


INFORME DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA INTERNA ANUAL 2013.
PROCESO ESTRATÉGICO
PE.01. PLANIFICACIÓN Y MEJORA CONTINUA
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA:

29/01/2014

AUDITORES :

- Manuel Aranda Fontecha. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso).
- M^a Carmen Higuera Herrador. (Auditora Jefe)..
- Alejandro Castillo López. (Auditor).

RESPONSABLES DE UNIDAD:

- Jacinto Fernández Lombardo. Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación.

INFORME EJECUTIVO DE RESULTADOS DE AUDITORÍA.
1. VERIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES/ACCIONES CORRECTIVAS.

No están pendientes de verificación no conformidades en este proceso.

2. GESTIÓN DE LOS PROCESOS.

No se han registrado incidencias en las actividades de auditoría realizadas sobre la gestión del proceso y registros asociados en la fecha de realización de la auditoría y estado actual de la planificación del Sistema según actas del Comité de Calidad de 28-05-2013 y 13-01-2014, con la aprobación inicial de la planificación y su revisión, respectivamente, así como el acta de Revisión y Mejora del SIGC-SUA por el Consejo de Dirección de 08-04-2013.

Se verifica la conformidad de la gestión de los procesos auditados: PE.01.1, PE.01.11, PE.01.12, PE.01.13, PE.01.3, PE.01.4. El PE.01.2, así como sus asociados PE.01.21 y PE.01.22, no se ha podido verificar en su totalidad por estar prevista su finalización según la planificación vigente en el mes de febrero de 2014.

Se comprueba la existencia de los registros asociados al proceso y que están disponibles a fecha de realización de la auditoría según la planificación del Sistema.

Se realiza la siguiente propuesta de mejora/observación:

1.- Se ha detectado que en el Anexo nº 2 referido al Acta de Revisión del Sistema, falta uno de los ítems del apartado "Revisión del Sistema de la Calidad", concretamente "El grado de cumplimiento de las mejoras planificadas en las anteriores revisiones del SIGC-SUA", aunque este si está contemplado en el apartado 6 del PE.01 y en el acta del Consejo de Dirección de fecha 08-04-2013 del ciclo 2012. Se recomienda corregir y actualizar esta información.

3. INDICADORES DE LOS PROCESOS.

No procede, al no disponer este proceso estratégico de indicadores de los procesos asociados.

4. VERIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES INDICADAS EN EL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA Y AUDITORÍA INTERNA ANUAL.



Se verifica el análisis por el Consejo de Dirección y Comité de Calidad de las recomendaciones y oportunidades de mejora indicadas en el Informe de Auditoría Externa de Seguimiento y de auditoría Interna anual del ciclo 2012.

**INFORME DETALLADO DE RESULTADOS DE AUDITORÍA.**

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA.	
PROCESO ESPECÍFICO	PE.01.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEL SIGC-SUA
RESPONSABLE/S AUDITADO/S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jacinto Fernández Lombardo. Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación. ▪ Antonio Martínez Olea. Asesor Técnico de Calidad ▪ Luis Espinosa Moreno. Asesor Técnico de Calidad ▪ Sara Díaz Expósito. Asesora Técnica Estadística y de Calidad
AUDITORES :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuel Aranda Fontecha. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ M^a Carmen Higuera Herrador. (Auditora Jefe).. ▪ Alejandro Castillo López. (Auditor).

OBJETIVOS DE AUDITORÍA AUDITADOS
<p>Conformidad de la gestión de los procesos. Verificación de los registros. Medición y seguimiento de los indicadores de procesos y el grado de consecución de los objetivos planificados.</p>

VERIFICACIÓN:

El proceso de auditoría se inicia a las 09:00 horas del día 29/01/2014 con la reunión inicial en las dependencias del Servicio de Planificación y Evaluación.

Evidencias. Actividades de verificación.

GESTIÓN DEL PROCESO:

1. Se verifica la existencia de la Política de calidad (PE.01.11), la cual está elaborada el 01-02-2011, aprobada y comunicada, y se encuentra en el Manual de la Calidad y en la página web. Es la vigente según el acta de revisión y mejora del SIGC-SUA del Consejo de Dirección de fecha 08-04-2013, ya que no se consideró su modificación tras su revisión.

2. Se verifica el establecimiento, aprobación y revisión de los Objetivos de calidad (PE.01.12) para el ciclo 2013. Establecidos y aprobados inicialmente según acta del Comité de Calidad del 03-04-2013, autorizados por el Consejo de Dirección según el acta de 08-04-2013, aprobados definitivamente dentro de la Planificación del Desarrollo y Seguimiento del SIGC-SUA 2013, por el Comité de Calidad según acta del 28-05-2013. Inicialmente se aprobaron 4 Objetivos de calidad, que han sido revisados por el Comité de Calidad según acta del 13-01-2014, se constata la justificación y revisión del alcance inicial del objetivo nº1, según las indicaciones del acta y la ficha de revisión de Planificación de Objetivo de Calidad 2013 (FP OC-2013-Rev.02) de fecha 13-01-2014, que forma parte del Anexo I del acta referenciada.

3.- Se verifica el establecimiento, aprobación y revisión de la Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad (PE.01.13) para el ciclo 2013. Se encuentra elaborada con fecha 08-05-2013 por el Jefe de Servicio de Planificación y Evaluación, revisada el 13-05-2013 por el Responsable de Calidad y aprobada por el Comité de Calidad según el acta del 28-05-2013. Ha sido revisada por el Comité de Calidad según acta del 13-01-2014, aprobando las propuestas de revisión de la planificación del ciclo de gestión del SIGC-SUA 2013. Se revisa el cronograma.



Se revisa el grado de implantación de los objetivos de calidad en el momento de la auditoría, según la planificación inicial y el Informe Semestral de Seguimiento (INF. CC-SICG-SUA-07/01/2014.V2) aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014:

Se revisan los 4 objetivos en el informe semestral, las actividades realizadas y pendientes a fecha de realización de la auditoría, según lo indicado en informe semestral de seguimiento aprobado (pág. 6 y 7).

Del objetivo nº 4 se solicita evidencias de las actividades planteadas en la ficha del mismo. Desde Coordinación Técnica se nos facilita el fichero inicial excel "resumen2013.xlsx" ubicado en el servidor de encuestas que contempla los resultados globales de las encuestas del ciclo 2012, que se han revisado con los Servicios/Unidades a través reuniones programadas consensuadas y obteniendo los resultados finales (fichero Excel cuadro_reuniones.xlsx). Todas las encuestas han finalizado el proceso de revisión y su aprobación correspondiente. Se ha implantado la planificación del sistema revisado y se siguen manteniendo con carácter general, mecanismos no directos de identificación de necesidades y expectativas. Estando pendiente la elaboración del Informe final de revisión del sistema de encuestas según el Informe Semestral de Seguimiento (INF. CC-SICG-SUA-07/01/2014.V2) aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014, planificados para febrero de 2014 (pág.7).

Se revisa el grado de implantación de las Directrices del Consejo de Dirección en el momento de la auditoría, según la planificación inicial y el Informe Semestral de Seguimiento (INF. CC-SICG-SUA-07/01/2014.V2) aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014.

Para ello se elige revisar la Directriz 4. Se solicita y aporta Coordinación Técnica las siguientes evidencias: Se verifica documento de metodología para el equipo de trabajo (elaborado con fecha 09/07/2013 y enviado por correo electrónico desde responsable de Gestión Técnica del Proyecto a Jefe de Servicio de Planificación y Evaluación, y responsables de dirección y coordinación grupo de trabajo de fecha 12-07-2013). Convocatoria de constitución del grupo de trabajo para el 18-09-2013 (remitida el 10-09-2013 por correo electrónico del Servicio de Planificación y Evaluación a los miembros del equipo). Propuesta de documento de Bases de la convocatoria (mediante correo electrónico remitido por responsable de Gestión Técnica del Proyecto a Gerente, Responsable calidad y Coordinadora de Dirección del equipo de trabajo (Directora del Secretariado de Gestión de la Calidad) el 18-12-2013).

Según el Informe Semestral de Seguimiento (INF. CC-SICG-SUA-07/01/2014.V2) aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014, en él se establece que queda pendiente la aprobación de las bases por parte del Consejo de Dirección y la publicación de la convocatoria. Se propone la revisión de la planificación de esta directriz por el Consejo de Dirección para determinar la fecha de ejecución o previsión de las actividades pendientes y la publicación de la primera convocatoria (pág. 8) .

Se revisa el grado de implantación de los Acuerdos y Recomendaciones del Consejo de Dirección sobre las propuestas del Comité de Calidad en el momento de la auditoría según la planificación inicial y el Informe Semestral de Seguimiento (INF. CC-SICG-SUA-07/01/2014.V2) aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014.

Para ello se elige revisar el Acuerdo 6. Se solicita y aporta Coordinación Técnica las siguientes evidencias: Fichas por procesos de propuesta de mejora (fichero Excel obtenido de la página web). Se comprueba la fecha de autorización de la Gerencia (08-04-2013). Estando pendiente verificar el grado de implantación de las mejoras según el Informe Semestral de Seguimiento (INF. CC-SICG-SUA-07/01/2014.V2) aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014, tras la auditoría interna anual (pág. 11).

Se revisa y grado de implantación de la Relación de Recomendaciones, Oportunidades de mejora y Observaciones del informe de Auditoría Externa de abril 2013 en el momento de la auditoría según la planificación inicial y el Informe Semestral de Seguimiento (INF. CC-SICG-SUA-07/01/2014.V2) aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014 (Nota: está contemplado al final del 3er. Apartado)

Se comprueba la existencia de las mismas en la Planificación inicial aprobada por el Comité de Calidad según el acta del 28-05-2013. La existencia de las fichas individualizadas Unidades/procesos de las conclusiones del informe de Auditoría Externa (fichero Excel obtenido de la página web). Estando pendiente verificar el grado



de implantación de las mejoras según el Informe Semestral de Seguimiento (INF. CC-SICG-SUA-07/01/2014.V2) aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014, tras los resultados de la auditoría interna anual (pág. 11).

INDICADORES:

No procede, al no disponer este proceso estratégico de indicadores de los procesos asociados.

REGISTROS:

A fecha de la realización de la auditoría se verifica la existencia de los 5 registros del PE.01.1.

PROPUESTA/OBSERVACIÓN:

Ninguna.

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA.

PROCESO ESPECÍFICO	PE.01.2 RECOPIACIÓN DE DATOS
RESPONSABLE/S AUDITADO/S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jacinto Fernández Lombardo. Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación. ▪ Antonio Martínez Olea. Asesor Técnico de Calidad ▪ Luis Espinosa Moreno. Asesor Técnico de Calidad
AUDITORES :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuel Aranda Fontecha. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ M^a Carmen Higuera Herrador. (Auditora Jefe).. ▪ Alejandro Castillo López. (Auditor).

OBJETIVOS DE AUDITORÍA AUDITADOS

**Conformidad de la gestión de los procesos. Verificación de los registros.
Medición y seguimiento de los indicadores de procesos y el grado de consecución de los objetivos planificados.**

VERIFICACIÓN:

El proceso de auditoría se inicia a las 09:00 horas del día 29/01/2014 con la reunión inicial en las Dependencias del Servicio de Planificación y Evaluación.

Evidencias. Actividades de verificación.

GESTIÓN DEL PROCESO:

1. Se verifica la planificación de este proceso en la planificación inicial elaborada con fecha 08-05-2013 por el Jefe de Servicio de Planificación y Evaluación, revisada el 13-05-2013 por el Responsable de Calidad y aprobada por el Comité de Calidad según el acta del 28-05-2013. Ha sido revisada por el Comité de Calidad según acta del 13-01-2014. Se finalizará y elaborarán los informes correspondientes según planificación en febrero de 2014.

**INDICADORES:**

No procede, al no disponer este proceso estratégico de indicadores de los procesos asociados.

REGISTROS:

A fecha de la realización de la auditoría no se dispone de los 3 registros del PE.01.2, por no estar concluidos ninguno de los informes según la planificación vigente del sistema.

PROPUESTA/OBSERVACIÓN:

Ninguna.

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA.

PROCESO ESPECÍFICO	PE.01.3 ANÁLISIS DE DATOS Y REVISIÓN DEL SISTEMA POR LA DIRECCIÓN
RESPONSABLE/S AUDITADO/S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jacinto Fernández Lombardo. Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación. ▪ Antonio Martínez Olea. Asesor Técnico de Calidad ▪ Luis Espinosa Moreno. Asesor Técnico de Calidad
AUDITORES :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuel Aranda Fontecha. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ Alejandro Castillo López. (Auditor).

OBJETIVOS DE AUDITORÍA AUDITADOS

**Conformidad de la gestión de los procesos. Verificación de los registros.
Medición y seguimiento de los indicadores de procesos y el grado de consecución de los objetivos planificados.**

VERIFICACIÓN:

El proceso de auditoría se inicia a las 09:00 horas del día 29/01/2014 con la reunión inicial en las dependencias del Servicio de Planificación y Evaluación.

Evidencias. Actividades de verificación.

GESTIÓN DEL PROCESO:

1. Se verifica que la Dirección ha realizado el análisis de datos y revisión del sistema SIGC-SUA según el acta del Consejo de Dirección de fecha 08-04-2013 del ciclo 2012, al no haberse realizado estas acciones en el ciclo 2012 según la programación de la planificación vigente del sistema.

Se revisa que la información de entrada para la Dirección incluía lo indicado en PE.01 (pág. 8)

- Resultados de auditorías (Interna y Externas): Se evidencia el informe externa. (PDF publicado en la web del Expediente 2010/0248/ER/03 Informe nº2 Tipo auditoría 1ª Seguimiento, informe realizado el 22-03-2013) y los informes de las auditorías interna anual (resumen ejecutivo PDF: INF-AIA. CC-SIGC-SUA-26/03/2013 publicado en la web) e informes por procesos (13 PDFs publicados en la web).
- Desempeño de los procesos: Se evidencia en el programa ISOTOOL los informes de las Unidades. Se revisa PC05 SPR 12/03/2013. Informe agrupado aprobado de fecha 03/04/2013.

- Acciones de seguimiento de las revisiones previas llevadas a cabo por parte del Consejo de Dirección: No se dispone de evidencias al ser contempladas en la entrada como propias del Consejo de Dirección.
- Grado cumplimiento de los Objetivos de Calidad: Se evidencia con el Informe Final de Seguimiento de Objetivos de Calidad y Directrices del Consejo de Dirección de 2012. Aprobado por el Comité de Calidad el 03/04/2013.
- Relación No Conformidades identificadas en el Sistema: Se evidencia mediante informes en archivo oficial en papel. Se comprueba una NC procedente de la auditoría externa y otra de carácter interno):
 - Se comprueba la descripción de las NC. Se elige la NC apartado A). Y se comprueba que corresponde con una evidencia de una ficha de NC de auditoría externa: Con código 01 (A) de fecha 11/04/2013. Con ficha de verificación 11/04/2013. Quedando pendiente la revisión final de implantación en el actual programa de auditoría interna anual. Se comunica al auditor externo por correo electrónico y se recibe respuesta de validez Plan de Acciones Correctivas.
 - Relación No Conformidades identificadas en el Sistema (de carácter interno):. Se comprueba NC.PC.04.UT.2012.01 de fecha 10-01-2012 de tipo interna. Verificación 26/02/2012.
- El estado de acciones correctivas y preventivas. Se evidencia que en ISOTOOL están las internas de las propias unidades además de incorporar las internas y externas derivadas de las No Conformidades. Se comprueba NCI.PC.01.SAE.2012.1, de fecha 03-09-2012.
- La retroalimentación de los grupos de interés: Se evidencia mediante el Informe agrupado (IFA. SP-RGI-2012 de fecha 30-03-2013). Apartado I: Ítems 1, 2, 4, 5 y 8.
- Las reclamaciones, quejas y sugerencias de los grupos de interés: Se evidencia mediante el Informe agrupado (IFA. SP-RGI-2012 de fecha 30-03-2013). Apartado I: Ítem 5.
- Los cambios que podrían afectar al sistema incluyendo la evolución de los requisitos legales y otros requisitos relacionados con sus procesos, así como la evaluación de nuevas estrategias: No se dispone de evidencia al ser directrices propias del Consejo de Dirección.
- Recomendaciones para la mejora: Se evidencia mediante el Informe agrupado (IFA. SP-RGI-2012 de fecha 30-03-2013). Apartado II: Ítems 11 y 12. Apartado II: Ítem 13.

Se revisa que la información del desarrollo de la revisión anual consideraron las cuestiones y resultados relativos indicados incluía lo indicado en PE.01 (pág. 9). Las evidencias se obtienen del acta del Consejo de Dirección de fecha 08-04-2013 del ciclo 2012:

- La adecuación de la política de calidad a las estrategias de la Universidad de Jaén: Se evidencia en el apartado 2.2.2 Ítem nº 1.
- El grado de cumplimiento de las mejoras planificadas en las anteriores revisiones del SIGC-SUA: Se evidencia en el apartado 2.2.1 Ítem nº 2.
- La adecuación del sistema de procesos y organizativo para cumplir con la política y los objetivos de Calidad o la necesidad de su modificación: Se evidencia en el apartado 2.2.2 Ítem nº 2.
- Adecuación, entendimiento y cumplimiento de las responsabilidades del SIGC-SUA o la necesidad de su revisión: Se evidencia en el apartado 2.2.2 Ítem nº 3.
- El análisis de grado de normalización, ejecución y control del sistema de procesos y la gestión y prestación de los servicios: Se evidencia en el apartado 2.2.2 Ítem nº 1.
- Adecuación del sistema de procesos o su necesidad de revisión en relación con los resultados obtenidos y el grado de satisfacción de los grupos de interés: Se evidencia en el apartado 2.2.3 Ítem nº 1.
- Cumplimiento de la legislación aplicable a los procesos y a la gestión y prestación de servicios: Se evidencia en el apartado 2.2.2 Ítem nº 3.
- Idoneidad de la documentación del SIGC-SUA: Se evidencia en el apartado 2.2.2 Ítem nº 4.

- Necesidad de nuevos recursos, tanto materiales como humanos, provocados por posibles cambios en la tecnología, conceptos de calidad y estrategias del sistema universitario: Se evidencia en el apartado 2.2.2 Ítem nº 2.
- La gestión de las no conformidades y quejas, reclamaciones y sugerencias de los grupos de interés: Se evidencia en el apartado 2.2.2 Ítem nº 4.
- La mejora de la gestión y prestación de servicios en relación con los requisitos de los grupos de interés: Se evidencia en el apartado 2.2.1 Ítem nº 2.
- Establecer recomendaciones y directrices para la mejora continua del sistema: Se evidencia en los apartados 2.2.4, 2.2.5 y 2.2.6.
- La efectividad general del SIGC-SUA: Se evidencia en el apartado 2.2.1 Ítem nº 2.

INDICADORES:

No procede, al no disponer este proceso estratégico de indicadores de los procesos asociados.

REGISTROS:

A fecha de la realización de la auditoria se dispone de los 2 registros del PE.01.3, del ciclo de 2012, pero no los del ciclo actual 2013 según la programación de la planificación vigente del sistema.

PROPUESTA/OBSERVACIÓN:

1.- Se ha detectado que en Anexo nº 2 referido al Acta de Revisión del Sistema, falta uno de los ítems del apartado "Revisión del Sistema de la Calidad", concretamente "El grado de cumplimiento de las mejoras planificadas en las anteriores revisiones del SIGC-SUA", aunque este si está contemplado en el apartado 6 del PE.01 y en el acta del Consejo de Dirección de fecha 08-04-2013 del ciclo 2012. Se recomienda corregir y actualizar esta información.

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA.	
PROCESO ESPECÍFICO	PE.01.4 ACCIONES Y PLANES DE MEJORA
RESPONSABLE/S AUDITADO/S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jacinto Fernández Lombardo. Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación. ▪ Antonio Martínez Olea. Asesor Técnico de Calidad ▪ Luis Espinosa Moreno. Asesor Técnico de Calidad
AUDITORES :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuel Aranda Fontecha. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ Alejandro Castillo López. (Auditor).

OBJETIVOS DE AUDITORÍA AUDITADOS
<p>Conformidad de la gestión de los procesos. Verificación de los registros. Medición y seguimiento de los indicadores de procesos y el grado de consecución de los objetivos planificados.</p>

VERIFICACIÓN:
<p>El proceso de auditoría se inicia a las 09:00 horas del día 29/01/2014 con la reunión inicial en las Dependencias del Servicio de Planificación y Evaluación.</p>



Evidencias. Actividades de verificación.

GESTIÓN DEL PROCESO:

1. Se verifica la planificación de este proceso en la planificación inicial elaborada con fecha 08-05-2013 por el Jefe de Servicio de Planificación y Evaluación, revisada el 13-05-2013 por el Responsable de Calidad y aprobada por el Comité de Calidad según el acta del 28-05-2013. Ha sido revisada por el Comité de Calidad según acta del 13-01-2014. Se desarrollará según planificación en febrero y marzo de 2014.

INDICADORES:

No procede, al no disponer este proceso estratégico de indicadores de los procesos asociados.

REGISTROS:

A fecha de la realización de la auditoria no se dispone de los 4 registros del PE.01.4, por no estar elaborados o desarrollados según la planificación vigente del sistema.

PROPUESTA/OBSERVACIÓN

Ninguna.


OBJETIVOS DE AUDITORÍA AUDITADOS
Verificación de las recomendaciones y observaciones indicadas en el Informe de Auditoría Externa e Interna.
SEGUIMIENTO DE ACTUACIONES DEL INFORME DE AUDITORIA EXTERNA 2013.

Se indican las de carácter general y las anotaciones que se proporcionaron en el informe de seguimiento de la planificación

Código:		Naturaleza:	Oportunidad de mejora.
Proceso:	PE.01.21		
Unidad/es:			
Descripción:	Existen procesos en los que el análisis de indicadores (incluyendo sus tendencias) que se plasma en ISOTools, pese a entenderse como un resumen del análisis realizado en el seno del proceso, es excesivamente escueto, como es el caso del PC02 (SCPA), PC03 (SDEP) y en los que el análisis de las causas que dan lugar a las no conformidades es algo superficial...		
Actuaciones realizadas:	<i>Se informará a las Unidades de la conveniencia de reforzar el análisis cualitativo de los resultados del seguimiento de los procesos.</i>		
Resultados de seguimiento:	<i>Pendiente de información al respecto facilitado por las Unidades.</i>		
Verificación, si procede:	<i>Verificado su estado según:</i> - <i>Documento de planificación aprobado por el Comité de Calidad el 28-05-2013.</i> - <i>Informe semestral de seguimiento aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014.</i>		

Código:		Naturaleza:	Oportunidad de mejora.
Proceso:	PE.01.21		
Unidad/es:			
Descripción:	Se recomienda valorar la necesidad de mantener indicadores cuyo histórico a lo largo de varios años ha sido, de forma constante, 100% o 0% ya que probablemente en caso de que puntualmente no se cumpliera el requisito que mide el indicador en cuestión previsiblemente daría lugar a una no conformidad, sin necesidad de disponer de un indicador asociado esta situación se da por ejemplo en el PC 09 (SGA).		
Actuaciones realizadas:	<i>Se han realizado las fichas individualizadas Unidades/procesos de las conclusiones del informe de Auditoría Externa.</i> <i>Se han enviado a las Unidades la solicitud de información.</i> <i>Se ha continuado la revisión puntual de indicadores, insistiendo en que se asignen objetivos sólo a los indicadores de gestión.</i>		
Resultados de seguimiento:	<i>A fecha de la Auditoría Interna se encuentra pendiente el informe final donde se planteará lo implantado por cada una de la Unidades y el resultado obtenido.</i>		
Verificación, si procede:	<i>Verificado su estado según:</i> - <i>Documento de planificación aprobado por el Comité de Calidad el 28-05-2013.</i> - <i>Informe semestral de seguimiento aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014.</i>		

Código:		Naturaleza:	Oportunidad de mejora.
Proceso:	PE.01.21		



Unidad/es:	
Descripción:	Se podría valorar la posibilidad de utilizar algunas de las herramientas comerciales de las que se dispone en algunas unidades en otras como adaptaciones mínimas, ya que las funcionalidades son muy similares. Por ejemplo la herramienta de gestión de incidencias se podría utilizar para muchas actividades que requieren un acuse de recibo para el usuario y la comunicación posterior de que se ha realizado la actividad solicitada (PC-09), de forma que además de facilitar la gestión de las peticiones se dispone de una base de datos de la que extraer indicadores o facilitar consultas. Del mismo modo, la aplicación de gestión de espacios que se está implantando en el SDEP podría ser adaptable a la gestión de espacios que realiza la UC.
Actuaciones realizadas:	<i>Se han realizado las fichas individualizadas Unidades/procesos de las conclusiones del informe de Auditoría Externa. Se han enviado a las Unidades la solicitud de información.</i>
Resultados de seguimiento:	<i>Pendiente de información al respecto facilitado por las Unidades.</i>
Verificación, si procede:	<i>Verificado su estado según: - Documento de planificación aprobado por el Comité de Calidad el 28-05-2013. - Informe semestral de seguimiento aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014.</i>

Código:		Naturaleza:	Oportunidad de mejora.
Proceso:	PE.01		
Unidad/es:			
Descripción:	-	ESTRATÉGICO.	Homogeneizar el Plan de Gestión de la Seguridad Documental del SIGC-SUA con el Plan de Seguridad de la LOPD.
Actuaciones realizadas:	<i>Sobre este aspecto, está pendiente valorar el grado de implantación del Plan de Seguridad de la LOPD, para valorar su integración en el SIGC-SUA (en especial la gestión de archivos de datos personales).</i>		
Resultados de seguimiento:	<i>A fecha de la Auditoría Interna se encuentra pendiente el correspondiente informe final donde se recoja, los resultados de las actuaciones realizadas en esta oportunidad de mejora.</i>		
Verificación, si procede:	<i>Verificado su estado según: - Documento de planificación aprobado por el Comité de Calidad el 28-05-2013. - Informe semestral de seguimiento aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014.</i>		

Código:		Naturaleza:	Oportunidad de mejora.
Proceso:	PE.01		
Unidad/es:			
Descripción:	Aprovechar la formación de los auditores internos como dinamizadores del sistema de gestión dentro de las unidades de servicio a las que pertenezcan, para lo que sería recomendable tener en cuenta esta posibilidad en el momento de determinar los auditores internos que se van a formar.		
Actuaciones realizadas:	<i>Se ha reforzado la formación en sistema de gestión mediante la realización en 2013 de un curso en el que han participado 31 alumnos de 15 Unidades. 10 personas han obtenido el Título de Auditores jefes de Sistemas de Gestión (IRCA), que representan a 5 Unidades, además de los Técnicos del SPE.</i>		



Resultados de seguimiento:	<i>A fecha de la Auditoría Interna se encuentra pendiente el correspondiente informe final donde se recoja, los resultados de las actuaciones realizadas en esta oportunidad de mejora.</i>
Verificación, si procede:	<i>Verificado su estado según: - Documento de planificación aprobado por el Comité de Calidad el 28-05-2013. - Informe semestral de seguimiento aprobado por el Comité de Calidad el 13-01-2014.</i>