

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE HUELVA**

Fecha de emisión de informe: 24/05/2023

V01

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

El objetivo principal de la auditoría interna ha sido revisar el grado de implantación y detectar desviaciones del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro con respecto a los requisitos del Programa IMPLANTA-SGCC y a los requisitos establecidos por el propio sistema.

El propósito fundamental es aplicar un plan de acciones correctivas a tales desviaciones detectadas (no conformidades) y permitir obtener una situación de partida más favorable ante la futura auditoría de certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (ACCUA, antes DEVA). En este sentido, las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas en este informe deberían tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

En términos generales, se considera que el SGC que aplica el Centro es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo. No obstante, en este informe de auditoría se indican 3 no conformidades mayores, 11 observaciones generales al SGC y 14 oportunidades de mejora.

Las no conformidades indicadas son las siguientes:

- NCM1: En contra de lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad, no se ha integrado en la composición de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro y la de los Títulos impartidos en la Facultad un miembro con el perfil de egresado.
- NCM2: En contra de lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad, no se ha integrado el miembro con el perfil de estudiante en la composición de la Comisión de Garantía de Calidad del Máster. Asimismo, debe publicarse en la web el nombre y apellidos de todos los miembros que componen las distintas Comisiones de Garantía de Calidad.
- NCM3: En contra de lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad, no se cumple la frecuencia de reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro y de la CGC de los Títulos impartidos en la Facultad, no evidenciándose la publicación de las actas correspondientes.

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que el Equipo Decanal de la Facultad de Trabajo Social está compuesto por personas muy implicadas y claramente orientadas a la mejora continua del Centro, por lo que se espera que impulsarán las acciones correctivas necesarias para mejorar el sistema de garantía de calidad y, por ende, la mejora del propio Centro.

Se anima a los responsables del SGC que valoren y tengan en cuenta todas las observaciones generales detalladas en este informe, ya que se tratan de recomendaciones de especial seguimiento que podrían eliminar las causas de posibles no conformidades futuras.

Asimismo, las oportunidades de mejora deben tratarse como recomendaciones que podrían mejorar aspectos del SGC implantado en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Huelva.

uhu.es




Universidad de Huelva
Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad

**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD
IMPLANTADO EN EL CENTRO**

Nº Informe: 2023/01
Fecha: 24/05/2023

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias.

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 24/05/2023
--	--	--

Datos del Centro auditado	
Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA
Centro	FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Representante de la Institución auditada	Pilar Blanco Miguel Decana
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 21/07/2022 – V02).
Fecha de la auditoría	19 de mayo de 2023

Equipo auditor
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor Jefe: Jacinto Fernández Lombardo. Universidad de Jaén. ▪ Auditora: Elena Rama Matías. Universidad de Huelva. ▪ Auditora: Inés Romero Martínez. Universidad de Huelva. ▪ Auditora: M^{re} Ángeles Jacinto Moreno. Universidad de Huelva.

Criterios de auditoría
<p>El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
<p>Los objetivos de la auditoría son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia). ▪ Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC 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.

Los hallazgos de 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.

Desarrollo de la auditoría

El Plan de Auditoría Interna de los Centros de la Universidad de Huelva para el curso 2022-23, de fecha 26/01/2023, establece la realización de la presente auditoría interna.

El equipo auditor ha sido nombrado por la Universidad de Huelva.

La visita de auditoría interna ha tenido lugar en el día 18 de mayo de 2023, mediante reunión presencial en la Sala SOIPEA del Edificio Juan Agustín de Mora Negro y Garrocho, en el Campus "El Carmen", Huelva.

Cumpliendo el Programa de Auditoría, el equipo auditor ha realizado la entrevista programada. Previamente, el equipo auditor había revisado la documentación y registros del SGC que se encuentran publicados en la Web de la Facultad de Trabajo Social y de la Universidad de Huelva.

La visita de auditoría ha consistido en mantener una entrevista con la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad de Trabajo Social, en la que el equipo auditor les ha realizado una serie de preguntas con objeto de comprobar, completar o aclarar dudas sobre la información disponible en relación con el grado de implantación del SGC de este Centro.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría usadas han sido: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

Cabe destacar la participación activa de las personas que han asistido a la entrevista programada, así como las facilidades que el Centro y la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva han proporcionado a este equipo auditor para la realización de la auditoría.

En el Programa de Auditoría (anexo I) se incluye la lista de participantes en la entrevista realizada durante la auditoría interna.

Durante la entrevista programada, el equipo auditor pudo obtener evidencias de auditoría, principalmente a través de declaraciones verbales de las personas presentes.

Los resultados de la evaluación de las evidencias de auditoría recopiladas frente a los criterios de auditoría (hallazgos de auditoría) se describen a continuación en forma de No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad Menor (nc), Observaciones Generales al SGC, Oportunidades de Mejora y Fortalezas detectadas en el SGC.


Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No Conformidad Mayor (NCM): Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGC o de la norma de referencia (IMPLANTA-SGCC).
- No Conformidad Menor (nc): Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGC.

El tratamiento de las No Conformidades (NCM y nc) recogidas en el informe final de auditoría deberá ser documentado en un Plan de Acciones Correctivas.

Cuando ocurra una No Conformidad, la organización debe:

- a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable, tomar acciones para controlarla y corregirla, hacer frente a las consecuencias.
- b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante la revisión y el análisis de la no conformidad; la determinación de las causas de la no conformidad; la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.
- c) Implementar cualquier acción necesaria.

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 24/05/2023
--	--	--

d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.
e) Si fuera necesario, hacer los cambios que procedan en el sistema de garantía de calidad.

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


Las Observaciones Generales al SGC identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

Las Oportunidades de Mejora identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de mejorar aspectos del SGC implantado en el Centro.

El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo, por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias y que no han quedado cuestiones por resolver a la finalización de esta auditoría.


Resumen global de la auditoría por cada Criterio/Dimensión IMPLANTA-SGCC			
Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC		Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC	
1. Información pública.	No Conf.	2. Política de aseguramiento de la calidad.	No Conf.
1.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.		2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad.	
		2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida continua, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.	1, 2, 3.
		2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.	
3. Personal docente e investigador.	No Conf.	4. Gestión de recursos materiales y servicios.	No Conf.
3.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.		4.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes para la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.	

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 24/05/2023
--	--	--

5. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.	No Conf.	
5.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuye a favorecer el aprendizaje del alumnado.		


DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES			
Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	NCM	En contra de lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad, no se ha integrado en la composición de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro y la de los Títulos impartidos en la Facultad un miembro con el perfil de egresado.	MSGC / Criterio 2.2
2	NCM	En contra de lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad, no se ha integrado el miembro con el perfil de estudiante en la composición de la Comisión de Garantía de Calidad del Máster. Asimismo, debe publicarse en la web el nombre y apellidos de todos los miembros que componen las distintas Comisiones de Garantía de Calidad.	MSGC / Criterio 2.2
3	NCM	En contra de lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad, no se cumple la frecuencia de reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro y de la CGC de los Títulos impartidos en la Facultad, no evidenciándose la publicación de las actas correspondientes.	MSGC / Criterio 2.2

OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades)		
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	Elaborar el Autoinforme de Seguimiento del Centro con una estructura más completa, que sirva para dar respuesta al último ciclo de gestión del SGC del Centro (análisis de los resultados agregados, del desempeño de los procedimientos y funcionamiento del SGC, del cumplimiento del plan de mejora del Centro, del cumplimiento de los objetivos estratégicos) y que sirva como documento de rendición de cuentas. El Informe de Seguimiento del Centro 2021/22 no cubre suficientemente la información mencionada anteriormente.	SGC / Criterio 2.2


 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 24/05/2023
--	--	--

2	Evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de información pública: cómo participan los grupos de interés en la toma de decisiones sobre la publicación de la información, cómo se recoge la información, cómo se controla, cómo se revisa periódicamente y cómo se mejora de forma continua la información que se publica.	P01 / Criterio 1
3	Evidenciar la sistematización de la rendición de cuentas del Centro, identificando claramente los documentos o información que son objeto de rendición de cuentas, los grupos de interés a los que se dirige, quién se encarga de la rendición de cuentas, cómo se hace y cuándo. Asimismo, cómo se evidencia la rendición de cuentas del Centro.	SGC / Criterio 2.1
4	Incorporar en el Plan de Comunicación las acciones de comunicación/difusión de la Política de Calidad y Objetivos Estratégicos del Centro.	SGC / Criterio 2.1
5	Evidenciar la recogida de información para la revisión periódica de la política de calidad y los objetivos estratégicos.	SGC / Criterio 2.1
6	Evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de revisión del SGC (P08), así como que esta revisión del SGC se basa en el análisis de los resultados obtenidos (mejora continua de los procedimientos, detección de necesidades y propuestas de mejora).	P08 / Criterio 2.2
7	Evidenciar claramente cómo el Centro analiza y revisa de forma periódica la información de los resultados que han servido para la detección de nuevos recursos, servicios o PAS, atendiendo a las características propias de cada titulación.	Criterio 4
8	Evidenciar claramente cómo el Centro controla, revisa periódicamente y mejora la gestión de los recursos materiales y servicios.	Criterio 4
9	Evidenciar claramente cómo participa el Centro en los procesos transversales que gestiona la Universidad relacionados con los aspectos relacionados con el personal académico (evaluación de la calidad docente, formación del profesorado, innovación docente) y con la gestión de los recursos materiales y la prestación de servicios.	P12 / P13 / Criterio 3 / Criterio 4
10	Avanzar en la sistematización de un documento de Plan de Mejora del Centro permanentemente actualizado, que integre todas las acciones de mejora generadas en aplicación de los procedimientos del SGC del Centro y, en su caso, otras fuentes, como los informes de evaluación externa.	Procedimientos / Criterios 1 a 5
11	Incrementar la participación de los grupos de interés (alumnado, PDI y PAS) en las encuestas de satisfacción.	P05 / Criterios 1 a 5

OPORTUNIDADES DE MEJORA (excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)		
Nº	Descripción	Criterio IMPLANTA/SGC Centro

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 24/05/2023
--	--	--

1	Se recomienda agrupar la información del Plan de Acciones Correctivas (procedentes de no conformidades de auditoría) en una ficha específica con: (a) Indicación de la procedencia. (b) Descripción genérica de las acciones. (c) Fecha prevista de la implantación de la acción. (d) Numeración consecutiva de las acciones. (e) Descripción específica de la acción/es propuesta/s. (f) Identificación de quién realiza la propuesta. (g) Responsable concreto de la implantación de la acción propuesta. (h) Fecha prevista de la implantación de la acción. (i) Firma del responsable de la implantación de la acción. (j) Responsable de la verificación (tras el cierre de las acciones correctivas). (k) Fecha de verificación. (l) Método de verificación. (m) Evidencias y registros constatados. (n) Firma de responsable de verificación.	SGC / P07
2	Se recomienda que la Comisión de Garantía de Calidad del Centro y la de los Títulos se reúnan cada vez que sea necesario, por lo que se considera de interés elaborar para cada curso académico (ciclo de gestión) un documento/cronograma de planificación, desarrollo y seguimiento del Sistema de Garantía de Calidad, con objeto de que los órganos responsables de las principales actividades que se desarrollan en aplicación de los procedimientos del SGC conozcan la fecha de inicio y fin de dichas actividades, lo que facilitará la confección del orden del día de asuntos a tratar por estas Comisiones de Garantía de Calidad en la fecha correspondiente, al igual que el resto de agentes que participan en el SGC.	MSGC / Criterio 2.2
3	Se recomienda realizar el informe sobre las sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones al que hace referencia el procedimiento P06, aunque no se hayan recibido durante el ciclo de gestión sugerencias, quejas, reclamaciones o felicitaciones algunas. El informe en este sentido sería solo para dejar constancia de este hecho.	SGC / Criterio 2.1
4	Se recomienda evidenciar que los objetivos estratégicos del Centro están alineados con la política de calidad.	SGC / Criterio 2.1
5	Se recomienda evidenciar claramente la trazabilidad entre política de calidad, objetivos estratégicos y resultados obtenidos en el periodo de aplicación del SGC.	SGC / Criterio 2.1
6	Se recomienda seguir la estructura mínima prevista en la tabla de responsabilidades del P02 para la identificación de los objetivos generales de calidad aprobados para el curso 2022/23, por ejemplo, incluir metas propuestas para cada objetivo y valor inicial del objetivo.	SGC / Criterio 2.1
7	Se recomienda avanzar en la realización de comparaciones de resultados con otros títulos y Centros.	SGC / Criterio 2.2
8	Se recomienda evidenciar que el Centro tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y que recoge y consideran las aportaciones de todos los grupos de interés con cierta periodicidad (al menos, una vez cada curso académico).	SGC / Criterio 2.2

 <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 24/05/2023
--	--	--

9	Se recomienda avanzar en actuaciones que promuevan que las personas agentes que forman parte del SGC se involucren en el desarrollo del mismo, conociendo bien el sistema, los procedimientos que se llevan a cabo, así como sus mecanismos de medición, análisis y mejora.	SGC
10	Se recomienda revisar el procedimiento P10 Seguimiento, evaluación y mejora continua, con objeto de establecer las fechas máximas de aprobación de los Autoinformes de Seguimientos de los Títulos, puesto que son la base para poder elaborar el Autoinforme de Seguimiento del Centro. El objetivo general debe ser acortar el periodo temporal entre la finalización del curso académico y la fecha de aprobación del Autoinforme de Seguimiento de los Títulos y del Centro, con objeto de que pueda rendirse cuentas a los grupos de interés con tales documentos en el menor tiempo posible.	P10/ Criterio 2
11	Se recomienda sistematizar las acciones que realiza el Centro para promover la formación del profesorado, así como para fomentar la innovación en los métodos de enseñanza y el uso de nuevas tecnologías.	Criterio 3
12	Se recomienda avanzar en actuaciones que promuevan que el Sistema de Garantía de Calidad del Centro se convierta en la herramienta de gestión del Centro, en los que los procedimientos sean adecuados a la realidad del Centro, a sus funciones y estrategia, a sus grupos de interés y entorno. Asimismo, se recomienda dotar de mayor agilidad a los trámites normativos establecidos en el propio SGC, con objeto de no retrasar la ejecución de sus procedimientos/acciones previstas.	SGC
13	Se recomienda evidenciar la trazabilidad desde que se propone una acción de mejora (bien en la CGCT, en la CGCC, en los informes internos de evaluación, en los de auditoría interna, en las recomendaciones de evaluaciones externas, en el seguimiento de los objetivos de calidad o de los planes de mejora) hasta que se cierra dicha acción como “ejecutada” en el Plan de Mejora del Centro. Esta trazabilidad debe estar clara de inicio a fin y de fin a inicio.	SGC
14	Evidenciar que en el Plan de Mejora del Centro cada acción tiene identificados indicadores de seguimiento y definida una meta/objetivo de cumplimiento del indicador.	SGC



FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El SGC que aplica el Centro se encuentra en vías de consolidación. ▪ Fuerte implicación con el SGC de las personas de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro entrevistadas.





- Puesta en marcha de grupos de discusión que permiten obtener resultados útiles para la toma de decisiones.

En Jaén, a 24 de mayo de 2023

Jacinto Fernández Lombardo. Auditor Jefe.

  Universidad de Huelva <small>Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</small>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 24/05/2023
---	--	--

ANEXO I

  Universidad de Huelva <small>Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</small>	PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
---	---

Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA
Centro	FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Fecha de la auditoría	19 de mayo de 2023
Sala de reuniones	Sala SOIPEA del edificio Juan Agustín de Mora Negro y Garrocho, Campus El Carmen, Huelva.

DÍA	HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES
19/05/2023	10:00 – 13:30	Comisión de Garantía de Calidad del Centro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilar Blanco Miguel (decana). ▪ Iván Rodríguez Pascual. ▪ Yolanda Borrego Alés. ▪ Estrella Gualda Caballero. ▪ Olga Mínguez Moreno. ▪ Manuela Fernández Borrero. ▪ Mario Núñez Nieto. ▪ María Soledad Arroyo Alfonso (excusa).