 (revisión 6))

CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

DIMENSION 2.2. EL CENTRO TIENE IMPLANTADOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA RECOGIDA CONTINUA, EL ANALISIS Y LA UTILIZACION DE INFORMACION (RESULTADOS, DATOS E INDICADORES) PARA LA TOMA DE DECISIONES Y LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS ENSEÑANZAS.

NO CONFORMIDADES MAYORES (NCM)

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimient o/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
NCM 4	02/07/2024 y 09/09/2025	No se han realizado acciones suficientes para atender la No Conformidad Mayor (NCM9) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en tener disponible para su consulta el "Cuadro de mando de indicadores del Centro/Título" vinculados al sistema (evidencia C2-P03-EV4) con los resultados de los tres últimos años, como recoge la guía para la certificación y seguimiento del SGC (programa IMPLANTA-ACCUA). Dependiendo del indicador sólo se facilitan datos del curso 2022-23 (indicadores de satisfacción, por ejemplo) o de varios cursos, pero sin incluir los datos del último cerrado en el momento de la revisión, 2023-24 (indicadores de cumplimiento de objetivos de calidad, participación del PDI en actividades formativas, ...).	Acción 1. Actualización del Cuadro de mando de indicadores del Centro/Título con los resultados de los tres últimos años	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a la guía para la certificación y seguimiento del SGC (programa IMPLANTA-ACCUA).	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCTs/CGCC/ Junta de Centro	Anual por las CGCTs/ CGCC	Octubre 2025/ Abril 2026	Acta de Junta de Centro de 29/04/2026 en la que se aprueba la revisión del MSGC (revisión 7)

NO CONFORMIDADES MENORES (nc)

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimient o/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
--------	---	---	-----------------------	-------------------------------------	--------------------	----------------	------------------------------------	------------------------	------------

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

nc 8	02/07/2024 y 9/09/2025	<p>No se han realizado acciones suficientes para atender la no conformidad menor (nc10) (informe de auditoría interna de 02/07/2024) consistente en cumplir o replantear algunas acciones del plan de mejoras o 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: En el plan de mejoras del Grado en ADE (2022-23) hay una debilidad vinculada a las infraestructuras, servicios y dotación de recursos y a su baja valoración por parte del estudiantado (acreditación, 25/06/22). La acción de mejora prevista consiste en analizar en profundidad los motivos de la baja valoración mediante los grupos de discusión. En el plan de mejoras (PM) del 2022-23 se indicaba que estaba en proceso, y el plazo estimado de ejecución era el mismo curso 22-23. En el PM 2023-24 se amplió el plazo para finalizar la acción hasta el curso siguiente, 2024-25. Sin embargo la evidencia sobre su cumplimiento "Resultados del estudio y análisis realizado por la CGCT" (véase campo "Indicador") lleva a la web general de las comisiones y acuerdos, y no al informe de resultados del grupo de discusión correspondiente. Tampoco se detecta en los acuerdos de la CGCT del 2022, 2023 y 2024 información o referencia directa al desarrollo y resultados de esta acción de mejora. Finalmente en el PM 2024-25 esta acción no se contempla.</p>	<p>Acción 1: Revisión de las debilidades y acciones de mejora recogidas en el plan de mejora del curso 2023-2024 del Grado en ADE para analizar su grado de cumplimiento centrandolo en análisis en aquellas que aún no está finalizadas y que precisan continuidad en su desarrollo. Se ha recabado información de los grupos de discusión.</p>	<p>Aplicación de la dimensión 2.2. del Criterio 2</p>	<p>Garantizar 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 del grado en ADE</p>	<p>CGCT ADE/ CGCC /Junta de Centro</p>	<p>Anual por las CGCTs/ CGCC</p>	<p>Julio 2024/ Febrero 2025</p>	<p>Acta de la CGC del grado en ADE de 24/02/25</p> <p>Actas de los grupos de discusión del grado en ADE</p>
nc10	02/07/2024 y 9/09/2025	<p>No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG4) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en revisar y corregir los enlaces incluidos en la documentación del SGC publicada en la web del centro (Manual, procedimientos, anexos y reglamentos), pues algunos no funcionan o no llevan a la página solicitada, resultando complicado acceder a parte de la información y la documentación referenciada. Entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> los hipervínculos incluidos en el MSGC (prólogo, pág. 3; CGCT, pág. 22), la normativa, los documentos y evidencias citadas en las notas al pie; las directrices de elaboración de títulos; los enlaces incluidos en los procedimientos. Por ejemplo, en el apartado 3.2 del P08. <i>Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios</i>, el enlace a los servicios de formación de usuarios de la biblioteca no funciona. En el apartado 3.3 tampoco funciona el hipervínculo a la RPT del PTGAS. los enlaces relacionados con algunas evidencias. Por ejemplo, en los <i>Informes de los resultados del tratamiento realizado de las quejas, reclamaciones y sugerencias (CI- P02-EVI)</i> el enlace al buzón no funciona, redirigiendo a una página web externa. <p>Con carácter general, se recomienda comprobar los enlaces web que se incluyen en la documentación del SGCC. Así mismo, es importante revisar de manera periódica el contenido de la web manteniendo sólo aquello que sea necesario. Deben evitarse los apartados vacíos o contenido sin hipervincular que pueda provocar confusión de los y las usuarias, dificultar la navegación, obstaculizar la trazabilidad de la información y el acceso a información estructurada y actualizada.</p>	<p>Acción 1: Revisión y corrección de los enlaces incluidos en la documentación del SGC publicada en la web del centro (Manual, procedimientos, anexos y reglamentos).</p> <p>Acción 2. Revisión de la web del centro y de cada título para revisar los enlaces y la información necesaria.</p>	<p>Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido</p> <p>Cumplir con el criterio I del programa IMPLANTA</p>	<p>Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA</p> <p>Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA</p>	<p>Equipo Directivo/ Unidad para la Calidad/CGCC/ Junta de Centro</p> <p>Equipo Directivo del Centro</p>	<p>Anual por las CGCTs/ CGCC</p> <p>Anual por las CGCTs y CGCC</p>	<p>Octubre 2025/ Abril 2026</p> <p>Octubre 2025/ Diciembre 2025</p>	<p>Acta de Junta de Centro de 29/04/2026 en la que se aprueba la revisión de la documentación del SGC publicada en la web del centro (Manual, procedimientos, anexos y reglamentos).</p> <p>Web del centro y títulos</p>

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

nc11	02/07/2024 y 9/09/2025	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG5) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en ajustar la denominación de las evidencias en las diferentes fuentes de información, guardando coherencia para que no lleven a error y faciliten su trazabilidad. Por ejemplo, en la tabla del apartado 5 del procedimiento P03 <i>Política de Aseguramiento de la Calidad</i> se identifica la evidencia "C2-P03-EV3" denominada "Objetivos generales del centro". Sin embargo en la web del centro esta evidencia se corresponde con el documento " Política de Calidad del Centro alineada con el Plan Estratégico de la UHU y con los objetivos estratégicos del Centro ", que contiene los objetivos generales anteriores. Si se trata de una misma evidencia debe denominarse de idéntica manera.	Acción I: Revisión del Procedimiento P03 Política de Aseguramiento de la Calidad (Tabla 5)	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por las CGCTs/ CGCC	Octubre 2025/ Abril 2026	Acta de Junta de Centro de 29/04/2026 en la que se aprueba la revisión del Procedimiento P03 Política de Aseguramiento de la Calidad (Tabla 5)																							
nc12	02/07/2024 y 9/09/2025	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG8) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en ajustar en los planes de mejora de las titulaciones, en el formato integrado en los autoinformes de seguimiento , el contenido de la pestaña "indicadores". En algunos casos lo que se incluye son evidencias o remisión a estas, y no los valores de los indicadores como tales.	Acción I. Actualizar los planes de mejora de las titulaciones en el formato integrado en los autoinformes de seguimiento.	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas normativas y Guías de la ACCUA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ Unidad para la Calidad/CGCT ADE/CGCC/ Junta de Centro	Anual por las CGCTs/ CGCC	Mayo 2025/ Mayo 2025	Acta de Junta de Centro de 8 de mayo de 2025 donde se aprueba los autoinformes de seguimiento																							
		<table border="1"> <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 https://uhermesariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16v1-junta-de-centro-22-abril-2022 (el_download?file=) Actas de coordinación: https://uhermesariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aunque en el plan de acciones vinculado al último informe de auditoría se indica que se realizará, se desconoce la previsión, los responsables o la temporalización; información que resulta fundamental para identificar cuándo debe estar finalizada la actuación, si se abordará a corto, medio o largo plazo, etc.</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 https://uhermesariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16v1-junta-de-centro-22-abril-2022 (el_download?file=) Actas de coordinación: https://uhermesariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1						
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 https://uhermesariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docente-horizontal-y-vertical-16v1-junta-de-centro-22-abril-2022 (el_download?file=) Actas de coordinación: https://uhermesariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1																													
nc13	9/09/2025	En la web del centro se alude al Plan de Acciones sobre el Informe de Auditoría Interna , pero no se trata de un plan como tal. Aunque se va respondiendo a cada uno de los aspectos de la auditoría anterior en el campo "Acción correctiva propuesta", no existe más información que la indicación de su cumplimiento. No se recoge la periodicidad de su desarrollo, ni los responsables, ni las evidencias que permitan comprobar su efectivo cumplimiento. Un plan de acciones es un documento en el que se detallan los pasos específicos, responsables y plazos para alcanzar un objetivo o un proyecto. Debería contarse con un documento similar al plan de mejoras (PM) de los objetivos de los títulos o del centro . También se puede optar por integrar estas acciones dentro de los PM anteriores o bien generar un PM general del SGCC que contenga todas las acciones de mejora independientemente de su origen (títulos+centro+auditorías ...).	Acción I. Elaborar una Plantilla denominada "Plan de Acciones sobre el Informe de Auditoría Interna" con la información que debe contener	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ /CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Abril 2026	Acta de Junta de Centro de 29/04/2026 en la que se aprueba la documentación del SGCC, entre ellas, la Plantilla denominada "Plan de Acciones sobre el Informe de Auditoría Interna"																							
nc15	9/09/2025	En contra de lo establecido en el procedimiento P04. <i>Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</i> : <ul style="list-style-type: none"> La versión del MPSGC y la fecha de revisión que se muestra en el pie de página de los procedimientos está desactualizada. Se identifica que la versión del MPSGC recogida en la ficha de los procedimientos 	Acción I: Revisión de la información disponible del SGC del Centro garantizando la coherencia entre las	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ Unidad para la Calidad/CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Abril 2026	Acta de Junta de Centro de 29/04/2026 en la que se aprueba la revisión de la documentación del SGC																							

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

	<p>es la "Revisión 4" de abril de 2024, si bien la mayoría de los procedimientos están en su versión 5 (revisión 5), de mayo de 2025. Así mismo en la web se indica que los procedimientos vigentes están en su "revisión 6", lo cual introduce más confusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> La mayoría de las evidencias del SGCC identificadas y publicadas en la web se codifican como CX-PXX-EVXX. Sin embargo, este formato no se corresponde totalmente con el establecido en el P04, apartado 3.1.4. En concreto, difiere la identificación del criterio al que pertenece el procedimiento y la evidencia correspondiente (CX) o el código tipo evidencia que se identifica con "EV", en lugar de "E". En el apartado 3.1.1 del P04 Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados (versión 5 de mayo de 2025) se incorpora la expresión "el presente documento se corresponde con la revisión 4", cuando debería hacer referencia a la revisión 5. En el apartado 3.1.2 del P04 (versión 5 de mayo de 2025), se detalla la definición de "EVIDENCIA O REGISTRO" afirmando que "Todas las evidencias del SGC habrán de hacerse públicas en la página web del Centro". Sin embargo, se detecta que no siempre es así. Aunque se publica la mayor parte de las evidencias del SGIC, hay algunas de carácter restringido, tal y como se establece en el apartado 3.1.7 del citado procedimiento. Revisar esta afirmación para ajustarla al funcionamiento real del sistema documental del SGC. En la ficha de algunos procedimientos y documentos del SGC siguen apareciendo referencias a la codificación y denominación antigua de algunos procedimientos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> En el apartado 5 del P07 se hace referencia a los procedimientos que aportan información para su revisión y mejora. Uno de estos procedimientos es el P04 <i>Planificación, desarrollo y medición de los resultados de las enseñanzas: Plan de Ordenación Docente (POD) de la Universidad</i>. Sin embargo, este procedimiento no se corresponde con ninguno de los que conforman el SGCC del centro en su versión vigente. Revisar en el resto de procedimientos la referencia a la denominación antigua del P04. En el apartado 3.2 b) del P08 se hace referencia al procedimiento P05 de análisis de la satisfacción de los grupos de interés, que no se corresponde con la codificación de la versión actual, en la que no existe un procedimiento específico de satisfacción de los colectivos. Revisar en el resto de procedimientos la referencia a la denominación antigua del P05. En el documento sobre los grupos de discusión Régimen de los grupos de discusión de la FCEYT de la Universidad de Huelva, apartado "Objeto", se recoge que "El procedimiento 05 sobre la recogida y análisis de la satisfacción de los grupos de interés de la versión 2.0 del SGCC ...". Sin embargo, debería referirse al P04. <i>Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</i>. <p>En el Cuadro de mando de indicadores del centro se detecta que hay indicadores con datos poco actualizados, sin que exista coincidencia en las diferentes fuentes de información. Por ejemplo, los indicadores de "Porcentaje de objetivos cumplidos sobre los programados anualmente"</p>	<p>distintas fuentes de información.</p> <p>Acción 2. Revisión de la web del centro (apartado Calidad)</p>	<p>normativas y Guías de la ACCUA</p> <p>Cumplir con el criterio I del programa IMPLANTA</p>	<p>Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA</p>	<p>Equipo Directivo del Centro</p>	<p>Anual por las CGCTs y CGCC</p>	<p>Octubre 2025/ Diciembre 2025</p>	<p>Web del centro</p>
--	--	--	--	---	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

vinculados al P03 Política de Aseguramiento de la Calidad (C2-P03-IN1 y C2-P03-IN2), hacen referencia a datos del curso 2020-21, mientras que el documento [Objetivos estratégicos y líneas de actuación: Plan de Mejora y Cuadro de Mando del Centro](#) es del 30 de enero de 2025. Por su parte en el [Autoinforme de seguimiento del centro \(2023-24\)](#) se analizan los porcentajes de cumplimiento de los objetivos hasta el curso 2023-24 (septiembre de 2024 en apartado 2.1.3).
Deben revisarse los mecanismos de actualización de la documentación para garantizar que esta guarde coherencia.

DIMENSION 2.3. EL CENTRO TIENE IMPLANTADOS PROCESOS PARA ASEGURAR LA MEJORA CONTINUA DE SUS PROGRAMAS FORMATIVOS.

NO CONFORMIDADES MENORES (nc)

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimiento/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
nc 5	02/07/2024 y 9/09/2025	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG2) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en ajustar la estructura organizativa del centro para la gestión de la calidad en el Reglamento de Régimen Interno del Centro que data del 2012, e incluir la estructura organizativa para la gestión de la calidad 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. Según se informó durante la audiencia, el reglamento se ha actualizado por parte de los responsables de centro y se está a la espera de su aprobación por los órganos competentes de la UHU.	Acción I. Actualización del Reglamento de la Facultad	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro/Consejo de Gobierno de la UHU	Anual por la CGCC	Junio 2025/ Junio 2025	Acta de Junta de Centro donde se aprueba la revisión parcial del Reglamento de la Facultad (12 de junio de 2025). La modificación del Reglamento entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial de la Universidad de Huelva.
nc 6	9/09/2025	En el Manual de Calidad (pág. 16, 18, 19, ...) se indica que algunas de las funciones de los diferentes vicedecanos se establecen conforme a lo dispuesto en el procedimiento P09 Ciclo de vida del alumnado . Sin embargo, en el citado procedimiento no se detallan. Sería conveniente que dichas funciones se recogieran en la normativa correspondiente del centro. Por ejemplo, en el Reglamento de Régimen Interno.	Acción I: Revisión del MSGC. (Revisión 7), garantizando la coherencia entre las distintas fuentes de información.	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas normativas y Guías de la ACCUA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Abril 2026	Acta de Junta de Centro de 29/04/2026 en la que se aprueba la revisión del MSGC (revisión 7)

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

nc 9	02/07/2024 y 9/09/2025	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG3) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en evaluar el funcionamiento e impacto del agrupamiento de distintos procedimientos en uno macro para asegurar que recoge la información necesaria y facilita a las personas responsables su gestión para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas. A través del contenido recogido en el Informe de revisión del SGC es difícil identificar que los procedimientos, especialmente los agrupados, se despliegan e implantan de forma adecuada y efectiva, cumpliendo con los objetivos propuestos. En el citado informe se hace una descripción genérica de la revisión de los 11 procedimientos, y de algún cambio puntual en un indicador/evidencia, pero es imposible identificar el nivel de implantación del SGC y su madurez.	Acción 1: Evaluación del funcionamiento e impacto del agrupamiento de distintos procedimientos en uno macro	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Abril 2026	Acta de la CGCC de 11 de diciembre de 2025 en el que se evalúa el funcionamiento e impacto del agrupamiento de distintos procedimientos en uno macro. Acta de Junta de Centro de 29/04/2026 en la que se aprueba el Informe de la revisión del sistema de garantía de calidad del Centro (C2-P06-EV1).
nc 14	9/09/2025	En contra de lo recogido en el art. 3.5 del Reglamento sobre programas conjuntos de estudios oficiales de la UHU (2021), no ha podido constatarse la creación, desde la implantación, y funcionamiento efectivo de la "comisión ad hoc" que debe constituirse para coordinar la gestión y actuaciones relacionadas con las dobles titulaciones impartidas en distintos centros. Tampoco lo establecido en el apartado 4.5 del documento " Plan de Estudios. Anexo I " en cuanto a la "comisión de coordinación" del doble grado. Durante la auditoría se trasladó que se está trabajando en la creación de los mecanismos de coordinación necesarios entre los centros que participan en la programación conjunta. En la web aparecen los miembros de la citada comisión de coordinación del doble grado (curso 2024-25). También se ha comprobado que desde el apartado web " profesorado y coordinación docente " se remite a las reuniones de coordinación de títulos de grado , incluido el doble grado, aunque la documentación está incompleta y únicamente aparece para el curso 2024-25. Así mismo, en línea con el resto de normativa del centro y de la UHU, sigue pendiente la actualización del reglamento correspondiente para adaptarlo al RD 822/2021.	Acción 1: Creación de la Comisión de coordinación del doble grado ADE-Derecho	Aplicación del Reglamento sobre programas conjuntos de estudios oficiales de la UHU (2021)	Coordinar la gestión y actuaciones relacionadas con las dobles titulaciones impartidas en distintos centros	Equipo Directivo/ CGCT ADE/CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Junio de 2025/ Junio de 2025	Acta de Junta de Centro de 12 de junio de 2025
			Acción 2. Informe sobre protocolo de actuación de coordinadores de movilidad del doble grado ADE-Derecho.	Número de acciones de información	Al menos una acción	Equipo Directivo/ Vicedecano de Internacionalización y Movilidad / CGCT ADE// Junta de Centro	Anual por la CGCC	Junio de 2025/ Junio de 2025	Acta de Junta de Centro de 12 de junio de 2025

OBSERVACIONES GENERALES (OG)

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimiento/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
OG1	9/09/2025	Incluir en el cuadro de mando de indicadores del sistema los valores objetivo o meta a alcanzar. Con la configuración del documento actual no es posible identificar qué meta se debe alcanzar o cuándo se debe actuar. Asimismo, algunas de las metas recogidas en el plan de mejoras para determinadas acciones parecen establecerse de manera subjetiva y ambigua: "Mejora en Satisfacción obtenida en dichas encuestas" o "Incrementar el número de convenios	Acción 1. Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Al menos una revisión	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Enero 2026	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido Acta de la CGCC de 11 de diciembre de 2025

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

		de colaboración para la realización de las prácticas externas, ...". Durante la visita se constató la necesidad de: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer valores límite y rangos, de forma que permita a los responsables detectar desviaciones y tomar las decisiones oportunas. • Comprobar que el sistema dispone de indicadores que permiten evaluar la eficacia y eficiencia de los procedimientos del SGCC. <p>En todo caso, el sistema de indicadores debe ajustarse a las necesidades del centro y de la universidad, valorando su utilidad, pertinencia y relevancia para lograr los objetivos previstos en los procedimientos y en el sistema en su conjunto.</p>						Acta de la Junta de Centro de 29/04/2026	
			Acción 2. Establecer columna de meta en el Cuadro de mandos de indicadores	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Alcanzar los valores objetivos establecidos	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Enero 2026	Acta de la CGCC de 11 de diciembre de 2025	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoria Interna recibido
OG2	02/07/2024 y 9/09/2025	Tal y como se adelantó en la OM12 k) de la auditoría interna anterior (02/07/2024), en los <i>informes de revisión del SGC</i> que han podido consultarse se recoge una descripción genérica de los cambios realizados en el proceso de revisión. Por ejemplo, en el de 2024 se indica que "se han revisado los 11 procedimientos", sin analizar, explicar ni concretar nada más. Se recomienda seguir avanzando para detallar en mayor medida en el informe, la revisión y los cambios realizados, garantizando que la sistemática de seguimiento, revisión y mejora del sistema se ajusta a lo establecido en la documentación del SGC. En el plan de acciones elaborado como respuesta a la auditoría se indica que se está trabajando para mejorar su concreción. Pero se desconocen las acciones desarrolladas hasta el momento. Establecer un modelo de informe de revisión del SGC podría facilitar la elaboración de este.	Acción 1. Elaboración de un modelo de informe de revisión del SGC para facilitar su elaboración posterior.	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Al menos una revisión	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Enero 2026	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoria Interna recibido Acta de la CGCC de 27 de abril de 2026 Acta de la Junta de Centro de 29/04/2026
OG3	02/07/2024 y 9/09/2025	Tal y como se recogió en la OM12 o) de la auditoría interna anterior (02/07/2024), resulta preciso 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 plan de acciones elaborado como respuesta a la citada auditoría se indica que dicho reglamento se ha actualizado, pero no ha podido consultarse, ni está disponible en la web del centro y de la universidad.	Acción 1. Estamos en trámite de modificación de Estatutos y adaptación a la ley, en cuanto se modifique también lo hará el Reglamento de evaluación.	Garantizar la mejora continua de sus programas formativos.	Normativa actualizada	Universidad de Huelva	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ --	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoria Interna recibido. Acta de la CGCC de 27 de abril de 2026
OG4	02/07/2024 y 9/09/2025	Tal y como se recogió en la OG10 e la auditoría interna anterior (02/07/2024) es necesario 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	Acción 1. Analizar los motivos de la baja satisfacción mediante los grupos de discusión.	Garantizar la mejora continua de sus programas formativos.	Al menos una revisión	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Junio 2026	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoria Interna recibido.

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

		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, en los resultados disponibles, por debajo o ligeramente por encima de 3 sobre 5.							Acta de la CGCC de 27 de abril de 2026
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

CRITERIO 2. POLITICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

OPORTUNIDADES DE MEJORA (OM)

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimiento/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
OM3	9/09/2025	Detallar en mayor medida las herramientas utilizadas para la gestión documental y de información del SGCC. En el apartado 4.2.2 "Gestión documental, uso de la información generada por el SGC y análisis de los resultados" del MSGCC no se aporta información concreta sobre el sistema documental que da soporte al SGCC, qué aplicativo se utiliza, cómo se estructura, etc. Se realiza una descripción genérica (formato guía implanta) de los aspectos fundamentales que debe contener el sistema para que la información generada sea útil, completa, permita su análisis y toma de decisiones, etc. Por su parte, en el apartado 3.1.7 del procedimiento P04 de gestión documental se indica que "se organiza la información en una localización centralizada" y que la web "actuará como gestor documental". En la visita se constató que la web es la vía de acceso a las evidencias generadas por el SGCC. Estas son almacenadas en DRIVE (servicio de almacenamiento en la nube de Google), que es la solución principal utilizada como gestor documental del sistema. También se usa TEAMS (M. Office 365) como gestor documental y canal de comunicación entre la Unidad de Calidad y el centro. Detallar brevemente los aplicativos que conforman el gestor documental y de información del SGCC, así como la estructura de carpetas utilizada para organizar las evidencias (por criterio, por procedimiento, ...), pues facilitaría su comprensión, fundamentalmente por los grupos de interés no familiarizados con el sistema.	Acción I: Explicación de las herramientas utilizadas para la gestión documental y de información del SGCC (Revisión del MSGCC y P04)	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas normativas y Guías de la ACCUA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de Junta de Centro donde se aprueba la revisión del MSGC (revisión 7) y P04 (revisión 6).
OM4	9/09/2025	Revisar el P06 Revisión del SGC del Centro en relación a las auditorías internas, valorando flexibilizar la posible composición del equipo auditor para ajustarlo en mayor medida al desarrollo actual del proceso. Actualmente el procedimiento del SGC del centro establece que "estará integrado", entre otros, por "un responsable de calidad de un Centro distinto al que se va a auditar o en quien éste delegue, referencia que aparecía en la edición inicial de la ficha del procedimiento P07 de auditoría interna del modelo marco (revisión 3 de diciembre de 2020), que ya no se incorpora en revisiones posteriores. Sin embargo, el responsable de calidad del centro no participa en todas las auditorías de centro, salvo que la persona en quien delegue sea un técnico de la UC de la UHU o externo. Algunos centros sí han flexibilizado este aspecto incorporando fórmulas de tipo condicional: "El equipo auditor podrá estar integrado por ...".	Acción I: Revisión del Procedimiento P06 Revisión del SGC del Centro	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas normativas y Guías de la ACCUA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de Junta de Centro donde se aprueba la revisión del Procedimiento P06 Revisión del SGC del Centro



PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

OM5	02/07/2024 y 9/09/2025	Revisar la nueva redacción y mejorar la explicación incluida en el P03 <i>Política de Aseguramiento de la Calidad</i> sobre la relación entre la política de calidad y el plan estratégico, así como el alineamiento entre los objetivos generales recogidos en el documento de política y objetivos de calidad y los objetivos estratégicos. Aunque en respuesta a la OM9 del informe de auditoría interna anterior (02/07/2024) se ha elaborado un documento de correspondencia , no queda del todo clara pues se hace referencia a objetivos generales y estratégicos, pero no a los “objetivos de calidad” que se mencionan en la documentación del SGCC. En el caso que los objetivos de calidad sean equivalentes a alguno de los anteriores, indicar en la tabla o actualizar en la documentación que corresponda.	Acción 1. Revisión del P03 Política de Aseguramiento de la Calidad	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas normativas y Guías de la ACCUA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de Junta de Centro donde se aprueba la revisión del Procedimiento P06 <i>Revisión del SGC del Centro</i>
OM6	02/07/2024 y 9/09/2025	Valorar la automatización del tratamiento de la información y la simplificación de tareas y documentos para mejorar la eficiencia del sistema, optimizando los esfuerzos y los recursos implicados. En la auditoría interna anterior (02/07/2024) se identificó que las tareas vinculadas a la gestión documental y de la información se realizan mayoritariamente de forma manual por parte del responsable de calidad (cuadros de mandos -centro, títulos, ODS-, planes de mejora -centro, títulos- etc.). En el plan de acciones sobre el informe de auditoría, con fecha 30/10/2024 se indica que se valora la OM10. Sin embargo, se desconocen los términos de la valoración realizada o las decisiones adoptadas. En la documentación revisada tampoco se identifica ninguna evidencia que muestre las mejoras implementadas, más allá del proyecto piloto de la Unidad de Calidad para generar cuadros de mandos de indicadores con Power BI. Se recomienda continuar impulsando las actuaciones relacionadas con la sistematización, simplificación y automatización del sistema de gestión documental y de información que dan soporte a los SGCC de la UHU, para garantizar su eficiencia.	Acción 1. Análisis de la sistematización, simplificación y automatización del sistema de gestión documental y de información que dan soporte al SGCC, para garantizar su eficiencia.	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas normativas y Guías de la ACCUA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Octubre 2026	Acta de la CGCC de 11 de diciembre de 2025.
OM7	9/09/2025	En la próxima revisión y mejora del SGC, y de su documentación a) Seguir la misma sistemática en la correlación de evidencias y localización. En el P01, concretamente en la tabla del apartado 5, en el campo de “evidencia” y “Localización” se repite la misma información “Web del Centro (Apartado Calidad Evidencias del Centro por Criterio)” y “web del Título (Apartado Resultados del Título)/Unidad para la Calidad de la UHU”. A diferencia del resto de procedimientos en este no se especifica para cada acción su evidencia/s correspondiente/s. b) Incluir algunas evidencias en aquellos procedimientos que proceda o se considere adecuado. Por ejemplo: o En la tabla del apartado 5 del P01 se recoge como acción “Elabora y revisa el Plan de Comunicación del Centro (...)”. No obstante, el citado plan no se recoge como evidencia del citado procedimiento. o En la tabla del apartado 5 del P07 Capacitación, competencia y cualificación del PDI , faltan las evidencias para las actividades más relevantes realizadas por los servicios centrales de la universidad relacionadas con el plan de formación del PDI y los diferentes programas de innovación. Las celdas correspondientes al campo de “evidencias” de estas actividades aparecen vacías. En la revisión 4 del procedimiento sí estaban las evidencias, aunque tres de ellas aparecían con el mismo código (C3- P07-EV3). o En el P07 se afirma que la valoración de las actividades formativas	Acción 1: Revisión del P01 Gestión de la Información Pública y Comunicación	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ Unidad para la Calidad/CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de la Junta de Centro donde se aprueba la revisión del P01 (revisión 6) Web del centro (Apartado de “Calidad” en el que se publica el P01 (revisión 6)
			Acción 2. Creación de la Comisión Delegada de la Junta Centro de Estudios e Innovación Docente. Se trata de una comisión consultiva para abordar la renovación de titulaciones e innovación docente.	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Junio de 2025/ Junio de 2025	Acta de Junta de Centro de 12 de junio de 2025
			Acción 3. Fomentar la innovación docente del PDI del Centro mediante la presentación de proyectos a la Convocatoria de Proyectos de Innovación Docente e Investigación Educativa 2025/2026 de la	Aplicación del MSGCC	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC	Anual por la CGCC	Junio de 2025/ Junio de 2026	Proyecto concedido en la <i>Convocatoria Proyectos Innovación Docente e Investigación Educativa 2025/2026</i> de la UHU “SoftwareLab Innovación Educativa en Ciencias Económicas,

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

<p>la gestiona el servicio de formación del PDI y sus resultados se incorporarán en la memoria anual de la UHU. Por tanto, la memoria debería ser una evidencia del procedimiento, teniendo en cuenta que se remite a ella, siempre que efectivamente contenga la información a la que se hace referencia.</p> <p>c) Revisar la periodicidad establecida en el desarrollo de algunas actuaciones. Por ejemplo, en el Plan de Comunicaciones se afirma que “la eficacia del Plan de Comunicación se analizará y evaluará en las reuniones de la CGCC, como apartado propio dentro de un punto del orden del día específico sobre la revisión del SGC del Centro. La periodicidad de esta evaluación será semestral ...” Sin embargo, en 2024 sólo se detecta una referencia explícita al análisis del plan en el acuerdo de la CGCC de septiembre de 2024. En 2023 una referencia a la elaboración del plan en junio de 2023. Si la revisión es anual y no semestral, debería ajustarse la periodicidad en la documentación del SGIC para que responda a la realidad.</p> <p>d) Revisar la información recogida en el último <i>Informe de revisión del SGIC</i>. En este informe se indica en relación al P06 que “los procedimientos asociados a cada criterio no han experimentado ninguna modificación”. Sin embargo, los procedimientos han cambiado de versión, tal y como se especifica en la tabla de control del documento “Revisión no sustancial del procedimiento para su actualización y adecuación al seguimiento interno del Centro”. Revisar que las actividades descritas en el apartado 5 del P08 se corresponden con las tareas reales desarrolladas en este procedimiento, pues parecen propias de otro. La primera actividad que se describe en la tabla del apartado 5 es coincidente con la establecida en el procedimiento P07 <i>Capacitación, competencia y cualificación del PDI</i> “(...) Aprueba el horario de clases y el calendario de exámenes, así como el POD del Centro, guías docentes y demás propuestas de los Consejos de Departamento que impartan docencia en el Centro y afecten a éste”.</p> <p>f) Incorporar la fecha de los documentos generados por el SGCC, sobre todo de aquellos que se deben elaborar o revisar de forma periódica. Por ejemplo, se detecta que el <i>Plan de Mantenimiento de los Recursos Materiales del Centro</i> (C4-P08-EV2) no incorpora la fecha de su elaboración y aprobación. Se trata de un documento que se genera anualmente según el P08, pero no se puede evidenciar este hecho al carecer de esta información.</p> <p>g) Actualizar la denominación del procedimiento P03 que aparece en la portada de la ficha “Política y Objetivos de Calidad” y sustituir por el nombre actual “Política de Aseguramiento de la Calidad”.</p>	<p>Universidad de Huelva, con el propósito de mejorar la cualificación del PDI e incorporar los programas de Sage en la formación impartida en nuestros grados y másteres.</p>						<p>Administración y Dirección de Empresas, Márquetin, Contabilidad y Turismo (Softlab+le)”</p> <p>Proyectos https://www.uhu.es/innovacion-docente/sites/innovacion-docente/files/2025-10/ResolProv25-26.pdf</p>
	<p>Acción 4. Revisión del Plan de Comunicación del Centro</p>	<p>Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC</p>	<p>Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA</p>	<p>Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro</p>	<p>Anual por la CGCC</p>	<p>Octubre 2025/ Diciembre 2025</p>	<p>Acta de Junta de Centro</p>
	<p>Acción 5. Revisión del P08 Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios</p>	<p>Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC</p>	<p>Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA</p>	<p>Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro</p>	<p>Anual por la CGCC</p>	<p>Octubre 2025/ Diciembre 2025</p>	<p>Acta de Junta de Centro</p>
	<p>Acción 6. Actualizar denominación del procedimiento P03 que aparece en la portada de la ficha “Política y Objetivos de Calidad” y sustituir por el nombre actual “Política de Aseguramiento de la Calidad”</p>	<p>Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC</p>	<p>Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA</p>	<p>Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro</p>	<p>Anual por la CGCC</p>	<p>Octubre 2025/ Diciembre 2025</p>	<p>Acta de Junta de Centro</p>
	<p>Acción 7. Incorporación de la fecha de los documentos generados por el SGCC</p>	<p>Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC</p>	<p>Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA</p>	<p>Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro</p>	<p>Anual por la CGCC</p>	<p>Octubre 2025/ Diciembre 2025</p>	<p>Acta de Junta de Centro</p>

CRITERIO III. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR:

DIMENSIÓN 3.1. EL CENTRO TIENE IMPLANTADOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA CAPACITACIÓN, COMPETENCIA Y CUALIFICACIÓN DEL PERSONAL CON ACTIVIDAD DOCENTE.

NO CONFORMIDADES MENORES (nc)



PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimiento/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
nc 16	9/09/2025	En contra de lo que dice el P07 Capacitación, competencia y cualificación del PDI (apartado 3.1.1, pag. 3) no ha podido consultarse en la página web de la Facultad de Ciencias Empresariales, pestaña Calidad , el apartado que dirige al enlace de los Servicios de Formación del Profesorado de la UHU, donde se recoge toda la información relevante sobre los cursos de formación y de innovación docente.	Acción 1: Revisión de la web del Centro incorporando, pestaña Calidad , el apartado que dirige al enlace de los Servicios de Formación del Profesorado de la UHU	Cumplir con el criterio III del programa IMPLANTA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo del Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de la CGCC donde se aprueba la actualización de la
nc 17	9/09/2025	En contra de lo que dice el P07 (apartado 3.1.1) no ha podido constatarse que el Centro elabore anualmente el indicador relativo a la relación entre las “necesidades detectadas sobre la formación del PDI y nº de actividades formativas propuestas” (C3-P07-IN1) para corregir carencias y para que la CGCC y las CGCTs puedan realizar el análisis de los resultados obtenidos en este proceso. En el Cuadro de indicadores del centro/título , si bien se recoge el indicador en el índice, no muestra los resultados y su evolución.	Acción 1: Elaboración y publicación anual del indicador relativo a la relación entre las “necesidades detectadas sobre la formación del PDI y nº de actividades formativas propuestas”	Cumplir con el criterio III del programa IMPLANTA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo del Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de la CGCC donde se aprueba la actualización de la

SGC CENTRO

MANUAL

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimiento/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
OM1	9/09/2025	Incorporar todos los criterios ESG en el alineamiento realizado entre los procedimientos del SGCC y los Criterios y Directrices para el aseguramiento de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG 2015). Se constata que en la última revisión del MSGCC (revisión 6) se ha incluido la Tabla I con la correspondencia entre procedimientos del SGCC y criterios IMPLANTA y ESG. No obstante, se detecta que falta incorporar el criterio ESG I.9. Seguimiento continuo y evaluación periódica de los programas. Se recomienda seguir, sin variaciones, la tabla de relación entre criterios que se recoge en la guía de certificación del programa IMPLANTA (pág. 17), desplegando los procedimientos del SGCC como se estime oportuno (un mismo procedimiento puede impactar en varios criterios dependiendo de su objetivo).	Acción 1: Revisión del MSGC. (Revisión 7) para incorporar en la Tabla I con el criterio ESG I.9. Seguimiento continuo y evaluación periódica de los programas.	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC para la adecuación a las nuevas normativas y Guías de la ACCUA	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de Junta de Centro donde se aprueba la revisión del MSGC (revisión 7)

PROCEDIMIENTOS

Nº NCM	Informe de Auditoría Interna del que proviene	Descripción genérica acción/acciones correctiva(s) propuesta(s)	Acciones/ Descripción	Indicador de la Acción (definición)	Meta del Indicador	Responsable(s)	Seguimiento/Revisión de la acción	Fecha Inicio/Fecha fin	Evidencias
--------	---	---	-----------------------	-------------------------------------	--------------------	----------------	-----------------------------------	------------------------	------------



PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA Y CUADRO DE MANDO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Actualizado a 27 de abril de 2026

OM2	02/07/2024 y 9/09/2025	Incluir, en los casos en los que proceda, las responsabilidades de los cargos unipersonales. Aunque en respuesta a la OM5 del informe de auditoría interna anterior (02/07/2024) se ha actualizado esta información en los procedimientos del SGC, en la tabla de responsabilidades vinculadas a los procedimientos la práctica totalidad de las acciones siguen recayendo en los órganos colegiados, quedando difuminadas algunas responsabilidades. Por ejemplo, en el apartado 5 del P03 <i>Política de Aseguramiento de la calidad</i> se indica que es la CGCC quien revisa y completa el cuadro de indicadores. Si bien es cierto que la CGCC puede revisar tal documento, su cumplimentación probablemente recaiga en uno de sus miembros, por ejemplo, en la vicedecana responsable de calidad.	Acción I: Revisión de la Tabla de responsabilidades vinculadas a los procedimientos	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por la CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de la CGCC de 27 de abril de 2026 en Acta de Junta de Centro de 29 de abril de 2026 en la que se aprueban los procedimientos del SGCC
			Acción I: Revisión del Procedimiento P03 Política de Aseguramiento de la Calidad (Tabla 5)	Aplicación del Procedimiento de Revisión del SGC conforme al Informe de Auditoría Interna recibido	Garantizar la mejora continua del SGCC y su Certificación IMPLANTA	Equipo Directivo/ CGCC/ Junta de Centro	Anual por las CGCTs/ CGCC	Octubre 2025/ Diciembre 2025	Acta de Junta de Centro donde se aprueba la revisión del Procedimiento P03 Política de Aseguramiento de la Calidad (Tabla 5)