

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT



### Cómo se han atendido y resuelto los diferentes aspectos detectados en el Informe de certificación.

<p><b>UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE (SEVILLA)</b></p> <p><b>NOMBRE DEL CENTRO AUDITADO: CENTRO UNIVERSITARIO SAN ISIDORO, ADSCRITO A LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE, DE SEVILLA.</b></p> <p><b>Fecha elaboración: 25 de noviembre de 2020</b></p> <p><b>Fecha seguimiento: 16 de diciembre 2021/20 de diciembre 2022/21 de diciembre de 2023/22 de febrero de 2024/5 de marzo de 2025/noviembre 2025</b></p> <p>El presente plan se elaboró en respuesta al informe de auditoría desarrollada en fecha: 07/10/2020-Ha sido objeto de seguimiento anual por el Centro.</p> <p>Nombre del auditor jefe: Unai Zalba Irigoyen</p>
--

Este documento se elaboró con objeto de dejar constancia de las no conformidades y oportunidades de mejora observadas en la auditoría y de las acciones realizadas o a realizar desde entonces para mejorar con base en las mismas.

nº no conformidad	1	Categoría (nc)	nc	Subcriterio AUDIT	1.1.
Descripción	<p><b>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.</b></p>				
Análisis de la/s causa/s	<p>Según el Reglamento de la Carta de Servicios de la Universidad Pablo de Olavide, que desarrolla el procedimiento PE01, artículo 8.2: “Las Cartas de Servicio deberán ser revisadas y actualizadas (por los órganos a los que se refieren las mismas art. 8.1) siempre que haya modificaciones en los servicios prestados y otras modificaciones sustanciales y, en cualquier caso, al menos cada 3 años”, mientras que su aprobación se llevará a cabo, según el artículo 8.3. “de acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6”. En concreto, el artículo 6 establece que “las Cartas de Servicios, y sus actualizaciones posteriores, serán aprobadas por el Rector de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, una vez oído el Comité de Calidad de la Universidad...”. Si bien el Centro San Isidoro inició la revisión y actualización de la Carta con antelación a los tres años establecidos (Comisión de Calidad del Centro, de fecha 6 de febrero de 2018, (punto 4º, pág. 19) (<a href="#">link</a>),</p>				

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

	<p>acordándose en su Consejo de Gobierno de 20 de diciembre de 2018 la elevación a la Universidad de la Carta de Servicios revisada, su aprobación por el Comité de Calidad y por el Rector, así como su publicación en Boja se demoró, ya que desde la Universidad se propusieron algunos cambios en la Carta revisada y elevada a la misma, antes de su aprobación definitiva y envío a BOJA.</p>
Acción/es a desarrollar	<p>La actualización global de la Carta de Servicios del Centro adscrito, es la primera que se lleva a cabo desde su aprobación inicial; con la experiencia desarrollada y atendiendo a esta no conformidad de la auditoría, se someterá a la consideración de la Comisión de calidad de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, el siguiente calendario de actuación por parte del Centro adscrito, para que la Carta revisada globalmente se encuentre publicada en Boja a los tres años, teniendo en cuenta que la actual Carta se publicó en Boja el 11 de octubre de 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La revisión comenzará con, al menos, diez meses de antelación a la fecha en que se cumplen tres años desde la anterior publicación, con motivo del tercer seguimiento de la Carta de Servicios. (diciembre de 2021)</li> <li>- Con anterioridad a la aprobación de la Carta en Consejo de Gobierno del Centro adscrito, la Carta revisada se someterá a la consideración de la Universidad Pablo de Olavide.</li> <li>- La aprobación de la revisión en Consejo de Gobierno del Centro debe tener lugar, con cinco meses de antelación, al menos, a la fecha en que se cumplen tres años desde la anterior revisión (mayo 2022), enviándose de forma inmediata a la Universidad para su aprobación en Comité de Calidad de la Universidad y envío a Boja.</li> </ul> <p>Lo anterior no impide que, de ser necesaria una revisión de la Carta de Servicios con anterioridad a la periodicidad descrita (3 años), esta se lleve a efecto.</p> <p>Cada tres años se actuará de este modo.</p>
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	<p>Equipo de Dirección del Centro. Miembros de Comisiones de calidad del Centro y de los títulos. Miembros del Consejo de Gobierno del Centro.</p>
Fecha prevista resolución	11 de octubre de 2022
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Equipo de Dirección del Centro.
<b>SEGUIMIENTO</b>	<p>En las <a href="#">Comisiones de aseguramiento interno de la calidad de los títulos</a> del mes de diciembre de 2021, y del <a href="#">Centro de 22 de diciembre de 2021</a> se ha valorado un primer borrador de la Carta de Servicios revisada y se ha abierto la participación de los grupos de interés. También se han realizado tales acciones en la Junta de Unidad Docente de 20 de diciembre de 2021.</p>

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

	<p>La Carta de Servicios revisada, se sometió a aprobación en Consejo de Gobierno del Centro, de 17 de marzo de 2022, una vez que la Universidad de adscripción dio su visto bueno, siendo remitida al Comité de calidad de la Universidad Pablo de Olavide, de 23 de junio de 2022. Finalmente por Resolución de 23 de noviembre de 2022, de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, se procede a la aprobación de la revisión de la <a href="#">Carta de Servicios del Centro Universitario San Isidoro</a>, que se ha publicado en BOJA de 29 de noviembre de 2022.</p> <p>Esta acción de Mejora se encuentra finalizada.</p> <p>Se aclara que en noviembre de 2025 vence la Carta de Servicios del CU San Isidoro, la cual no se renovará. A partir de 2024/25 deja de ser instrumento del sistema de Calidad. La mayoría de los compromisos e indicadores contenidos en la misma, se incorporan a la Política de Calidad del Centro y a los procedimientos de calidad que sean adecuados.</p>				
nº no conformidad	2	Categoría (nc)	nc	Subcriterio AUDIT	1.5
Descripción	<p><b>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...”.</b></p>				
Análisis de la/s causa/s	<p>El retraso en la actualización del Manual de calidad, se ha debido a que tal actualización tuvo lugar en el marco de una revisión integral de los Manuales de Calidad de la Universidad de adscripción y de cada uno de sus Centros. En Comisión de Garantía Interna de Calidad de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, se desarrollaron reuniones desde 14 de julio de 2016, con el objeto de llevar a cabo una revisión integral de los Manuales de calidad. Dichas reuniones comenzaron con la revisión de los <i>procedimientos</i> del Manual de procedimientos de Calidad, tratándose de la revisión del Manual del sistema de aseguramiento interno de calidad, en la sesión 65 de la Comisión de Garantía Interna de Calidad de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, de 9 de mayo de 2018, en la que se propuso un documento modelo para el Manual de Calidad del SGIC de los Centros y sus Títulos con cambios relevantes en el mismo, siendo aprobado el 19 de junio de 2018. A partir de tal fecha se trabajó en las modificaciones del Manual de calidad del Centro, habiéndose esperado para la realización de las mismas, a contar con el Manual “modelo” de la Universidad. A dicha circunstancia se debió el retraso en su revisión.</p>				
Acción/es a desarrollar	<p>Estamos conformes con la apreciación de la auditoría, si bien queremos dejar constancia, de que el nuevo Manual del sistema de garantía interna de calidad del Centro Universitario San Isidoro y sus Títulos, se aprobó a 3 de abril de 2019 (V.2.00) (<a href="#">Link</a>), y que una vez aprobada la segunda versión del Manual, se realizaron dos revisiones puntuales del Manual, que ponen de manifiesto el compromiso del Centro con la actualización del mismo con mayor agilidad; Como acción concreta a desarrollar, se analizará de forma sistemática cada año el Manual de calidad, por parte de la Comisión de aseguramiento interno de calidad del Centro, valorando la necesidad que, en su caso, exista de modificar el mismo; todo ello en el marco del análisis del propio sistema, que se realiza en el mes de diciembre de cada año por la Comisión de aseguramiento de calidad del Centro (PE04-CSI. Medición, análisis y mejora continua).</p>				

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Subdirección de calidad Comisión de aseguramiento interno de calidad del Centro Consejo de Gobierno del Centro			
Fecha prevista resolución	Diciembre de 2020, y sucesivamente cada año, en diciembre, se hará la valoración de la necesidad de modificación del Manual de calidad del Centro.			
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Comisión de aseguramiento interno de calidad del Centro			
<b>SEGUIMIENTO</b>	A día de hoy, se cuentan con las siguientes versiones, fruto de las necesidades detectadas: ( <a href="#">Link</a> ) <a href="#">versión 2.00</a> (a partir del curso 2018-2019) <a href="#">versión 1.00</a> (Curso 2014-2015 – Curso 2017-2018) <a href="#">Versión 2.01</a> , 2020 <a href="#">Versión 2.02</a> , 2020 <a href="#">Versión 2.03</a> , 2023 <a href="#">Versión 2.04</a> , 2024 <a href="#">Versión 3.00</a> , 2025 <a href="#">Versión 3.01</a> , 2025			
nº no conformidad	3	Categoría (nc)	nc	Subcriterio AUDIT 5.5
Descripción	<b>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”.</b>			
Análisis de la/s causa/s	Coincidimos con el equipo auditor en que la Carta de Servicios no contempla de manera expresa la garantía de atención, adaptación y accesibilidad a alumnos con necesidades especiales; aclarar que esto viene motivado por entender que se trata de un servicio que se encuentra centralizado a nivel institucional en la Unidad de Cultura y Participación Social, concretamente a través del Servicio de Atención a la Diversidad Funcional, de la Universidad Pablo de Olavide ( <a href="https://www.upo.es/upsc/">https://www.upo.es/upsc/</a> ). ( <a href="#">Link</a> )			

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

Acción/es a desarrollar	Al requerirse en la presente no conformidad, que se incorpore a la Carta de Servicios del Centro, entre sus compromisos, la garantía de atención, adaptación y accesibilidad a alumnos con necesidades especiales, se elevará propuesta a la Comisión de garantía interna de calidad de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, con el fin de consensuar con el resto de Centros la inclusión del compromiso.
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Subdirección de calidad Comisión de aseguramiento interno de calidad del Centro Consejo de Gobierno del Centro
Fecha prevista resolución	Primer trimestre de 2021 (En la fecha en que se firma la presente está pendiente de nombramiento un nuevo equipo Rectoral)
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Equipo de Dirección del Centro Subdirección de calidad
<b>SEGUIMIENTO</b>	<p>Se procedió a elevar a la Comisión de garantía interna de calidad de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, la incorporación a la Carta de Servicios del Centro, entre sus compromisos, de la garantía de atención, adaptación y accesibilidad a alumnos con necesidades especiales, a partir de la creación de un servicio de atención a la igualdad y a la diversidad funcional propio en el Centro adscrito.</p> <p>Puede consultarse Acta de la reunión, <a href="#">sesión 76</a>.</p> <p>Así mismo el Centro ha creado el Servicio de Atención a la Igualdad y a la Diversidad Funcional, y ha incorporado una sección específica en su web en este ámbito: <a href="#">LINK</a></p> <p>En la versión de la <a href="#">Carta de Servicios del Centro Universitario San Isidoro</a>, a partir de 2022, se encuentra recogido tal servicio, así como compromiso e indicador.</p> <p>2025: Actualmente existe una <a href="#">sección específica en la web</a> que apoya el mencionado compromiso, así como se recoge en la <a href="#">Política de calidad del Centro</a>.</p> <p>En el curso 2024-25, la información pública se ha mejorado, y se ha introducido una guía y un flujograma del servicio.</p> <p>También se ha aprobado un <a href="#">nuevo Plan</a>, y se ha incorporado a la <a href="#">acción tutorial</a>.</p>
Oportunidades de mejora	1
Descripción	<b>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.</b>
Análisis de la/s causa/s	No consta en el PC11 Gestión de la Inserción Laboral, que el informe de inserción laboral se realiza transcurridos dos años de la graduación de cada promoción.
Acción/es a desarrollar	En relación con esta no conformidad, se han desarrollado las siguientes acciones:

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha solicitado a la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, que se valore la modificación del PC11, dejando constancia de que el informe de inserción laboral se realiza transcurridos dos años de la graduación de cada promoción, y así se ha hecho en la sesión nº 71 de la Comisión de garantía interna de calidad de los Centros, celebrada el día 8 de junio de 2020.</li> <li>- El 31 de julio de 2020, el Centro adscrito modificó el PC11 haciendo constar que el informe de inserción laboral se realizará cada dos años. <a href="#">Link</a></li> </ul> <p>Al no quedar claro desde cuándo se cuentan los dos años, se actualiza el PC11, haciendo constar de forma clara que “El informe de inserción laboral se realiza transcurridos dos años de la graduación de cada promoción”.</p>
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Subdirección de calidad del Centro Comisión de aseguramiento interno de calidad del Centro Consejo de Gobierno del Centro
Fecha prevista resolución	Diciembre de 2020
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Subdirección de calidad del Centro
<b>SEGUIMIENTO</b>	<p>El 31 de julio de 2020, el Centro adscrito modificó el PC11 haciendo constar que el informe de inserción laboral se realizará cada dos años. <a href="#">LINK</a></p> <p>Al no quedar claro desde cuándo se cuentan los dos años, el 7 de enero de 2021, se modificó el PC11, haciendo constar de forma clara que “El informe de inserción laboral se realiza transcurridos dos años de la graduación de cada promoción”. PC11: <a href="#">LINK</a></p>
Oportunidades de mejora	2
Descripción	<b>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</b>
Análisis de la/s causa/s	Hay formatos de la Carta de Servicios que no incorporan la fecha de aprobación y período de vigencia de la misma.
Acción/es a desarrollar	En cuanto al formato de Carta de Servicios publicado en Boja, responde a formato aprobado por la Universidad Pablo de Olavide, constando la fecha de aprobación de la misma por el Rector, y de publicación en Boja; en la próxima revisión de la Carta de Servicios, se incorporará el período de validez de la misma.

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Subdirección de calidad del Centro Comisión de aseguramiento interno de calidad del Centro Consejo de Gobierno del Centro
Fecha prevista resolución	Folleto: diciembre 2020 Carta de servicios: 11 de octubre de 2022
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Comisión de aseguramiento interno de calidad del Centro Subdirección de calidad del Centro
<b>SEGUIMIENTO</b>	Al efecto se ha modificado el Folleto 2020: <a href="#">LINK</a> En la versión de la <a href="#">Carta de Servicios del Centro Universitario San Isidoro</a> , a partir de 2022, se cumple con la oportunidad de Mejora, que se considera finalizada.
Oportunidades de mejora	3
Descripción	<b>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.</b>
Análisis de la/s causa/s	Pueden presentarse incidencias, reclamaciones y sugerencias por canal distinto del Buzón, por lo que se recomienda implementar 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.
Acción/es a desarrollar	Desde el Centro Universitario San Isidoro se recordará a los alumnos la utilidad del Buzón de "Quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones" como vía para su canalización. Asimismo, se recordará al PDI y PAS la idoneidad de que las quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones se trasladen a través de dicho buzón. Para ello: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se utilizará cartelería sobre el Buzón IRSF.</li> <li>- En reuniones de delegados y de seguimiento se recordará la utilidad del Buzón IRSF.</li> </ul> El Reglamento de gestión del Buzón IRSF ( <a href="#">LINK</a> ) contempla, además de Tramitación electrónica de las IRSF a través del Buzón, la tramitación a través de Registro: <i>“se puede dirigir una instancia a través del Registro General del Centro, dirigiendo una instancia electrónica o en papel al/a la Director/a Académico/a y que será derivada por éste/a al/a la Responsable de Calidad del Centro para su gestión”.</i>

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

	Caso de que existieran tales IRSF a través de la tramitación por Registro, se incluirán en el Informe que se realiza anualmente de las IRSF, junto a las que se presentan por Buzón.
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Equipo de Dirección del Centro Comisión de aseguramiento interno de calidad del Centro Subdirección de calidad del Centro Personal de administración del Centro (Registro)
Fecha prevista resolución	Julio de 2021
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Subdirección de calidad del Centro
<b>SEGUIMIENTO</b>	No ha habido IRSF presentadas a través de la tramitación por Registro.
Oportunidades de mejora	4
Descripción	<b>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.</b>
Análisis de la/s causa/s	El Informe de la Dirección Académica del Grado (DAG) no refleja el código de la evidencia del proceso en que se genera.
Acción/es a desarrollar	Plantear en la próxima Junta de Unidad Docente, la constancia en el informe que elabora el DAG, del código correspondiente “PC06-CSICT-E06-XX-XX Informe anual del DAG”.
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Direcciones académicas de los Grados Junta de Unidad Docente
Fecha prevista resolución	Julio 2021.
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Direcciones académicas de los Grados
<b>SEGUIMIENTO</b>	En Junta de Unidad Docente se aprobó tal incorporación que consta en los Informes de todos los Grados, menos del Grado en Administración y Dirección de Empresas, por lo que se ha procedido a recordar la necesidad de su inserción. Detectado esto por ACCUA, se ha propuesto la

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

	incorporación en los informes de todos los Códigos a que se refiere la evidencia, por lo que los Informes de 2024-25 deben contenerlos. <a href="#">LINK</a> (Acceso con clave)
Oportunidades de mejora	5
Descripción	<b>Sería adecuado que el “PC09-Gestión y revisión de las prácticas externas” detallara en 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.</b>
Análisis de la/s causa/s	Falta de detalle en el “PC09-Gestión y revisión de las prácticas externas” del proceso de seguimiento personalizado de los estudiantes en prácticas, por parte de los tutores académicos y de la institución externa.
Acción/es a desarrollar	La guía docente de cada Grado relativa a la asignatura de prácticas, detalla el proceso de seguimiento personalizado de los estudiantes en prácticas, lo que se lleva a cabo en, al menos, cuatro sesiones presenciales, como así se indica en las mismas. Además, en la página web de cada Grado se detallan los profesores tutores académicos de las prácticas en cada Grado. El contenido de los informes de seguimiento del estudiantado, se regula además en el Reglamento de prácticas del Centro: <a href="#">Link</a>  No obstante, se someterá a la Comisión de calidad de los Centros de la Universidad, la conveniencia de incorporar como evidencia PC09-CSI-E03-XX-XX del procedimiento PC09-CSI, la guía docente de prácticas de cada Grado, en la que consta el detalle indicado.
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Dirección de Comunicación y Relaciones Externas
Fecha prevista resolución	Julio 2021
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Dirección de Comunicación y Relaciones Externas
<b>SEGUIMIENTO</b>	Se sometió a la <a href="#">Comisión de calidad de los Centros de la Universidad</a> , la conveniencia de incorporar como evidencia PC09-CSI-E03-XX-XX del procedimiento PC09-CSI, la guía docente de prácticas de cada Grado, en la que consta el detalle indicado. Se ha incorporado como evidencia PC09-CSI-E03-XX-XX del procedimiento PC09-CSI, la guía docente de prácticas de cada Grado.

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

	<p>. Versión previa 00: <a href="#">.LINK</a></p> <p>. Versión modificada 01: <a href="#">.LINK</a></p> <p>2025: En <a href="#">informe de seguimiento de ACCUA</a> (IMPLANTA), considera en relación con el cumplimiento de la certificación AUDIT OM5, que el Centro no ha incorporado en detalle cual es el seguimiento para los estudiantes en prácticas. Sigue recogándose en la guía docente de "Prácticas externas" que el alumno debe acudir a 3 o 4 sesiones de seguimiento con su tutor en función del grado, pero no el desglose en detalle del proceso.</p> <p>Por ello, tras considerar la realización de la Mejora ampliando el Plan de mejora del Centro 2024-25, se ha procedido a aprobar la <a href="#">modificación del PC09-CSI</a> suprimiendo la evidencia relativa a las Guías Docentes, e incorporando el detalle en el proceso el seguimiento personalizado de los estudiantes en prácticas, por parte de los tutores académicos y de la institución externa. Además de esto, se ha elaborado un Protocolo de prácticas explicativo del desarrollo en cada Grado.</p>
Oportunidades de mejora	6
Descripción	<p><b>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.</b></p>
Análisis de la/s causa/s	<p>No se encuentra incorporado al PE-03, documento que evidencie la revisión y actualización (si procede) de la Política de PDI y de PAS del CSI por el Comité de Dirección.</p>
Acción/es a desarrollar	<p>Proponer a la Comisión de calidad de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, Incorporar al procedimiento PE03-CSI evidencias, a incluir con la periodicidad indicada en los documentos de política de calidad correspondientes, PE03-CSI-E05-XX-XX: Acta del Comité de Dirección revisando y actualizando, si procede, la Política de PAS. PE03-CSI-E06-XX-XX: Acta del Comité de Dirección revisando y actualizando, si procede la Política de PDI. Tras su visto bueno, incorporar al procedimiento tales evidencias.</p>

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Comité de Dirección del Centro Gerencia Subdirección de calidad
Fecha prevista resolución	Julio de 2021
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Subdirección de calidad
<b>SEGUIMIENTO</b>	<p>Se hizo la propuesta a la Comisión de calidad de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, <a href="#">sesión 77</a>. (Acceso con clave). Se ha procedido a modificar el procedimiento: Se ha incorporado al procedimiento <a href="#">PE03-CSI</a> evidencias, a incluir con la periodicidad indicada en los documentos de política de calidad correspondientes, PE03-CSI-E05-XX-XX: Acta del Comité de Dirección revisando y actualizando, si procede, la Política de PAS. PE03-CSI-E06-XX-XX: Acta del Comité de Dirección revisando y actualizando, si procede la Política de PDI</p> <p>. Versión previa 00: <a href="#">.LINK</a></p> <p>. Versión modificada 01: <a href="#">.LINK</a></p>
Oportunidades de mejora	7
Descripción	<b>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.</b>
Análisis de la/s causa/s	Hacer constar en el PE01 límite para la publicación de la Carta de Servicios.
Acción/es a desarrollar	En relación con la no conformidad 1, proponemos un calendario que permita garantizar que la Carta se encuentre publicada a los tres años desde la publicación de la anterior. No obstante, una vez que la Carta revisada se envía a BOJA, no podemos controlar el tiempo que tarde la Administración pública en su publicación. Se someterá esta oportunidad de mejora a la Comisión de calidad de los Centros de UPO, para valoración de la posible modificación del PE01 en el sentido indicado.
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Subdirección de calidad Consejo de Gobierno del Centro

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

Fecha prevista resolución	Julio 2021
Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Subdirección de calidad
<b>SEGUIMIENTO</b>	Se sometió esta oportunidad de mejora a la Comisión de calidad de los Centros de UPO, para valoración de la posible modificación del PE01 en el sentido indicado, <a href="#">sesión 77</a> (Acceso con clave), pero no se aceptó por las razones indicadas.
Oportunidades de mejora	8
Descripción	<b>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 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.</b>
Análisis de la/s causa/s	Los informes de renovación de la acreditación de los títulos del Centro no están publicados con un acceso directo en la web.
Acción/es a desarrollar	Publicación de los informes de renovación de la acreditación de los títulos del Centro en su propia web. Todos los informes de agencias externas constan en la web de cada Grado, en el apartado Identificación del Título, al final.
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Informática
Fecha prevista resolución	Realizado a fecha 23 de noviembre de 2020 Grado en Comunicación Digital: <a href="#">Link</a> Grado en Comunicación: <a href="#">Link</a>

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Subdirección de calidad
<b>SEGUIMIENTO</b>	<p>Realizado a fecha 23 de noviembre de 2020            Grado en Comunicación Digital: <a href="#">Link</a>            Grado en Comunicación: <a href="#">Link</a>            Ver último apartado.</p> <p>A partir de 2024-25 aparecen todos en el apartado de la web:  <a href="https://centrosanisidoro.es/calidad/seguimiento-los-grados/calidad-informes-deva/">https://centrosanisidoro.es/calidad/seguimiento-los-grados/calidad-informes-deva/</a></p>
Oportunidades de mejora	9
Descripción	<b>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 en 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.</b>
Análisis de la/s causa/s	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 recogida la publicación de las guías docentes completas antes del periodo de matriculación.
Acción/es a desarrollar	En relación con esta oportunidad de mejora, señalar que el Centro adscrito no es competente para modificar la normativa sobre las Guías Docentes de la Universidad de adscripción. Este Centro únicamente puede poner en conocimiento de la Comisión de garantía interna de calidad de los Centros la presente recomendación, con el fin de que se eleve a las instancias correspondientes de la Universidad.
Recursos comprometidos (humanos, técnicos, económicos, etc.)	Subdirección de calidad
Fecha prevista resolución	Julio de 2021

## SEGUIMIENTO PAM AUDIT

Responsable/s ejecución y/o seguimiento	Subdirección de calidad
<b>SEGUIMIENTO</b>	Se sometió esta oportunidad de mejora a la Comisión de calidad de los Centros de UPO, para valoración de la posible modificación del PE01 en el sentido indicado, <a href="#">sesión 77</a> (Acceso con clave).

Fdo. Subdirección de Calidad del Centro