

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

**FACULTAD DE EDUCACIÓN,
PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DEL DEPORTE
UNIVERSIDAD DE HUELVA**

Fecha de emisión de informe: 21/04/2023

V01

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

El objetivo principal de la auditoría interna ha sido revisar el grado de implantación y detectar desviaciones del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro con respecto a los requisitos del Programa IMPLANTA-SGCC y a los requisitos establecidos por el propio sistema.

El propósito fundamental es aplicar un plan de acciones correctivas a tales desviaciones detectadas (no conformidades) y permitir obtener una situación de partida más favorable ante la futura auditoría de certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (ACCUA, antes DEVA). En este sentido, las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas en este informe deberían tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

En términos generales, se considera que el SGC que aplica el Centro es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo. No obstante, el grado de implantación del sistema en el Centro es todavía inicial y no existen aún registros relevantes del SGC, como el Autoinforme de Seguimiento del Centro o el Plan de Mejora del Centro, lo que dificulta profundizar en la entrevista de auditoría. Sin embargo, tras acordarlo con las personas presentes en la entrevista, se decide que la auditoría interna se haga de forma didáctica, con objeto de orientar a la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte sobre los principales aspectos que deben desarrollar en el Centro próximamente para seguir avanzando en la implantación de su SGC.

En este informe de auditoría se indican 5 no conformidades mayores, 12 observaciones generales al SGC y 17 oportunidades de mejora.

Las no conformidades indicadas son las siguientes:

- NCM 1: No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 3 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El Manual del Sistema de Garantía de Calidad establece que en la composición de la Comisión de Garantía de Calidad del Título debe haber un miembro con el perfil de egresado. A fecha de auditoría, no se evidencia que se haya integrado este miembro en las Comisiones del Título de Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte y del Máster en Psicología General Sanitaria. En la reciente auditoría interna de 12/04/2023 se comprueba que aún no se ha integrado el miembro con perfil de egresado en la CGCT de Ciencias de la Actividad Física.
- NCM2: No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 6 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: No se evidencia la aplicación del procedimiento 05 del

Sistema de Garantía de Calidad del Centro, en relación a la activación de los grupos de discusión, durante los cursos 2020/2021 y 2021/2022.

En la reciente auditoría interna de 12/04/2023 se comprueba que se está llevando a cabo la activación de los grupos de discusión en los diferentes títulos. No obstante, se mantiene abierta esta No Conformidad hasta que pueda evidenciarse el funcionamiento de los grupos de discusión en todos los títulos que imparte la Facultad.

- NCM3: No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 7 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El procedimiento P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI no incluye mecanismos para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo.

En la reciente auditoría interna de 12/04/2023 el Centro alega que están recogidos dichos mecanismos en el apartado 3.1 del P12, sin embargo, este apartado se refiere solo a las necesidades formativas, y no a las necesidades de dotación de personal académico, atendiendo al perfil requerido y las características de cada programa formativo (criterio 3.1 de IMPLANTA).

- NCM4: No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 9 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: A fecha de auditoría, no se encuentra publicado en la web de la Facultad el Autoinforme de seguimiento y plan de mejora de Centro del curso 2019/2020.

En la reciente auditoría interna de 12/04/2023 se comprueba que aún no se ha publicado el Autoinforme de Seguimiento del Centro ni el Plan de Mejora mencionados.


A pesar de que el SGC de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte entró en vigor el 15/07/2020 y se ha cerrado al menos dos ciclos de gestión, no se evidencian registros relevantes del sistema como, por ejemplo, el Autoinforme de Seguimiento del Centro o el Plan de Mejora del Centro.

- NCM5: A fecha de auditoría, no se encuentran publicados en la web de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte los Autoinformes de Seguimiento y Planes de Mejora de los títulos que imparte, correspondientes al ciclo de gestión 2021/22.

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que el Equipo Decanal de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte está compuesto por personas implicadas y orientadas a la mejora continua del Centro, por lo que se espera que impulsarán las acciones correctivas necesarias para mejorar el sistema de garantía de calidad y, por ende, la mejora del propio Centro.

Se anima a los responsables del SGC que valoren y tengan en cuenta todas las observaciones generales detalladas en este informe, ya que se tratan de recomendaciones de especial seguimiento que podrían eliminar las causas de posibles no conformidades futuras.

Asimismo, las oportunidades de mejora deben tratarse como recomendaciones que podrían mejorar aspectos del SGC implantado en la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte de la Universidad de Huelva.

| | | |
|--|--|--|
|  <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p> | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|--|--|--|

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

| Datos del Centro auditado | |
|--|---|
| Universidad | UNIVERSIDAD DE HUELVA |
| Centro | FACULTAD DE EDUCACIÓN, PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DEL DEPORTE |
| Representante de la Institución auditada | M ^{re} Isabel Mendoza Sierra Decana |
| Norma de aplicación de referencia | Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC – DEVA (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 21/07/2022 – V3.0). |
| Fecha de la auditoría | 12 de abril de 2023 |

| Equipo auditor |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor Jefe: Jacinto Fernández Lombardo. Universidad de Jaén. ▪ Auditora en Formación: Laura Galván González. Universidad de Huelva. ▪ Auditora - Colaboradora: Inés Romero Martínez. Universidad de Huelva. ▪ Colaboradora: M^{re} Ángeles Jacinto Moreno. Universidad de Huelva. |

| Criterios de auditoría |
|---|
| <p>El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC). ▪ Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC). |

| Objetivos de la auditoría interna |
|--|
| <p>Los objetivos de la auditoría son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Información Pública.
- P02 Política y objetivos de calidad.
- P03 Gestión de la información y la documentación.
- P04 Planificación, desarrollo y medición de los resultados de las enseñanzas.
- P05 Recogida y análisis de la satisfacción de los grupos de interés.
- P06 Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones.
- P07 Auditoría interna.
- P08 Revisión del SGC del Centro.
- P09 Diseño de la oferta formativa y modificación de la memoria del título verificado.
- P10 Seguimiento, evaluación y mejora del título.
- P11 Extinción del título.
- P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI.
- P13 Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios.
- P14 Captación, preinscripción y matriculación, reconocimiento y certificación.
- P15 Orientación académica y profesional de estudiantes.
- P16 Metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados del aprendizaje.
- P17 Gestión de la movilidad de estudiantes.
- P18 Gestión de las prácticas externas.
- P19 Gestión de los TFG y TFM.
- P20 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 2022-23, de fecha 26/01/2023, establece la realización de la presente auditoría interna.

El equipo auditor ha sido nombrado por la Universidad de Huelva.

La visita de auditoría interna ha tenido lugar en el día 12 de abril de 2023, mediante reunión presencial en la sala de juntas de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte, en el Campus “El Carmen”, Huelva.

Cumpliendo el Programa de Auditoría, el equipo auditor ha realizado las entrevistas programadas. Previamente, el equipo auditor había revisado la documentación y registros del SGC que se encuentran publicados en la Web de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte, y de la Universidad de Huelva.

La visita de auditoría ha consistido en mantener una entrevista con la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte, en la que el equipo auditor les ha realizado una serie de preguntas con objeto de comprobar, completar o aclarar dudas sobre la información disponible en relación con el grado de implantación del SGC de este Centro.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría usadas han sido: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

Cabe destacar la participación activa de las personas que han asistido a la entrevista programada, así como las facilidades que el Centro y la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva han proporcionado a este equipo auditor para la realización de la auditoría.

En el Programa de Auditoría (anexo I) se incluye la lista de participantes en la entrevista realizada durante la auditoría interna.

Durante la entrevista programada, el equipo auditor pudo obtener evidencias de auditoría, principalmente a través de declaraciones verbales de las personas presentes.


Los resultados de la evaluación de las evidencias de auditoría recopiladas frente a los criterios de auditoría (hallazgos de auditoría) se describen a continuación en forma de No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad Menor (nc), Observaciones Generales al SGC, 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 documentado en un Plan de Acciones Correctivas.

Cuando ocurra una No Conformidad, la organización debe:

| | | |
|--|--|--|
|  <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p> | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|--|--|--|

a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable, tomar acciones para controlarla y corregirla, 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 al SGC identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

Las Oportunidades de Mejora identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de mejorar aspectos del SGC implantado en el Centro.

El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo, por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas 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 a la finalización de esta auditoría.

| 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. | |
| | | 2.2. 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. | 3 |
| | | 2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos. | |


| | | |
|--|--|--|
|  <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p> | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|--|--|--|

| | | | |
|--|-----------------|--|-----------------|
| 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. | 1 | 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 contribuye a favorecer el aprendizaje del alumnado. | | | |



| DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES | | | |
|--|-----------------------------|--|---------------------------------------|
| Nº No Conf. | Categoría (NCM / nc) | Justificación | SGC Centro / Criterio IMPLANTA |
| 1 | NCM | <p>No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 3 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El Manual del Sistema de Garantía de Calidad establece que en la composición de la Comisión de Garantía de Calidad del Título debe haber un miembro con el perfil de egresado. A fecha de auditoría, no se evidencia que se haya integrado este miembro en las Comisiones del Título de Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte y del Máster en Psicología General Sanitaria.</p> <p>En la reciente auditoría interna de 12/04/2023 se comprueba que aún no se ha integrado el miembro con perfil de egresado en la CGCT de Ciencias de la Actividad Física.</p> | MSGC / Criterio 2.2 |
| 2 | NCM | <p>No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 6 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: No se evidencia la aplicación del procedimiento 05 del Sistema de Garantía de Calidad del Centro, en relación a la activación de los grupos de discusión, durante los cursos 2020/2021 y 2021/2022.</p> <p>En la reciente auditoría interna de 12/04/2023 se comprueba que se está llevando a cabo la activación de los grupos de discusión en los diferentes títulos. No obstante, se mantiene abierta esta No Conformidad hasta que pueda</p> | P05 / Criterio 2.2 |

| | | |
|--|--|--|
|  <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p> | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|--|--|--|

| | | | |
|---|-----|--|-----------------------|
| | | evidenciarse el funcionamiento de los grupos de discusión en todos los títulos que imparte la Facultad. | |
| 3 | NCM | <p>No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 7 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: El procedimiento P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI no incluye mecanismos para identificar las necesidades de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo.</p> <p>En la reciente auditoría interna de 12/04/2023 el Centro alega que están recogidos dichos mecanismos en el apartado 3.1 del P12, sin embargo, este apartado se refiere solo a las necesidades formativas, y no a las necesidades de dotación de personal académico, atendiendo al perfil requerido y las características de cada programa formativo (criterio 3.1 de IMPLANTA).</p> | P12/ Criterio 3 |
| 4 | NCM | <p>No se han realizado acciones correctivas suficientes para atender la No Conformidad Mayor nº 9 indicada en el Informe de Auditoría Interna de fecha 11/07/2022, y que se describe a continuación: A fecha de auditoría, no se encuentra publicado en la web de la Facultad el Autoinforme de seguimiento y plan de mejora de Centro del curso 2019/2020.</p> <p>En la reciente auditoría interna de 12/04/2023 se comprueba que aún no se ha publicado el Autoinforme de Seguimiento del Centro ni el Plan de Mejora mencionados. A pesar de que el SGC de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte entró en vigor el 15/07/2020 y se ha cerrado al menos dos ciclos de gestión, no se evidencian registros relevantes del sistema como, por ejemplo, el Autoinforme de Seguimiento del Centro o el Plan de Mejora del Centro.</p> | P08 / Criterio 2.2 |
| 5 | NCM | A fecha de auditoría, no se encuentran publicados en la web de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte los Autoinformes de Seguimiento y Planes de Mejora de los títulos que imparte, correspondientes al ciclo de gestión 2021/22. | P01 / Criterio 1 |


| | | |
|--|--|--|
|  <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p> | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|--|--|--|

| OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades) | | |
|---|---|--------------------------------------|
| Nº | Descripción | SGC Centro / Criterio IMPLANTA |
| 1 | Evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de revisión del SGC (P08), así como que esta revisión del SGC se basa en el análisis de los resultados obtenidos (mejora continua de los procedimientos, detección de necesidades y propuestas de mejora). | P08 / Criterio 2.2 |
| 2 | Evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de información pública: cómo participan los grupos de interés en la toma de decisiones sobre la publicación de la información, cómo se recoge la información, cómo se controla, cómo se revisa periódicamente y cómo se mejora de forma continua la información que se publica. | P01 / Criterio 1 |
| 3 | Evidenciar claramente cómo participa el Centro en los procesos transversales que gestiona la Universidad relacionados con los aspectos relacionados con el personal académico (evaluación de la calidad docente, formación del profesorado, innovación docente). | P12 / Criterio 3 |
| 4 | Evidenciar claramente cómo el Centro analiza y revisa de forma periódica la información de los resultados que han servido para la detección de nuevos recursos, servicios o PAS, atendiendo a las características propias de cada titulación. | P13 / Criterio 4 |
| 5 | Evidenciar claramente cómo el Centro controla, revisa periódicamente y mejora la gestión de los recursos materiales y servicios. | P13 / Criterio 4 |
| 6 | Evidenciar claramente la sistemática por la que el Centro recoge datos, analiza información y toma decisiones en relación el sistema de apoyo y orientación académica y profesional al alumnado. | P15 / Criterio 5 |
| 7 | Evidenciar que el Plan de Mejora del Centro integra todas las acciones de mejora generadas en aplicación de los procedimientos del SGC del Centro y, en su caso, otras fuentes, como los informes de evaluación externa. | Procedimientos / Criterios 1 a 5 |
| 8 | Evidenciar que en el Plan de Mejora del Centro cada acción tiene identificados indicadores de seguimiento y definida una meta/objetivo de cumplimiento del indicador. | Procedimientos / Criterios 1 a 5 |
| 9 | Evidenciar que el Plan de Mejora del Centro se revisa periódicamente y se analiza la consecución de objetivos a través de los resultados de las acciones de mejora finalizadas o la definición de otras nuevas en proceso. | Procedimientos / Criterios 1 a 5 |
| 10 | Incrementar la participación de los grupos de interés (alumnado, PDI y PAS) en las encuestas de satisfacción. | P05 / Criterios 1 a 5 |
| 11 | Comprobar que las actas de reunión de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro desarrollan en sus puntos del orden del día las responsabilidades que correspondan según asignación establecida en los procedimientos del SGC. | Procedimientos / Criterios 1 a 5 |



| | | |
|---|--|--|
|   Universidad de Huelva <small>Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</small> | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|---|--|--|

| | | |
|----|---|----------------------------------|
| 12 | Revisar la redacción de los procedimientos del SGC en las que participa la Unidad para la Calidad de la UHU, puesto que se han detectado casos en las que las responsabilidades asignadas a la Unidad para la Calidad no coinciden con las acciones establecidas en el apartado 3 de desarrollo del procedimiento (por ejemplo, en P07 y en P08, no aparece la Unidad para la Calidad entre las responsabilidades del proceso y en el apartado 3 se le asigna acciones a realizar.) | Procedimientos / Criterios 1 a 5 |
|----|---|----------------------------------|

| OPORTUNIDADES DE MEJORA (excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC) | | |
|---|--|------------------------------------|
| Nº | Descripción | Criterio IMPLANTA/SGC Centro |
| 1 | Se recomienda avanzar en actuaciones que promuevan que el Sistema de Garantía de Calidad del Centro se convierta en la herramienta de gestión del Centro, en los que los procedimientos sean adecuados a la realidad del Centro, a sus funciones y estrategia, a sus grupos de interés y entorno. | SGC |
| 2 | Se recomienda evidenciar que el Centro tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y que recoge y consideran las aportaciones de todos los grupos de interés con cierta periodicidad. | SGC / Criterio 2.2 |
| 3 | Se recomienda revisar el MSGC y los procedimientos del SGC del Centro para asegurar la correspondencia entre lo que está escrito en tales documentos y lo que realmente se está haciendo en la Facultad. | SGC |
| 4 | Se recomienda avanzar en la gestión de la interacción del Centro en los procesos transversales de la Universidad en los que participa. | SGC |
| 5 | Se recomienda sistematizar la rendición de cuentas del Centro, identificando claramente los documentos o información que es objeto de rendición de cuentas, los grupos de interés a los que se dirige, quién se encarga de la rendición de cuentas, cómo se hace y cuándo. Asimismo, cómo se evidencia la rendición de cuentas del Centro. | SGC / Criterio 2.1 |
| 6 | Se recomienda avanzar en la sistematización de registros/evidencias generados en cada ciclo de gestión del SGC del Centro. | SGC |
| 7 | Se recomienda evidenciar claramente la trazabilidad entre política de calidad, objetivos estratégicos y resultados obtenidos en el periodo de aplicación del SGC. | SGC |
| 8 | Se recomienda identificar claramente los distintos grupos de interés relacionados con cada procedimiento del SGC del Centro. | SGC |
| 9 | Se recomienda establecer un sistema de detección de necesidades y expectativas de los grupos de interés. | SGC |

| | | |
|--|--|--|
|  <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p> | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|--|--|--|

| | | |
|----|--|--------------------|
| 10 | Se recomienda avanzar en la realización de comparaciones de resultados con otros títulos y Centros. | SGC / Criterio 2.2 |
| 11 | Se recomienda actualizar las referencias normativas que aparecen en los procedimientos del SGC. Por ejemplo, suprimir la normativa derogada RD 1393/2007 y RD 420/2015 e incluir los nuevos RD 822/2021 y RD 640/2021 | SGC |
| 12 | Se recomienda evidenciar claramente la trazabilidad desde que se propone una acción de mejora (bien en la CGCT, en la CGCC, en los informes internos de evaluación, en los de auditoría interna, en las recomendaciones de evaluaciones externas, en el seguimiento de los objetivos de calidad o de los planes de mejora) hasta que se cierra dicha acción como “ejecutada” en el Plan de Mejora del Centro. Esta trazabilidad debe estar clara de inicio a fin y de fin a inicio. | SGC |
| 13 | Se recomienda elaborar para cada curso académico (ciclo de gestión) un documento/cronograma de planificación, desarrollo y seguimiento del Sistema de Garantía de Calidad, con objeto de conocer la fecha de inicio y fin y el responsable de las principales actividades que se desarrollan en aplicación de los procedimientos del SGC. | SGC |
| 14 | Se recomienda publicar en la web un archivo histórico del Sistema de Garantía de Calidad del Centro que permita analizar la evolución del sistema. | P03/ Criterio 2 |
| 15 | Se recomienda revisar el procedimiento P10 Seguimiento, evaluación y mejora continua, con objeto de establecer las fechas máximas de aprobación de los Autoinformes de Seguimientos de los Títulos, puesto que son la base para poder elaborar el Autoinforme de Seguimiento del Centro. El objetivo general debe ser acortar el periodo temporal entre la finalización del curso académico y la fecha de aprobación del Autoinforme de Seguimiento de los Títulos y del Centro, con objeto de que pueda rendirse cuentas a los grupos de interés con tales documentos en el menor tiempo posible. | P10/ Criterio 2 |
| 16 | Se recomienda evidenciar que el Centro tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y que recoge y consideran las aportaciones de todos los grupos de interés con cierta periodicidad. | SGC / Criterio 2.2 |
| 17 | Se recomienda avanzar en actuaciones que promuevan que las personas agentes que forman parte del SGC se involucren en el desarrollo del mismo, conociendo bien el sistema, los procedimientos que se llevan a cabo, así como sus mecanismos de medición, análisis y mejora. | SGC |

| | | |
|--|--|--|
|   Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|--|--|--|


FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC

- En términos generales, el SGC que aplica el Centro es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo.
- El Equipo Decanal de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte está compuesto por personas implicadas y orientadas a la mejora continua del Centro.
- El Centro dispone de datos suficientes y adecuados para su análisis, principalmente facilitados por la Unidad para la Calidad de la UHU o puestos a disposición en el gestor documental TEAMS.


En Jaén, a 21 de abril de 2023



Jacinto Fernández Lombardo. Auditor Jefe.


| | | |
|--|--|--|
|  <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p> | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|--|--|--|

ANEXO I

| | |
|--|---|
|  <p>uhu.es Universidad de Huelva Vicerrectorado de Planificación Estratégica, Calidad e Igualdad</p> | PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA FACULTAD DE EDUCACIÓN, PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DEL DEPORTE |
|--|---|

| | |
|------------------------------|---|
| Universidad | UNIVERSIDAD DE HUELVA |
| Centro | FACULTAD DE EDUCACIÓN, PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DEL DEPORTE |
| Fecha de la auditoría | 12 de abril de 2023 |
| Sala de reuniones | Sala de Juntas de la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte. Campus El Carmen. Huelva. |

| DÍA | HORA | AUDIENCIA | ASISTENTES |
|------------|---------------|--|---|
| 11/04/2023 | 15:30 – 18:00 | Comisión de Garantía de Calidad del Centro | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isabel Mendoza Sierra (Decana). ▪ Félix Arbinaga Ibarzábal (Secretario). ▪ Concha Martínez García (Vicedecana). ▪ Elena Morales Marente (Vicedecana). ▪ Emilio Moreno Sampedro. ▪ Heliodoro Manuel Pérez Moreno. ▪ Aránzazu Cejudo Cortés. ▪ Juan Ramón Jiménez Vicioso. ▪ M^a Soledad Palacios Gálvez. ▪ Mohamed Samir Assaleh Assaleh. ▪ Jorge Molina López. ▪ Walter Federico Gadea. ▪ Inmaculada Gómez Hurtado. ▪ Manuel Tomás Abad Robles. ▪ Myriam Codes Valcarce. ▪ Ángel Boza Carreño. ▪ Manuel Martín Almansa. ▪ Fátima Sánchez Coronel. ▪ Mercedes Gutiérrez Contreras. ▪ Inmaculada Tornero Quiñones (excusa). ▪ Zaira Morales Domínguez (excusa). |

| | | |
|---|--|--|
|  | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2023/01 Fecha: 21/04/2023 |
|---|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|