



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA

EXTERNA

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE
CENTRO UNIVERSITARIO SAN ISIDORO
(ADSCRITO)

V2 TRAS ALEGACIONES

Fecha emisión informe: 13/ 11/ 20



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

Fecha: 13/ 11/ 20

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Pablo de Olavide
Centro	Centro Universitario San Isidoro
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todos los procesos recogidos dentro del alcance de su SAIC.
Fecha de la auditoría	7 de octubre de 2020

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Raúl Giráldez Rojo
Cargo	Delegado del Rector para la Calidad
Tfno. y/o correo	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	Unai Zalba Irigoyen	Institución	U. de Navarra
Auditor	Myriam Muñoz Gómez	Institución	U. Politécnica de Madrid
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló on-line a través de la plataforma Webex con total normalidad. Las personas citadas en las respectivas reuniones acudieron puntualmente y no se registró ningún problema audiovisual.



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

Fecha: 13/ 11/ 20

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. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad	1	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. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue	2	3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
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 UNIVERSITARIO SAN
ISIDORO UNIV. PABLO DE OLAVIDE**

Fecha: 13/ 11/ 20

(Sigue)

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)	No Conf.	7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios	3	7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados		8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC		8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	



DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.1	El "PE01 Política Calidad Centro" prevé que al menos cada 3 años hay que actualizar globalmente la carta de servicios. La aprobación del Consejo de la primera carta de servicios fue en febrero 2015. Si bien el proceso de actualización de la carta se inició antes de transcurrir 3 años, la aprobación definitiva por el Consejo de Gobierno de la segunda se demoró unos meses, hasta abril de 2019. Por tanto, la actualización tuvo que esperar algo más de 3 años.	nc
2	1.5	La primera versión del Manual data del 04/02/2015. La siguiente versión del Manual data del 03/04/19, en contra de lo establecido por este, que prevé una revisión "al menos cada 3 años o siempre que se produzcan cambio en la organización y/o actividades del Centro o títulos que imparte...".	nc
3	5.5	La Carta de Servicios del Centro No contempla entre sus compromisos la garantía de atención, adaptación y accesibilidad a alumnos con necesidades especiales. En su versión publicada en el BOJA incluye el respeto a los derechos fundamentales y libertades públicas (...) solidaridad, igualdad (...) pero no incluye lo anteriormente citado. Este aspecto requerido para dar cumplimiento a la Directriz 5.5, según la cual, el Centro debe "Contar con mecanismos que garanticen la adecuación, mantenimiento, actualización y mejora de los recursos y servicios ofrecidos por la Universidad y/ o el Centro, así como su accesibilidad y aprovechamiento por parte de los diferentes colectivos de usuarios".	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).



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

Fecha: 13/ 11/ 20

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: El informe de inserción laboral se realiza transcurridos dos años de la graduación de cada promoción, se recomienda incluir este plazo en el PC11 Gestión de la Inserción Laboral.

OM2: Se recomienda que la Carta de Servicios en todos sus formatos incorpore la fecha de aprobación y el periodo de validez o vigor de la misma.

OM3: En la auditoría, los grupos entrevistados han afirmado conocer la existencia del Buzón de "Quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones", pero tal como indica la Subdirectora de Calidad del CSI, manifiestan que no lo usan y prefieren manifestar sus quejas o sugerencias a través de otras vías (dado que la comunicación con los profesores y responsables en el centro es muy cercana y ágil). No obstante, sería recomendable que se implementaran mecanismos para canalizar al Buzón las cuestiones interpuestas por cualquier vía, para su registro sistemático a efectos de explotación de esta información para la mejora continua del proceso y del centro.

OM4: En referencia a la evidencia "PC07-CSI-CTE04 Análisis de la evaluación de las competencias del Título", se recomienda poner en este informe que elabora el DAG, el código correspondiente -PC06-CSICT-E06-XX-XX Informe anual del DAG- para que quede claro el proceso en el que se genera dicho informe.

OM5: Sería adecuado que el "PC09-Gestión y revisión de las prácticas externas" detallara el proceso el seguimiento personalizado de los estudiantes en prácticas, por parte de los tutores académicos y de la institución externa. La única referencia al detalle de este proceso se encuentra en la guía docente de "Prácticas Externas" al recomendar tres sesiones presenciales.

OM6: En el procedimiento "PE03-Definición de la política de personal académico y de administración y servicios" se dice que "el Comité de Dirección CSI es responsable de la revisión y actualización (si procede) de la Política de PDI y de PAS del CSI, teniendo en cuenta, al menos, los resultados de los procedimientos PA02-CSI "Captación, selección, formación y evaluación de PDI" y PA03-CSI "Captación, selección, formación y evaluación de PAS" y PA07 "Satisfacción, necesidades y expectativas de los grupos de interés", del SGIC del Centro".
Se recomienda la incorporación en el procedimiento de algún documento que evidencie que efectivamente se realiza esta revisión.

OM7. En el "PE01 Política Calidad Centro" se establece un límite para la elaboración de la carta de servicios. Parece más adecuado que ese límite se establezca para la publicación, que es lo relevante para los grupos de interés.

OM8. Se ha comprobado que el Centro facilita el acceso a los informes de renovación de la acreditación de los títulos del centro, a través de un enlace dentro del apartado "Identificación del título" de la web de cada título. No obstante, este enlace conduce a un buscador de la web de la DEVA de Informes de Evaluación de Títulos, en el que no es fácil acceder a los informes mencionados. Para dar un mejor cumplimiento a lo



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

Fecha: 13/ 11/ 20

establecido por la directriz 7.3 de AUDIT, que requiere a las universidades la publicación de los resultados de las evaluaciones externas realizadas a sus títulos, se recomienda que el CSI publique los informes de renovación de la acreditación de los títulos del centro en su propia web.

OM9. El Centro publica las guías docentes completas antes del periodo de matriculación, según le indicó la DEVA en los últimos informes de Renovación de la Acreditación recibidos del Grado e Comunicación y del Grado en Comunicación Digital. Se recomienda que se lleve a cabo la modificación de la normativa interna (artículos 3.4 y 4.3 de la "Normativa sobre las Guías Docentes de las asignaturas de los títulos de Grado de la UPO"), para que quede recogido este requerimiento de la DEVA.

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes del SAIC implantado en el CU San Isidoro:

El SAIC analiza anualmente de manera exhaustiva los objetivos, indicadores, y planes de mejora a nivel de Carta de Servicios y de Informe anual del Título.

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.

La configuración de los horarios y del calendario académico se realiza de manera coordinada y con la debida antelación.

Gracias a la docencia en grupos pequeños y a la atención personalizada se alcanza un grado de satisfacción muy alto de los alumnos con la docencia recibida.

La carta de servicios se constituye como una importante herramienta de transparencia y visibilidad hacia la sociedad.

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.

Destaca la efectividad del procedimiento de gestión de las prácticas, siendo muy alta la satisfacción de los alumnos con la oferta de prácticas a su disposición.

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.

La reciente aprobación y aprobación del Procedimiento "PA08-UPO Diseño y ejecución



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

Fecha: 13/ 11/ 20

de planes de contingencia de la Universidad” da muestra de la fortaleza y adaptabilidad del SAIC ante la situación generada por la pandemia.

En relación con el procedimiento PC08-Gestión y revisión de la movilidad de los estudiantes, se observa y valora positivamente el gran aumento del número de convenios del curso académico 2018/19 al 2019/20.

Es reseñable el gran trabajo de gestión y coordinación llevado a cabo por la universidad para el correcto desarrollo de la visita de auditoría de manera virtual. Todas las entrevistas se llevaron a cabo con pleno de asistentes y con la debida puntualidad.

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS
EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES**

No aplica



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

Fecha: 13/ 11/ 20

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Raúl Giráldez Rojo	Delegado del Rector para la Calidad
Cayetano Medina Molina	Director del Centro Universitario San Isidoro
Consuelo Camacho Pereira	Responsable de calidad del centro
María Elena Narváez Roediger	Responsable del Área de Calidad
Raquel Cano García y Rodrigo Siles Acuña	Representantes del profesorado en la Comisión de Garantía de Calidad del centro
Joaquín Ordoñez Vega	Representante de los estudiantes en la Comisión de Garantía de Calidad del centro
Juan Carlos Sánchez Noriega	Representante de los egresados en la Comisión de Garantía de Calidad del centro
Omar Chabán García	Responsable de Calidad del Grado en Administración y Dirección de empresas
María Eugenia López	Director Académico del Grado en Administración y Dirección de empresas
Juan José Casañas Díaz	Responsable de Calidad del Grado en Ciencias de la actividad física y del deporte.
Andrés Robles Rodríguez	Director Académico del Grado en Ciencias de la actividad física y del deporte.
Antonio Merchán Murillo	Responsable de calidad del Grado en Derecho
Victoriano Gallego Arce	Director Académico del Grado en Derecho
Raúl Sequera Díaz	Responsable de calidad del Grado en Comunicación y del Grado en Comunicación Digital
María Luisa Cárdenas Rica	Director Académico del Grado en Comunicación
David Polo Serrano	Director Académico del Grado en Comunicación Digital
Almudena Lorenzo Muñoz	Responsable de calidad del Grado en Fisioterapia
Raquel Chillón	Director Académico del Grado en Fisioterapia
Joaquín Ordoñez Vega, Juan Rodríguez-Millán Ruiz, Elena Extraviz Moreno, David Lavado Franco, Magdalena Martínez Morón, Lydia de Manuel Cantos, David Bueno García	Estudiantes
María Eugenia Reyes García, José Horno Tomé, Ana Cristina Gallego Hernández, Rosario Pérez Cabaña,	Profesores



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

Fecha: 13/ 11/ 20

Inmaculada Martín Herrera, Raquel Sobrino Sánchez,	
Marta Matés, Sergio Rosado Troya, Lourdes Sánchez Cisneros, Juan Bellver García, Pilar Roca Núñez	Egresados
Laura Ordoñez, Laura Álvarez Mesa, Carlos Villar, José Santos Santos, Mónica Vanessa Kawas Zarzar	Empleadores

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Raquel Ramírez Ojeda	Egresado del Grado en Administración y Dirección de empresas
Vanessa Villegas Galván	Empleador del Grado en Derecho



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)

- (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 Madrid, a 13/ 11/ 2020

Por el equipo auditor

D/a. Unai Zalba Irigoyen
Cargo: Auditor jefe