

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
--	---	--------------------------

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

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

Fecha de emisión de informe: 09/09/2025

V01

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

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: 4, nc: 13), algunas las cuales se corresponden con no conformidades identificadas en auditorías internas anteriores que se considera están sin atender o pendientes de cierre (NCM: 4 y nc: 6). Además, se señalan 4 observaciones generales al SGC (3 de la auditoría del 2024) y 7 oportunidades de mejora (3 de la auditoría del 2024).

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.

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

Datos del Centro auditado		
Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA (ID 049)	
Centro	FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO (ID 21005988)	
Títulos oficiales bajo el alcance del SGIC	Graduado/a en Administración y Dirección de Empresas	Cód. RUCT: 2501841
	Graduado/a en Finanzas y Contabilidad	Cód. RUCT: 2501844
	Graduado/a en Turismo	Cód. RUCT: 2501847
	Doble grado ADE + Derecho	Cód. RUCT: 2501841; 2501256
	Doble grado ADE + FICO	Cód. RUCT: 2501841; 2501844
	Doble grado ADE + Turismo	Cód. RUCT: 2501841; 2501847
	Máster Universitario en Economía, Finanzas y Computación	Cód. RUCT: 4315566
	Máster Universitario en Turismo: Dirección de Empresas Turísticas y Gestión de Recursos Turísticos por la Universidad de Huelva	Cód. RUCT: 3500225
	Máster Universitario en Economía y Desarrollo Territorial	Cód. RUCT: 4315575
	Máster Universitario en Transporte Intermodal y Logística	Cód. RUCT: 4317699
Representante de la Institución auditada	Elena García de Soto Camacho (Decana)	
Norma de aplicación de referencia	Guía para la Certificación y Seguimiento de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC – (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V4.0)	
Fecha de la auditoría	20 junio de 2025	

Equipo auditor
- Auditor Jefe: Rafael Fernández Serafín - Auditora: Ana Esther Cruz González - Auditora: M^a Inés Romero Martínez - Auditora: M^a de los Ángeles Jacinto Moreno

Criterios de auditoría
El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría: - Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC). - Directrices e instrucciones establecidas en el SGCC auditado (manual de calidad, procesos, procedimientos, ...).

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
--	--	--------------------------

- Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC).

Objetivos de la auditoría interna

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría.
- Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia).
- Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC en cada ciclo de gestión.
- Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGCC.
- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.

Alcance de la auditoría interna

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

Los hallazgos de auditoría están vinculados a dicha documentación y procedimientos, especialmente:

- Manual del Sistema de Garantía de Calidad del Centro.
- P01 Gestión de la información pública y comunicación
- P02. Atención a los Grupos de Interés: Canal de Atención de Quejas, Reclamaciones, Alegaciones, Sugerencias y Felicitaciones
- P03. Política de Aseguramiento de la Calidad
- P04. Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados
- P05. Ciclo de vida del título
- P06. Revisión del SGC del Centro
- P07. Capacitación, competencia y cualificación del PDI
- P08. Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios
- P09. Ciclo de vida del alumnado
- P10. Metodologías de enseñanza y evaluación de los aprendizajes
- P11. Análisis de la inserción laboral

Desarrollo de la auditoría

El plan de auditoría interna de los centros de la Universidad de Huelva para el curso 2024-2025, de fecha 27/01/2025, establece la realización de la presente auditoría interna. El equipo auditor ha sido nombrado por la Universidad de Huelva (UHU).

La auditoría se ha desarrollado en dos fases. Una primera fase, de revisión de la documentación y registros del SGC. Está basada en un proceso de análisis muestral de la información pública disponible en la página web del centro, así como aquella otra de carácter restringido que ha sido

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

compartida con el equipo auditor. Una segunda fase, consistente en la visita virtual de auditoría para la realización de entrevistas a los distintos grupos de interés. Esta última ha tenido lugar el día 20 de junio de 2025, a través de la plataforma Zoom.

Cumpliendo con el programa establecido el equipo auditor ha llevado a cabo las entrevistas al equipo decanal, a la comisión de garantía de calidad del centro y a los responsables académicos y de gestión de la Unidad para la Calidad. En las distintas audiencias el equipo auditor ha abordado diversas cuestiones para resolver las dudas surgidas durante la revisión y el análisis de la documentación del SGC (procedimientos, evidencias e indicadores) a fin de comprobar el grado de implantación y la madurez del sistema, así como su alineación al programa IMPLANTA.

Cabe destacar la colaboración e implicación de las personas que han participado en las audiencias (Anexo I. Programa de auditoría), así como las facilidades que el centro y la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva han proporcionado al equipo auditor.

Los resultados de la evaluación frente a los criterios de la auditoría (hallazgos de auditoría) se describen a continuación en forma de *No Conformidad Mayor (NCM)*, *No Conformidad Menor (nc)*, *Observaciones Generales*, *Oportunidades de Mejora* y *Fortalezas* detectadas en el SGC.

Se contemplan dos categorías de *No conformidades*:

- No Conformidad Mayor (NCM): Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGC o de la norma de referencia (IMPLANTA-SGCC).
- No Conformidad Menor (nc): Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGC.

El tratamiento de *las No Conformidades* (NCM y nc) recogidas en el informe final de auditoría deberá ser abordado y documentado en un plan de acciones correctivas.

Cuando ocurra una *No Conformidad*, la organización debe:

- a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable, tomar acciones para controlarla y corregirla, y hacer frente a las consecuencias.
- b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante la revisión y el análisis de la no conformidad; la determinación de las causas de la no conformidad; la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.
- c) Implementar cualquier acción necesaria.
- d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.
- e) Si fuera necesario, hacer los cambios que procedan en el sistema de garantía de calidad.

Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Las *Observaciones generales*, identificadas en este informe, deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por las personas responsables del SGC, con el objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura o, en términos del programa IMPLANTA, resolver aquellos aspectos que puedan condicionar la certificación.

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

Por su parte, las *Oportunidades de mejora* deben tratarse como recomendaciones que deberían ser valoradas y, en su caso, atendidas por los y las responsables del SGC, con objeto de mejorar la propuesta del sistema implantado en el centro.

El equipo evaluador informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo, por lo que pueden existir otras fortalezas, observaciones, oportunidades de mejora o no conformidades no identificadas ni recogidas en el presente informe. Asimismo, que la información pública se revisó entre el 15 de mayo y el 20 de junio de 2025, fecha en la que se produjo la visita, por lo que los cambios y las mejoras efectuadas con posterioridad no estarán incorporadas en este informe.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias y que no han quedado cuestiones por resolver.

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

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 3 7	2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad.	
		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.	4 8 10 11 12 13 15
		2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.	5 6 9 14
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.	16 17	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.			

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES			
Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	NCM (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la No Conformidad Mayor (NCM3) (informe de auditoría interna de 02/07/2024) y cumplir con lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y la comunicación</i> (P01), donde se recoge el contenido que debe publicarse en la web del centro y de los títulos. Si bien es cierto que se ha realizado un esfuerzo considerable por describir el carácter (público/abierto o restringido/cerrado) y la localización raíz (web, OneDrive, secretaría del centro, etc.), hay algunas cuestiones que requieren de revisión y actualización para garantizar la coherencia entre las distintas fuentes de información. Por ejemplo, en el Manual de Calidad (pág. 29) se afirma que la publicación de las actas de los grupos de discusión es en la web de títulos y en la web de centro. Sin embargo, en el apartado “Actas” de la Web del centro se indica que “Para consultar las actas, debe solicitarlas al Decanato de la Facultad”. En la web de cada título se identifica un apartado “Resultados del título” donde se publican las actas, aunque realmente se trata de los acuerdos. Indicar la ubicación de la información y la denominación concreta facilita su identificación.	Manual Criterio 1
2	NCM (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la No Conformidad Mayor (NCM4) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en cumplir con lo establecido en el procedimiento de <i>Gestión de la información pública y comunicación</i> (P01). Durante la revisión se sigue detectando contenido web del centro y de sus títulos que está desactualizado, es erróneo o no permite su consulta. Si bien es cierto que se ha trabajado en la reforma de la página web, y en su mejor visualización y contenido, se considera necesario completar la actualización de la información a la mayor brevedad y velar por su fácil accesibilidad, cumpliendo con el criterio 1 del programa IMPLANTA. Por ejemplo: En el apartado desplegable de “Objetivos y Política de Calidad del Centro” se publica el documento de Política de calidad y el plan de mejoras de septiembre de 2024, mientras que en el apartado de “Evidencias del Centro por Criterio”, desplegable correspondiente al “criterio 2 - procedimiento 03”, el plan de mejoras está actualizado a enero de 2025.	Criterio 1

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

		- En el Máster Universitario en Dirección de Empresas Turísticas y Gestión de Recursos Turísticos, pestaña-desplegable Indicadores e informes, del apartado SGIC, aparece la referencia al curso académico actual (2024-25), pero se encuentra inactiva. Puesto que se trata de un título de nueva implantación (2024), tras someterse a una reverificación, sería oportuno incluir alguna indicación para que no lleve a confusión. De manera similar aparece sin completar el resto de información. Por ejemplo, el apartado Informes ACCUA, en el que aparece una “-C”. Revisar y corregir o explicar lo que proceda. - En el Máster Universitario en Economía, Finanzas y Computación los indicadores del título (satisfacción, rendimiento, tasas, ...) están actualizados hasta el curso 2022-23, sin referencia a cursos más actualizados. Solo algunos indicadores como es caso de la oferta de plazas se refieren al 2023-24. Revisar y actualizar la información que proceda en los plazos establecidos.	
3	NCM (2024)	No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor (NMC5) indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 02/07/2024, en cumplimiento de lo establecido en la normativa. Por ello, en contra de lo recogido en el RD 822/2021 de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad, donde se fija que <i>“los órganos de gobierno de la universidad o universidades implicadas, previo informe preceptivo y favorable de sus SGIC –o del centro o centros implicados–, aprobarán un documento que explicita el proyecto formativo de estos programas de doble titulaciones, el plan de estudios resultante del itinerario específico, los conocimientos y las competencias esenciales a alcanzar, las prácticas y el modelo de reconocimiento de asignaturas entre los títulos implicados”</i>, no ha podido consultarse el informe preceptivo favorable del SGIC, ni el acta de aprobación del documento con la información sobre el doble grado. Así mismo, aunque la propuesta para la programación conjunta de títulos oficiales del Grado en Administración y Dirección de Empresas y Grado en Derecho (Anexo I) está disponible en la web, no queda claro si se trata del documento definitivo, pues se alude a “propuesta”. Tampoco se detalla el órgano responsable de su aprobación y la fecha en la que ésta se produce. Según el cronograma del plan de estudios el doble grado parece venirse implantando desde el curso 2017-18.	Criterio 1

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

4	NCM (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la No Conformidad Mayor (NCM9) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en tener disponible para su consulta el “Cuadro de mando de indicadores del Centro/Título” vinculados al sistema (evidencia C2-P03-EV4) con los resultados de los tres últimos años, como recoge la guía para la certificación y seguimiento del SGC (programa IMPLANTA-ACCUA). Dependiendo del indicador sólo se facilitan datos del curso 2022-23 (indicadores de satisfacción, por ejemplo) o de varios cursos, pero sin incluir los datos del último cerrado en el momento de la revisión, 2023-24 (indicadores de cumplimiento de objetivos de calidad, participación del PDI en actividades formativas, ...).	Criterio 2
5	nc (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG2) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en ajustar la estructura organizativa del centro para la gestión de la calidad en el Reglamento de Régimen Interno del Centro que data del 2012, e incluir la estructura organizativa para la gestión de la calidad 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. Según se informó durante la audiencia, el reglamento se ha actualizado por parte de los responsables de centro y se está a la espera de su aprobación por los órganos competentes de la UHU.	SGC
6	nc	En el Manual de Calidad (pág. 16, 18, 19, ...) se indica que algunas de las funciones de los diferentes vicedecanos se establecen conforme a lo dispuesto en el procedimiento P09 Ciclo de vida del alumnado. Sin embargo, en el citado procedimiento no se detallan. Sería conveniente que dichas funciones se recogieran en la normativa correspondiente del centro. Por ejemplo, en el Reglamento de Régimen Interno.	SGC (Manual)
7	nc	En el alcance del P01 <i>Gestión de la Información Pública y Comunicación</i> se alude a que el procedimiento es de aplicación a la información relativa a todos los títulos ofertados por la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo, si bien en el desarrollo se menciona también otra información que no está directa o únicamente relacionada con los títulos. Por ejemplo, la relativa al SGC o a otras actividades del centro. Sería conveniente ajustar el alcance del procedimiento a todas las actividades implicadas en este.	Criterio 1

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

8	nc (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la no conformidad menor (nc10) (informe de auditoría interna de 02/07/2024) consistente en cumplir o replantear algunas acciones del plan de mejoras o 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: En el plan de mejoras del Grado en ADE (2022-23) hay una debilidad vinculada a las infraestructuras, servicios y dotación de recursos y a su baja valoración por parte del estudiantado (acreditación, 25/06/22). La acción de mejora prevista consiste en analizar en profundidad los motivos de la baja valoración mediante los grupos de discusión. En el plan de mejoras (PM) del 2022-23 se indicaba que estaba en proceso, y el plazo estimado de ejecución era el mismo curso 22-23. En el PM 2023-24 se amplió el plazo para finalizar la acción hasta el curso siguiente, 2024-25. Sin embargo la evidencia sobre su cumplimiento “Resultados del estudio y análisis realizado por la CGCT” (véase campo “Indicador”) lleva a la web general de las comisiones y acuerdos, y no al informe de resultados del grupo de discusión correspondiente. Tampoco se detecta en los acuerdos de la CGCT del 2022, 2023 y 2024 información o referencia directa al desarrollo y resultados de esta acción de mejora. Finalmente en el PM 2024-25 esta acción no se contempla.	Criterio 2
9	nc (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG3) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en evaluar el funcionamiento e impacto del agrupamiento de distintos procedimientos en uno macro para asegurar que recoge la información necesaria y facilita a las personas responsables su gestión para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas. A través del contenido recogido en el Informe de revisión del SGIC es difícil identificar que los procedimientos, especialmente los agrupados, se despliegan e implantan de forma adecuada y efectiva, cumpliendo con los objetivos propuestos. En el citado informe se hace una descripción genérica de la revisión de los 11 procedimientos, y de algún cambio puntual en un indicador/evidencia, pero es imposible identificar el nivel de implantación del SGC y su madurez.	SGC Criterio 2
10	nc (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG4) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en revisar y corregir los enlaces	SGC Criterio 2

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

		incluidos en la documentación del SGC publicada en la web del centro (Manual, procedimientos, anexos y reglamentos), pues algunos no funcionan o no llevan a la página solicitada, resultando complicado acceder a parte de la información y la documentación referenciada. Entre otros: • los hipervínculos incluidos en el MSGC (prólogo, pág. 3; CGCT, pág. 22), la normativa, los documentos y evidencias citadas en las notas al pie; las directrices de elaboración de títulos; • los enlaces incluidos en los procedimientos. Por ejemplo, en el apartado 3.2 del P08. <i>Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios</i>, el enlace a los servicios de formación de usuarios de la biblioteca no funciona. En el apartado 3.3 tampoco funciona el hipervínculo a la RPT del PTGAS. • los enlaces relacionados con algunas evidencias. Por ejemplo, en los <i>Informes de los resultados del tratamiento realizado de las quejas, reclamaciones y sugerencias (C1-P02-EV1)</i> el enlace al buzón no funciona, redirigiendo a una página web externa. Con carácter general, se recomienda comprobar los enlaces web que se incluyen en la documentación del SGCC. Así mismo, es importante revisar de manera periódica el contenido de la web manteniendo sólo aquello que sea necesario. Deben evitarse los apartados vacíos o contenido sin hipervincular que pueda provocar confusión de los y las usuarias, dificultar la navegación, obstaculizar la trazabilidad de la información y el acceso a información estructurada y actualizada.	
11	nc (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG5) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en ajustar la denominación de las evidencias en las diferentes fuentes de información, guardando coherencia para que no lleven a error y faciliten su trazabilidad. Por ejemplo, en la tabla del apartado 5 del procedimiento P03 <i>Política de Aseguramiento de la Calidad</i> se identifica la evidencia “C2-P03-EV3” denominada “Objetivos generales del centro”. Sin embargo en la web del centro esta evidencia se corresponde con el documento “Política de Calidad del Centro alineada con el Plan Estratégico de la UHU y con los objetivos estratégicos del Centro”, que contiene los objetivos generales anteriores. Si se trata de una misma evidencia debe denominarse de idéntica manera.	Criterio 2

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

12	nc (2024)	No se han realizado acciones suficientes para atender la Observación General (OG8) (informe de auditoría interna de 02/07/2024), consistente en ajustar en los planes de mejora de las titulaciones, en el formato integrado en los autoinformes de seguimiento, el contenido de la pestaña “indicadores”. En algunos casos lo que se incluye son evidencias o remisión a estas, y no los valores de los indicadores como tales. <table><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><tr><td>Necesidad de eliminar la posible repetición de contenidos entre las distintas asignaturas (Respuesta a recomendación 2 IRA 25/06/22: 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-docente-horizontal-y-vertical-foevt-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></table> Aunque en el plan de acciones vinculado al último informe de auditoría se indica que se realizará, se desconoce la previsión, los responsables o la temporalización; información que resulta fundamental para identificar cuándo debe estar finalizada la actuación, si se abordará a corto, medio o largo plazo, etc.	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 25/06/22: 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-docente-horizontal-y-vertical-foevt-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
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 25/06/22: 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-docente-horizontal-y-vertical-foevt-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																									
13	nc	En la web del centro se alude al Plan de Acciones sobre el Informe de Auditoría Interna, pero no se trata de un plan como tal. Aunque se va respondiendo a cada uno de los aspectos de la auditoría anterior en el campo “Acción correctiva propuesta”, no existe más información que la indicación de su cumplimiento. No se recoge la periodicidad de su desarrollo, ni los responsables, ni las evidencias que permitan comprobar su efectivo cumplimiento. Un plan de acciones es un documento en el que se detallan los pasos específicos, responsables y plazos para alcanzar un objetivo o un proyecto. Debería contarse con un documento similar al plan de mejoras (PM) de los objetivos de los títulos o del centro. También se puede optar por integrar estas acciones dentro de los PM anteriores o bien generar un PM general del SGCC que contenga todas las acciones de mejora independientemente de su origen (títulos+centro+auditorías ...).	Criterio 2																									
14	nc	En contra de lo recogido en el art. 3.5 del Reglamento sobre programas conjuntos de estudios oficiales de la UHU (2021), no ha podido constatarse la creación, desde la implantación, y funcionamiento efectivo de la “comisión ad hoc” que debe constituirse para coordinar la gestión y actuaciones relacionadas con las dobles titulaciones impartidas en	Criterio 2																									

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

		distintos centros. Tampoco lo establecido en el apartado 4.5 del documento “Plan de Estudios. Anexo 1” en cuanto a la “comisión de coordinación” del doble grado. Durante la auditoría se trasladó que se está trabajando en la creación de los mecanismos de coordinación necesarios entre los centros que participan en la programación conjunta. En la web aparecen los miembros de la citada comisión de coordinación del doble grado (curso 2024-25). También se ha comprobado que desde el apartado web “profesorado y coordinación docente” se remite a las reuniones de coordinación de títulos de grado, incluido el doble grado, aunque la documentación está incompleta y únicamente aparece para el curso 2024-25. Así mismo, en línea con el resto de normativa del centro y de la UHU, sigue pendiente la actualización del reglamento correspondiente para adaptarlo al RD 822/2021.	
15	nc	En contra de lo establecido en el procedimiento <i>P04. Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</i>: • La versión del MPSGC y la fecha de revisión que se muestra en el pie de página de los procedimientos está desactualizada. Se identifica que la versión del MPSGC recogida en la ficha de los procedimientos es la “Revisión 4” de abril de 2024, si bien la mayoría de los procedimientos están en su versión 5 (revisión 5), de mayo de 2025. Así mismo en la web se indica que los procedimientos vigentes están en su “revisión 6”, lo cual introduce más confusión. • La mayoría de las evidencias del SGCC identificadas y publicadas en la web se codifican como CX-PXX-EVXX. Sin embargo, este formato no se corresponde totalmente con el establecido en el P04, apartado 3.1.4. En concreto, difiere la identificación del criterio al que pertenece el procedimiento y la evidencia correspondiente (CX) o el código tipo evidencia que se identifica con “EV”, en lugar de “E”. • En el apartado 3.1.1 del P04 Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados (versión 5 de mayo de 2025) se incorpora la expresión “el presente documento se corresponde con la revisión 4”, cuando debería hacer referencia a la revisión 5. • En el apartado 3.1.2 del P04 (versión 5 de mayo de 2025), se detalla la definición de “EVIDENCIA O REGISTRO” afirmando que “Todas las evidencias del SGC habrán de hacerse públicas en la página web del Centro”. Sin embargo, se detecta que no siempre es así. Aunque se publica la mayor parte de las evidencias del SGIC, hay algunas de carácter restringido, tal y como se establece en el apartado 3.1.7 del citado procedimiento. Revisar	Criterio 2

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

		esta afirmación para ajustarla al funcionamiento real del sistema documental del SGC. - En la ficha de algunos procedimientos y documentos del SGC siguen apareciendo referencias a la codificación y denominación antigua de algunos procedimientos, por ejemplo: - En el apartado 5 del P07 se hace referencia a los procedimientos que aportan información para su revisión y mejora. Uno de estos procedimientos es el P04 <i>Planificación, desarrollo y medición de los resultados de las enseñanzas: Plan de Ordenación Docente (POD) de la Universidad</i>. Sin embargo, este procedimiento no se corresponde con ninguno de los que conforman el SGCC del centro en su versión vigente. Revisar en el resto de procedimientos la referencia a la denominación antigua del P04. - En el apartado 3.2 b) del P08 se hace referencia al procedimiento P05 de análisis de la satisfacción de los grupos de interés, que no se corresponde con la codificación de la versión actual, en la que no existe un procedimiento específico de satisfacción de los colectivos. Revisar en el resto de procedimientos la referencia a la denominación antigua del P05. - En el documento sobre los grupos de discusión <i>Régimen de los grupos de discusión de la FCEYT de la Universidad de Huelva</i>, apartado “Objeto”, se recoge que “El procedimiento 05 sobre la recogida y análisis de la satisfacción de los grupos de interés de la versión 2.0 del SGCC ...”. Sin embargo, debería referirse al P04. <i>Gestión documental, uso de la información y análisis de los resultados</i>. - En el <i>Cuadro de mando de indicadores del centro</i> se detecta que hay indicadores con datos poco actualizados, sin que exista coincidencia en las diferentes fuentes de información. Por ejemplo, los indicadores de “Porcentaje de objetivos cumplidos sobre los programados anualmente” vinculados al P03 <i>Política de Aseguramiento de la Calidad</i> (C2-P03-IN1 y C2-P03-IN2), hacen referencia a datos del curso 2020-21, mientras que el documento <i>Objetivos estratégicos y líneas de actuación: Plan de Mejora y Cuadro de Mando del Centro</i> es del 30 de enero de 2025. Por su parte en el <i>Autoinforme de seguimiento del centro (2023-24)</i> se analizan los porcentajes de cumplimiento de los objetivos hasta el curso 2023-24 (septiembre de 2024 en apartado 2.1.3).	
--	--	---	--

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

		Deben revisarse los mecanismos de actualización de la documentación para garantizar que esta guarde coherencia.	
16	nc	En contra de lo que dice el P07 Capacitación, competencia y cualificación del PDI (apartado 3.1.1, pag. 3) no ha podido consultarse en la página web de la Facultad de Ciencias Empresariales, pestaña Calidad , el apartado que dirige al enlace de los Servicios de Formación del Profesorado de la UHU, donde se recoge toda la información relevante sobre los cursos de formación y de innovación docente.	Criterio 3
17	nc	En contra de lo que dice el P07 (apartado 3.1.1) no ha podido constatar que el Centro elabore anualmente el indicador relativo a la relación entre las “necesidades detectadas sobre la formación del PDI y nº de actividades formativas propuestas” (C3-P07-IN1) para corregir carencias y para que la CGCC y las CGCTs puedan realizar el análisis de los resultados obtenidos en este proceso. En el Cuadro de indicadores del centro/título , si bien se recoge el indicador en el índice, no muestra los resultados y su evolución.	Criterio 3

OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades)		
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
1	Incluir en el cuadro de mando de indicadores del sistema los valores objetivo o meta a alcanzar. Con la configuración del documento actual no es posible identificar qué meta se debe alcanzar o cuándo se debe actuar. Asimismo, algunas de las metas recogidas en el plan de mejoras para determinadas acciones parecen establecerse de manera subjetiva y ambigua: “Mejora en Satisfacción obtenida en dichas encuestas” o “Incrementar el número de convenios de colaboración para la realización de las prácticas externas, ...”. Durante la visita se constató la necesidad de: • Establecer valores límite y rangos, de forma que permita a los responsables detectar desviaciones y tomar las decisiones oportunas. • Comprobar que el sistema dispone de indicadores que permiten evaluar la eficacia y eficiencia de los procedimientos del SGCC. En todo caso, el sistema de indicadores debe ajustarse a las necesidades del centro y de la universidad, valorando su utilidad, pertinencia y relevancia para lograr los objetivos previstos en los procedimientos y en el sistema en su conjunto.	SGC Criterio 2

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

2 (2024)	Tal y como se adelantó en la OM12 k) de la auditoría interna anterior (02/07/2024), en los <i>informes de revisión del SGC</i> que han podido consultarse se recoge una descripción genérica de los cambios realizados en el proceso de revisión. Por ejemplo, en el de 2024 se indica que “se han revisado los 11 procedimientos”, sin analizar, explicar ni concretar nada más. Se recomienda seguir avanzando para detallar en mayor medida en el informe, la revisión y los cambios realizados, garantizando que la sistemática de seguimiento, revisión y mejora del sistema se ajusta a lo establecido en la documentación del SGC. En el plan de acciones elaborado como respuesta a la auditoría se indica que se está trabajando para mejorar su concreción. Pero se desconocen las acciones desarrolladas hasta el momento. Establecer un modelo de informe de revisión del SGC podría facilitar la elaboración de este.	SGC Criterio 2
3 (2024)	Tal y como se recogió en la OM12 o) de la auditoría interna anterior (02/07/2024), resulta preciso 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 plan de acciones elaborado como respuesta a la citada auditoría se indica que dicho reglamento se ha actualizado, pero no ha podido consultarse, ni está disponible en la web del centro y de la universidad.	SGC Criterio 2
4 (2024)	Tal y como se recogió en la OG10 e la auditoría interna anterior (02/07/2024) es necesario 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, en los resultados disponibles, por debajo o ligeramente por encima de 3 sobre 5.	Criterio 5

OPORTUNIDADES DE MEJORA (excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)		
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
OM1	Incorporar todos los criterios ESG en el alineamiento realizado entre los procedimientos del SGCC y los Criterios y Directrices para el aseguramiento de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG 2015). Se constata que en la última revisión del MSGCC (revisión 6) se ha incluido la Tabla 1 con la correspondencia entre procedimientos del SGCC y criterios IMPLANTA y ESG. No obstante, se detecta que falta incorporar el criterio ESG 1.9. Seguimiento continuo y evaluación periódica de los programas. Se recomienda seguir, sin variaciones, la tabla de relación entre criterios que se recoge en la guía de certificación del programa IMPLANTA (pág. 17), desplegando los procedimientos del SGCC	SGC (Manual)

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

	como se estime oportuno (un mismo procedimiento puede impactar en varios criterios dependiendo de su objetivo).	
OM2 (2024)	Incluir, en los casos en los que proceda, las responsabilidades de los cargos unipersonales. Aunque en respuesta a la OM5 del informe de auditoría interna anterior (02/07/2024) se ha actualizado esta información en los procedimientos del SGC, en la tabla de responsabilidades vinculadas a los procedimientos la práctica totalidad de las acciones siguen recayendo en los órganos colegiados, quedando difuminadas algunas responsabilidades. Por ejemplo, en el apartado 5 del P03 <i>Política de Aseguramiento de la calidad</i> se indica que es la CGCC quien revisa y completa el cuadro de indicadores. Si bien es cierto que la CGCC puede revisar tal documento, su cumplimentación probablemente recaiga en uno de sus miembros, por ejemplo, en la vicedecana responsable de calidad.	SGC (Procedimientos)
OM3	Detallar en mayor medida las herramientas utilizadas para la gestión documental y de información del SGCC. En el apartado 5.2.2 “Gestión documental, uso de la información generada por el SGC y análisis de los resultados” del MSGCC no se aporta información concreta sobre el sistema documental que da soporte al SGCC, qué aplicativo se utiliza, cómo se estructura, etc. Se realiza una descripción genérica (formato guía implanta) de los aspectos fundamentales que debe contener el sistema para que la información generada sea útil, completa, permita su análisis y toma de decisiones, etc. Por su parte, en el apartado 3.1.7 del procedimiento P04 de gestión documental se indica que “se organiza la información en una localización centralizada” y que la web “actuará como gestor documental”. En la visita se constató que la web es la vía de acceso a las evidencias generadas por el SGCC. Estas son almacenadas en DRIVE (servicio de almacenamiento en la nube de Google), que es la solución principal utilizada como gestor documental del sistema. También se usa TEAMS (M. Office 365) como gestor documental y canal de comunicación entre la Unidad de Calidad y el centro. Detallar brevemente los aplicativos que conforman el gestor documental y de información del SGCC, así como la estructura de carpetas utilizada para organizar las evidencias (por criterio, por procedimiento, ...), pues facilitaría su comprensión, fundamentalmente por los grupos de interés no familiarizados con el sistema.	Criterio 2
OM4	Revisar el P06 Revisión del SGC del Centro en relación a las auditorías internas, valorando flexibilizar la posible composición del equipo auditor para ajustarlo en mayor medida al desarrollo actual del proceso. Actualmente el procedimiento del SGC del centro establece que “estará integrado”, entre otros, por “un responsable de calidad de un Centro distinto al que se va a auditar o en quien éste delegue, referencia que aparecía en la edición inicial de la ficha del procedimiento P07 de auditoría interna del modelo marco (revisión 3 de diciembre de 2020), que ya no se incorpora en revisiones posteriores. Sin embargo, el responsable de	Criterio 2

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

	calidad del centro no participa en todas las auditorías de centro, salvo que la persona en quien delegue sea un técnico de la UC de la UHU o externo. Algunos centros sí han flexibilizado este aspecto incorporando fórmulas de tipo condicional: “El equipo auditor podrá estar integrado por ...”.	
OM5 (2024)	Revisar la nueva redacción y mejorar la explicación incluida en el P03 <i>Política de Aseguramiento de la Calidad</i> sobre la relación entre la política de calidad y el plan estratégico, así como el alineamiento entre los objetivos generales recogidos en el documento de política y objetivos de calidad y los objetivos estratégicos. Aunque en respuesta a la OM9 del informe de auditoría interna anterior (02/07/2024) se ha elaborado un documento de correspondencia, no queda del todo clara pues se hace referencia a objetivos generales y estratégicos, pero no a los “objetivos de calidad” que se mencionan en la documentación del SGCC. En el caso que los objetivos de calidad sean equivalentes a alguno de los anteriores, indicar en la tabla o actualizar en la documentación que corresponda.	Criterio 2
OM6 (2024)	Valorar la automatización del tratamiento de la información y la simplificación de tareas y documentos para mejorar la eficiencia del sistema, optimizando los esfuerzos y los recursos implicados. En la auditoría interna anterior (02/07/2024) se identificó que las tareas vinculadas a la gestión documental y de la información se realizan mayoritariamente de forma manual por parte del responsable de calidad (cuadros de mandos -centro, títulos, ODS-, planes de mejora -centro, títulos- etc.). En el plan de acciones sobre el informe de auditoría, con fecha 30/10/2024 se indica que se valora la OM10. Sin embargo, se desconocen los términos de la valoración realizada o las decisiones adoptadas. En la documentación revisada tampoco se identifica ninguna evidencia que muestre las mejoras implementadas, más allá del proyecto piloto de la Unidad de Calidad para generar cuadros de mandos de indicadores con Power BI. Se recomienda continuar impulsando las actuaciones relacionadas con la sistematización, simplificación y automatización del sistema de gestión documental y de información que dan soporte a los SGCC de la UHU, para garantizar su eficiencia.	Criterio 2
OM7	En la próxima revisión y mejora del SGC, y de su documentación a) Seguir la misma sistemática en la correlación de evidencias y localización. En el P01, concretamente en la tabla del apartado 5, en el campo de “evidencia” y “Localización” se repite la misma información “Web del Centro (Apartado Calidad Evidencias del Centro por Criterio)” y “web del Título (Apartado Resultados del Título)/Unidad para la Calidad de la UHU”. A diferencia del resto de procedimientos en este no se especifica para cada acción su evidencia/s correspondiente/s.	Criterio 2

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

	b) Incluir algunas evidencias en aquellos procedimientos que proceda o se considere adecuado. Por ejemplo: ○ En la tabla del apartado 5 del P01 se recoge como acción “Elabora y revisa el Plan de Comunicación del Centro (...)”. No obstante, el citado plan no se recoge como evidencia del citado procedimiento. ○ En la tabla del apartado 5 del P07 <u>Capacitación, competencia y cualificación del PDI</u>, faltan las evidencias para las actividades más relevantes realizadas por los servicios centrales de la universidad relacionadas con el plan de formación del PDI y los diferentes programas de innovación. Las celdas correspondientes al campo de “evidencias” de estas actividades aparecen vacías. En la <u>revisión 4</u> del procedimiento sí estaban las evidencias, aunque tres de ellas aparecían con el mismo código (C3- P07-EV3). ○ En el P07 se afirma que la valoración de las actividades formativas la gestiona el servicio de formación del PDI y sus resultados se incorporarán en la memoria anual de la UHU. Por tanto, la memoria debería ser una evidencia del procedimiento, teniendo en cuenta que se remite a ella, siempre que efectivamente contenga la información a la que se hace referencia. c) Revisar la periodicidad establecida en el desarrollo de algunas actuaciones. Por ejemplo, en el Plan de Comunicaciones se afirma que “la eficacia del Plan de Comunicación se analizará y evaluará en las reuniones de la CGCC, como apartado propio dentro de un punto del orden del día específico sobre la revisión del SGC del Centro. La periodicidad de esta evaluación será semestral ...” Sin embargo, en 2024 sólo se detecta una referencia explícita al análisis del plan en el acuerdo de la CGCC de septiembre de 2024. En 2023 una referencia a la elaboración del plan en junio de 2023. Si la revisión es anual y no semestral, debería ajustarse la periodicidad en la documentación del SGIC para que responda a la realidad. d) Revisar la información recogida en el último <i>Informe de revisión del SGIC</i>. En este informe se indica en relación al P06 que “los procedimientos asociados a cada criterio no han experimentado ninguna modificación”. Sin embargo, los procedimientos han cambiado de versión, tal y como se especifica en la tabla de control del documento “Revisión no sustancial del procedimiento para su actualización y adecuación al seguimiento interno del Centro”. e) Revisar que las actividades descritas en el apartado 5 del P08 se corresponden con las tareas reales desarrolladas en este procedimiento, pues parecen propias de otro. La primera actividad que se describe en la tabla del apartado 5 es coincidente con la	Criterio 2 Criterio 2 Criterio 2 Criterio 2 Criterio 2
--	--	---

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

	establecida en el procedimiento P07 <i>Capacitación, competencia y cualificación del PDI</i> "(...) Aprueba el horario de clases y el calendario de exámenes, así como el POD del Centro, guías docentes y demás propuestas de los Consejos de Departamento que impartan docencia en el Centro y afecten a éste". f) Incorporar la fecha de los documentos generados por el SGCC, sobre todo de aquellos que se deben elaborar o revisar de forma periódica. Por ejemplo, se detecta que el <i>Plan de Mantenimiento de los Recursos Materiales del Centro</i> (C4-P08-EV2) no incorpora la fecha de su elaboración y aprobación. Se trata de un documento que se genera anualmente según el P08, pero no se puede evidenciar este hecho al carecer de esta información. g) Actualizar la denominación del procedimiento P03 que aparece en la portada de la ficha "Política y Objetivos de Calidad" y sustituir por el nombre actual "Política de Aseguramiento de la Calidad".	Criterio 2 Criterio 2
--	---	-------------------------------------

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC

1. La implicación, compromiso e impulso del nuevo Equipo Decanal para continuar trabajando en la implantación efectiva del SGC del centro y en el despliegue de la cultura de calidad.
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. El alto nivel de transparencia que se ha logrado. La mayoría de la información generada por el sistema es de carácter público y de acceso abierto.
4. La iniciativa institucional vinculada a los [Proyectos de Intercambio de profesorado entre Empresas e Instituciones y la UHU](#) que según consta en la convocatoria, consiste en la realización de estancias breves de profesorado en las empresas y viceversa.

En Santa Cruz de Tenerife, a 9 de septiembre de 2025

Firmado:

Rafael Fernández Serafín. Auditor Jefe

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

ANEXO I

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO
---	---

Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA
Centro	FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y TURISMO
Fecha de la auditoría	20 de junio de 2025
Enlace reuniones auditoría	https://uhu.zoom.us/j/92952729222?pwd=RmhJUmkvYkdPdZRmdjYkZkxgTnRzQT09

HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES
10:00-10:45	Equipo decanal	- Dña. Elena García (Decana) - D. David Castilla Espino (Secretario) - Dña. Encarnación Cordón Lagares (Vicedecana de Calidad y Asuntos Económicos) - D. Enrique Ferradás (Vicedecano de Ordenación Académica y Extensión Universitaria) - D. Javier García Delgado (Vicedecano de Estudios e Innovación Docente) - Dña. Ana González Galán (Vicedecana de Estudiantes y Empleabilidad) - D. Juan Carlos Roca Pulido (Vicedecano de Internacionalización y Movilidad) - D. Juan Gómez Gómez (Vicedecano de Infraestructuras, Tecnologías y Comunicación-PTGAS)
11:00-12:00	CGCC	- Dña. Elena García (Decana) - D. David Castilla Espino (Secretario) - Dña. Encarnación Cordón Lagares (Vicedecana de Calidad y Asuntos Económicos) - D. Enrique Ferradás Moreira (Vicedecano de Ordenación Académica y Extensión Universitaria) - D. Javier García Delgado (Vicedecano de Estudios e Innovación Docente) - Dña. Ana González Galán (Vicedecana de Estudiantes y Empleabilidad) y presidenta de la CGC del Grado en FICO (PDI) - D. Juan Carlos Roca Pulido (Vicedecano de Internacionalización y Movilidad)

 Universidad de Huelva Vicerrectorado de Calidad y Concursos Docentes	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO	Fecha: 09/09/2025
---	--	-------------------

		- D. Juan Gómez Gómez (Vicedecano de Infraestructuras, Tecnologías y Comunicación-PTGAS) - Inmaculada Rabadán Martín (Presidenta CGC- Grado en ADE) - M^a Amor Jiménez Jiménez (Presidenta CGC- Grado en Turismo) - Juan José García del Hoyo (Secretario del Máster en Transporte Intermodal y Logística) - Alfonso Infante Moro (Presidente Máster de Turismo: Dirección de Empresas Turísticas) - Mónica Carmona Arango (Presidenta Máster Economía Finanzas y Computación) - Rosa M^a Pérez de León Lancha (Jefa de negociado-PTGAS) - David Sánchez Palanco (Delegado de Centro-Estudiante) - M^a Nazaret García Vivas (Egresada)
12:30-12:45	Despedida	- Dña. Elena García (Decana) - D. David Castilla Espino (Secretario) - Dña. Encarnación Cordón Lagares (Vicedecana de Calidad y Asuntos Económicos) - D. Enrique Ferradás Moreira (Vicedecano de Ordenación Académica y Extensión Universitaria) - D. Javier García Delgado (Vicedecano de Estudios e Innovación Docente) - Dña. Ana González Galán (Vicedecana de Estudiantes y Empleabilidad) y presidenta de la CGC del Grado en FICO (PDI) - D. Juan Carlos Roca Pulido (Vicedecano de Internacionalización y Movilidad) - Juan Gómez Gómez (Vicedecano de Infraestructuras, Tecnologías y Comunicación-PTGAS) - D. Sergio Pérez Cuadrado (Jefe de Servicio-Unidad para la Calidad)