

2012

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS
SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA UNIVERSIDAD
DE JAÉN

PROCESO ESTRATÉGICO PE.01. PLANIFICACIÓN Y MEJORA CONTINUA.
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEL SIGC-SUA (PE.01.1).

PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO Y
SEGUIMIENTO DEL SIGC-SUA.
2012.



**PROCESO ESTRATÉGICO PE.01. PLANIFICACIÓN Y MEJORA CONTINUA.*****Planificación Estratégica del SIGC-SUA (PE.01.1).*****Planificación del Desarrollo y Seguimiento del SIGC-SUA. 2012.*****Control de la documentación.***

Elaborado por: Coordinación Técnica (Servicio de Planificación y Evaluación) con la dirección del Vicerrector Responsable de Calidad.	Revisado por: Vicerrector Responsable de Calidad.	Aprobado por: Comité de Calidad.
Nombre: Jacinto Fernández Lombardo.	Nombre: Jorge Delgado García.	Nombre: Manuel Parras Rosa.
Cargo: Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación.	Cargo: Responsable de Calidad.	Cargo: Rector de la Universidad de Jaén. Presidente del Comité de Calidad.
Fecha: 23/04/2012	Fecha: 23/04/2012	Fecha:
Firma:	Firma:	Firma:

Edición.	Nº.: 01	Fecha de entrada en vigor:
-----------------	----------------	-----------------------------------



ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

PORTADA Y CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN.

I.- PLANIFICACIÓN DEL CICLO DE GESTIÓN DEL SIGC-SUA. 2012.

II.- PLAN DE ACTUACIONES DE DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL CICLO DE GESTIÓN DEL SIGC-SUA. 2012.

1. OBJETIVOS DE CALIDAD 2012.
2. PROPUESTAS, DIRECTRICES Y RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD Y DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN.
3. RELACIÓN DE RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO DE MARZO 2012.
4. CRONOGRAMA DEL DESARROLLO DEL CICLO DE GESTIÓN SIGC-SUA. 2012. (http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/planificacion2012/cronograma_planificacion_2012.xlsx).

III.- PLAN DE AUDITORÍA INTERNA DEL SIGC-SUA. 2012.

1. OBJETIVOS DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.
2. ALCANCE DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.
3. CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.
4. EQUIPOS AUDITORES.
5. SEGUIMIENTO.
6. PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE SEGUIMIENTO.
 - 6.1. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE SEGUIMIENTO.
 - 6.2. METODOLOGÍA Y CRITERIOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE SEGUIMIENTO.
 - 6.3. AUDITORES Y CRONOGRAMA.
 - 6.4. SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL PROGRAMA.
7. PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA ANUAL.
 - 7.1. DIRECTRICES GENERALES PARA SU ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN.

IV.- CONSTITUCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO.

I.- PLANIFICACIÓN DEL CICLO DE GESTIÓN DEL SIGC-SUA. 2012.

La planificación está referida al conjunto de actuaciones para ejecutar los objetivos de calidad, las directrices y recomendaciones establecidas por la Dirección y las que comprenden el ciclo de gestión, seguimiento y revisión y mejora del SIGC-SUA para el año 2012.

Siguiendo la directriz del Consejo de Dirección la planificación de actuaciones se extiende desde el mes de abril hasta el mes de enero de 2013, para que en las primeras semanas de febrero pueda efectuarse la revisión del SIGC-SUA por la Dirección.

FASES	CRONOGRAMA 2012-2013									
	Abril	Mayo	junio	Julio	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Febr.
Elaboración de la Planificación.										
Aprobación de la Planificación.										
Ejecución de la Planificación.										
Programa de Auditoría Interna de Seguimiento.										
Programa de Auditoría Interna Anual.										
Seguimiento de la Planificación.										
Elaboración del Informe de Seguimiento de Procesos.										
Elaboración del Informe Agrupado.										
Aprobación y Revisión.										
Revisión y Mejora del Sistema.										

II.- PLAN DE ACTUACIONES DE DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL CICLO DE GESTIÓN DEL SIGC-SUA. 2012.

1. OBJETIVOS DE CALIDAD 2012.

RELACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD 2012.

PROCEDENCIA

CRONOGRAMA DE PLANIFICACIÓN

FICHAS DE OBJETIVOS DE CALIDAD

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo 1. Desarrollo de la herramienta de gestión para el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de los Servicios y Unidades Administrativas de la Universidad de Jaén (SIGC-SUA). 	Autorización de la propuesta del Comité de Calidad por el Consejo de Dirección.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo 2. Optimización del sistema de información institucional para el suministro de datos e información estadística. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo 3. Estudio técnico e incorporación al SIGC-SUA de las propuestas de modificación de la documentación de los procesos claves del sistema, de las instrucciones técnicas y de los formatos. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo 4. Elaboración de un Plan de Comunicación del SIGC-SUA. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo 5. Elaboración de un Plan de Gestión de la Seguridad Documental del SIGC-SUA. 	

2. PROPUESTAS, DIRECTRICES Y RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD Y DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN.

RELACIÓN DE ACTUACIONES.

PROCEDENCIA

Enlace al cronograma de planificación

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Planificar el ciclo de gestión, seguimiento y revisión del SIGC-SUA entre los meses de abril-enero. 	Autorización de la propuesta del Comité de Calidad por el Consejo de Dirección.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2. Integración en el Manual de Procesos del SIGC-SUA de los resultados de identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés. ▪ 3. Integración en el Manual de Procesos del SIGC-SUA de los procedimientos “telematizados” identificados. ▪ 4. CONSEJO DE DIRECCIÓN: Impulso de la administración electrónica, desarrollando las propuestas realizadas por los Equipos de Procesos e identificando nuevos procedimientos susceptibles de ser incorporados. Realización de un estudio de los actuales procedimientos soportados sobre plataformas y aplicaciones informáticas con objeto de su plena integración en el SIGC-SUA. ▪ 5. Realización del estudio técnico de las propuestas de mejora de los procesos y planificación de su implantación y ejecución de acuerdo con la coordinación y análisis de viabilidad y sostenibilidad que realice el Gerente. ▪ 6. Realización del estudio técnico e informe de nivel de aplicación de las propuestas de modificación y sugerencias de mejora del sistema de gestión de la calidad realizadas por los Equipos de Procesos que ha aprobado el Comité de Calidad. 	Autorización y ampliación (4) de la propuesta del Comité de Calidad por el Consejo de Dirección.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7. Revisión del sistema de encuestas u otros medios de análisis de la percepción de la satisfacción de los grupos de interés. Objetivo mejorar los indicadores de representatividad. ▪ Impulsar el desarrollo de encuestas directas tras la prestación de servicios. La continuidad de las líneas de revisión y mejora sobre el sistema de encuestas y otros medios de seguimiento de la percepción de la satisfacción de los grupos. 	Directriz del Consejo de Dirección.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8. Realización del estudio técnico y propuesta para la plena integración en el SIGC-SUA de los sistemas de gestión de la calidad certificados de la Biblioteca de la Universidad de Jaén, del Servicio de Actividades Físicas y Deportivas y de la Oficina de Transferencias de Resultados de Investigación. 	Directriz del Consejo de Dirección.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9. Incorporación de las propuestas de revisión de compromisos de calidad en el expediente de aprobación de las Cartas de Servicios. ▪ Revisión de la normativa de la Universidad de Jaén sobre Cartas de Servicios a efectos de potenciar la máxima integración en el sistema de gestión de la calidad. ▪ CONSEJO DE DIRECCIÓN: El Consejo de Dirección impulsará la revisión de la normativa de la Universidad de Jaén sobre Cartas de Servicios a efectos de potenciar la máxima integración en el sistema de gestión de la calidad, así como la propuesta al Consejo de Gobierno de la Universidad de Jaén de la aprobación de las Cartas de Servicios revisadas. 	Autorización de la propuesta del Comité de Calidad por el Consejo de Dirección. Desarrollo en proyecto específico.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10. Desarrollo del proyecto de certificación de la Gestión de la Accesibilidad Universal con la integración con el sistema de gestión de la calidad. ▪ Plan de formación y capacitación en accesibilidad. ▪ CONSEJO DE DIRECCIÓN: Se considera la propuesta del Comité de Calidad respecto al documento de integración del Sistema de Gestión de la Accesibilidad y del SIGC-SUA, a efectos de la continuidad del proyecto. En este sentido, el Consejo de Dirección mantiene e impulsará el proyecto de certificación de la Gestión de la Accesibilidad Universal con la necesaria integración con el sistema de gestión de la calidad. 	Autorización de la propuesta del Comité de Calidad por el Consejo de Dirección. Desarrollo en proyecto específico.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11. Valoración de la realización de un estudio para la revisión de la normativa actual de quejas y sugerencias a efectos de implantar un sistema de seguimiento integrado en el SIGC-SUA. ▪ CONSEJO DE DIRECCIÓN: Se considera la propuesta del Comité de Calidad respecto a que se valore la realización de un estudio para la revisión de la normativa actual de quejas y sugerencias a efectos de implantar un sistema de seguimiento integrado en el SIGC-SUA. En este sentido, el Consejo de Dirección considera que siendo adecuado el sistema de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias regularizado e implantado en la Universidad de Jaén, conviene realizar un estudio previo para determinar si es necesario establecer mecanismos que mejoren la plena integración en el sistema de gestión de la calidad. A estos efectos, el Consejo de Dirección dirigirá y coordinará la realización de dicho estudio. 	<p>Autorización de la propuesta del Comité de Calidad por el Consejo de Dirección.</p> <p>Desarrollo en proyecto específico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 12. Valorar las propuestas de mejora sobre reorganización o necesidades de recursos que se fundamenten en objetivos de mejora de los procesos y de la prestación de los servicios incorporados en el alcance del SIGC-SUA, en la revisión de las Relaciones de Puestos de Trabajo del Personal de Administración y Servicios. 	<p>Directriz del Consejo de Dirección.</p> <p>Desarrollo competencial de Gerencia.</p>

3. RELACIÓN DE RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO DE MARZO 2012.

RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO. MARZO 2012.	CORRESPONDENCIA CON ACTUACIONES DE PLANIFICACIÓN INTERNA.
<p>1. GENERAL.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo de 2ª auditoría de seguimiento: confirmación de la madurez del sistema en base a las actuaciones planteadas y emprendidas en 2012. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento íntegro de la planificación.
<p>2. EFICACIA DEL SISTEMA.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Representatividad de los datos de las encuestas de satisfacción. ▪ Encuestas alineadas con las dimensiones de calidad de los servicios. ▪ Métodos cualitativos. ▪ Integración de encuesta post-servicios del PC 10 en el SIGC-SUA. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación Nº 7.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quejas/sugerencias: priorizar la gestión de “las muestras de insatisfacción” y minimizar los tiempos de respuestas de las quejas calificadas como no procedentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación Nº 11.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuevo indicador de ratio de respuestas de queja, “casuística de las quejas”. Comunicación a interesados en los supuestos de retraso de las respuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Actuación específica a realizar en Proceso.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicadores. Deben tener asociados valores de referencia para medir la eficacia y realizar su análisis. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo de calidad 2012. Nº 3.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicadores. “Deberían utilizarse para controlar los resultados o impacto de la gestión realizada”. <i>Nota Coordinación Técnica: Seguimiento en mediciones periódicas.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Actuación específica a realizar en Proceso.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicadores. Análisis de tendencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Actuación específica en informe de seguimiento de los procesos.</i>
<p>3. OPORTUNIDADES DE MEJORA.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ General. Desarrollo e implementación de herramientas informáticas de gestión que permitan controlar los distintos trámites de una manera automática, así como la explotación de los datos de indicadores de proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo de calidad 2012. Nº 1.

Proceso PC02.

- Concretar la metodología de recepción provisional y recepción definitiva de las adquisiciones realizadas y de cómo afectan al control de los pagos a proveedores.
- En un nuevo módulo informático específico para mejorar el control sobre la contratación menor: podría ser interesante vincular los distintos proveedores a las familias de productos que suministran a fin de homogenizar el listado de proveedores habituales y optimizar las compras por concentración de pedidos.
- Con idea de simplificar la gestión de pagos, podría ser interesante implantar un Registro Central de Facturas.

▪ *Valoración y Actuación específica en Proceso.*

Proceso PC03.

- Podría ser interesante que la Organización se plantease la posibilidad de formar a algunos Conserjes en relación a la puesta en funcionamiento de la videoconferencia de cara a facilitar la tramitación de la reserva de la sala de videoconferencias. *Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta al Servicio de Informática y la Unidad de Conserjería.*
- Si bien se ha podido constatar un exhaustivo control, se anima a la implementación de una herramienta informática de gestión que permita agilizar y simplificar la actual metodología de gestión de aulas. Dicha herramienta podría facilitar la selección de aulas en función de las características y condiciones solicitadas. *Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta a la Unidad de Conserjería.*

▪ *Valoración y Actuación específica en Proceso.*

Proceso PC04.

- Con carácter general, analizar de forma individual aquellas incidencias que superen los 20 o 30 días de resolución, ante la posibilidad de que algunas de ellas sean fruto de algún elemento susceptible de mejora dentro del propio proceso. *Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta de forma general a todas las Unidades con procesos de mantenimiento.*
- Enlazar la actual base de datos de control del mantenimiento de instalaciones con el Excel que se está desarrollando para el control del mantenimiento preventivo facilitaría la labor administrativa asociada. *Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta a la Unidad Técnica.*
- Disponer de una metodología documentada para asegurar la tenencia de los carnets, formaciones o autorizaciones correspondiente a empresas subcontratas para cuyo servicio existe algún requisito legal de esta índole, podría facilitar su control y seguimiento. Esta sistemática podría ser igualmente beneficiosa si se aplicable a los trabajadores de dichas empresas, en la medida en la que fuese necesaria. *Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta a la Unidad Técnica.*
- Replantearse la clasificación de las incidencias o peticiones de carácter informático a la vista del gran número de ellas que se encuentran sin clasificar, podría ayudar a mejorar el análisis estadístico de las mismas. *Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta al Servicio de Informática.*
- Informatizar los partes de mantenimiento preventivo que se realizan a los equipos de CICT podría ayudar a facilitar su gestión y a la obtención de datos estadísticos.

▪ *Valoración y Actuación específica en Proceso.*

Proceso PC04/PC06.

- Pese a las limitaciones técnicas existentes podría ser interesante desarrollar una metodología que permita hacer la encuesta post-servicio a los alumnos a los que se les ha solventado alguna incidencia técnica. *Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta al Servicio de Informática.*
- Podría mejorar la representatividad de la encuesta post-servicio relativa a la resolución de peticiones, consultas e incidencias informáticas si el envío de la encuesta fuese aleatorio. *Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta al Servicio de Informática.*

▪ *Valoración y Actuación específica en Proceso.*

▪ Actuación Nº 7.

<p>Proceso PC05/Prevención de Riesgos laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se propone: <ul style="list-style-type: none"> – Establecer criterios (por ejemplo, un nº o % de accidentes predeterminado) para el planteamiento de acciones correctoras a fin de sistematizar más este aspecto. – Realizar la medición de indicadores que permita el análisis comparativo con otras Universidades. – Concretar en mayor medida la definición de los indicadores medidos con el objeto de asegurar el análisis de tendencias interanual. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Valoración y Actuación específica en Proceso.</i>
<p>Proceso PC08.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Podría ser interesante dar la posibilidad al PDI de seleccionar si quiere que le llegue un correo electrónico indicando el número de incidencia para poder hacer seguimiento posterior de un servicio solicitado a UTLAB. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Valoración y Actuación específica en Proceso.</i>
<p>Proceso PC09.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Respecto al control que se realiza en Gestión Académica de los subprocesos y prestación de servicio, sería recomendable consolidar una metodología de recopilación de datos que permita asegurar la fiabilidad de los mismos. ■ En este sentido, y dada la utilización de un gestor de colas así como de la potenciación de la Telematización del servicio, podría ser interesante utilizar las propias herramientas TIC para recopilar los resultados de indicadores. ■ Se considera oportuno que la Organización muestre con mayor notoriedad el horario de atención en la Secretaría Única de Gestión Académica. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Valoración y Actuación específica en Proceso.</i> ■ <i>Telematización. Actuación Nº 4.</i> ■ <i>Valoración y Actuación específica en Proceso.</i>
<p>Proceso PC10.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En la gestión de becas Erasmus, se propone telematizar el Informe Final del alumno, a fin de poder facilitar su elaboración y la explotación de la información recogida en el mismo (encuesta). ■ Además, se considera oportuno insistir (al alumno) en la importancia de la adecuada cumplimentación del Learning Agreement para evitar problemas en la convalidación de asignaturas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Valoración y Actuación específica en Proceso.</i>
<p>4. OBSERVACIONES.</p>	
<p>Proceso PC04.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si bien el número de analíticas para el control y prevención de legionella a lo largo de 2011 podrían ser escasas, la Organización está elaborando un nuevo pliego técnico de cara a la nueva contratación, con lo que se paliará esta situación. <i>Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta a la Unidad Técnica.</i> ■ En el libro de registro de residuos peligrosos no se han cumplimentado las fechas de almacenamiento de los residuos peligrosos. <i>Nota Coordinación Técnica: Consultada, afecta a Prevención de Riesgos Laborales.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Valoración y Actuación específica en Proceso.</i> <p><i>Nota Coordinación Técnica: las observaciones suelen ser objeto preferente de próximas auditorías.</i></p>
<p>Proceso PC05/Prevención de Riesgos laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La Organización ha replanificado diversas actuaciones relativas a PRL para los próximos meses de 2012: la realización de jornadas informativas para todos los trabajadores de la UJA sobre medidas de emergencia y actuación en caso de evacuación de los edificios en abril, la realización de un curso de primeros auxilios en junio, uso de medios de extinción en marzo, simulacro de evacuación de los edificios A4, B4, C3 y Biblioteca en abril, adaptación del manual de autoprotección de la biblioteca a plan de autoprotección en octubre, realización de plan de autoprotección de la instalación radioactiva situada en el edificio A2 en diciembre. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Valoración y Actuación específica en Proceso.</i> <p><i>Nota Coordinación Técnica: las observaciones suelen ser objeto preferente de próximas auditorías.</i></p>
<p>Proceso PC10.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Respecto a los convenios con empresas “colgados” en la aplicación ICARO, si bien se conservan los originales en soporte físico (papel), se observa que se actualizan según las últimas revisiones del formato que se hacen, no manteniéndose la integridad del documento en dicha aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Valoración y Actuación específica en Proceso.</i> <p><i>Nota Coordinación Técnica: las observaciones suelen ser objeto preferente de próximas auditorías.</i></p>

III.- PLAN DE AUDITORÍA INTERNA DEL SIGC-SUA. 2012.

El Plan de Auditoría Interna es el documento de planificación del conjunto de las auditorías internas que se realizarán durante un ciclo de gestión del SIGC-SUA en el año 2012.

En su elaboración se ajusta al Procedimiento PD03 “Auditorías Internas” del Manual de Procedimientos Documentados.

El Plan de Auditoría Interna incorporará el **Programa de Auditoría Interna de Seguimiento** y el **Programa de Auditoría Interna Anual**.

1. OBJETIVOS DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.

El Plan de Auditoría Interna tiene como finalidad principal evaluar sistemáticamente la eficacia del SIGC-SUA e identificar las oportunidades para la mejora continua. Para su consecución se establecen los objetivos generales del Plan que quedan, posteriormente, desarrollados en cada uno de los Programas.

■ **Objetivos generales.**

- Planificación continuada de la verificación y cierre de las correcciones, acciones correctivas y acciones preventivas que se hayan realizado según los planes correspondientes de las No conformidades identificadas.
- Planificación continuada de la verificación del desarrollo de los objetivos de calidad, propuestas, directrices y recomendaciones del Comité de Calidad y del Consejo de Dirección.
- Evaluación de la implantación y mantenimiento eficaz del sistema de gestión de la calidad.
- Diagnóstico del cumplimiento de los requisitos de la Norma de referencia del sistema: UNE-EN-ISO-9001:2008: “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos”, los legislativos que le sean de aplicación y los establecidos por la propia Universidad.

2. ALCANCE DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.

Los Programas determinarán el alcance y que estarán referidos, según su especificidad, a la totalidad de los procesos y servicios incluidos en SIGC-SUA.

3. CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.

El Plan de Auditoría Interna se desarrollará temporalmente según el siguiente cronograma:

ACTIVIDAD	CRONOGRAMA 2012-2013								
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero
Aprobación del plan de Auditoría Interna.									
Desarrollo del Programa de Auditoría Interna de Seguimiento.									
Informe de evaluación del Programa.									
Elaboración y Aprobación del Programa de Auditoría Interna Anual.									
Desarrollo del Programa de Auditoría Interna Anual.									
Informe de evaluación del Programa.									

4. EQUIPOS AUDITORES.

La responsabilidad de la realización de las actividades de auditoría de los Programas se realizará por los auditores internos de la Universidad de Jaén de acuerdo con los requisitos establecidos en el Procedimiento Documentado PD03 "Auditorías Internas".

El Programa de Auditoría Interna de Seguimiento será auditado de acuerdo con las responsabilidades asignadas en las fichas de verificación y cierre de los informes de No conformidades, aunque se incorporarán observadores, de acuerdo con la planificación que realice la Coordinación Técnica, a efecto de continuar la capacitación de los auditores internos de la Universidad.

La realización del Programa de Auditoría Interna Anual se realizará por el equipo auditor que se constituya al efecto, diferenciando al "auditor jefe" responsable de la gestión del programa y los auditores internos. En la selección se deberá asegurar la independencia y objetividad del equipo auditor con respecto a las actividades a auditar.

5. SEGUIMIENTO.

En los correspondientes informes de cierre de los Programas de auditoría se incorporarán los respectivos informes de valoración de la eficacia del desarrollo del Programa, que serán elaborados por la Coordinación Técnica y comunicados, a efectos de su conocimiento y valoración, al Comité de Calidad.

6. PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE SEGUIMIENTO.

6.1. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE SEGUIMIENTO.

OBJETIVOS	ALCANCE
1. Verificación y cierre de las correcciones, acciones correctivas y acciones preventivas de los planes correspondientes de las No conformidades Internas actualmente formalizadas , así como aquellas otras que se formalicen durante el desarrollo del ciclo de gestión.	<ul style="list-style-type: none"> Procesos con No conformidades internas formalizadas. ENLACE: http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/revseg_2011/documentos/Anexo2-NC-2011.pdf
2. Verificación y cierre de las correcciones, acciones correctivas y acciones preventivas de los planes correspondientes de las No conformidades de Auditoría Interna .	<ul style="list-style-type: none"> Procesos con No conformidades formalizadas. ENLACE: http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/revseg_2011/documentos/Anexo2-NC-2011.pdf
3. Verificación y cierre de las actuaciones adoptadas por los Equipos de Procesos respecto a las oportunidades de mejora, recomendaciones y observaciones indicadas en el Informe de Auditoría Externa de Seguimiento .	<ul style="list-style-type: none"> Procesos con actuaciones adoptadas, de acuerdo con la información proporcionada al respecto por la Unidades/Equipos de Procesos.
4. Seguimiento del grado de implantación de la Directriz Nº 3 "Integración en el Manual de Procesos del SIGC-SUA de los procedimientos "telematizados" identificados".	<ul style="list-style-type: none"> Procesos con procedimientos telematizados integrados en el SIGC-SUA. ENLACE: http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/rmsigcsua2012/Informe_objetivos_calidad.pdf <i>Página 8</i>
5. Seguimiento del grado de implantación de la Directriz Nº 5 "Implantación de mejoras de los procesos".	<ul style="list-style-type: none"> Procesos con mejoras autorizadas. Ver fichas en documento "cronograma"
6. Seguimiento de la ejecución de la Directriz Nº 7 "Revisión del sistema de análisis de la percepción de los grupos de interés".	<ul style="list-style-type: none"> Todos los procesos.

6.2. METODOLOGÍA Y CRITERIOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE SEGUIMIENTO.

METODOLOGÍA	CRITERIOS
Objetivos 1 y 2. No conformidades.	
1. Comunicación al responsable de la implementación de las acciones de la fecha de auditoría y Confirmación y ajuste de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con las fechas previstas de implantación de la ficha de No conformidades.
2. Realización de las actividades de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con los métodos de verificación de las fichas de verificación de No conformidades. Se indicará en la ficha de verificación las evidencias y registros contrastados.
3. Resultados de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> Si el resultado de la verificación permite el cierre, se formalizará en la ficha de verificación. Si el resultado de la verificación no permite el cierre de la No conformidad, se mantendrá hasta un nuevo proceso de verificación, indicándose en las observaciones.
4. Comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados de Auditoría se comunicarán al responsable de la implantación y a la Coordinación Técnica.

5. Alegaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los responsables de la Unidad cuando tengan una opinión divergente sobre el resultado comunicado por el auditor, podrán remitir a la Coordinación Técnica sus correspondientes alegaciones. ▪ Las alegaciones serán valoradas por el responsable del proceso, la Coordinación Técnica, el representante del Proceso en el Comité de Calidad y los responsables de los Procesos Claves y el de Calidad.
----------------	---

METODOLOGÍA	CRITERIOS
Objetivos 3. Oportunidades de mejora, recomendaciones y observaciones indicadas en el Informe de Auditoría Externa de Seguimiento.	
1. Comunicación de las Unidades/Equipos de Procesos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corresponde a cada Unidad/Equipo de Proceso adoptar las decisiones de actuaciones, en su caso se comunicarán a la Coordinación Técnica mediante un plan de implantación.
2. Asignación de auditor y observador.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Coordinación Técnica asignará auditor y observador y les remitirá el correspondiente plan de implantación.
3. Comunicación del seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con las fechas previstas en el plan de implantación.
4. Realización de las actividades de seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de las actuaciones previstas en el plan de implantación.
5. Resultados del seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados del seguimiento se comunicarán al responsable de la implantación y a la Coordinación Técnica. ▪ Los planes implantados se integran en la relación de acciones de mejora del informe de seguimiento.
6. Comunicación en fase de auditoría externa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los planes implantados se comunicarán a los auditores externos en la realización de la 2ª auditoría externa de seguimiento de la certificación.

METODOLOGÍA	CRITERIOS
Objetivos 4,5 y 6, Procedimientos telematizados, mejoras de los procesos, sistema de encuestas.	
1. Comunicación al responsable de la Unidad con responsabilidad básica y confirmación y ajuste de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con la planificación de implantación.
2. Realización de las actividades de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con los objetivos planificados para cada ámbito. ▪ Se verificará el grado de operatividad de los procedimientos telematizados mediante las evidencias y registros contrastados. ▪ Se verificará el grado de implantación de las mejoras de los procesos propuestas y autorizadas mediante las evidencias contrastadas. ▪ Se verificará el grado de realización de las encuestas post-servicio activas mediante las evidencias contrastadas.
3. Resultados de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizará por el auditor los informes de cierres correspondientes.
4. Resultados de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados de auditoría se comunicarán al responsable de la Unidad y a la Coordinación Técnica.

6.3. AUDITORES Y CRONOGRAMA.

NO CONFORMIDADES FORMALIZADAS A 22-MARZO-2012					
Fecha prevista	Código	Proceso	Unidad	Auditor Interno (*)	Observador previsto (*)
Mayo	NC.PC02.SCPA.2011.01	PC02.11. Gestión de la Adquisición Directa.	SCPA	Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Roberto Fornes de la Casa.
Mayo	NC.PC02.SCPA.2011.02	PC02.22. Gestión de Traspaso y/o Traslado de Bienes.	SCPA	Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Roberto Fornes de la Casa.
Mayo	NC. AI. 01.2012	PC 2.11.- Gestión de la adquisición directa.	UAOG UNAD	Antonio Martínez Olea.	Roberto Fornes de la Casa. Nuria Ortega Barrales.
Mayo	NC. AI. 02.2012	PC 2.12.- Gestión de la contratación administrativa.	SCPA	Antonio Martínez Olea.	Nuria Ortega Barrales.
Mayo	NC.PC04.CICT.2012.02	PC04.13. Ejecución del mantenimiento.	CICT	Jesús Díaz Ortiz.	Sebastián Jarillo Calvarro.
Mayo	NC.PC04.SINF.2012-01	PC04.13. Ejecución del Mantenimiento.	SINF	Jesús Díaz Ortiz.	Sebastián Jarillo Calvarro.
Mayo	NC. AI. 05.2012	PC 06.22.- Alfabetización informacional.	BIBL	Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Rosario Armero García.
Mayo	NC.PC06.SPE.2012.01	PC 06.27. Anuario Estadístico.	SPE	Alejandro Castillo López.	Francisco Javier Ibancos.
Mayo	NC.PC08.CICT.2011.01	PC08.2. Gestión de apoyo técnico e instrumental para el desarrollo de la actividad práctica docente e investigadora	CICT	Jesús Díaz Ortiz.	M ^a Carmen López Asperilla.
Mayo	NC. AI. 09.2012	PC 08.2.- Gestión de apoyo técnico e instrumental para el desarrollo de la actividad práctica docente e investigadora.	UTLA	Antonio Martínez Olea.	Rosario Armero García.
Mayo	NC.PC10.SAAE.2011.02	PC 10.51. Gestión de Prácticas de Empresa e Instituciones.	SAAE	Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Joaquín Segura Martín.
Mayo	NC.PC10.SAAE.2012.01	PC.10.34. Gestión de la Movilidad Internacional de Profesores.	SAAE	Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Joaquín Segura Martín.
Mayo	NC.PC11.SIAG.2011.01	PC 11.22. Gestión de Apoyo a las Relaciones Institucionales	SIAG	Jesús Díaz Ortiz.	M ^a Dolores Sánchez Cobos.
Mayo	NC.PC12 SIAG 2011.01	PC 12.01. Gestión del Registro de la Documentación.	SIAG	Jesús Díaz Ortiz.	Tomás García Lendínez.
Mayo	NC. AI. 10.2012	PC 12.23.- Gestión de acceso y disponibilidad de la documentación.		Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Tomás García Lendínez.
Junio	NC.PC 04.UT.2012.01	PC04. Gestión del mantenimiento.	UT	Antonio Martínez Olea.	José Luis Pedrosa.
Junio	NC.PC 04.UT.2012.02	PC 04.13. Ejecución del Mantenimiento Correctivo.	UT	Antonio Martínez Olea.	José Luis Pedrosa.
Junio	NC.PC04.CICT.2012.01	PC04.13. Ejecución del mantenimiento.	CICT	Jesús Díaz Ortiz.	Sebastián Jarillo Calvarro.
Junio	NC. AI. 04.2012	PC 05.242.- Planes de emergencia.	PREV	Antonio Martínez Olea.	Manuel Aranda Fontecha.
Junio	NC.PC06.SPE.2011.01	PC 06.28. Suministros de Datos e Información Estadística.	SPE	Alejandro Castillo López.	Francisco Javier Ibancos.
Junio	NC.PC11.UAOG.2011.01	PC 11.21. Gestión de la Comunicación Institucional.	UAOG	Jesús Díaz Ortiz.	M ^a Dolores Sánchez Cobos.
Julio	NC.PC04.SINF.2011-01	PC04.12. Gestión del Mantenimiento Correctivo.	SINF	Antonio Martínez Olea.	José Luis Pedrosa.
Julio	NC.PC07.SGI.2011.01	PC 07.22. Gestión de expedientes de prestación de servicios de investigación.	SGI	Jesús Díaz Ortiz.	Manuel Jaenes Bermúdez.
Julio	NC.PC10.SAAE.2011.01	PC 10.21. Gestión de Becas y Ayudas del Ministerio (Sistema General).	SAAE	Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Joaquín Segura Martín.
Julio	NC.PC12 SAG 2011.01	PC 12.21. Gestión del Tratamiento Archivístico de la Documentación.	SAG	Antonio Martínez Olea.	Tomás García Lendínez.
Septiembre	NC.PC03.UTLA.2012.01	PC03.121. Demandas de la comunidad universitaria.	UTLA	Antonio Martínez Olea.	Juan Miguel Cruz.
Octubre	NC.PC09.SGA.2011.01	PC 09.21. Gestión de la Matriculación de las enseñanzas oficiales.	SGA	Antonio Martínez Olea.	Trinidad Alonso Moya.

Octubre	NC.PC09.SGA. 2011.02	PC 09.22. Gestión de los Reconocimientos y Transferencias	SGA	Antonio Martínez Olea.	Adelaida Cabrero Bueno.
Octubre	NC.PC09.SGA. 2011.03	PC 09.21. Gestión de la Matriculación de las enseñanzas oficiales.	SGA	Antonio Martínez Olea.	Trinidad Alonso Moya.
Octubre	NC.PC09.SGA. 2011.04	PC 09.21. PC 09.21. Gestión de la Matriculación de las enseñanzas oficiales.	SGA	Antonio Martínez Olea.	Adelaida Cabrero Bueno.
Octubre	NC.PC09.SGA. 2011.05	PC 09.21 Gestión de la Matriculación de las enseñanzas oficiales	SGA	Antonio Martínez Olea.	Trinidad Alonso Moya.
Octubre	NC.PC09.SGA. 2012.01	PC 09.21. Gestión de la Matriculación de las enseñanzas oficiales	SGA	Antonio Martínez Olea.	Adelaida Cabrero Bueno.
Octubre	NC.PC09.SGA. 2012.02	PC.09.23. Gestión logística para la ejecución de la docencia oficial.	SGA	Antonio Martínez Olea.	Trinidad Alonso Moya.
Noviembre	NC.PC03.SDEP. 2011.01	PC.03.122. Demandas Externas.	SDEP	Antonio Martínez Olea.	Juan Miguel Cruz.
Noviembre	NC.PC06.SINF. 2012.01	PC06.24. Asistencia Técnica y Formación a Usuarios.	SINF	Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Francisco Javier Ibanco.
Noviembre (continuidad en PAIA)	NC. AI. 06.2012	PC 06.28.- Suministro de datos e información estadística.	SPE	Alejandro Castillo López.	Antonio Porcuna Contreras.
Noviembre (continuidad en PAIA)	NC. AI. 07.2012	PC 06.28.- Suministro de datos e información estadística.	SPE	Alejandro Castillo López.	Antonio Porcuna Contreras.
Noviembre (continuidad en PAIA)	NC.PC08.SINF. 2012-01	PC08.1. Gestión de Proyectos Tecnológicos para el Diseño o Mejoras de Servicios de Apoyo Científico/Técnico.	SINF	Antonio Martínez Olea.	Mª Carmen Higuera Herrador.
Noviembre (continuidad en PAIA)	NC. AI. 08.2012	PC 08.1.- Gestión de proyectos tecnológicos para el diseño o mejoras de servicios de apoyo científica/técnico.	SINF	Antonio Martínez Olea.	Mª Carmen Higuera Herrador.

(*) Los Auditores y Observadores podrán ser modificados según disponibilidad.

PROCEDIMIENTOS TELEMATIZADOS. PREVISIÓN DE AUDITORÍA.					
Fecha	Procedimiento telematizado	Proceso	Unidad	Auditor Interno (*)	Observador previsto (*)
2ª semana de septiembre.	Anticipo de Remanente de Créditos.	PC 01. Gestión Presupuestaria, Económica, Contable y Fiscal.	SCPR SAE	Antonio Martínez Olea.	Juan Miguel Cruz.
	Transferencia y redistribución de Créditos.				
	Solicitud de documentación económica para justificaciones.				
3ª semana de septiembre.	Traspaso y traslado de bienes.	PC 02. Gestión de las adquisiciones y del inventario.	SCPA	Antonio Martínez Olea.	Roberto Fornes de la Casa. Nuria Ortega Barrales.
	Bajas de bienes de inventario.				
	Gestión de pólizas de seguros temporales.				
3ª semana de septiembre.	Evaluación de meritos docente.	PC 05. Gestión Integrada de los Recursos Humanos.	SPOD	Jesús Díaz Ortiz. Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Alejandro Castillo López.
	Solicitud de permiso de menos de 15 días.				
	Solicitud de permiso de más de 3 meses.				
	Solicitud de permiso de más de 15 días y hasta 3 meses.				
	Comisión Servicios PAS.				
	Acción Social.				
4ª semana de septiembre.	Suministro de datos e información estadística.	PC 06.28. Suministro de datos e información estadística.	SPE	Alejandro Castillo López.	Antonio Porcuna Contreras.
	AMB_ Adquisición de Material Bibliográfico no Seriado.	PC 06.21. Desarrollo de la Colección Bibliográfica y Acceso a la Información.	BIBL	Antonio Martínez Olea.	Francisco Javier Ibanco.
PSD_ Pago suministro de					

	documentos.				
1ª semana de octubre.	Solicitud del Título.	PC 09.24. Gestión de los títulos oficiales.	SGA	Luis Espinosa de los Monteros Moreno.	Trinidad Alonso Moya. Adelaida Cabrero Bueno.
	Solicitud de Certificado Académico Personal.	PC 09.2. Gestión de la enseñanza oficial.			
	Gestión de firma de actas.				
	Presentación de Proyectos de Tesis.	PC 09.25. Gestión del tercer ciclo			
1ª semana de octubre.	Gestión de Convenios.	PC 11.22. Gestión de apoyo a las relaciones institucionales	SIAG	Jesús Díaz Ortiz.	Tomás García Lendínez.
	Módulo de Búsqueda Específica - Gestión de Convenios de Colaboración.				

(*) Los Auditores y Observadores podrán ser modificados según disponibilidad.

MEJORAS DE LOS PROCESOS (PROPUESTAS/AUTORIZADAS)

Fecha prevista	Código	Descripción/Proceso	Unidad	Auditor Interno
junio-Noviembre. Asignación según desarrollo temporal.	Ver ficha.	Ver ficha.	Ver ficha.	Auditor (Coordinación Técnica).

ENCUESTAS POST-SERVICIO (PROPUESTAS/AUTORIZADAS)

Fecha prevista	Código	Encuesta/Proceso	Unidad	Auditor Interno
junio-Noviembre. Asignación.	Pendiente.	Pendiente estudio técnico.	Pendiente.	Auditor (Coordinación Técnica).

6.4. SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL PROGRAMA.

Se realizará el informe final de cierre del Programa de Auditoría de Seguimiento cuyo contenido se extenderá a:

1. Grado de cumplimiento de las actividades de auditoría y seguimiento planificada.
2. Grado de realización temporal de la Planificación del Programa.
3. Valoración del nivel de participación de observadores.
4. Valoración global de los resultados de auditoría y seguimiento.

El informe elaborado por la Coordinación Técnica con la dirección del Vicerrector Responsable de Calidad será enviado al Comité de Calidad junto con la propuesta del Programa de Auditoría Interna Anual en el mes de noviembre. Sin perjuicio, de la elaboración y comunicación de un informe parcial de ejecución que será remitido al Comité de Calidad en la reunión de seguimiento planificada para el mes de julio.

7. PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA ANUAL.

7.1. DIRECTRICES GENERALES PARA SU ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN.

El Programa de Auditoría Interna Anual será elaborado por la Coordinación Técnica con la dirección del Vicerrector Responsable de Calidad y presentado para su conocimiento y aprobación al Comité de Calidad en el mes de noviembre de 2012.

El Programa deberá ejecutarse preferentemente en el mes de diciembre y completado en aquellos ámbitos que puedan ser necesarios en las dos primeras semanas del mes de enero de 2013.

Considerará los objetivos generales del Plan de Auditorías Internas y los específicos del Programa en relación a la revisión global del sistema teniendo en cuenta, además, los resultados de la realización del programa de Auditoría Interna de Seguimiento.

El Programa incluirá las siguientes prioridades:

1. El estado de verificación y cierre de las correcciones, acciones correctivas y acciones preventivas pendientes.
2. El grado de implantación efectiva en los procesos del sistema de los objetivos de calidad, propuestas, directrices y recomendaciones del Comité de Calidad y del Consejo de Dirección.
3. La conformidad de la gestión de los procesos y la prestación de servicios con los requisitos del sistema.
4. La medición y seguimiento de los indicadores de procesos y el grado de consecución de los objetivos planificados.
5. La medición y seguimiento de los resultados de la retroalimentación de los grupos de interés.
6. La conformidad de la implantación y mantenimiento eficaz del sistema de gestión de la calidad respecto de los requisitos de la Norma de referencia del sistema: UNE-EN-ISO-9001:2008: "Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos".

Se realizará el informe final de cierre del Programa cuyo contenido se extenderá en los mismos términos que en el Programa de Auditoría Interna de Seguimiento.

IV.- CONSTITUCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO.

A efectos del desarrollo del objetivo de calidad Nº 4 "Elaboración de un Plan de Comunicación del SIGC-SUA", se constituye un Equipo de trabajo con la siguiente estructura y participantes:

EQUIPO DE TRABAJO: PLAN DE COMUNICACIÓN DEL SIGC-SUA		
Función	Cargo/puesto	Nombre
Dirección	Vicerrector Responsable de Calidad	
Coordinación de Dirección		
Coordinación Técnica	Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación	
Gestión	Miembro de la Coordinación Técnica	
Gestión	Representante de proceso.	Se propone Biblioteca
Gestión	Representante de proceso.	Se propone Atención y Ayudas al Estudio
Gestión	Representante de proceso.	Se propone Apoyo a Departamentos

NOTA:

Coordinación de dirección se determina según criterio del Vicerrector.

Las propuestas de representantes de proceso sigue el siguiente criterio: Unidad grande y mediana, prestación directa de servicios a usuarios y una unidad con necesidades específicas por su estructura de agregación de puestos individualizados.

A efectos del desarrollo del objetivo de calidad Nº 5 **“Elaboración de un Plan de Gestión de la Seguridad Documental del SIGC-SUA”**, se constituye un Equipo de trabajo con la siguiente estructura y participantes:

EQUIPO DE TRABAJO: PLAN DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DOCUMENTAL DEL SIGC-SUA		
Función	Cargo/puesto	Nombre
Dirección	Gerencia	
Coordinación de Dirección		
Coordinación Técnica	Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación	
Gestión	Miembro de la Coordinación Técnica	
Gestión	Miembro de la Coordinación Técnica	
Gestión	Representante de proceso.	Servicio de Informática
Gestión	Representante de proceso.	Servicio de Personal
Gestión	Representante de proceso.	Área Económica

NOTA:

Coordinación de dirección se determina según criterio del Gerente.

Las propuestas de representantes de proceso sigue el siguiente criterio: conocimientos técnicos, Unidades con incidencia significativa en las posibles necesidades de seguridad de la documentación.

A efectos del desarrollo de la Actuación Nº 11 **“Sistema de quejas/sugerencias/felicitaciones/SIGC-SUA”**, se constituye un Equipo de trabajo con la siguiente estructura y participantes:

EQUIPO DE TRABAJO: SISTEMA DE QUEJAS/SUGERENCIAS/FELICITACIONES/SIGC-SUA		
Función	Cargo/puesto	Nombre
Dirección	Vicerrector Responsable de Calidad	
Coordinación de Dirección		
Coordinación Técnica	Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación	
Gestión	Miembro de la Coordinación Técnica	
Gestión	Representante de proceso.	Registro
Gestión	Representante de proceso.	Servicio de Gestión Académica
Gestión	Representante de proceso.	Unidad Técnica

NOTA:

Coordinación de dirección se propone por la dimensión de desarrollo normativo de la actuación.

Las propuestas de representantes de proceso sigue el siguiente criterio: gestión administrativa, Unidades posibles incidencia significativas.