



Facultad de Educación,
Psicología y Ciencias del Deporte
Universidad de Huelva

ACTA DE REUNIÓN DE LA CONVOCATORIA DE LA
COMISIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD DE CENTRO (CGCC)
29/04/2022

Reunida la CGCC el viernes 29 de abril, a las 12:00 h., en formato asíncrono, con los asistentes:

Isabel Mendoza Sierra, Félix Arbinaga Ibarzabal, Concha Martínez García, Heliodoro Pérez Moreno, María Palacios, María del Carmen Díaz Batanero, Elena Morales Marente, Inmaculada Tornero Quinones, Fermín Fernández Calderón, Emilio José Delgado Algarra, Antonio Daniel García Rojas, Francisco Javier García Prieto, Ángel Boza Carreño, Manuel Delgado García, Mohamed Samir Assaleh Assaleh, Jorge Molina López, Walter Federico Gadea, José Ignacio Aguaded Gómez, María José Carrasco Macías, Manuel Tomas Abad Robles, Myriam José Martín Cáceres, Zaira Morales Domínguez, Francisco J. García Gallardo y Francisco de Paula Rodríguez Miranda.

Se expone la información referente a la próxima **Auditoría Interna de Calidad del Centro** en los puntos del OD siguientes:

Orden del Día:

1. Reunión del Equipo Directivo de la Unidad para la Calidad de UHU, con la Decana y la Vicedecana de Calidad de la FEPCD
2. Plan de Auditoría Interna de Calidad de los Centros de la UHU
3. Programa de Auditoría Interna de la FEPCD
4. Relación entre los Criterios definidos por la DEVA y los Criterios del Capítulo 1 de los ESG 2015 relativas a los SGCC
5. Ruegos y cuestiones.

1. Reunión del Equipo Directivo de la Unidad para la Calidad de UHU, con la Decana y la Vicedecana de Calidad de la FEPCD.

Se resume la reunión mantenida ayer, 28 de abril, en la UC y se aporta a continuación el enlace para acceder a la Guía IMPLANTA, siendo la Normativa del proceso de Auditoría Interna (AI) de la Facultad, que tenemos programada para el próximo mes de junio/julio.

[Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC](#)

Se avanza el cuadrante de la agenda de entrevistas para la AI con el fin de que, los miembros de la CGCC, puedan ir manifestando su disponibilidad una vez que se cierre la fecha concreta que le corresponde a nuestra facultad.

AGENDA DE ENTREVISTAS (VIRTUALES) DE AUDITORÍA				
DÍA	HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES ENTREVISTAS (PERFILES)	DIRECCIÓN MAIL
XX/06	09:30-11:30	Equipo Decanal del Centro		
XX/06	11:30-12:00	Descanso		
XX/06	12:00-14:00	Comisión de Garantía de Calidad del Centro		

LUGAR DE LA REUNIÓN:	Fecha: 28 de abril de 2022
Unidad para la Calidad	Hora comienzo: 9:30
	Hora finalización: 10:30
ORDEN DEL DÍA / TEMAS QUE SE HAN TRATADO:	
<ul style="list-style-type: none"> • Información general sobre el proceso de auditoría junio-julio 2022: objetivos y resultados. • Asesoramiento general sobre el SGC, el Centro y el proceso para la obtención de la certificación de la implantación del sistema. 	
ASISTENTES A LA REUNIÓN:	
Teresa Leal (UC) Sergio Pérez (UC) Inés Romero (UC) Isabel Mendoza (Decana FEPCD) Concha Martínez (Vicedecana FEPCD)	
RESUMEN DE LA REUNIÓN / DECISIONES ADOPTADAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Información general sobre el proceso de auditoría: objetivos y resultados: <p>El objetivo principal de la auditoría interna que tendrá lugar en junio-julio 2022 es revisar el grado de implantación y detectar desviaciones del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro con respecto a los requisitos del Programa IMPLANTA-SGCC y a los requisitos establecidos por el propio sistema. En concreto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar la conformidad del Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro 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 los procedimientos definidos y la documentación del Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC. ✓ 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 del Sistema de Garantía de Calidad elaborado por el Centro/Universidad. ✓ Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGC del Centro. <p>El propósito fundamental es aplicar un plan de acciones correctivas a tales desviaciones detectadas (no conformidades) y permitir obtener una situación de partida más favorable ante (i) la siguiente</p>	

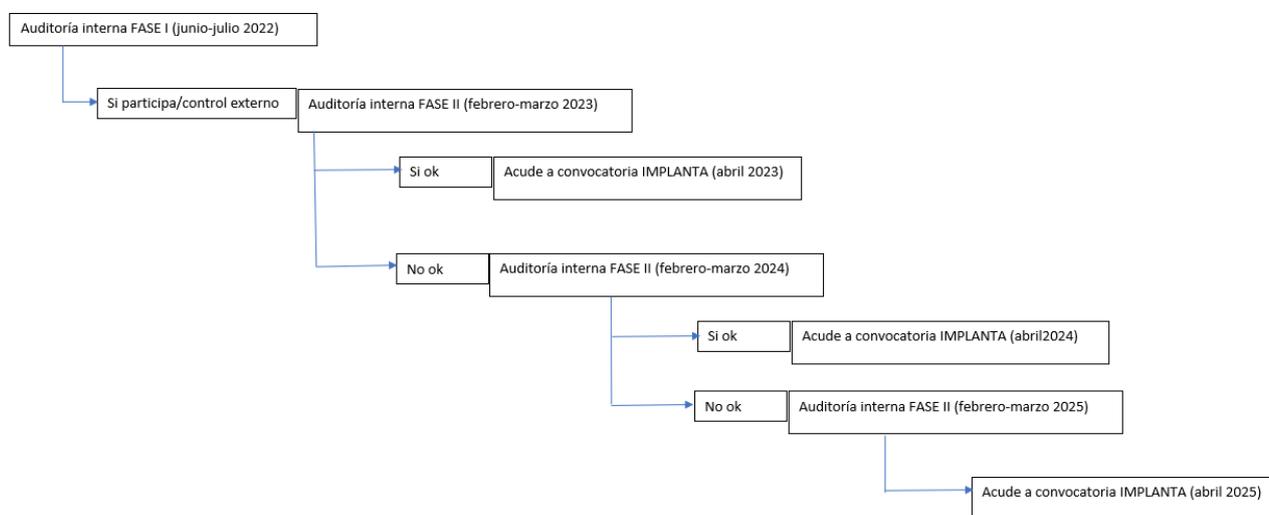
auditoría interna que tendrá lugar en 2023 y (ii) la futura auditoría de certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de DEVA. En este sentido, las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas en el informe de auditoría deberán tratarse como recomendaciones que deben ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

El alcance de la auditoría interna abarca la documentación y los procedimientos definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

Los hallazgos de la auditoría están vinculados a dicha documentación y procedimientos, especialmente:

- ✓ Manual del Sistema de Garantía de Calidad del Centro.
 - ✓ P01 Información Pública.
 - ✓ P02 Política y objetivos de calidad.
 - ✓ P03 Gestión de la información y la documentación.
 - ✓ P04 Planificación, desarrollo y medición de los resultados de las enseñanzas.
 - ✓ P05 Recogida y análisis de la satisfacción de los grupos de interés.
 - ✓ P06 Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones.
 - ✓ P07 Auditoría interna.
 - ✓ P08 Revisión del SGC del Centro.
 - ✓ P09 Diseño de la oferta formativa y modificación de la memoria del título verificado.
 - ✓ P10 Seguimiento, evaluación y mejora del título.
 - ✓ P11 Extinción del título.
 - ✓ P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI.
 - ✓ P13 Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios.
 - ✓ P14 Captación, preinscripción y matriculación, reconocimiento y certificación.
 - ✓ P15 Orientación académica y profesional de estudiantes.
 - ✓ P16 Metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados del aprendizaje.
 - ✓ P17 Gestión de la movilidad de estudiantes.
 - ✓ P18 Gestión de las prácticas externas.
 - ✓ P19 Gestión de los TFG y TFM.
 - ✓ P20 Análisis de la inserción laboral.
- Asesoramiento general sobre el SGC, el Centro y el proceso para la obtención de la certificación de la implantación del sistema:
 - ✓ [guía IMPLANTA](#), especialmente apartados 5 (pág. 9) y 7 (pág. 22), anexos 02 (pág. 28) y 03 (pág. 36).
 - ✓ Temporalización:

Escenario EMPRESARIALES Y EDUCACION



2. Plan de Auditoría Interna de Calidad de los Centros de la UHU

Se adjunta Anexo I de Plan de AI.

3. Programa de Auditoría Interna de la FEPCD

Se adjunta Anexo II del Programa

4. Relación entre los Criterios definidos por la DEVA y los Criterios del Capítulo 1 de los ESG 2015 relativas a los SGCC

Se adjunta Anexo III de Criterios de AI.

5. Ruegos y cuestiones

En este punto se plantea que la fecha de junio/julio para la Auditoría Interna de nuestra Facultad dificulta la disponibilidad del profesorado a las Entrevistas de la AI, dado que estamos a finales de curso y coinciden los informes de prácticas de asignaturas, exámenes, actas, etc.

La Decana y vicedecana indican que en la reunión mantenida con UC se les hizo constar esa cuestión y se quedó en intentar adelantarla lo máximo posible.

La Vicedecana de Calidad informa que el P07 del Manual de Procedimientos del SGCC recoge, específicamente, lo relativo para la Auditoría Interna de nuestra Facultad: https://www.uhu.es/fedu/contents/calidad/docs/P07_Auditoria_interna.pdf

En Huelva, a 29/04/2022

Firmado por delegación de la DECANA:

VICEDECANA DE CALIDAD
Concha Martínez
calidad@fedu.uhu.es
concha.martinez@dpsi.uhu.es

ANEXO I

PLAN DE AUDITORÍA INTERNA DE LOS CENTROS DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA Curso 2021-2022

El procedimiento [P07 de auditoría interna](#) del Sistema de Garantía de Calidad versión 2 de los Centros de la Universidad de Huelva (SGC) indica en su apartado 3.1 Planificación, que la Unidad para la Calidad es la responsable de planificar y activar las auditorías internas en los Centros de la UHU. La planificación se realizará con carácter anual indicando Centros, lugar y calendario.

Se establecen dos niveles de auditoría en función del grado de madurez de implantación del sistema¹:

Febrero-marzo 2022:

- Facultad de Derecho
- Facultad de Humanidades

Junio-julio 2022:

- Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte
- Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo

El equipo auditor enviará con suficiente antelación al responsable del Centro que se va a auditar un Programa de auditoría que incluirá:

- Fecha, hora, lugar, modalidad (virtual/presencial) y duración de cada actividad auditada.
- Los cargos/condición de las personas que es necesario que estén presentes.
- En su caso, documentación necesaria y los criterios relacionados.

Las auditorías se realizarán tomando como base los criterios establecidos en el programa IMPLANTA de la DEVA (versión 29 de junio de 2021).

Y para que conste firmo la presente

Juan A. Márquez Domínguez
Sr. Vicerrector de Coordinación y Agenda 2030

¹ Centros con SGC versión 2 vigente a fecha 28 de enero de 2022.

Código Seguro de verificación: JsYh9XG++14Phego0kd2WQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://verificafirma.uhu.es/verificafirma>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN ANTONIO MARQUEZ DOMINGUEZ	FECHA	26/01/2022
ID. FIRMA	firma.uhu.es	PÁGINA	1/1



JsYh9XG++14Phego0kd2WQ==

	ANEXO II PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA	XX/06/2022
	FACULTAD DE EDUCACIÓN, PSICOLOGÍA Y CC DEL DEPORTE	

Conforme al Plan de Auditoría Interna de los Centros de la Universidad de Huelva para el curso 2021-2022, de fecha 26/01/2022, el presente Programa de Auditoría establece:

- Fecha, hora, lugar, modalidad (virtual/presencial) y duración de cada actividad auditada.
- Los cargos/condición de las personas que es necesario que estén presentes.
- En su caso, documentación necesaria y los criterios relacionados.

Las auditorías se realizarán tomando como base los criterios establecidos en el Programa IMPLANTA SGCC de la DEVA.

DATOS DEL CENTRO AUDITADO	
Universidad	Universidad de Huelva
Centro	Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte
Representante del Centro	María Isabel Mendoza Sierra Decana 959217826 / decana@fedu.uhu.es
Norma de aplicación de referencia	Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC – DEVA (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 29/06/2021 – V02).
Fecha de la auditoría	XX de junio de 2022

EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre y apellidos	Datos de contacto	Organización de origen
Auditor Jefe	Óscar López García	678564841 / oscar.lopez@dthm.uhu.es	Universidad de Huelva
Auditora	María Inés Romero Martínez	959218153 / ines.romero@sc.uhu.es	Universidad de Huelva
Observadora	María de los Ángeles Jacinto Moreno	959218182 / marian.jacinto@pas.uhu.es	Universidad de Huelva

CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC).
- Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC).

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría.
- Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC a través del control de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) generada 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 SGCC.
- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN NECESARIAS DURANTE LA AUDITORÍA INTERNA

La Universidad/Centro facilitará un enlace (y, en su caso, contraseña) que permita al equipo auditor acceder a la documentación e información que comprende el Sistema de Garantía de Calidad implantado del Centro, y que, en su caso, no esté disponible de forma pública en la Web del Centro.

En el análisis de la documentación e información, el equipo auditor tendrá en cuenta los documentos y las evidencias generadas por el SGCC en ciclos de gestión cerrados y en el actual. Para ello, podrá:

- Revisar el Manual del SGCC y el Manual de Procedimientos del SGCC.
- Revisar la composición y funciones del organigrama del Centro con relación al Sistema de Garantía de Calidad del Centro.
- Revisar las actas de reunión (derivadas de los procedimientos).
- Revisar las evidencias establecidas en cada procedimiento.

AGENDA DE ENTREVISTAS (VIRTUALES) DE AUDITORÍA

DÍA	HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES ENTREVISTAS (PERFILES)	DIRECCIÓN MAIL
XX/06	09:30-11:30	Equipo Decanal del Centro		
XX/06	11:30-12:00	Descanso		
XX/06	12:00-14:00	Comisión de Garantía de Calidad del Centro		

La Agenda de entrevistas (virtuales) de auditoría anterior es susceptible de modificación, siempre de común acuerdo entre el representante del Centro y el auditor jefe.

El Centro auditado debe contactar con las personas que van a asistir a las distintas audiencias y fijar el lugar y hora de la entrevista.

El Centro remitirá por correo electrónico a sgc.uc@uhu.es el listado completo de asistentes (Equipo Decanal y CGCC), sus perfiles y dirección de correo electrónico, con una antelación mínima de 72 horas a la fecha de la auditoría.

Durante la realización de las auditorías, el equipo auditor recogerá información mediante el desarrollo de entrevistas, examen de documentos/evidencias, observación directa y cualquier otra actividad o medio que considere necesario.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Conforme al Procedimiento P07 Auditoría Interna, una vez realizada la auditoría, el equipo auditor realizará un Informe de Auditoría Interna tomando como referencia lo indicado en la Guía para la certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad Implantados en los Centros de las Universidades Andaluzas – Programa IMPLANTA-SGCC de la DEVA.

El Centro publicará el informe en su página web, que servirá de referencia para el Autoinforme de Seguimiento (Informe de Gestión) y Plan de Mejora (Objetivos Estratégicos y cuadro de mando) anual del Centro, incorporando las recomendaciones de mejora detectadas en el mismo.



**RELACIÓN ENTRE LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR LA DEVA Y LOS CRITERIOS DEL CAPÍTULO 1 DE LOS
ESG 2015 RELATIVAS A LOS SGCC:**

Criterio DEVA	Criterio ESG 2015
1. Información Pública.	1.8. Información pública.
2. Política de aseguramiento de la calidad.	1.1. Política de aseguramiento de calidad. 1.2. Diseño y aprobación de programas. 1.7. Gestión de la información. 1.9. Seguimiento continuo y Evaluación periódica de los programas. 1.10. Aseguramiento externo de la calidad cíclico.
3. Personal docente e investigador.	1.5. Personal docente.
4. Gestión de Recursos materiales y servicios.	1.6. Recursos para el aprendizaje y apoyo a los estudiantes
5. Gestión y Resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.	1.3. Enseñanza, aprendizaje y Evaluación centrados en el estudiante. 1.4. Admisión, evolución, reconocimiento y Certificación de los estudiantes. 1.6. Recursos para el aprendizaje y apoyo a los estudiantes.

ANEXO 02. Protocolo de evaluación del SGCC implantado.

CRITERIO 1. INFORMACIÓN PÚBLICA	Implantación Satisfactoria	Implantación Suficiente	Implantación Condicionada	No implantado
El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.				

Aspectos a valorar por la comisión:	Satisfactorio	Suficiente	Insuficiente
1. El Centro presenta evidencias del funcionamiento del proceso de información que publica: Cómo recoge la información, la controla, la revisa periódicamente y mejora de forma continua.			
2. El Centro, o los responsables asignados toman decisiones sobre la información que se publica teniendo en cuenta la participación, la utilidad de la información y las necesidades detectadas de los diferentes grupos de interés. El centro analiza y revisa el resultado de las decisiones adoptadas en el tiempo.			
3. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión del análisis de la información publicada y la revisión periódica del proceso de información pública. El centro analiza los resultados obtenidos.			
4. El Centro presenta evidencias del análisis de los resultados obtenidos a través del canal de atención de quejas / reclamaciones / alegaciones / sugerencias, que le permite la recoger información de todos los diferentes grupos de interés.			
Justificación:			

CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Implantación Satisfactoria	Implantación Suficiente	Implantación Condicionada	No implantado
2.1. El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados a su Sistema de Garantía de la Calidad. 2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida, 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. 2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos				

Aspectos a valorar por la comisión:	Satisfactorio	Suficiente	Insuficiente
2.1. Política de aseguramiento de la calidad			
2.1.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades y los grupos de interés adecuados que garantizan el correcto funcionamiento de los procesos definidos en el SGC y la recogida de la información para la revisión periódica de la política de calidad y los objetivos estratégicos.			
2.1.2. El Centro presenta evidencias de que tiene definida una política de calidad alienada con los objetivos estratégicos. Presenta evidencias de que la actualizan, se revisa periódicamente basándose en los resultados obtenidos durante la aplicación del SGC.			
2.1.3. El Centro presenta evidencias de que toma decisiones basadas en los resultados obtenidos relacionadas con el despliegue de la política de calidad y los objetivos estratégicos, en la que participan los diferentes grupos de interés. El centro analiza y revisa el resultado de las decisiones adoptadas en el tiempo.			
2.1.4. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión periódica de la Política de calidad y objetivos definidos. El centro analiza los resultados obtenidos.			

Aspectos a valorar por la comisión:	Satisfactorio	Suficiente	Insuficiente
2.1.5.El Centro presenta evidencias de la rendición de cuentas de forma periódica a los diferentes grupos de interés sobre los resultados alcanzados			
2.2. Gestión de la Información y análisis de los resultados			
2.2.1. El Centro dispone de un sistema de gestión de la información sistematizado y actualizado que permite la recogida ágil, fiable y completa de la información y los resultados de los programas formativos (alumnado matriculado, créditos reconocidos y procedimiento seguido, académicos, de inserción laboral y satisfacción de los diferentes grupos de interés, en su caso, prácticas externas y movilidad), permitiendo analizar tendencias.			
2.2.2 El Centro dispone controla, revisa periódicamente y mejora de forma continua los resultados (alumnado matriculado, créditos reconocidos y procedimiento seguido, académicos, de inserción laboral y satisfacción de los diferentes grupos de interés, en su caso, prácticas externas y movilidad).			
2.2.3. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, basadas en los resultados y toma de decisiones para la mejora de los títulos bajo su alcance (alumnado matriculado, créditos reconocidos y procedimiento seguido, académicos, de inserción laboral y satisfacción de los diferentes grupos de interés, en su caso, prácticas externas y movilidad), en la que participan los diferentes grupos de interés. El análisis de los datos referidos al menos a los tres últimos cursos en los que se hayan implantado los correspondientes planes de estudio, de modo que les resulta posible analizar tendencias y realizar comparaciones entre los indicadores obtenidos y los objetivos establecidos.			
2.2.4. El Centro presenta evidencias del funcionamiento del procedimiento de revisión del sistema de garantía de calidad, basado en el análisis de los resultados obtenidos (mejora continua de procedimientos, detección de necesidades y propuestas de mejora).			
2.3. Mejora continua de sus programas formativos			
2.3.1. El Centro tiene definida las responsabilidades parar garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos			



Junta de Andalucía

Consejería de Transformación Económica,
Industria, Conocimiento y Universidades

AGENCIA ANDALUZA DEL CONOCIMIENTO

Dirección de Evaluación y Acreditación

Aspectos a valorar por la comisión:	Satisfactorio	Suficiente	Insuficiente
vinculados al diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.			
2.3.2. El Centro presenta evidencias de que recoge información, la analiza y realiza el seguimiento de los resultados de su oferta formativa de forma que toma decisiones e identifica acciones de mejora en sus programas formativos y le permite adoptar modificaciones y cambios que favorezcan el seguimiento, la renovación e innovación de sus programas de forma periódica.			
2.3.3. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, basadas en los resultados de su oferta formativa.			
2.3.4. El Centro presenta evidencias que previsto, y en su caso ha utilizado, el proceso que permite la extinción de los títulos y, en su caso, a la luz de los resultados obtenidos, de la política y objetivos definidos, aplicarlo asegurando las medidas de garantía de calidad y equidad correspondientes.			
Justificación:			

CRITERIO 3. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR	Implantación Satisfactoria	Implantación Suficiente	Implantación Condicionada	No implantado
El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.				

Nota: La certificación de la implantación del Programa DOCENTIA conllevará la exención en la valoración de estos aspectos.

Aspectos a valorar por la comisión:	Satisfactorio	Suficiente	Insuficiente
1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades que garantizan que se aplican procedimientos para la recogida de la información que detecten necesidades de personal académico adecuado a las características de los Títulos, implicando a los diferentes grupos de interés			
2. El Centro presenta evidencias de que recibe información útil que analiza, y detecta e identifica necesidades de profesorado para cada programa formativo grado o máster, según las características de estos (por ejemplo: tipo de enseñanza-presencial, semipresencial, docencia en primer curso, idiomas, supervisión del TFM/TFG, etc.) y las traslada, si es el caso a los órganos competentes en la materia.			
3. El Centro presenta evidencias de que tiene identificadas las necesidades detectadas, la toma decisiones y define acciones en las que promueve la formación del profesorado mediante una oferta formativa adecuada y los resultados obtenidos permiten valorar la mejora en la calidad del profesorado.			
4. El Centro realiza el seguimiento del resultado de la toma decisiones sobre la gestión de los recursos docentes y de la evaluación de la calidad docente.			
5. Las acciones que resultan de la gestión del personal docente se recogen en un plan de mejora que es revisado de forma periódica.			
Justificación:			



CRITERIO 4. GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	Implantación Satisfactoria	Implantación Suficiente	Implantación Condicionada	No implantado
El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes que contribuyan a la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.				

Aspectos a valorar por la comisión:	Satisfactorio	Suficiente	Insuficiente
1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades de los procedimientos para la recogida de la información, de las actividades que el centro realiza, identificando necesidades de organización de actividades o disposición de recursos materiales y personal de administración y servicios en materia de: <ul style="list-style-type: none">• Acceso y admisión• Matriculación• Desarrollo de la enseñanza• Evaluación			
2. El Centro presenta evidencias de analiza y revisa de forma periódica la información de los resultados que han servido para la detección de necesidades de nuevos recursos o servicios para el correcto desarrollo actividades, recursos materiales, y personal de administración y servicios, atendiendo a las características propias de cada titulación y las traslada, si es el caso a los órganos competentes en la materia.			
3. El Centro presenta evidencias de la información del control, revisión periódica y mejora continua de la gestión los recursos materiales y servicios que incide en la mejora de las actividades de aprendizaje del alumnado.			
4. El Centro toma decisiones , basada en los resultados obtenidos, y define acciones sobre la gestión de actividades, recursos materiales y servicios, con la participación de los diferentes grupos de interés.			
5. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión periódica de la gestión de los recursos materiales y servicios.			



Junta de Andalucía

Consejería de Transformación Económica,
Industria, Conocimiento y Universidades

AGENCIA ANDALUZA DEL CONOCIMIENTO

Dirección de Evaluación y Acreditación

Aspectos a valorar por la comisión:	Satisfactorio	Suficiente	Insuficiente
Justificación:			

CRITERIO 5. GESTIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	Implantación Satisfactoria	Implantación Suficiente	Implantación Condicionada	No implantado
El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado.				

Aspectos a valorar por la comisión:	Satisfactorio	Suficiente	Insuficiente
1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades de los procedimientos de recogida de la información sobre el desarrollo del conjunto de acciones de apoyo y de orientación, que contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado: <ul style="list-style-type: none">• Apoyo y orientación académica (PAT) y profesional.• Metodologías de enseñanza y evaluación de los aprendizajes.• Gestión de TFG/TFM (asignación, supervisión y evaluación).• En su caso, gestión de prácticas externas y movilidad.• Mecanismos que regulan las directrices que afectan al alumnado (reglamentos, reconocimiento y certificación).			
2. El Centro/Universidad analiza la información de los resultados obtenidos sobre la aplicación de los mecanismos de acceso y admisión, matriculación, reconocimiento y certificación de los aprendizajes adecuados a las especificidades de las titulaciones que oferta y toma decisiones basadas en el seguimiento de estos resultados.			

3. El centro analiza la información de los resultados del seguimiento realizado del sistema de apoyo y de orientación académica (como es el caso de tener un Plan de Acción Tutorial-PAT) y profesional del alumnado, que abarca todas las fases del desarrollo del proceso de enseñanza y el aprendizaje y analiza el efecto sobre la inserción profesional.			
4. El centro cuenta con información de los resultados obtenidos de la aplicación de las <u>metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados de aprendizaje</u> , que le permiten tomar decisiones y definir acciones sobre el diseño de nuevas <u>metodologías o revisión de las existentes</u> , velando por su adecuación a las características de cada uno de los programas formativos.			
5. Realiza seguimiento de estas acciones le sirven para garantizar que las metodologías de enseñanza y sistemas de evaluación son pertinentes y adecuadas para promover y certificar los resultados de aprendizaje previstos.			
6. El centro analiza la información y los resultados obtenidos de la gestión de los <u>IFG/TFM</u> (asignación, supervisión y evaluación) y, en su caso, de las <u>prácticas externas</u> , que les permiten tomar decisiones y definir acciones para asegurar el correcto desarrollo de éstas.			
7. Se analizan los resultados sobre las tareas propias del ámbito profesional para las que las prácticas externas fueron asignadas, así para la gestión de <u>la movilidad</u> , y se informará de los resultados de las acciones de forma que se demuestre que las acciones de movilidad planificadas y realizadas en los programas formativos fueron adecuadas a los objetivos perseguidos.			
8. En Centro presenta evidencias de que la recogida y análisis de resultados de estos procesos se realiza de forma periódica y contribuyen a la mejora continua del proceso de aprendizaje anteriormente citados y a la toma de decisiones .			
9. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión periódica de los resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje anteriormente citados.			
Justificación:			