



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

Versión:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Pablo Olavide
Centro	Centro Adscrito San Isidoro
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Se excluyen los criterios 6,7 y 8
Fecha de la auditoría	8 de abril 2026

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría	<input checked="" type="checkbox"/>	Inicial	<input type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>
---------------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Jordi Luengo López
Cargo	Delegado del Rector para la Calidad
Tfno. y correo	689 900 972 dgcalidad@upo.es

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	Amparo Chirivella Ramón	Institución	Universitat de València
Auditor		Institución	
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita se ha desarrollado en las fechas acordadas, y sin incidencias destacables. Se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre la Dirección de Calidad y la auditora.

La organización de la visita por parte de la Universidad y el Centro ha resultado satisfactoria. Todas las personas que han participado en las entrevistas han mostrado interés por el proceso y han colaborado en el desarrollo de la visita, respondiendo a todas las preguntas planteadas.

Desde la dirección del centro y de calidad se ha colaborado facilitando evidencias y enlaces a la documentación y registros del SAIC que han permitido llevar a cabo la revisión documental previa a la visita



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

de auditoría. Se agradece la presentación de la documentación ya que ha facilitado el trabajo de la evaluación.

La auditoría se ha basado en:

- Revisión documental del SAIC y sus evidencias.
- Análisis de la plataforma de gestión.
- Entrevistas a grupos de interés.
- Muestreo de guías docentes.



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN EL CENTRO SAN ISIDORO- UNIV. PABLO OLAVIDE

Versión: 01

RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras no conformidades además de las indicadas en el presente informe.

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Orientación de las enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos para el desarrollo, revisión y mejora de los procesos relacionados, y participación de los grupos de interés	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Implementación de mejoras derivadas de la evaluación periódica		4. Personal académico/ investigador (PAI) y de apoyo a la docencia	No Conf.
1.7. Rendición de cuentas a los grupos de interés			
2. Garantía de calidad de los programas formativos	No Conf.	4.1. Información sobre necesidades de PAI, según su política de personal y normativa	
2.1. Órganos, grupos de interés y procesos para el desarrollo de los programas formativos en todas sus etapas		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico/ investigador	
2.2. Asegurar la impartición de los títulos de acuerdo a las memorias verificadas/ acreditadas y guías docentes		4.3. Información sobre competencias y resultados de su PAI para la mejora continua de sus actuaciones	
2.3. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.4. Procesos de toma de decisiones	
2.4. Mecanismos de toma de decisiones sobre oferta formativa y su ciclo de vida		4.5. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.5. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.6. Revisión y mejora continua de las actuaciones referidas a este personal	
2.6. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
2.7. Rendición de cuentas a los grupos de interés		Se señalarán con un número correlativo las NC detectadas Por cada directriz se podrá asignar más de una NC. Así mismo, una misma NC podrá aparecer en varias directrices	



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN EL CENTRO SAN ISIDORO- UNIV. PABLO OLAVIDE

Versión: 01

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Recursos y servicios	No Conf.	7. Vinculación con el medio	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre sobre el PTGAS		7.1. Órgano responsable del mantenimiento de la política y objetivos de las acciones de extensión y proyección social	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política y objetivos de extensión y proyección social	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento de toma de decisiones para la aprobación y desarrollo de las acciones de vinculación con el medio	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Procedimientos para asegurar la ejecución de los proyectos de extensión y proyección social	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Mecanismos de comunicación y difusión de las acciones realizadas	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos y servicios de apoyo y bienestar ofrecidos		7.6. Procedimiento de control, revisión y mejora continua de las acciones realizadas	
6. I+D+i y transferencia del conocimiento	No Conf.	7.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados e impacto obtenidos	
6.1. Órgano responsable de la política, objetivos y líneas de I+D+i.		8. Dimensión externa de la IES	No Conf.
6.2. Grupos de interés implicados y vías de participación en la definición de la política, objetivos y líneas de investigación.		8.1. Órgano responsable de la política/ estrategia de proyección y dimensión nacional e internacional de sus actividades	
6.3. Procesos de toma de decisiones para la aprobación y ejecución de los proyectos de I+D+i.		8.2. Mecanismos de toma de decisiones en la fijación de objetivos y ejecución de actividades vinculadas	
6.4. Mecanismos para la evaluación de los proyectos de investigación y su protección/ explotación		8.3. Participación de los grupos de interés en los procesos asociados	
6.5. Transferencia de resultados de los proyectos de investigación.		8.4. Modelo de alineación con el entorno para proyectar a la institución e insertarla en los diferentes ámbitos	
6.6. Implementación de las mejoras derivadas de la revisión de actividades de I+D+i.		8.5. Mecanismos de colaboración e integración en redes	
6.7. Rendición de cuentas de las actividades de I+D+i y los resultados obtenidos.		8.6. Mecanismos de medición, análisis y mejora de los resultados	
		8.7. Procedimiento de rendición de cuentas	
OBSERVACIONES:		<ul style="list-style-type: none"> • Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas 			



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN EL CENTRO SAN ISIDORO- UNIV. PABLO OLAVIDE

Versión: 01

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
9. Publicación de información sobre el desarrollo de actividades y programas	No Conf.	10. Mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
9.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades		10.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC y de su documentación de soporte	1
9.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos		10.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
9.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.		10.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción de los procesos del Centro	2
9.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés		10.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
9.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos en la publicación y difusión de la información		10.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
		10.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
		10.7. Evaluación externa periódica del SAIC	
		10.8. Rendición de cuentas sobre los resultados de la aplicación del SAIC.	
OBSERVACIONES:		• Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices	
• Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

N° No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	10.1	<p>En contra de lo establecido en el criterio 10 del programa AUDIT, se debe realizar un estudio en profundidad de las evidencias descritas en los procedimientos, ya que en ocasiones no coinciden las delimitadas en el apartado de relación de evidencias, las incluidas en el diagrama de flujo y las que se han recogido explícitamente en el repositorio de información. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el procedimiento de selección, promoción y evaluación del personal docente e investigador, se incluye en la relación de evidencias el “cuadro de profesorado por grados (PA02-CSI-03)”, si bien dicha evidencia no aparece recogida en el diagrama de flujo. • En el procedimiento PC02 de revisión y mejora de los programas formativos, la evidencia codificada como PC02-CSI-CT-E06 presenta denominaciones distintas: en la relación de evidencias se identifica como “Acta/certificado del acuerdo de Consejo de Gobierno con aprobación de Informe de modificación del título”, mientras que en el diagrama de flujo figura como “Acta/certificado Junta de Unidad Docente aprobado Informe de modificación del título”. • En el procedimiento PA07 relativo a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los grupos de interés, se identifican 13 evidencias en la relación, 12 en el diagrama de flujo, mientras que en el repositorio documental se encuentran disponibles 14 evidencias. <p>Estas inconsistencias ponen de manifiesto la necesidad de garantizar la coherencia interna de los procedimientos y la alineación entre la documentación definida y la evidenciada en la práctica, con el fin de asegurar la adecuada trazabilidad de la información.</p>	nc
2	10.3	<p>Se ha detectado que las evidencias no mantienen de forma consistente su identificación/codificación cuando se publican web o se imprimen desde el repositorio documental. El código de la evidencia no aparece en el documento., lo que impide garantizar la trazabilidad documental</p> <p>A modo de ejemplo, se identifican los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de mejoras del centro • Planes de mejora de los grados • Autoinforme de seguimiento • Política de calidad del centro <p>Esta situación afecta al control y seguimiento de las evidencias fuera del entorno digital, comprometiendo su adecuada identificación y trazabilidad.</p>	nc

- (1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior
- (2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:
 - No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
 - No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC (*excluyendo las no conformidades*)

OM1- Se considera conveniente desarrollar acciones orientadas a la implantación y consolidación del programa DOCENTIA, con el fin de fomentar la participación del profesorado en la evaluación de la actividad docente. En la actualidad, los niveles de participación presentan valores reducidos, siendo del 0% en el Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte y en Derecho, del 2,50% en Fisioterapia, del 22,73% en ADE, del 12,90% en Comunicación y del 14,81% en Comunicación Digital, lo que evidencia un margen de mejora en la implicación del profesorado en este programa.

OM2- Se considera conveniente continuar impulsando la publicación de los currículos del profesorado implicado en las titulaciones, con el fin de reforzar la transparencia y facilitar el acceso a la información académica. En particular, se ha detectado que en el claustro docente del Grado en Derecho existe un número elevado de currículos no disponibles.

OM3- Se considera conveniente unificar los criterios de cómputo de la presencialidad en las guías docentes de las distintas titulaciones, con el fin de garantizar la coherencia y claridad de la información académica.

Se han detectado diferencias en la forma de cálculo entre titulaciones. Por ejemplo:

- En el Grado en Publicidad y Comunicación para los Medios, las horas se computan sobre el total de horas de la asignatura, de modo que 45 horas representan el 30% de la presencialidad total.
- En relación con las actividades de evaluación, se observan casos en los que se asignan horas no presenciales a pruebas que deberían desarrollarse de forma presencial, como ocurre en las asignaturas *Técnicas de la Comunicación Escrita* y *Derecho de la Comunicación*.
- En el Grado en Derecho, el porcentaje de presencialidad se calcula sobre el total de horas de docencia presencial, de manera que, por ejemplo, 31 horas representan el 70% de las horas presenciales de la asignatura.

Estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de establecer criterios homogéneos, alineados con lo recogido en la guía de verificación del título, en la que se define el índice de presencialidad de forma específica para cada tipo de actividad formativa.

OM4 Se debe citar correctamente la bibliografía en las guías docente, por ejemplo, la asignatura de métodos alternativos de solución de conflictos

OM5 No se evidencia en los planes de estudio la existencia de acciones concretas relacionadas con la garantía integral de la libertad sexual, siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de "Garantía integral de la libertad sexual".

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SAIC (en su diseño e/o implementación)

1. Sólido apoyo institucional al desarrollo del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad (SAIC), evidenciado en el compromiso del Equipo de Dirección del Centro y del Delegado del Rector para la calidad de la Universidad Pablo Olavide.
2. El repositorio de evidencias que gestiona la implantación del SAIC permite realizar un adecuado seguimiento de las evidencias, incluyendo su histórico.
3. Inclusión en los autoinformes de seguimiento desde el curso 2024-25, el valor objetivo que se quiere alcanzar en los indicadores que se analizan en las titulaciones, estableciendo planes de mejora cuando el valor no se consigue según lo estimado
4. Alto nivel de implicación del profesorado en la docencia, así como su cercanía con el estudiantado, aspectos que contribuyen de manera significativa al desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje.
5. Nivel de satisfacción de las personas egresadas y de los empleadores, quienes destacan la adecuación de la formación del estudiantado y su actualización en relación con las necesidades del mercado laboral.
6. La página Web del Centro muestra de manera intuitiva y clara toda la información relevante para los grupos de interés, tanto en lo académico como en todo lo relativo al SAIC. El nivel de transparencia es muy elevado.
7. Se valora positivamente el esfuerzo que ha hecho el centro por fomentar el conocimiento generalizado del SAIC e implementar una cultura de calidad generalizada. Tolo ello ha colaborado a que los colectivos universitarios tengan una visión del SAIC como un sistema de ayuda a la toma de decisiones para la mejora continua.
8. El SAIC analiza anualmente de manera exhaustiva los objetivos, indicadores, y planes de mejora.
9. Se realiza un esfuerzo importante en la revisión y actualización de las guías docentes que están siempre disponibles para el alumno con la suficiente antelación y con un excelente nivel de detalle.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE/ GRUPO	CARGO/ OCUPACIÓN
CAYETANO MEDINA MOLINA	Director Académico del Centro.
ROCÍO GÁLVEZ GARCÍA	Directora de relaciones externas, empleabilidad y emprendimiento
INMACULADA MARTÍN HERRERA	Directora de Unidad Docente Ciencias Sociales y jurídicas
RAQUEL CANO GARCÍA	Directora de Unidad Docente Ciencias de la Salud y de la Actividad Física
CONSUELO CAMACHO PEREIRA	Subdirectora de Calidad del Centro.
DAVID POLO SERRANO	Subdirector de transformación digital e innovación docente.
<p>ELENA ARANDA CORTEGANA Doble Grado Comunicación y Comunicación Digital</p> <p>FRANCISCA ACEDO JUAN Grado en Ciencias de la Actividad física y del Deporte. Representante del alumnado en la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro.</p> <p>CARMEN FERNANDEZ SANCHEZ Grado en Derecho</p> <p>REICHEL MORALES CHAVEZ Grado en Diseño Gráfico y Creatividad Digital</p> <p>ROCIO DEL AMOR MUÑOZ NUÑEZ Grado en Fisioterapia</p> <p>MARIO CABRERA MENDOZA Grado en Odontología</p> <p>LUIS ALCAIDE ALONSO Máster en Fisioterapia manual e invasiva en disfunciones neuromusculoesqueléticas.</p> <p>JOSE LUIS LLORENTE GUTIÉRREZ Grado en Administración y Dirección de Empresas. (Ha realizado Erasmus).</p>	Estudiantes del centro
<p>INMACULADA ALGARRADA VALERO Subdirectora de Servicio Planificación Académica, Titulaciones Oficiales y Calidad de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla</p> <p>SONIA MUÑOZ MORENO Responsable de Biblioteca del Centro Universitario San Isidoro</p> <p>ROSARIO TIENDA ALGUACIL Movilidad/Gestión Académica del Centro Universitario San Isidoro</p> <p>Mª ELENA NARVÁEZ ROEDIGER Calidad del Centro Universitario San Isidoro</p> <p>Mª ÁNGELES RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Técnica apoyo Prácticas</p> <p>RAFAEL REVILLA ÁLVAREZ Técnico comercial, captación y orientación del alumnado.</p>	PTGAS del Centro



<p>ANA LÓPEZ DÍAZ Auxiliar de laboratorio/secretaría</p> <p>ÁLVARO ACAL Informática</p>	
<p>Mª EUGENIA LÓPEZ SANZ. Directora Académica del Grado en Administración y Dirección de empresas. Profesora responsable de TFG. Coordinadora de movilidad del Grado.</p> <p>ROCÍO VELÁZQUEZ CAYÓN Directora Académica del Grado en Odontología</p> <p>ANA LOZANO GONZÁLEZ Directora Académica del Grado en Comunicación Digital. Profesora responsable de prácticas de los Grados en Comunicación y en Comunicación Digital.</p> <p>RAQUEL CHILLÓN MARTÍNEZ Directora Académica del Grado en Fisioterapia y Directora del Máster en Fisioterapia manual e invasiva en disfunciones neuromusculares. Profesora responsable de prácticas clínicas.</p> <p>Mª LUÍSA CÁRDENAS RICA Directora Académica del Grado en Comunicación. Profesora responsable de TFG. Coordinadora de movilidad del Grado.</p> <p>VALENTÍN NAVARRO CARO Director Académico del Grado en Derecho. Coordinador de curso.</p> <p>PABLO CAMACHO LAZARRAGA Profesor del Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Responsable de TFG.</p> <p>TERESA ARANDA BARRIGA Profesora del Grado en Diseño Gráfico y Creatividad Digital. Coordinadora de curso.</p>	PDI del Centro
<p>JUAN GÁLVEZ GARCÍA Representante del Órgano de Administración del Centro por Delegación. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro.</p> <p>CONSUELO CAMACHO PEREIRA Subdirectora de Calidad del Centro. Responsable de Calidad del Grado en Derecho. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro.</p> <p>ELISA EUGENIA JIMÉNEZ ORTEGA Subdirectora de Investigación del Centro. Responsable de Calidad del Grado en Odontología. Responsable de Calidad del Máster en Fisioterapia manual e invasiva en disfunciones neuromusculares. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro.</p> <p>ÁNGELA GENTO CARO</p>	Comisión de Garantía de Calidad del Centro



<p>Responsable de Calidad del Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro. Mª CRUZ TORNAY MÁRQUEZ Responsable de Calidad del Grado en Comunicación. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro. JAVIER AGUILERA SANTACRUZ Responsable de Calidad del Grado en Fisioterapia. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro. JESÚS SABATÉ WASALDÚA Responsable de Calidad del Grado en Diseño Gráfico y Creatividad Digital. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro. IGNACIO AMO GARRIDO Representante del profesorado. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro. PAULA RUANO FERNÁNDEZ Representante de los/las egresados/as. Miembro de la Comisión de Aseguramiento interno de la Calidad del Centro.</p>	
<p>ALEJANDRA BELLIDO SÁNCHEZ Egresada Grado en Fisioterapia FRANCISCO GUARNIDO GAMEZ Egresado Grado en Derecho FRANCISCO MARTÍN VÁZQUEZ CARIAS Egresado Grado en Comunicación y Comunicación Digital ALFONSO TAGUA LOZANO Egresado Grado en Administración y Dirección de Empresas FERNANDO MONTAÑO FREIRE Egresado Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte</p>	<p>Egresados/as de todas las titulaciones del centro</p>
<p>BELÉN GARCÍA VILLAZÁN Tutora de prácticas, BGV Abogados. Grado en Derecho PABLO ROIG FERNÁNDEZ Empleador, ENSA. Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. CARMEN PRADA JIMÉNEZ Empleadora, Clínica Prada Grado en Fisioterapia PEPE SANTOS Empleador Blogosur. Grado en Comunicación y en Comunicación Digital ELENA SERRANO JIMÉNEZ</p>	<p>Tutores/as Externos/as de prácticas y empleadores/as de egresados/as del Centro</p>



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN EL
CENTRO SAN ISIDORO- UNIV. PABLO OLAVIDE**

Versión: 01

Instituto San Telmo
Empleador Grado en Administración y Dirección de
Empresas.

EXCUSADOS

NOMBRE/ GRUPO	CARGO/ OCUPACIÓN

Siempre y cuando en la agenda de la visita figuren los nombres completos de las personas que asistirán a las entrevistas, en el informe se citará únicamente el grupo al que pertenece cada persona entrevistada (por ejemplo: estudiante, profesor, egresado, etc.), así como el cargo ocupado (por ejemplo: 4º de Grado de Ciencias Económicas, Docente de la asignatura X, egresado de Máster de Medicina no invasiva, etc.). Si no se cumple la condición primera, los nombres de los asistentes figurarán en el informe en su versión inicial, pero no en la última (versión publicable), aplicándose el criterio definido anteriormente.



DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)



FAVORABLE



DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SAIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor.**
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

No aplica

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

En Valenca, a 3 de Mayo de 2026

POR EL EQUIPO AUDITOR

Firmado por CHIRIVELLA RAMON
MARIA DESAMPARADOS -
***8714** el día 03/05/2026

D/ª. Amparo Chirivella Ramón
Cargo: Auditora