



ÍNDICE

- 1- OBJETO Y ÁMBITO**
- 2- REFERENCIAS / NORMATIVA**
- 3- DESARROLLO**
 - 3.1. Planificación.
 - 3.2. Equipo Auditor.
 - 3.3. Realización.
 - 3.4. Informes.
- 4- SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MEJORA**
- 5- RESPONSABILIDADES, EVIDENCIAS Y ARCHIVO**
- 6- RENDICIÓN DE CUENTAS**

RESUMEN DE REVISIONES

Número	Fecha	Modificación
0	17/12/2021	Edición inicial ¹

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Comisión de Garantía de Calidad del Centro	Equipo directivo	Junta de Facultad
Fecha: 15/10/2021	Fecha: 15/10/2021	Fecha: 17/12/2021

¹ En aplicación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (B.O.E. 23/3/2007), en este manual, toda referencia a personas, colectivos, cargos académicos, etc. cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia a ambos géneros, incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como a hombres.



1. OBJETO Y ÁMBITO

Este procedimiento será de aplicación a todo el Sistema de Gestión de Calidad del Centro (SGC) y tiene por objeto establecer la forma de realizar un control y seguimiento organizado y coordinado del SGC en los Centros de la Universidad de Huelva para asegurar la correcta implantación del mismo, su estado y conformidad con los criterios establecidos según el programa IMPLANTA de la Dirección de Evaluación y Acreditación de la Agencia Andaluza del Conocimiento (en adelante DEVA). A través de este procedimiento, y a partir del control y seguimiento antes mencionado, se podrán identificar oportunidades de mejora en cada Centro, no detectadas en el Autoinforme de Seguimiento y Plan de Mejora anual del mismo, ni detectadas en los Informes emanados de la DEVA relativos a las titulaciones del Centro, u otros.

2. REFERENCIAS / NORMATIVA

- ❖ [Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre](#), de Universidades, modificada por L.O. 4/2007, de 12 de abril.
- ❖ [Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre](#), por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, modificado por el Real Decreto 861/2010.
- ❖ [Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo](#), de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios.
- ❖ [Decreto Legislativo 1/2013, de 8 de enero](#), Texto Refundido de la Ley Andaluza de Universidades
- ❖ [Resolución de 7 de marzo de 2018](#), de la Secretaría General de Universidades, por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para acreditación institucional de Centros de las Universidades
- ❖ [Normativa AUDIT](#)
- ❖ [Normativa DEVA para Seguimientos](#) - [Normativa DEVA sobre Acreditaciones](#)
- ❖ [Normativa DEVA sobre IMPLANTA](#)
- ❖ Memorias de Verificación de los Títulos de Grado y Máster oficial del Centro
- ❖ Manual del Sistema de Garantía de Calidad (MSGC-V2.0) y Manual de procedimientos del Sistema de Garantía de Calidad (MPSGC-V2.0)
- ❖ [Estatutos de la Universidad de Huelva](#)
- ❖ [Plan Estratégico de la Universidad de Huelva](#)
- ❖ [Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales](#)

3. DESARROLLO

3.1. PLANIFICACIÓN

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, comunicándose a los



responsables de Calidad del Centro. Esta planificación será aprobada por el Vicerrectorado con competencias en materia de Calidad.

3.2. EQUIPO AUDITOR

La Unidad para la Calidad será la encargada de seleccionar al equipo auditor asegurándose de que esté debidamente cualificado y sin responsabilidad directa sobre el Centro a auditar. El equipo auditor estará integrado por:

- Uno o varios miembros de la Unidad para la Calidad.
- Un responsable de calidad de un Centro distinto al que se va a auditar o en quien éste delegue.
- De manera opcional, personal técnico de la propia Universidad de Huelva, personal técnico externo, o consultoras expertas en materia de auditoría.

3.3. REALIZACIÓN

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 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.

3.4. INFORMES

Una vez realizada la auditoría, el equipo auditor realizará un Informe de Auditoría Interna tomando como modelo-guía 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 y Plan de Mejora anual del Centro, incorporando las recomendaciones de mejora detectadas en el mismo.

4. SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MEJORA

Lo llevará a cabo anualmente la CGCC teniendo en cuenta las incidencias que se hayan ido detectando y recogiendo a lo largo del desarrollo del proceso, así como el contenido de las propuestas de mejora detectadas en los informes de auditoría interna.

5. RESPONSABILIDADES, EVIDENCIAS Y ARCHIVO



En este apartado se detallan las responsabilidades en el desarrollo del procedimiento y las evidencias generadas cada año (curso académico) así como su conservación, control y archivo durante un mínimo de 6 años.

RESPONSABILIDADES, EVIDENCIAS Y ARCHIVO			
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	EVIDENCIA	LOCALIZACIÓN
Toma decisiones sobre las propuestas recibidas de los responsables del Centro.	Junta de Centro	C2-P07-E06 Actas de Junta de Centro sobre toma de decisiones derivadas de este procedimiento.	Web Centro
Analiza la información recibida de la CGCC. Formula propuestas a la Junta de Centro y ejecuta los acuerdos de la misma (art. 102 f) Estatutos de la UHU)	Equipo directivo del Centro		
Elabora el AutoInforme de Seguimiento anual del Centro donde recoge, en su apartado 2, el análisis realizado dando traslado del mismo a los responsables del Centro para que adopten las medidas oportunas. En el caso de debilidades detectadas, deberá definirse una acción de mejora que será incorporada al plan de mejora del Centro.	CGCC	C2-P07-E03 Actas de la CGCC que recojan el análisis del procedimiento.	
		C2-P07-E05 Autoinforme de Seguimiento y Plan de Mejora del Centro. Criterio 2. P07	
Elabora el Informe de auditoría interna siguiendo lo indicado en la guía IMPLANTA-DEVA.	Equipo Auditor	C2-P07-E01 Informe de auditoría interna	
Elabora el AutoInforme de Seguimiento anual del Título con la información recibida donde recoge, en su apartado 2, el análisis realizado; dando traslado del mismo a la CGCC. En el caso de debilidades detectadas, deberá definirse una acción de mejora que será incorporada al plan de mejora del Título.	CGCT	C2-P07-E02 Actas de la CGCT que recojan el análisis del procedimiento.	Web Título
		C2-P07-E04 Autoinforme de Seguimiento y Plan de Mejora del Título. Criterio 2. P07	

6. RENDICIÓN DE CUENTAS

El Equipo Directivo será responsable de que la información referente a este procedimiento, incluyendo el Informe de Auditoría Interna sea difundida a través de su publicación en la Web del Centro para conocimiento de todos los grupos de interés internos y externos.