



PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

**FACULTAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y TURISMO
UNIVERSIDAD DE HUELVA**

Elaboración del Plan de Acciones Correctivas y de Mejora: 30/10/2024



RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

El objetivo principal de la auditoría interna ha sido revisar el grado de implantación y madurez del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro para detectar las fortalezas, así como las posibles desviaciones atendiendo a los criterios del Programa IMPLANTA-SGCC de la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (ACCUA, antes DEVA), y a los requisitos establecidos en el propio sistema.

El propósito de la auditoría es diseñar y aplicar, a partir de los resultados, un plan de acciones correctivas para subsanar las desviaciones detectadas (no conformidades) y contar con una situación de partida más favorable ante la futura certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de la ACCUA.

Por ello, se propone que las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas sean tratadas como recomendaciones a valorar y, en su caso, a atender para minimizar y eliminar las causas de una posible no conformidad futura o, en términos del programa IMPLANTA, que puedan condicionar la certificación del sistema.

De manera general, se considera que el SGC que aplica la Facultad es un sistema integrado y estructurado para centros que imparten títulos de grado y máster. No obstante, hay algunas cuestiones que precisan de mejora. Concretamente, en este proceso de auditoría interna se han encontrado hallazgos que pueden considerarse no conformidades (NCM: 10, nc: 2). Además, se señalan 10 observaciones generales al SGC y 13 oportunidades de mejora.

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que el equipo decanal de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo está compuesto por personas muy implicadas y claramente orientadas a la mejora continua, por lo que se espera que impulsen las acciones correctivas necesarias para mejorar el SGC del centro. Se anima a las personas responsables del sistema a valorar y tener en cuenta las *observaciones generales* detalladas en este informe, ya que se trata de recomendaciones de especial seguimiento que podrían contribuir a eliminar posibles no conformidades actuales y futuras. Asimismo, las *oportunidades de mejora* deben tratarse como recomendaciones que podrán mejorar aspectos del SGC implantado en la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo de la Universidad de Huelva.

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



Resumen global de la auditoría por cada Criterio/Dimensión IMPLANTA-SGCC			
Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC		Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC	
1. Información pública.	No Conf.	2. Política de aseguramiento de la calidad.	No Conf.
1.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.	1	2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad.	
	2		
	3	2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida continua, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.	9
	4		10
	5		12
	6		
	7	2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.	
	8		
3. Personal docente e investigador.	No Conf.	4. Gestión de recursos materiales y servicios.	No Conf.
3.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.	11	4.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes para la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.	
5. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.	No Conf.		
5.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado.			



DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES				
Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA	Acción correctiva propuesta
1	NCM	En algunos procedimientos sigue haciéndose referencia a la antigua Facultad de Ciencias Empresariales, y no a la vigente de Ciencias Empresariales y Turismo, la cual consta como tal en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT) desde el año 2016. Véase, por ejemplo, el procedimiento de <i>Capacitación, competencia y cualificación del personal docente e investigador</i> (P07). Sería necesario actualizar la referencia en los distintos documentos, teniendo en cuenta que el SGC y sus procedimientos se someten a revisión anual según consta en el procedimiento de <i>Revisión del Sistema de Garantía de Calidad del Centro</i> (P06)	SGC Criterio 1	Se han modificado los procedimientos (P03, P06, P07) y MSGC (Revisión 5).
2	NCM	En el alcance del Manual SGC (pág. 6) se incluye un máster cuya denominación, tal y como se presenta, no consta en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT) en el momento de la auditoría (Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas y Gestión de Recursos Turísticos). En su lugar se identifica el "Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas" (RUCT). Según se indicó, el título se encuentra en proceso de evaluación por la agencia. Sería conveniente hacer referencia a este una vez se oficialice para que no lleve a confusión a los grupos de interés.	Manual Criterio 1	Como consta en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT), el Máster en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas y Gestión de Recursos Turísticos fue <i>verificado</i> el 5 de junio de 2024 , la auditoría tuvo lugar el 2 de julio de 2024 , y la fecha de publicación en BOE del Plan de Estudios es de 28 de octubre de 2024.



3	NCM	<p>En el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y la comunicación</i> (P01) se recoge el contenido que debe publicarse en la web del centro y de los títulos. A su vez, en la mayoría de los documentos del SGC (Manual, plan de comunicación, apartado 4 de cada procedimiento) aparece la web como lugar de localización/ubicación de las evidencias del sistema, incluidas las de acceso restringido (actas de los órganos colegiados, por ejemplo). Para evitar que el SGC recoja información contradictoria o confusa, se considera necesario que la documentación describa fielmente su carácter (público/abierto o restringido/cerrado) y localización raíz (web, OneDrive, secretaría del centro, etc.), garantizando la coherencia entre las distintas fuentes de información. Asimismo, que se incluyan los supuestos en los que se concede el permiso para consultar la documentación de carácter restringido, más allá de que dicho acceso sea determinado en cada momento por el vicedecano/a responsable de calidad. Los supuestos deben ser conocidos de antemano por los grupos de interés.</p>	Criterio 1	Se han revisado los documentos del SGC para que no se recoja información contradictoria o confusa.
4	NCM	<p>En contra de lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y comunicación</i> (P01), parte del contenido web del centro y sus títulos está desactualizado, no permite su consulta o lleva al apartado genérico del SGC. Si bien es cierto que durante la revisión documental se estaba llevando a cabo la reforma del contenido web, y que las acciones relacionadas en el último plan de mejora del centro finalizan en septiembre de 2024 y las de los títulos en el curso 2024-2025, se considera necesario actualizar la información a la mayor brevedad y velar por su fácil accesibilidad, cumpliendo con el criterio 1 del programa IMPLANTA. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• En la web del centro, pestaña Comisiones y actas, no siempre se recoge la información correspondiente. En algunos casos al acceder al apartado Comisión de calidad de centros y títulos, el enlace lleva al apartado del SGC y no al contenido en cuestión.• En el Máster Universitario en Dirección de Empresas Turísticas, pestaña-desplegable Indicadores e informes del SGC, aparece la referencia a los cursos académicos sin acceso a información. En el caso de los autoinformes de seguimiento solo pueden consultarse los relativos al curso 2020-2021 y 2021-2022. El resto están inactivos	Criterio 1	Se ha actualizado la información de la web y títulos. El Centro vela por la información proporcionada a los grupos de interés, cumpliendo con el criterio 1 del programa IMPLANTA.



		<p>o no se incluye su referencia, como sucede con el autoinforme de seguimiento del curso 2022-2023. Los enlaces a los planes de mejora y a los informes de evaluación externa de la DEVA (actual ACCUA) están inactivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> En el Máster Universitario en Economía, Finanzas y Computación no funciona el enlace al SGC, dentro del apartado “Evaluación, seguimiento y mejora”. Asimismo, aparecen dos memorias de verificación, la inicial y la vigente. Esta última responde a una modificación sustancial del mismo título por lo que la referencia a “un nuevo plan de estudios”, como se indica en la página web principal, puede llevar a confusión. Del mismo modo, los autoinformes de seguimiento únicamente están disponibles hasta el curso 2021-2022, sin referencia a los más recientes. 		
5	NCM	<p>En contra de lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y comunicación</i> (P01), la información web del doble Grado en Administración y Dirección de Empresas y Derecho está incompleta. En este sentido, no se recoge la información que puede ser significativa y de utilidad al estudiantado actual y potencial: número de plazas, cómo se desarrolla el TFG, reconocimiento de asignaturas, etc. Debería completarse la información siguiendo lo publicado para otros dobles grados del centro, por ejemplo, el de doble Grado en ADE y Turismo garantizando que se cumple con el RD 822/2021 o bien optando por mejorar la visualización de dicha información destacando los aspectos más relevantes del doble grado en el propio sitio web, más allá de la publicación de un documento PDF con toda la información (Anexo 1), con el objetivo de facilitar su accesibilidad y uso por parte de los grupos de interés. En todo caso se debe garantizar que se cumple con la normativa aplicable.</p>	Criterio 1	Se ha completado la información web de los dobles Grados.
6	NCM	<p>En contra de lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</i> (P04), la información obtenida mediante los grupos de discusión tiene carácter restringido, y no se encuentra pública en la web, como establece el citado procedimiento y el programa IMPLANTA. Puesto que los informes de resultados de los grupos de discusión están relacionados con la satisfacción</p>	Criterio 1	La información obtenida mediante los grupos de discusión se encuentra pública en la web (adaptada para cumplir con la normativa aplicable en el ámbito de la



		de los colectivos, se deberían publicar estos con el tratamiento necesario para cumplir con la normativa aplicable en el ámbito de la protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Por ejemplo, presentando exclusivamente las conclusiones o resultados más relevantes, categorizando y anonimizando las opiniones, etc.		protección de datos personales y garantía de los derechos digitales), como indica el procedimiento P04 y el programa IMPLANTA.
7	NCM	En contra de lo establecido en el procedimiento de <i>Atención a los grupos de interés: canal de atención de quejas, reclamaciones, alegaciones, sugerencias y felicitaciones</i> (P02), y concretamente en el apartado 6, Rendición de cuentas, en la página web del centro no se ha encontrado información suficiente de cómo presentar sugerencias, quejas, reclamaciones y/o felicitaciones sobre los servicios y las titulaciones que componen la oferta formativa de este. Además, el enlace al buzón se encuentra a pie de página, en la pestaña recursos donde está disponible el formulario , pero sin prácticamente explicación y en un lugar no demasiado visible. Sí se encuentra en un lugar visible, denominado “Destacados” el banner destinado a presentar incidencias relacionadas con las infraestructuras. Sobre el buzón se avanzó que la ubicación responde a una cuestión institucional que no decide el centro.	Criterio 1	En la página web del centro se ha incluido información suficiente de cómo presentar sugerencias, quejas, reclamaciones y/o felicitaciones sobre los servicios y las titulaciones que componen la oferta formativa de este. El enlace al buzón se ha incluido en lugar visible, en la parte superior.
8	NCM	La tabla de responsabilidades (2.0), disponible en la pestaña “ Herramientas ” del SGC en la web del centro, no se corresponde con la versión vigente del mapa de procesos. Hace referencia a los 20 procedimientos recogidos en el mapa de procesos anterior. La codificación de las evidencias tampoco responde a la versión actualizada del sistema. Sería conveniente revisar la documentación y ajustar el contenido en las diferentes fuentes de datos, garantizando su coherencia y la publicación de información actualizada, tal y como se recoge en el criterio 1 del programa IMPLANTA-ACCUA.	Criterio 1	Se han actualizado los documentos del SGC del Centro, como la tabla de responsabilidades.
9	NCM	No se ha podido consultar el “ <i>Cuadro de mando de indicadores de la Facultad</i> ” vinculados al sistema, con los resultados de los tres últimos años como recoge la guía para la certificación y seguimiento del SGC (programa IMPLANTA-ACCUA). Durante las sesiones de entrevistas se afirmó que se estaba trabajando en el citado documento. Sí ha podido consultarse el Excel de indicadores del Máster en Transporte Intermodal, cuyos indicadores están relacionados con los 20 procedimientos	Criterio 2	Está disponible el “Cuadro de mando de indicadores de la Facultad” vinculados al sistema, con los resultados de los tres últimos años.



		anteriores del SGC, aunque no presenta el histórico de tres años, al ser un título de reciente implementación.		
10	nc	<p>No se evidencia el cumplimiento o replanteamiento de algunas acciones del plan de mejoras o de acciones correctivas según la temporalización prevista, a pesar de ser recomendaciones fruto de los procesos de evaluación externa o, en su caso, de auditorías internas anteriores. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> En el plan de mejoras del grado en ADE (22-23) hay una debilidad vinculada a las infraestructuras, servicios y dotación de recursos, y a la baja valoración del estudiantado sobre estos (acreditación, 25/06/22). La acción de mejora, consistente en analizar en profundidad los motivos de la baja valoración mediante los grupos de discusión, está en proceso si bien el plazo estimado de ejecución era el curso 22-23. En el plan de acciones correctivas de auditoría interna, aprobado en junio de 2023, vinculado a la observación general 6, se alude a la elaboración del "Plan de Gestión y Mantenimiento de los Recursos Materiales", pero no se evidencia en el procedimiento 08. 	Criterio 2	<p>La Comisión de Garantía de Calidad del grado en ADE ha corregido la errata en el Plan de mejora del curso 22-23, y ha revisado en profundidad los motivos de la baja valoración del estudiantado respecto a las infraestructuras, servicios y dotación de recursos con la información proporcionada por los grupos de discusión.</p> <p>Se ha modificado el P08 para que haga alusión al "Plan de Gestión y Mantenimiento de los Recursos Materiales".</p>
11	NCM	No se evidencia que se haya dado respuesta a la NCM 2 de la auditoría anterior vinculada al procedimiento de <i>Capacitación, competencias y cualificación del PDI</i> (P12, actualmente P07), donde se indica que este no incluye mecanismos para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo. Aunque se alude a un procedimiento propio y adicional y a un plan de sustituciones, no se concretan los mecanismos utilizados para detectar las necesidades de profesorado en el ámbito competencial del centro.	Criterio 3	El procedimiento P07 concreta los mecanismos con los que cuenta el centro para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo.
12	nc	En el procedimiento <i>Ciclo de Vida del título</i> (P05) se recoge que las medidas de suspensión " <i>deben figurar detalladamente en la página web del Título y en cuantos otros medios se establezca en el Plan de Comunicación del Centro</i> ". No obstante, en el Grado en Administración y Dirección de Empresas, por ejemplo, se alude a la extinción del plan de estudios (documento extraído de la memoria) pero en ningún caso a la suspensión de este, entendida como algo	Criterio 2	Se ha procedido a la revisión de la página web de los Títulos para recoger las medidas de suspensión y actualización de la información de las medidas de extinción.

 <p>Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo</p>	PLAN DE ACCIONES SOBRE EL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Nº Informe: 2024/02 Fecha: 30/10/2024	
	temporal. Se considera oportuno cumplir lo establecido en el procedimiento o proceder a su ajuste y actualización.		

OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades)			
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA	Acción correctiva propuesta
1	Aprobar el plan estratégico 2025 de la universidad por parte de los órganos correspondientes teniendo en cuenta su vinculación e impacto en los SGC de los centros de la UHU.	Transversal UHU	El plan estratégico 2025 de la Universidad de Huelva está aprobado y publicado en el siguiente enlace
2	Actualizar el Reglamento de Régimen Interno del Centro que data del 2012, e incluir la estructura organizativa para la gestión de la calidad en la a fin de que sea coincidente con la documentación del SGC, garantizando su coherencia: comisión de garantía de calidad de centro, comisión de garantía de calidad de títulos, comisión de seguimiento del plan de estudios, etc.	SGC	El Centro ha actualizado el Reglamento de Régimen Interno para incluir la actual estructura organizativa para la gestión de la calidad
3	Evaluar el funcionamiento e impacto del reciente agrupamiento de distintos procedimientos en uno macro para asegurar que, tal y como se presenta, recoge la información necesaria (pasos a seguir, indicadores, ...) y facilita a las personas responsables su gestión (evidencias diversas, indicadores específicos ...) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas. Por ejemplo, el procedimiento del <i>Ciclo de vida del alumnado</i> (P09), que integra cuestiones diversas: captación, preinscripción y matrícula, reconocimiento y certificación, orientación académica y profesional, movilidad, prácticas externas y TFG/TFM; todas ellas de suma importancia. Se considera importante garantizar que los procedimientos actualizados se despliegan e implantan de forma adecuada y efectiva, cumpliendo con los objetivos propuestos. En este sentido, y con carácter general, es necesario un periodo de implantación efectiva más amplio para que el SGC alcance el nivel de madurez adecuado y se constituya en una herramienta de mejora continua cada vez más eficiente y sistemática.	SGC Criterio 2	La Comisión de Garantía de Calidad de Centro ha evaluado el funcionamiento e impacto en el Informe de la revisión del SGCC (Evidencia C2-P06-EV1)



4	Revisar los enlaces incluidos en la documentación del SGC publicada en la web del centro (Manual, procedimientos, anexos y reglamentos), pues algunos no funcionan, no llevan a la página solicitada, hacen referencia a un dominio en venta o requieren de clave de acceso para su consulta, aunque se trate de información pública.	SGC Criterio 2	Se ha revisado los enlaces de la documentación del SGC publicada en la web del centro
5	Ajustar la denominación de las evidencias en las diferentes fuentes de información y guardar coherencia para que no conlleven a error y faciliten su trazabilidad. Por ejemplo, el documento “Autoinforme de Seguimiento del Centro” que aparece como “Informe de Gestión/Autoevaluación del SGC del Centro”.	SGC Criterio 2	Se ha ajustado la denominación de las evidencias en las diferentes fuentes de información, para facilitar su trazabilidad
6	Explicitar en la documentación del SGC, por ejemplo, en el procedimiento de <i>Gestión documental, uso de la información y análisis de datos</i> (P04) a qué documento se trasladan las propuestas de mejora que se originan a partir de los grupos de discusión y en qué momento. Al revisar la documentación no queda claro.	Criterio 2	Se ha incluido en la documentación del SGC, en concreto en el procedimiento de <i>Gestión documental, uso de la información y análisis de datos</i> (P04) que el documento al que se traslada las propuestas de mejora que se originan a partir de los grupos de discusión es el documento “Objetivos estratégicos y líneas de actuación – Plan de Mejora y Cuadro de Mandos del Centro” (Evidencia C2-P03-EV2)



7	<p>Revisar las posibles incoherencias recogidas en la temporalización de los planes de mejora del centro y de los títulos, teniendo en cuenta que para las mismas debilidades y acciones se incluyen periodos distintos de ejecución. Por ejemplo, mientras que en el plan de mejoras del centro (abril de 2024) la Acción 1. <i>Creación de una nueva página web de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo y de sus Títulos</i>, recoge como temporalización de abril de 2023 a septiembre de 2024, en el plan anual de mejoras del Grado en Administración y Dirección de Empresas (junio de 2023) el plazo estimado de ejecución es el curso 2024-2025.</p>	Criterio 2	Se han revisado las posibles incoherencias en la temporalización de los planes de mejora del centro y de los títulos y corregidas las erratas.																									
8	<p>Ajustar en los planes de mejora de las titulaciones el contenido de la pestaña “indicadores”, pues en algunos casos lo que se incluye son evidencias o remisión a estas, y no los valores de los indicadores como tales.</p> <table border="1" data-bbox="280 871 1010 1144"> <thead> <tr> <th colspan="5">III. DISEÑO, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA FORMATIVO</th> </tr> <tr> <th>Punto débil detectado</th> <th>Acciones de mejora</th> <th>Objetivo</th> <th>Prioridad</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Necesidad de eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas (Respuesta a recomendación 2 IRA 23/06/22: Se deben establecer mecanismos de coordinación horizontal y vertical que eliminen la repetición de contenidos entre las distintas asignaturas).</td> <td>Se pondrá en marcha el Protocolo de coordinación horizontal y vertical recientemente aprobado en el Centro.</td> <td>Eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas</td> <td>Alta</td> <td>Finalizada</td> </tr> <tr> <th>Responsable de la acción</th> <th>Plazo estimado de ejecución</th> <th>Observaciones</th> <th colspan="2">Indicadores</th> </tr> <tr> <td>Equipo Decanal</td> <td>2022-2023</td> <td></td> <td colspan="2"> Protocolo https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docentes-horizontal-y-vertical-froyt-junta-de-centro-22-abril-2022/at_download/file Actas de coordinación: https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1 </td> </tr> </tbody> </table> <p>Las evidencias suelen ser los documentos, archivos, enlaces... que muestran el cumplimiento de una acción, mientras que los indicadores son los valores, habitualmente de variables cuantitativas o cualitativas. Así, por ejemplo, mientras la evidencia es el plan de comunicación el indicador podría ser el número de acciones de difusión desarrolladas (3, 4, n acciones).</p>	III. DISEÑO, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA FORMATIVO					Punto débil detectado	Acciones de mejora	Objetivo	Prioridad	Cumplimiento	Necesidad de eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas (Respuesta a recomendación 2 IRA 23/06/22: Se deben establecer mecanismos de coordinación horizontal y vertical que eliminen la repetición de contenidos entre las distintas asignaturas).	Se pondrá en marcha el Protocolo de coordinación horizontal y vertical recientemente aprobado en el Centro.	Eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas	Alta	Finalizada	Responsable de la acción	Plazo estimado de ejecución	Observaciones	Indicadores		Equipo Decanal	2022-2023		Protocolo https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docentes-horizontal-y-vertical-froyt-junta-de-centro-22-abril-2022/at_download/file Actas de coordinación: https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1		Criterio 2	En los planes de mejora de las titulaciones se recogerá en el contenido de la pestaña “indicadores” los valores.
III. DISEÑO, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA FORMATIVO																												
Punto débil detectado	Acciones de mejora	Objetivo	Prioridad	Cumplimiento																								
Necesidad de eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas (Respuesta a recomendación 2 IRA 23/06/22: Se deben establecer mecanismos de coordinación horizontal y vertical que eliminen la repetición de contenidos entre las distintas asignaturas).	Se pondrá en marcha el Protocolo de coordinación horizontal y vertical recientemente aprobado en el Centro.	Eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas	Alta	Finalizada																								
Responsable de la acción	Plazo estimado de ejecución	Observaciones	Indicadores																									
Equipo Decanal	2022-2023		Protocolo https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/protocolo-de-coordinacion-docentes-horizontal-y-vertical-froyt-junta-de-centro-22-abril-2022/at_download/file Actas de coordinación: https://uhuempresariales.acentoweb.com/es/calidad/actas-de-coordinacion-actas-de-equipos-docentes-1																									
9	<p>Especificar en el procedimiento de <i>Gestión de recursos materiales y servicios</i> (P08) qué mecanismos utiliza el centro para identificar las necesidades de recursos materiales y servicios.</p>	Criterio 4	Se ha incluido en el procedimiento de <i>Gestión de recursos materiales y servicios</i> (P08) los mecanismos utilizados el centro para identificar las necesidades de recursos materiales y servicios (Evidencia C4-P08-EV2).																									



10	Continuar desarrollando acciones para mejorar la satisfacción del alumnado con distintos aspectos del centro y sus titulaciones: actualización de la información web, los sistemas de acogida y de orientación académica y tutorización, los servicios de orientación profesional y académica e información al estudiantado, las infraestructuras, el sistema para dar respuesta a las reclamaciones, quejas y sugerencias, etc., cuyas valoraciones están por debajo de 3 sobre 5.	Criterio 5	El Centro continua realizando acciones para la mejora continua de la satisfacción del alumnado, la acciones realizadas quedan recogidas en el documento "Objetivos estratégicos y líneas de actuación – Plan de Mejora y Cuadro de Mandos del Centro" (Evidencia C2-P03-EV2).
----	---	------------	---

OPORTUNIDADES DE MEJORA (excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)			
Nº	Descripción	Criterio IMPLANTA/SG C Centro	Acción correctiva propuesta
OM1	Explicitar en la documentación del SGC el alineamiento entre los procedimientos del sistema y los Criterios y Directrices para el aseguramiento de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG 2015), siguiendo lo recogido en el programa IMPLANTA (página 8).	SGC (Manual)	Se ha explicitado en la documentación del SGC (Manual) el alineamiento entre los procedimientos del sistema y los Criterios y Directrices para el aseguramiento de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG 2015), siguiendo lo recogido en el programa IMPLANTA (página 8).
OM2	Disponer de un organigrama en materia de calidad, a modo de representación gráfica, que permita visualizar quiénes son los responsables, cargos, comisiones, unidades, etc., directamente relacionadas con la gestión del SGC del centro.	SGC (Manual)	Se ha incluido la representación gráfica de la estructura y organigrama del SGCC (Anexo II del



			Manual)
OM3	<p>Especificar con mayor detalle en la documentación del SGC la participación de los y las empleadoras en la Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGCC) o en la de los títulos CGCT. En el Manual se alude a la invitación a las personas empleadoras cuando sea necesario, sin más información. Sería oportuno concretar en qué ocasiones se les invita a participar en las citadas comisiones. Por ejemplo, durante la revisión del perfil de egreso de los títulos, cuando se analizan los datos de inserción laboral, cuando es preciso hacer ajustes en las prácticas en organismos y entidades, etc. Aunque es una recomendación recogida en el informe de certificación del diseño de otros centros de la UHU (ANECA, 2009), se recomienda completar en el sistema de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo.</p>	SGC (Manual)	Se ha especificado con mayor detalle en la documentación del SGC la participación de los y las empleadoras en la Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGCC) y en la de los títulos (CGCTs).
OM4	<p>Disponer en el SGC de un listado de los acrónimos utilizados en la documentación que facilite su identificación.</p>	SGC (Manual y procedimientos)	Se ha añadido en el SGC un listado de los acrónimos utilizados en la documentación (Apartado 7 del Manual).
OM5	<p>Incluir, en los casos en los que proceda, las responsabilidades de los cargos unipersonales. En los procedimientos del SGC la práctica totalidad de las acciones recae en los órganos colegiados, quedando difuminadas algunas responsabilidades. Por ejemplo, en el P01 sería oportuno explicitar quién se encarga del mantenimiento de la página web del centro y de los títulos, y en el P03 quién se encarga de la gestión de los planes de mejora, entre otros. En los diferentes casos, las acciones recaen en el equipo decanal o en la CGCC.</p>	SGC (Procedimientos)	Se han añadido los responsables.
OM6	<p>Revisar y ajustar o completar en la web del centro algunas cuestiones vinculadas a la información pública (véase NCM 4):</p> <p>a) Algunos enlaces de la web de centro llevan al enlace genérico del SGC, y no al apartado o documento en cuestión. Por ejemplo, el apartado de <i>Profesorado y coordinación docente</i>. Ello dificulta la accesibilidad y consulta a los grupos de interés.</p>	Criterio 1 Criterio 2	Se ha revisado la web del centro en profundidad



	<p>b) En la pestaña personal docente e investigador de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo aparece la palabra “Descarga” junto al nombre y apellidos de cada docente, su correo y número de teléfono, pero está inactivo, por lo que no puede consultarse la información que contiene (CV, ...). En algunos casos solo aparece el nombre y apellidos, pero no el correo ni el teléfono como si sucede en otros.</p> <p>c) La evidencia “Actividades formativas ofertadas y participación del PDI y personal de apoyo en dichas actividades” (C5-P09-EV5) se ha incluido por error en la web, pestaña SGC, en la relación de evidencias web del Criterio 5 y no del Criterio 3.</p> <p>Con carácter general, se recomienda revisar la web en profundidad, sus enlaces y contenido, manteniendo solo aquello que sea necesario. Deben evitarse los apartados vacíos o sin hipervincular, que pueden provocar la confusión de los y las usuarias, dificultar la navegación, obstaculizar la trazabilidad de la información y el acceso a información estructurada y actualizada.</p>		
OM7	<p>Ajustar en el procedimiento de <i>Revisión del SGC del Centro</i> (P06) la sistemática que sigue la Facultad para el seguimiento y revisión periódica del SGC, de sus procedimientos y resultados (cómo se inicia el procedimiento, quién realiza el análisis, quién elabora el informe de revisión del sistema/autoinforme del centro, quién revisa el funcionamiento del procedimiento...). Tal y como está redactado el desarrollo del P06 (apartado 2) la revisión parece realizarla fundamentalmente la Unidad para la Calidad, mientras que en la tabla de responsabilidades (apartado 4) se detalla en mayor medida el trabajo interno del centro en la revisión y mejora de su SGC. Aclarar también en qué medida el centro contribuye a la mejora del SGC marco de la UHU.</p>	Criterio 2	Se ha revisado la redacción del procedimiento P06
OM8	<p>Contar con un documento de equivalencia de procedimientos y versiones que facilite su identificación, la correspondencia entre versiones y su trazabilidad. En el informe de revisión del SGC se recoge una tabla con la relación de los criterios IMPLANTA y la versión 4 y 5 de los procedimientos.</p>	Criterio 2	Se ha creado un documento de equivalencia de procedimientos y versiones
OM9	<p>Clarificar en el procedimiento de <i>Política y Objetivos de Calidad</i> (P03) cual es la relación entre la política de calidad y el plan estratégico, así como el alineamiento entre los objetivos de calidad recogidos en el documento de política y objetivos de calidad y los objetivos estratégicos.</p>	Criterio 2	Se ha clarificado la redacción del Procedimiento P03



OM10	Se identifica que las tareas vinculadas a la gestión documental y de la información se realizan en su mayoría de forma manual por parte del responsable de calidad (cuadro de mando del centro, cuadro de mando de los títulos, cuadro de mando de los ODS, planes de mejora del centro, planes de mejora de los títulos, etc.). Valorar la automatización de la información (aplicativos o herramientas de soporte al SGC, sistema de visualización de datos...) o la simplificación de tareas o documentos con el objetivo de mejorar la eficiencia del SGC y la optimización de recursos humanos. A su vez, facilitaría la gestión y permitiría minimizar posibles errores en el momento de su cumplimentación.	Criterio 2	Se está analizando la posible automatización de la información o la simplificación de tareas o documentos.
OM11	Incluir en las actas de todas las comisiones los perfiles de los asistentes (estudiante, PDI, PTGAS...), pues facilita la identificación de los diferentes grupos de interés. No aparecen por ejemplo en la CGC del Máster en Economía, Finanzas y Computación.	Criterio 2	En las actas de todas las comisiones se recogerá los perfiles de los asistentes.
OM12	En la próxima revisión y mejora del SGC, y de su documentación: a) Corregir las erratas de redacción de algunos procedimientos. Por ejemplo, las que aparecen en el "alcance" del procedimiento de Gestión de la Información Pública y Comunicación (P01), en el "objeto" del de Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados (P04) o la denominación de la agencia evaluadora en el apartado 3 del procedimiento Ciclo de vida del título (P05).	SGC (Procedimientos)	Se ha revisado todas las erratas de redacción.
	b) Actualizar los enlaces del plan de comunicación 2023-2024 (C1-P01- EV2) y de otros documentos (autoinformes de centro/títulos, planes de mejora, etc.) que no funcionan. En la medida de lo posible se debe intentar utilizar rutas (enlaces) que se mantengan en el tiempo y permitan acceder a la última versión de cada documento (control de versiones).	Criterio 1	Se ha revisado la página web para su actualización
	c) Revisar en el plan de comunicación los medios utilizados para difundir los informes de evaluación de los títulos (Ciclo VSMA -verificación, seguimiento, modificación y acreditación-) y de centro, o el de auditoría. Según el plan, la mayor parte de ellos se difunden en la web y también por email, si bien durante las sesiones de entrevistas se aclaró que los citados informes no se comunican vía web a todos los grupos de interés.	Criterio 1	Se ha revisado el plan de comunicación



<p>d) Revisar el procedimiento Política y objetivos de calidad (P03) por si no se corresponde con la versión definitiva. Aparece información destacada con fondo amarillo y no parece tener conexión con el párrafo que aparece a continuación.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha revisado el procedimiento P03</p>
<p>e) Actualizar en el procedimiento de Política y objetivos de calidad (P03) la codificación de los indicadores que hacen referencia al procedimiento P02 y no al vigente P03. Lo mismo sucede con la Tabla del apartado 4. En la descripción de acciones se alude al procedimiento P02 y no al P03. Asimismo, en dicha tabla se hace referencia a evidencias como el plan estratégico y al análisis DAFO, CAME y DAFO cruzado, información que no se detalla en el desarrollo del procedimiento. Revisar si al actualizar el procedimiento se ha eliminado la referencia a estas evidencias.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha revisado y corregido.</p>
<p>f) Corregir en el procedimiento de Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados (P04) la referencia al procedimiento <i>Información pública</i> (P01), denominado de manera distinta en la versión vigente del SGC.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha corregido la errata</p>
<p>g) Eliminar del objeto del procedimiento de Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados (P04) el alcance, puesto que ya existe un apartado destinado a tal fin. El alcance incluido en el objeto es diferente al que se incluye en el apartado correspondiente, debido probablemente a la unificación de dos procedimientos en la versión anterior del SGC.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha eliminado del objeto del procedimiento el alcance</p>
<p>h) Completar en la tabla de <i>Responsabilidades, evidencias y archivos</i> del apartado 4 de cada procedimiento la denominación de la primera columna para clarificar a qué se refiere. Podría denominarse, por ejemplo, <i>Descripción de acciones</i>, <i>Descripción de tareas</i>, ...</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha denominado <i>Descripción de acciones</i></p>
<p>i) Aclarar, en el procedimiento <i>Ciclo de vida del título</i> (P05), en el apartado 3.1 de diseño de la oferta formativa, las actividades más relevantes que se han de realizar y el papel del centro. La descripción que se realiza de las fases del proceso de verificación y de su desarrollo son muy someras. Se alude de manera genérica a la agencia y a la universidad, pero no se especifica la función del centro. El procedimiento en sí descansa en un alto porcentaje en la normativa reguladora, pero esta no se incluye como una entrada del sistema ni se hipervincula. Asimismo, eliminar del apartado 3.1 la referencia a la extinción que, como bien se indica, se detalla en el 3.4.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha aclarado el apartado 3.1 del procedimiento P05. Se han incluido los hipervínculos. Se ha eliminado del apartado 3.1 la referencia a la extinción.</p>



<p>j) Revisar en el procedimiento <i>Ciclo de vida del título</i> (P05), el “protocolo a seguir” que se hipervincula parece ser de REACU no de la agencia, como se afirma. En su caso, confirmar si la agencia ha desarrollado uno propio o se rige directamente por el protocolo de REACU.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha corregido.</p>
<p>k) Detallar en mayor medida en el informe de revisión del SGC (2023) la revisión y cambios realizados. En el único informe que ha podido consultarse no se concretan los cambios realizados más allá del ajuste a los criterios del programa IMPLANTA y, de manera genérica, a las recomendaciones de las evaluaciones internas y externas, sin especificar de qué recomendaciones se trata. Asimismo, falta un enlace a los criterios y evidencias, según se indica. Establecer un modelo de informe de revisión del SGC podría facilitar la elaboración de este.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se está trabajando para su mejor concreción</p>
<p>l) Actualizar en el procedimiento <i>de Capacitación, competencia y cualificación del personal docente e investigador</i> (P07) la temporalización de los proyectos de innovación docente e investigación educativa, que es anual y no bianual (dos veces al año) como se indica. Asimismo, eliminar la referencia al plan propio de formación (apartado 5, C3-P07-EV62) si el centro no dispone de este.</p>	<p>Criterio 3</p>	<p>Se ha actualizado la temporalización. Se han eliminado la referencia</p>
<p>g) Revisar en el procedimiento <i>de Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios</i> (P08) el alcance, centrado en los recursos humanos (PTGAS).</p>	<p>Criterio 3</p>	<p>Se ha revisado el alcance del P08</p>
<p>h) Eliminar del procedimiento <i>Ciclo de vida del alumnado</i> (P09), concretamente del apartado de gestión de las prácticas externas (3.4), la referencia a las prácticas externas curriculares del área de Ciencias de la Salud (CCSS), Educación o cualquier otro ámbito específico que lo requiera, teniendo en cuenta que no están relacionadas con las titulaciones del centro. Asimismo, en la tabla de responsabilidades del apartado 5 corregir la referencia a la Guía IMPLANTA-DEVA de 19 de febrero de 2020, pues hay una guía actualizada a 2023.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha eliminado la referencia a las prácticas externas curriculares del área de CCSS. Se ha corregido la referencia a la Guía IMPLANTA-DEVA.</p>
<p>m) Actualizar el Reglamento de evaluación para las titulaciones de grado y máster oficial de la Universidad de Huelva, que sigue haciendo referencia a la LO 6/2001, sustituida por la LO 2/2023. En el caso de contar con una versión actualizada, sustituirla en la web y en la documentación que corresponda.</p>	<p>Criterio 2</p>	<p>Se ha actualizado el Reglamento</p>



	n) Eliminar de algunas evidencias del SGC del centro el logo ISO 9001 que pertenece al Sistema de Gestión de la Unidad para la Calidad, siempre que no esté contemplado dentro de su alcance. Por ejemplo, del listado de evidencias e indicadores disponibles en la pestaña-desplegable “Herramientas” de la web del centro.	Criterio 2	Se ha eliminado el logo.
	o) Sustituir alguna referencia residual del PAS por PTGAS siguiendo la modificación recogida en la Ley Orgánica del Sistema Universitario (LOSU, 2023).	Criterio 2	Se han sustituido la referencia residual de PAS por PTGAS
OM13	Valorar la inclusión de las prácticas externas extracurriculares en el procedimiento <i>de Ciclo de vida del alumnado (P09)</i> , concretamente el apartado de gestión de las prácticas externa, para que queden bajo el alcance del SGC, en el caso que se oferten al estudiantado de los títulos del centro. Aunque no se integren en el plan de estudios y se gestionen directamente por SOIPEA, es una actividad que permite a los y las estudiantes mejorar su aprendizaje y empleabilidad.	Criterio 5	Se han incluido en el P09 las prácticas externas extracurriculares.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC

1. La implicación y compromiso del Equipo Decanal en el despliegue de la cultura de calidad y la mejora continua, especialmente del vicedecano de calidad del centro.
2. La estructura establecida en la Facultad para el desarrollo del aseguramiento de la calidad: Vicedecana de calidad del centro, Comisión de garantía de calidad del centro, Comisión de garantía de calidad de cada título, Comisión de seguimiento de los planes de estudio y grupos de mejora, estos últimos para atender cuestiones específicas.
3. Los grupos de discusión como herramienta de recogida de la satisfacción de los diferentes colectivos para realizar una toma de decisiones basada en datos.