



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE
ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR**

Fecha emisión informe: **21/ 03/ 16**

V02
(Tras alegaciones)

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

| | |
|--|---|
| Universidad | Pablo de Olvide |
| Centro | Escuela Politécnica Superior |
| Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i> | Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable. |
| Fecha de la auditoría | 23 de febrero de 2016 |

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 | Belén Floriano Pardal |
| Cargo | DG Seguimiento y Garantía de Calidad Vicerrectorado de TIC, Calidad e Innovación Universidad Pablo de Olavide, Sevilla |
| Tfno. y correo | +34 95 497 75 24 - 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 | Gloria Zaballa Pérez | Institución | U. de Deusto |
| Auditor | José Antonio Pérez de la Calle | Institución | ANECA |
| Aud. Formación | | Institución | |

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.

| Directriz AUDIT | | Directriz AUDIT | |
|---|-----------------|---|-----------------|
| 1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad | No Conf. | 1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes | No Conf. |
| 1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad | | 1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro | 5 |
| 1.0.2. Grupos de interés implicados | | 1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores | |
| 1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue | 1,2 | 1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes | |
| 1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad | | 1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes | |
| 1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés | | 1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes | |
| 1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos | No Conf. | 1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje | |
| 1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos | | 1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje | |
| 1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa | | 1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico | No Conf. |
| 1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos | 7 | 1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico | |
| 1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión | | 1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico | |
| 1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés | | 1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico | |
| 1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título | | 1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción | |
| OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios | | 1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal | |
| | | 1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal | |

(Sigue)

| Directriz AUDIT | | Directriz AUDIT | |
|--|-----------------|---|-----------------|
| 1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios | No Conf. | 1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones | No Conf. |
| 1.4.1.Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios | | 1.6.1.Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas | |
| 1.4.2.Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios | | 1.6.2.Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc. | |
| 1.4.3.Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios | 3 | 1.6.3.Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés | 4 |
| 1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios | 6 | 1.6.4.Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos | |
| 1.4.5.Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios | | | |
| 1.4.6.Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios | | | |
| 1.4.7.Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios | | | |
| 1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados | No Conf. | | |
| 1.5.1.Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza | | | |
| 1.5.2.Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés | | | |
| 1.5.3.Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados | | | |
| 1.5.4.Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados | | | |
| 1.5.5.Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados | | | |
| 1.5.6.Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados | | | |
| 1.5.7.Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados | | | |

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

| Nº No Conf. (1) | Subcrit. AUDIT | Justificación | Cat. No Conf. (2) |
|-----------------|----------------|---|-------------------|
| 1 | 1.0.3 | En contra de lo especificado en el criterio 1.0 del Modelo AUDIT, no se evidencia que la Política y objetivos de Calidad de la EPS sean conocidos de manera adecuada tanto entre el colectivo de estudiantes, como de PDI y PAS. | nc |
| 2 | 1.0.3 | <p>En contra de lo especificado en PA01, Gestión y control de los documentos y registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evidencia que existen documentos vinculados al SGIC que carecen de la firma correspondiente, como p. ej.: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Actas, p.e. Nombramiento del nuevo responsable de calidad de la EPS, 12-2-16 ➤ Horarios del curso 2015-16 • Se evidencia que el SGIC de la EPS recoge un procedimiento en vigor, PC09 EPS, de Gestión y revisión de prácticas externas, cuando los estudios que se llevan a cabo en dicho centro no contemplan dichas prácticas. • Si bien en PA01 se especifica que "Cada formato se incluirá como anexo con su correspondiente codificación", se evidencia que existen procedimientos del SGIC en vigor donde se citan en su apartado 8 "Relación de formatos asociados", determinados formatos que posteriormente no aparecen como anexo. Por ej., en PE01 EPS, PA07 EPS o PE04 EPS. • La carta de servicios que aparece en la página web no está actualizada. Aparece foto y firma del anterior Director de la Escuela, pudiendo inducir a error al lector. | NCM |
| 3 | 1.4.3 | En contra de lo especificado en el procedimiento PA08 EPS de Gestión de la Prestación de Servicios, no se ha evidenciado que se realice la planificación anual de servicios externos del Centro (PA08-EPS-E01-XX-XX). | nc |
| 4 | 1.6.3 | En contra del procedimiento PC14 EPS de Información pública, no se evidencia que exista un plan de comunicación actualizado. El único al que tiene acceso el equipo auditor, corresponde al año 2009. | nc |
| 5 | 1.2.1 | A partir del testimonio facilitado por el grupo de estudiantes, se evidencia que las incidencias menores surgidas en el desarrollo de la actividad de la EPS se canalizan de forma verbal en muchos casos, por lo que no siempre se guarda registro de todas ellas, de acuerdo a lo indicado en el proceso PA07 EPS de Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias. P.ej. incidencias relacionadas con equipos informáticos en aula, mobiliario o climatización. | nc |

| Nº No Conf. (1) | Subcrit. AUDIT | Justificación | Cat. No Conf. (2) |
|-----------------|----------------|--|-------------------|
| 6 | 1.4.4 | <p>En relación al procedimiento PA06 EPS de Gestión de los recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> La evidencia PA06 E01, Memoria anual del Centro, no hace referencia a los recursos materiales (que son precisamente el objeto del procedimiento PA06), sino a procedimientos que ya no existen o que se citan con otra denominación. | nc |
| 7 | 1.1.3 | <p>En contra de PC01 EPS, de Diseño de la oferta formativa del Centro, no se ha podido evidenciar, ni accediendo al repositorio Alfresco, ni en el documento "apuntador", que se haya cumplimentado el formato E02, Acta de definición de la oferta formativa en términos competenciales.</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 SGIC, 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 SGIC, 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).

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

Con carácter de recomendación, se sugiere a la Facultad de Ciencias Experimentales (EPS) de la UPO revisar los siguientes aspectos relativos al SGIC:

- Si bien el criterio 1.5 de AUDIT especifica que se deben medir, analizar y utilizar los resultados del aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de los grupos de interés, conviene explicitar en el SGIC que esta operativa se aplicará al resto de los procesos, pues se ha evidenciado que los procesos documentados en el SGIC no conducen en todos los casos al PE04 de medición, análisis y mejora continua.
- Aun cuando pueden existir otros mecanismos que permitan la trazabilidad de un proceso de auditoría interna, es muy recomendable que los informes que se generen fruto de aquellas, sean autocontenidos en sus datos, es decir, que se especifique claramente sobre ellos y entre otros, quienes han sido los miembros del equipo auditor, su Unidad o Centro de origen, así como el alcance de la auditoría realizada y las posibles exclusiones.
- Se podría mejorar la trazabilidad del apartado 7. Medidas, análisis y mejora continua, de todos los procedimientos, con el procedimiento PA4 EPS "Medición, análisis y mejora continua", para asegurar la implantación de la mejora continua de todo el SIGC.
- La participación del PDI y estudiantes de la EPS en las encuestas de satisfacción resulta aún baja, por lo que se deberían definir e implantar acciones que permitan aumentar dicha participación.
- Se debería ajustar el procedimiento PA07 EPS de Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias al reglamento de la gestión del buzón de IRS, de modo que ambos estén alineados.
- Se debería mejorar el seguimiento realizado a los Planes de mejora, especificando qué se hace con las acciones de mejora no conseguidas en un curso concreto, asegurando así su inclusión en el Plan de mejora del siguiente curso ó su desestimación.
- El informe anual que elabora el técnico de laboratorio, no está incluido en el procedimiento PA06 EPS de Gestión de recursos materiales. Dada la utilidad que este puede tener para la Escuela, debería valorarse su inclusión en el SGIC de la EPS, incorporando además el número de versión de las aplicaciones que se instalan en los equipos informáticos.
- El órgano responsable de la EPS debería realizar un mayor seguimiento de las acciones de mejora y de la resolución de incidencias, ya que en el caso de aquellas que tienen su origen fuera de la propia Escuela, son dirigidas a su responsable para su tramitación, momento a partir del cual parece perder la información de detalle sobre su desarrollo.
- Si bien las tasas de participación en las encuestas de satisfacción de los estudiantes son muy bajas, de los resultados de aquellas se desprende que el hito peor valorado son las prácticas externas. Como el Grado en IISI no tiene en la actualidad prácticas externas, se entiende que un posible motivo de la queja sea precisamente que el alumnado echa en falta su inclusión en el ciclo académico.
- En la próxima revisión del SIGC, se deberían revisar todos los procedimientos incluidos en aquel para mejorar su adaptación a la realidad del funcionamiento del Centro.

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

- En la aplicación Alfresco, respecto al PA01, EPS, Gestión y control de los documentos y los registros, se recomienda establecer una estructura de documentos que facilite la identificación rápida y directa de las últimas versiones de los procedimientos y de sus registros.

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes del SGIC implantado en la EPS de la UPO

- Alto grado de satisfacción manifestada por los empleadores hacia la disponibilidad que con ellos muestra de forma habitual el PDI de la EPS, y por la preparación que demuestran sus egresados.
- Aun cuando el Modelo AUDIT no obliga a ello, el SGIC dispone de un Procedimiento de Auditoría Interna (PE05-EPS), a partir del cual se ha llevado a cabo una auditoría interna en septiembre de 2015.
- Se han llevado a cabo Jornadas de Calidad en la EPS, durante el año 2014 (si bien no se proporcionan los datos de participación).
- La página web del Centro se considera clara, intuitiva y fácilmente navegable, con contenidos que resultan de interés inmediato para el estudiante.
- La página web de la EPS es muy transparente respecto a la difusión de los resultados obtenidos por los estudiantes del Grado que se imparte.
- Se dispone de un repositorio documental para la documentación y registros del SGIC (Alfresco) muy completo e intuitivo.
- Los informes de seguimiento anual de la titulación son muy completos y transparentes.

GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA REACREDITACIÓN DE TÍTULOS

Este apartado aplica exclusivamente a aquellas universidades donde el proceso de acreditación de titulaciones oficiales corresponde a ANECA.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|--|--|
| Alicia Troncoso Lora | Vicerrectora de TIC, Calidad e Innovación |
| Belén Floriano Pardal | Directora General de Seguimiento y Garantía de Calidad |
| Norberto Díaz Díaz | Director Escuela Politécnica Superior |
| Antonio Gallardo Correa | Decano Facultad de Ciencias Experimentales |
| Rosa M ^a Díaz Jiménez | Decana Facultad de Ciencias Sociales |
| Esther Atencia Gil | Directora Área de Calidad |
| Norberto Díaz Díaz | Director de la EPS |
| Carlos D. Barranco González | Subdirector Ordenación Académica e Innovación Docente |
| Manuel Béjar Domínguez | Subdirector Calidad y Planificación |
| Ángel F. Tenorio Villalón | Secretario |
| Raúl Giráldez Rojo | Anterior responsable de calidad de la EPS |
| Alfonso Romero Zapata | Técnico de laboratorio de la EPS |
| M ^a del Pilar Moreno Navarro | Profesor TItular de Universidad. CURSOS 1º |
| M ^a Beatriz Hernández Jiménez | Profesor Contratado Doctor. CURSOS 1º 2º |
| Federico Divina | Profesor Contratado Doctor. CURSOS 2º |
| Francisco Martínez Álvarez | Profesor Contratado Doctor. CURSOS 1º 2º 3º |
| Domingo S. Rodríguez Baena | Profesor Contratado Doctor. CURSOS 2º 3º |
| Luis Merino Cabañas | Profesor Titular de Universidad. CURSOS 2º 3º 4º |
| José Antonio Cobano Suárez | Profesor Asociado. CURSOS 1º 2º 4º |
| Miguel García Torres | Profesor Contratado Doctor. CURSOS 2º 4º |
| Biblioteca: Carmen Baena Díaz | Directora de la Biblioteca |
| Marilin Domínguez Lozano | Jefa de la Unidad de Centros |
| Miguel Ángel Herrera Sánchez | Director de la Oficina de Relaciones Internacionales y Cooperación |

| | |
|--|--|
| Dolores Barcia Tirado | -Coordinadora Oficina Proyectos y Servicios |
| Asunción Pérez Jiménez | Jefa de Unidad de Matrícula |
| M ^a Dolores Navarro Mellado | Jefa Unidad de Gestión del Expediente y Relaciones con los Centros |
| Manuela González Pariente | Apoyo administrativo de la Escuela Politécnica Superior |
| M ^a Inmaculada Zarza Charneco | Apoyo administrativo de la Facultad de Ciencias Sociales |
| Isabel Gracia Jiménez Barbero | Apoyo administrativo de la Facultad de Ciencias Experimentales |
| José Julio Camacho Pachón | Egresado de la EPS |
| Ricardo Acedo de Talavera | Egresado de la EPS |
| Abel Cuevas Moreno | Egresado de la EPS |
| Antonio Galicia De Castro | Egresado de la EPS |
| Alejandro Luzuriaga Rodríguez | Egresado de la EPS |
| Carlos Velásquez Requena | Egresado de la EPS |
| Paula Melgar Guerra | Estudiante 1º, Grado IISI |
| Ana Isabel Hernández Barrera | Estudiante 2º, Grado IISI |
| Álvaro Navarro Acosta | Estudiante 2º, Grado IISI |
| Javier Soto García | Estudiante 2º, Grado IISI |
| Fernando Manuel Ramila Gómez | Estudiante 3º, Grado IISI |
| Cayetano Romero Vargas | Estudiante 3º, Grado IISI |
| Alejandro Fernández Ávila | Estudiante 4º, Grado IISI |
| Patricia Jiménez Herrera | Estudiante 4º, Grado IISI |
| José Antonio Cobano Suárez | Representante del Área de Ingeniería de Sistemas y Automática |
| José Fernando Campos | Representante del Área de Organización de Empresas |
| Feliciano de Soto Barrero | Representante del Área de Física Aplicada |
| Miguel Ángel García Olmedo | Representante de los Estudiantes |



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC
IMPLANTADO EN LA ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR
DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE.**

Fecha: 21/ 03/ 16

| | |
|--------------------------|---|
| Aurelio López | Representante de los Estudiantes Egresados |
| José Luis López Aranda | AYESA. Gerente en la Dirección de Productividad y Eficiencia, Responsable de Staffing |
| David Munárriz Fernández | EMERGYA. socio Fundador - Director de Negocio |
| Rocío Delgado Sánchez | GUADALTECH. Gestora de proyectos de implantación de ERP |
| Juan Infante Zumer | INDRA. Ingeniero de Sistemas Senior |

EXCUSADOS

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|--------|------------------|
| --- | --- |
| | |

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC 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 SGIC, 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.

Por el equipo auditor (1)



Gloria Zaballa Pérez
Cargo: Auditor jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo