



INFORME SEMESTRAL DE SEGUIMIENTO DEL CICLO DE GESTIÓN DEL SIGC-SUA. 2013.

COMITÉ DE CALIDAD, REUNIÓN DE 13 DE ENERO 2014.

Ámbito:	PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN, DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL SIGC-SUA.		
Elaborado por:	COORDINACIÓN TÉCNICA DEL SIGC-SUA (Servicio de Planificación y Evaluación).		
Coordinado por:	RESPONSABLE DE CALIDAD (Vicerrectorado de Planificación, Calidad, Responsabilidad Social y Comunicación).		
Aprobado por:	COMITÉ DE CALIDAD DEL SIGC-SUA.		
Fecha de elaboración:	07 de enero de 2014.	Fecha de aprobación:	13 de enero de 2014.

I. JUSTIFICACIÓN, FINALIDAD Y ALCANCE.

El presente Informe se realiza en el marco del proceso de seguimiento semestral de la planificación del ciclo de gestión del SIGC-SUA-2013 según lo establecido en el proceso estratégico PE01.

El informe contiene los siguientes ámbitos:

- [1. Grado de implantación de los objetivos de calidad, directrices y acuerdos del Consejo de Dirección \(2013\), actuaciones pendientes y propuestas de revisión, en su caso.](#)
- [2. Grado de implantación de las recomendaciones, oportunidades de mejora y observaciones del Informe de Auditoría Externa de Seguimiento de abril 2013.](#)
- [3. Informe del desarrollo y resultados del Programa de Auditoría Interna de Seguimiento \(2013\).](#)
- [4. Programa de Auditoría Interna Anual \(2013\).](#)
 - [Planificación del Programa de Auditoría Interna.](#)

II. RESUMEN EJECUTIVO Y PROPUESTAS.

En base a la información detallada en los puntos 1, 2, 3 y 4 se establece el siguiente resumen y propuestas.

CALENDARIO DE ACTUACIONES PREVISTAS.

El calendario de actuaciones se modifica por exigencias de ajustes de tiempo del nuevo proceso de renovación de la acreditación por la certificadora, que ha de realizarse en la **segunda semana del mes de marzo de 2014**. Se propone el siguiente calendario en base a la fecha de auditoría acordada con AENOR.



Realización de la Auditoría Interna Anual.	Límite: primera semana de febrero
Realización de las Encuestas de Usuarios pendientes.	Límite: segunda semana de febrero
Elaboración del informe del seguimiento de procesos claves.	Límite: tercera semana de febrero
Elaboración del informe anual de medición y análisis del SIGC-SUA.	Límite: última semana de febrero
Aprobación por el Comité de Calidad el informe anual de medición y análisis del SIGC-SUA.	Límite: primera semana de marzo
Aprobación por el Consejo de Dirección de la Revisión y Mejora anual del SIGC-SUA.	Límite: primera semana de marzo

RESUMEN GENERAL.

- 1) **Objetivos de Calidad.** De los cuatro objetivos de calidad aprobados se prevé que tres de ellos (Plan de Comunicación, Plan de Seguridad y revisión del sistema de encuestas) se ejecuten según el alcance establecido en planificación. Respecto al Objetivo del Plan de Optimización del SIUJA, se propone la revisión del alcance posponiendo su aplicación tras la aprobación del Protocolo de Suministros de Datos y de acuerdo con una nueva planificación que presente el equipo de trabajo de este objetivo.
- 2) **Directrices.** Se han iniciado actuaciones en las 5 directrices planificadas y se prevé el siguiente alcance:
 - A) Aprobación de la propuesta de Convocatoria del Premio a las Buenas Prácticas y Sugerencias de Mejora.
 - B) Elaboración de un cuadro de resultados claves del SIGC-SUA, que si bien se desarrollará plenamente con el Proyecto EFQM, se incorporará como propuesta inicial en el Informe de Revisión y Mejora del SIGC-SUA.
 - C) Elaboración de un informe, tras auditoría, del grado de valoración y aplicación de las áreas de mejora indicadas en el Informe de Auditoría Interna.
 - D) No se dispone aún del estudio de revisión del sistema de quejas/sugerencias, se ha incorporado como objetivo de auditoría de seguimiento y analizado algunos aspectos sobre la normativa, además no se envía sistemáticamente información sobre su gestión a la Dirección, salvo solicitud o incidencias en tiempos de respuesta. La conclusión es que no se ha avanzado sustancialmente en los objetivos de revisión e integración, por lo que se propone su continuidad para el siguiente ciclo de gestión como un proyecto de mejora alineado con el Proyecto EFQM.
 - E) Realización de los correspondientes informes de seguimiento del Plan de Comunicación y del Plan de Seguridad Documental del SIGC-SUA, quedando pospuesto para el siguiente ciclo de gestión el seguimiento del Plan de Optimización del SIUJA.
- 3) **Acuerdos.** Se han iniciado actuaciones en los 6 acuerdos planificados y se prevé el siguiente alcance:
 - A) Se han revisado las funcionalidades de la plataforma de gestión para su plena operatividad en el cierre del ciclo de gestión. Aunque se producen dificultades para el desarrollo de nuevas funcionalidades, se propone presentar en el siguiente ciclo de gestión un informe que especifique el nivel de desarrollo y utilidad que aporta la herramienta de gestión.



B) Sobre Administración electrónica (2 acuerdos), se ha constituido el equipo de trabajo que ha acordado realizar un estudio sobre la conveniencia de establecer un proceso de gestión de las plataformas y redactar un plan de mejora que recoja las actuaciones que se están realizando al efecto. Sobre estas actividades, el equipo específico de admistración electrónica ha aportado el catálogo de procedimientos telematizados de la UJA con correspondencia con el SIGC-SUA y una propuesta documental de proceso.

C) Respecto a la revisión de las Cartas de Servicios se ha aprobado una nueva normativa y está revisándose el expediente que ha de aprobarse por el Consejo de Gobierno, momento en el que se hará efectiva la constitución del equipo de trabajo para la realización de la propuesta de publicación y difusión. Se propone para este ciclo realizar las mediciones de los compromisos de calidad propuesto por las Unidades.

D) No se han constituido los equipos de trabajo para la elaboración del sistema de gestión de la accesibilidad y su integración en el SIGC-SUA, y si bien se dispone de los documentos de trabajo realizados en anteriores ciclos y se ha completado en el año 2013 el programa de formación, se propone que la continuidad del proyecto de diseño del sistema de gestión de la accesibilidad se gestione como un proyecto específico y con posterioridad se analizaría la integración de sistemas.

D) Elaboración de un informe, tras auditoría, del grado de valoración y aplicación de las propuestas de mejora de los procesos indicadas por las Unidades.

4) **Informe de Auditoría Externa de Seguimiento 2013.** El seguimiento de las actuaciones derivadas del Informe de Auditoría Externa se concretarán en el informe anual que al efecto se realiza y respecto a tres ámbitos:

A) **No conformidades.** Incorporado como objetivo de auditoría interna anual.

B) **Oportunidades, recomendaciones y riesgos por procesos.** Elaboración de un informe, tras auditoría, del grado de valoración y aplicación realizado por las Unidades.

C) **Recomendaciones Generales al Sistema.**

- Mejora de los informes de seguimiento. Se proporcionará información orientativa a las Unidades.
- Mejora de indicadores. Se ha mantenido actividades continuadas de revisión.
- Desarrollo de herramientas internas de procesos para la gestión. Se desarrollan según criterios de las Unidades, disponiendo en la actualidad de un cuadro completo de las herramientas disponibles (Plan de Seguridad del SIGC-SUA).
- Mejora de información sobre percepción. Abordado en el correspondiente objetivo de calidad.
- Registro de quejas verbales. Indicaciones a las Unidades al respecto en las auditorías internas de seguimiento.
- Homogeneizar el Plan de Gestión de la Seguridad Documental del SIGC-SUA con el Plan de Seguridad de la LOPD. Se propone solicitar informe sobre resultados de auditoría de la implantación de la gestión de la seguridad de datos personales.
- Formación auditores como elementos dinamizadores internos. 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.

5) **Auditoría Interna de Seguimiento.** Se ha realizado la auditoría en los meses planificados y respecto a los objetivos sobre gestión del sistema, Plan de Seguridad y Plan de Comunicación, el resto de los objetivos se incorporan en el programa de auditoría interna anual. Se han facilitado a cada Unidad los resultados de la



auditoría, aunque está pendiente la elaboración del informe final global que se incorporará en el informe final del plan de auditoría 2013.

El nivel de colaboración ha sido óptimo, participando 22 auditores de las distintas Unidades.

PROPUESTAS.

Acuerdos sobre revisión del alcance de los Objetivos de Calidad:

1. Objetivo de Calidad OC-1/2013: *Implantación y seguimiento del Plan para la Optimización del Sistema de Información Institucional para el Suministro de Datos e Información Estadística de la Universidad de Jaén (SIUJA).*

Se acuerda la revisión del alcance del objetivo posponiendo la implementación y seguimiento del plan de optimización tras la aprobación del nuevo Protocolo de Suministros de Datos, según la planificación que aporte el equipo de trabajo del objetivo.

La revisión de la ficha de planificación de los Objetivos de Calidad, según las propuestas indicadas en el punto anterior, se incorpora en el [Anexo Nº 1.](#)

Acuerdos sobre revisión de la planificación de las Directrices y Recomendaciones del Consejo de Dirección.

2. *Desarrollo temporal del ciclo de gestión.*

Se acuerda aprobar los ajustes de planificación temporal del ciclo de gestión del SIGC-SUA.

3. *Revisión del sistema de quejas y sugerencias.*

Se acuerda proponer al Consejo de Dirección que se prolongue para el siguiente ciclo de gestión el estudio de revisión del sistema de quejas/sugerencias gestionado como un proyecto de mejora alineado con el Proyecto EFQM.

4. *Plan de Comunicación y del Plan de Seguridad Documental del SIGC-SUA.*

Se insta a que se realicen los correspondientes informes (por Unidades y General por los equipos de trabajo) de la aplicación de los Planes de Comunicación y Seguridad Documental del SIGC-SUA.

5. *Herramienta de gestión del SIGC-SUA.*

Se insta a Coordinación Técnica que en el siguiente ciclo de gestión presente al Comité de Calidad un informe que especifique el nivel de desarrollo y utilidad que aporta la herramienta de gestión.

6. *Cartas de servicios.*

Se acuerda que se realicen las mediciones de los compromisos de calidad propuesto por las Unidades.

7. *Sistema de Gestión de la Accesibilidad.*



Se acuerda proponer al Consejo de Dirección la continuidad de un proyecto específico de diseño del sistema de gestión de la accesibilidad y proceder, con posterioridad, a realizar el estudio de integración de sistemas.

Acuerdos sobre el Programa de Auditoría Interna Anual.

8. Programa de Auditoría Interna Anual.

Se acuerda aprobar el Programa de Auditoría Interna Anual.

CUADRO RESUMEN DE ACTIVIDADES PENDIENTES.

En el siguiente cuadro se presentan las actuaciones a realizar por la Coordinación Técnica, las Unidades y los Equipos de Trabajo para un adecuado cierre del ciclo de gestión del SIGC-SUA.

<i>Actividades</i>	<i>Responsabilidad</i>	<i>Fecha de ejecución o previsión</i>
Encuestas Clima Laboral. - Elaboración y Envío de informes de resultados.	- Coordinación Técnica.	- Primera quincena de enero.
Encuestas Generales de Usuarios. - Revisiones de las Unidades. - Lanzamiento de encuestas pendientes y envío de informes de resultados.	- Unidades pendientes. - Coordinación Técnica.	- Primera quincena de enero. - Enero y primera semana de febrero.
Auditoría Interna Anual. - Envío de las Unidades de la Información solicitada. - Realización de las Auditoría. - Envío de Informes de resultados. - En su caso, planes de acciones correctivas. - Elaboración del Informe Final del Plan de Auditoría 2013.	- Unidades. - Coordinación Técnica. - Coordinación Técnica. - Unidades/ Coordinación Técnica. - Coordinación Técnica.	- Primera quincena de enero. - Segunda quincena de enero. - Primera semana de febrero. - Segunda semana de febrero. - Tercera semana de febrero.
Indicadores. - Carga de los indicadores de procesos en la plataforma. - Envío a Coordinación Técnica de las mediciones indicadores de los compromisos de calidad no integrados.	- Unidades. - Unidades.	- Segunda quincena de enero. - Segunda quincena de enero.
Informes de seguimiento del sistema. - Revisión de la metodología de elaboración de los informes de seguimiento de los procesos. - Elaboración y carga en la plataforma de los Informes de seguimiento de procesos. - Elaboración del Informe Final del sistema.	- Coordinación Técnica. - Unidades/Coordinación Técnica. - Comité de Calidad/Coordinación Técnica.	- Tercera semana de enero. - Tercera semana de febrero. - Cuarta semana de febrero.
Informes de Objetivos, directrices y acuerdos. - Estudio del equipo de trabajo de mejora e integración de administración electrónica. - Planificación de implantación del Plan de Optimización del SIUJA. - Informe sobre resultados de auditoría de la implantación de la gestión de la seguridad de datos personales.	- Equipo de trabajo. - Equipo de trabajo. - Servicio de Información y Asuntos Generales.	- Cuarta semana de febrero. - Cuarta semana de febrero. - Según realización.



- Informes de seguimiento y mejora de los planes de Seguridad y Comunicación del SIGC-SUA. - Informe final de Objetivos, directrices y acuerdos. - Informe de apoyo a Auditoría externa.	- Unidades y Equipos de Trabajo. - Coordinación Técnica. - Coordinación Técnica.	- Tercera semana de febrero. - Cuarta semana de febrero. - Primera semana de marzo.
--	--	---

III. GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD, DIRECTRICES Y RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN (2013), ACTUACIONES PENDIENTES Y REVISIÓN, EN SU CASO.

1. OBJETIVOS DE CALIDAD 2013

OC-1/2013. Implantación y seguimiento del Plan para la Optimización del Sistema de Información Institucional para el Suministro de Datos e Información Estadística de la Universidad de Jaén (SIUJA) aprobado por el Consejo de Dirección.

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones continuadas del Equipo de trabajo (meses abril-junio). - Diseño y elaboración del Fichero de Familia de Indicadores (Demanda Continuada). - Elaboración de la propuesta de Nuevo Protocolo para el Suministro de Datos, incluye nuevo diseño de gestión del proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación del Protocolo. - Cumplimentación completa del Fichero de Familia de Indicadores - Implantación y seguimiento del SIUJA de acuerdo con el nuevo Protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación del Protocolo por el Consejo de Gobierno: Indicaciones del Consejo de Dirección. - Cumplimentación completa del Fichero de Familia de Indicadores: indeterminado.

<p>Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si bien se está produciendo la implantación progresiva del nuevo sistema de gestión del SIUJA y se ha avanzado considerablemente en la cumplimentación del Fichero de Familia de Indicadores, no es previsible el cumplimiento de los términos indicados en la ficha del objetivo de calidad por lo que se propone su revisión en planificación. - Se propone que el equipo de trabajo presente una planificación concreta de las modificaciones documentales del proceso correspondiente, el periodo de implantación definitiva y la disponibilidad para realizar su seguimiento mediante auditoría.
---	--

OC-2/2013. Implantación y seguimiento del Plan de Comunicación del SIGC-SUA aprobado por el Consejo de Dirección.

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
<ul style="list-style-type: none"> - Implantación del Plan de Comunicación. - Realización de auditoría (Programa de Auditoría de Seguimiento). - Elaboración de Informe de Auditoría. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del Informe de seguimiento y mejora del Equipo de trabajo. - Elaboración del Informe de seguimiento y mejora de las Unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cierre del ciclo de gestión del SIGC-SUA.

<p>Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se prevé la posibilidad de cumplir con el alcance establecido en la ficha del objetivo.
---	---



OC-3/2013. Implantación y seguimiento del Plan de Seguridad Documental del SIGC-SUA aprobado por el Consejo de Dirección.

<i>Actividades realizadas</i>	<i>Actividades pendientes</i>	<i>Fecha de ejecución o previsión</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Implantación del Plan de Seguridad. - Realización de auditoría (Programa de Auditoría de Seguimiento). - Elaboración de Informe de Auditoría. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del Informe de seguimiento y mejora del Equipo de trabajo. - Elaboración del Informe de seguimiento y mejora de las Unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cierre del ciclo de gestión del SIGC-SUA.

Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas

- Se prevé la posibilidad de cumplir con el alcance establecido en la ficha del objetivo.

OC-4/2013. Revisión general del sistema de encuestas del SIGC-SUA y otros mecanismos de identificación de necesidades, expectativas y percepción de la satisfacción de los grupos de interés.

<i>Actividades realizadas</i>	<i>Actividades pendientes</i>	<i>Fecha de ejecución o previsión</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciada la revisión de las encuestas generales del SIGC-SUA y auditadas las encuestas post-servicios auditoría (Programa de Auditoría de Seguimiento). - Elaboración del informe (parcial) del proceso de revisión. - Elaboración de Informe de Auditoría. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del Informe final de revisión del sistema de encuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cierre del ciclo de gestión del SIGC-SUA.

Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas

- Se prevé la posibilidad de cumplir con el alcance establecido en la ficha del objetivo.
- Si bien **se sigue manteniendo, con carácter general, mecanismos no directos de identificación de necesidades y expectativas.**

2. DIRECTRICES Y ACUERDOS DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN. 2013.

1. DIRECTRIZ 1. Realizar un estudio para presentar al Consejo de Dirección una propuesta de selección de indicadores del SIGC-SUA que integren un cuadro de mando de resultados claves de rendimiento y de actividad, de clientes y de gestión de las personas, que permita evaluar en qué grado se alcanza y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes.

<i>Actividades realizadas</i>	<i>Actividades pendientes</i>	<i>Fecha de ejecución o previsión</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha iniciado, en el marco del Proyecto EFQM, la identificación del cuadro de mando de los resultados claves. 	<ul style="list-style-type: none"> - Finalizar el cuadro de mando resultados claves. 	<ul style="list-style-type: none"> - Con posterioridad al ciclo de Revisión y Mejora del SIGC-SUA.

Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas

- **El resultado dependerá del grado de avance del Proyecto EFQM, aunque se prevé presentar un cuadro más detallado (indicadores relevantes de eficacia) del grado de cumplimiento de los objetivos de los indicadores de procesos.**



2. DIRECTRIZ 2. *Se ha valorado y se considera adecuado acometer las conclusiones de áreas de mejora que se indican en el Informe de Auditoría Interna, especialmente, sobre la necesidad de acometer los ajustes técnicos y recomendaciones sobre la mejora de los resultados, y la revisión de los indicadores de los procesos en los supuestos en los que sea necesario establecer indicadores de eficacia de gestión.*

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
- Se han elaborado las fichas de seguimiento y enviado a las Unidades la solicitud de información.	- Envío y recopilación de la información y, en su caso, auditoría de implantación.	- Auditoría Interna Anual e Informe en la Revisión y Mejora del SIGC-SUA.

Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas

- Se prevé la posibilidad de cumplir con la Directriz y presentar en los informes de Revisión y Mejora del SIGC-SUA.

3. DIRECTRIZ 3. *La revisión del sistema de quejas y sugerencias se ha de orientar a asegurar que es percibido por los usuarios como un mecanismo activo de participación en la calidad de los servicios, e internamente como una oportunidad de analizar e implantar mejoras. Por ello el estudio que ha de presentarse a consideración del Consejo de Dirección ha de plantearse en términos de integración con el SIGC-SUA. Hasta su presentación, se considera oportuno que se remita la información periódica al responsable de calidad y al responsable de los procesos sobre la gestión de quejas y sugerencias.*

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
- Se está procediendo al envío a la Gerencia de las incidencias en la gestión de quejas/sugerencias y a Coordinación Técnica información cuando lo solicita. - Se ha auditado (Auditoría de Seguimiento) la gestión de las quejas y sugerencias y los resultados se incluyen en el Informe de Auditoría.	- Remitir información anual de la gestión de quejas/sugerencias a la Dirección.	- Antes de Revisión y Mejora del SIGC-SUA.

Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas

- Ver Informa de Auditoría de Seguimiento.
- Se propone que se **periodice el envío sistemático de información sobre la gestión de quejas y sugerencias.**

4. DIRECTRIZ 4. *Se acuerda que se realice un proyecto para la presentación de buenas prácticas de gestión, implantación de mejoras y sugerencias de mejora, que se oriente a establecer reconocimientos internos por la implicación en la mejora del SIGC-SUA y apoyar su presentación en convocatorias externas.*

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
- Se ha constituido el equipo de trabajo. - Se ha elaborado una propuesta para el Consejo de Dirección que incluye las bases de la primera convocatoria.	- Aprobación de las bases de la convocatoria por el Consejo de Dirección. - Publicación de la convocatoria.	- Determinación por el Consejo de Dirección.

Previsión sobre la consecución

- Se propone la **revisión de la planificación de esta Directriz**, para ajustarlas a las

**del alcance/ Riesgos/
Propuestas**

instrucciones del Consejo de Dirección respecto a la publicación de la primera convocatoria.

5. ACUERDO 1. Que se proceda a la optimización de las actuales funcionalidades de la plataforma de gestión del SIGC-SUA y al desarrollo de otras nuevas.

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha elaborado el documento de planificación de optimización y desarrollo de funcionalidades de la herramienta. - Actuaciones realizadas: 1. Revisión del sistema de Informes. 2. Revisión y actualización del sistema de indicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Completar el sistema de fichas de no conformidades de auditoría. - Indicadores de compromisos de calidad. - Actualización del gestor documental. - Revisión del sistema de no conformidades internas. - Estudio de seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enero-febrero de 2014.

**Previsión sobre la consecución
del alcance/ Riesgos/
Propuestas**

- Se ha priorizado sobre la revisión y disponibilidad de las actuales funcionalidades, resultando complejo el desarrollo de otras nuevas y la actualización documental. Sobre este último aspecto se está utilizando la página web del SIGC-SUA que permite un mayor control desde la Coordinación Técnica y agilidad en el acceso y disponibilidad de la documentación.
- Se considera oportuno que tras el ciclo de gestión 2014 se realice y presente un informe que especifique el nivel de desarrollo y utilidad que aporta la herramienta de gestión, respecto:
 1. Sistema de almacenamiento y disponibilidad de la documentación del SIGC-SUA.
 2. Usabilidad de las funcionalidades actuales.
 3. Desarrollo de nuevas funcionalidades: complejidad técnica, eficiencia y usabilidad.

6. ACUERDO 2. Que se proceda a continuar con el impulso de la administración electrónica y su integración en el SIGC-SUA, para lo que se insta a que las actuales o nuevas propuestas de tramitación electrónica se auditen su plena operatividad a efectos de su integración en la documentación de los procesos.

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha elaborado el catálogo de procedimientos telematizados en la Universidad de Jaén y su correspondencia con los procesos del SIGC-SUA. - No se han recibido, aún, ninguna propuesta por las Unidades a efectos de auditoría. - Se ha realizado un recordatorio a las Unidades (Diciembre). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar aquellos procesos telematizados de la Universidad que deben incorporarse al SIGC-SUA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Febrero 2014.

**Previsión sobre la consecución
del alcance/ Riesgos/
Propuestas**

- Ver en relación, acuerdo número 3.



7. ACUERDO 3. Que procede implementar un proceso de gestión de las plataformas de tramitación electrónica y aplicar un plan de mejora de la operatividad.

<i>Actividades realizadas</i>	<i>Actividades pendientes</i>	<i>Fecha de ejecución o previsión</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha constituido el equipo de trabajo, planificando la realización de un estudio. - Paralelamente, el equipo de administración electrónica ha analizado las debilidades de la plataforma de administración electrónica y ha puesto en marcha algunas acciones de mejora. Aunque se producen dificultades para la incorporación de nuevas funcionalidades, y se ha elaborado un diagrama de flujo que refleja las actividades que se realizan en cuanto al proceso de mantenimiento y gestión de las plataformas (altas-bajas de usuarios, gestión de incidencias, correspondencia con firmas digitales, etc...), estando pendiente su consideración por parte del equipo de trabajo del SIGC-SUA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realización y presentación al equipos de trabajo de un estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Febrero 2014

<p>Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio: Para febrero del 2014 se prevé presentar el estudio sobre la necesidad de establecer un proceso de gestión de la plataforma de tramitación. Así como proponer a las correspondientes Unidades la incorporación al SIGSUA de aquellos trámites que ya estando telematizados, no aparecen en los correspondientes procesos. - Respecto a la incorporación de nuevos trámites a la plataforma de tramitación electrónica queda pendiente de la implantación de mejoras de la misma. - Respecto a la telematización de nuevos procedimientos por otras plataformas, se tramitará como hasta ahora, según lo indicado en el proceso PC08.
---	---

8. ACUERDO 4. Acordar que se tramite en el año 2013 el expediente de revisión de las cartas de servicio en base a las propuestas de los nuevos compromisos de calidad que han presentado las Unidades.

<i>Actividades realizadas</i>	<i>Actividades pendientes</i>	<i>Fecha de ejecución o previsión</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha elaborado el expediente de revisión de las cartas de servicio. - Se ha procedido a elaborar la revisión de la normativa de cartas de servicios, siendo aprobada por el Consejo de Gobierno. - Se dispone de un nuevo cuadro de compromisos de calidad propuesto por las Unidades. - Se está procediendo a la revisión por la dirección de los nuevos compromisos de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de la medición de los compromisos propuesto por las Unidades. - Autorización del Consejo de Dirección del Expediente. - Aprobación del expediente por el Consejo de Gobierno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediciones disponibles para Revisión y Mejora del SIGC-SUA. - Prevista aprobación para febrero.

<p>Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En la planificación de la ejecución de este acuerdo estaba prevista la realización de un Estudio por Equipo de Trabajo sobre el sistema de publicación, difusión y seguimiento de las cartas de servicio, cuya constitución se ha pospuesto hasta la aprobación del
---	---



expediente de los nuevos compromisos de calidad.

- Se mantiene las mediciones de los compromisos de calidad provisionales que han presentado las Unidades.

9. ACUERDO 5. Acordar que se elabore la propuesta definitiva del Sistema de Gestión de la Accesibilidad Universal y se estudie su integración o interrelación con el SIGC-SUA.

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
- En 2013 se ha concluido el programa de formación en accesibilidad.	-	-

Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas

- El programa de formación de accesibilidad concluyó en el primer semestre de 2013.
- No se ha constituido el equipo de trabajo para el Diseño del Sistema de Gestión de la Accesibilidad Universal, si bien se dispone de documentación sobre el diseño e interrelación con el SIGC-SUA
- **Se propone**, por la complejidad y la necesidad de constituir equipo de procesos, **que se gestione este proyecto de forma independiente a la gestión del SIGC-SUA, estudiando centre la Dirección y las Unidades una estrategia temporal viable para realizar el referido Diseño.**

10. ACUERDO 6. Que se proceda a realizar el análisis técnico y coordinación por el Gerente de la implantación de las propuestas de acciones de mejora de los procesos, así como valorar las sugerencias de mejora del sistema de gestión de la calidad realizadas por los Equipos de Procesos.

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
- Se han elaborado las fichas de seguimiento y enviado a las Unidades la solicitud de información.	- Envío y recopilación de la información y, en su caso, auditoría de implantación.	- Auditoría Interna Anual e Informe en la Revisión y Mejora del SIGC-SUA.

Previsión sobre la consecución del alcance/ Riesgos/ Propuestas

- Se prevé la posibilidad de cumplir el acuerdo y presentar en los informes de Revisión y Mejora del SIGC-SUA.

IV. GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DE SEGUIMIENTO DE MARZO 2013.

Siguiendo la relación de recomendaciones, oportunidades de mejora y observaciones del Informe de Auditoría de Seguimiento de abril 2013, se informa de lo siguiente:

Actividades realizadas	Actividades pendientes	Fecha de ejecución o previsión
- Se han realizado las fichas individualizadas Unidades/procesos de las conclusiones del informe de Auditoría Externa. - Se han enviado a las Unidades la solicitud	- Con la información que faciliten las Unidades y, en su caso, los resultados de auditoría interna anual, se verificará el grado de implantación de las actuaciones realizadas sobre las indicaciones del	- Auditoría Interna Anual e Informe en la Revisión y Mejora del SIGC-SUA.



de información.

Informe de Auditoría Externa.

Indicaciones del Informe	Resultados/propuesta
<p>- GENERAL.</p> <p>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...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Se informará a las Unidades de la conveniencia de reforzar el análisis cualitativo de los resultados del seguimiento de los procesos.</i>
<p>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).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Se ha continuado la revisión puntual de indicadores, insistiendo en que se asignen objetivos sólo a los indicadores de gestión.</i>
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Pendiente de información al respecto facilitado por las Unidades.</i>
<p>Se han observado algunos procesos en los que aún la cuota de participación de las partes interesadas es muy baja: PC10, PC11, PC12. Así, sería conveniente consolidar instrumentos complementarios a las actuales encuestas generales (grupos focales de discusión, encuestas post servicio) de manera que en todos los procesos se disponga de información suficiente para realizar un análisis cualitativo de la percepción de los grupos de interés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Se ha actuado mediante las actividades del objetivo de calidad nº 4, aunque está pendiente, aún, la valoración de la mejora del indicador de participación.</i> ■ <i>Si ha reforzado las encuestas post-servicios, transformando algunas de las encuestas generales en este tipo de encuestas.</i>
<p>...en otros [Servicios/unidades] no se presenta evidencia del registro de quejas verbales o informales. Si bien en el segundo caso puede ser debido a la inexistencia de quejas de cualquier tipo, se anima a que se registre cualquier muestra de insatisfacción y se sea proactivo en la detección de las mismas como fuente de mejora del proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>En este sentido, en la auditoría de seguimiento se ha auditado las quejas y sugerencias no formales, recomendándose que se lleve registros de ellas y las actuaciones que se hayan adoptado.</i>
<p>- ESTRATÉGICO.</p> <p>Homogeneizar el Plan de Gestión de la Seguridad Documental del SIGC-SUA con el Plan de Seguridad de la LOPD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <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>
<p>Aprovechar la formación de los auditores internos como dinamizadores del sistema de gestión dentro de las unidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Se ha reforzado la formación en sistema de gestión mediante la realización en 2013 de un curso en el que han</i>



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.

- *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.*

V. DESARROLLO Y RESULTADOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE SEGUIMIENTO (2013).

De acuerdo con el Programa de Auditoría de Seguimiento Interno aprobado por el Comité de Calidad se realiza el informe de seguimiento y eficacia.

1. Grado de cumplimiento de las actividades de auditoría y seguimiento planificada.

<i>Objetivos del Programa</i>	<i>Ejecución</i>	<i>Pendiente</i>
Objetivos sobre mejora del sistema (verificación y cierre de no conformidades e implantación de propuestas de mejoras y observaciones).	No realizado (1)	Pospuesto a Auditoría Interna Anual.
Objetivos sobre gestión del sistema (Indicadores, encuestas-post-servicios y gestión de quejas y sugerencias)	Auditoría Realizada	
Objetivos de Calidad, directrices y acuerdos (Plan de Seguridad y Plan de Comunicación).	Auditoría Realizada	
Objetivos de Calidad, directrices y acuerdos (Plan para la Optimización del Sistema de Información Institucional).	No realizado (2)	Pospuesto hasta implantación del plan de mejora.
Objetivos de Calidad, directrices y acuerdos (operatividad de los procedimientos "telematizados").	No realizado/sin propuestas para auditoría. (3)	

- (1) Se pospone para la auditoría interna anual su verificación total tras el ciclo de gestión, a efectos de evitar saturación de actividades de auditoría en el mes de noviembre, y debido a que a fecha de auditoría de seguimiento algún plan de acciones correctivas no estaba concluido, por lo que se opta por verificarlas conjuntamente con la auditoría interna del sistema de gestión.
- (2) El aplazamiento al siguiente ciclo de gestión del Plan para la Optimización del Sistema de Información Institucional ha impedido la realización de la auditoría, sin perjuicio de que se ha seguido auditando (en los dos programas de auditoría interna) el correspondiente proceso, tal como está documentado actualmente.
- (3) Este objetivo de auditoría está condicionado a las propuestas que realizan las Unidades y comunican a Coordinación Técnica, al no haberse recibido ninguna propuesta no se ha tenido que realizar ninguna auditoría sobre la operatividad de los procedimientos "telematizados" para su integración en la documentación de los procesos, por lo que no se indica como actividad pendiente.

2. Grado de realización temporal de la Planificación del Programa.

- Los objetivos auditados se programaron para los meses de octubre y noviembre realizándose las auditorías de acuerdo con dicha programación.



3. Valoración del nivel de participación de auditores y colaboradores.

- El desarrollo competencial en técnicas de auditoría ha permitido una distribución más participativa y autónoma de los equipos de auditoría, manteniéndose el criterio de auditar, al menos, con equipos compuestos con dos auditores, e instaurando la figura del coordinador auditor del objetivo o del proceso, que ha correspondido a técnicos de Coordinación técnica.
- Han participado 27 auditores, de los que 22 no son técnicos del SPE, conforme a la planificación establecida y con especial asistencia de los auditores jefes de sistemas de gestión.

4. Valoración global de los resultados de auditoría y seguimiento.

- El programa de auditoría de seguimiento no es exigible por el referente de la norma ISO (si la auditoría interna anual), se entiende que ha sido una práctica de gestión con efectos positivos por adelantar una parte importante de los objetivos de la auditoría interna anual.
- Si bien se dispone de los informes detallados de los resultados de auditoría, están pendiente realizar los informes ejecutivos para valoración global.

VI. APROBACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA ANUAL (2013).

De acuerdo con las directrices generales del Plan de Auditoría Interna aprobadas por el Comité de Calidad (sesión nº 9) y los requisitos establecidos en el Procedimiento Documentado PD03 "Auditorías Internas", se elabora el Programa de Auditoría Interna Anual 2013.

1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA.

En el marco de los objetivos generales del Plan de Auditoría Interna, se establece como prioridades específicas del Programa de Auditoría Interna Anual 2013:

1. Auditar el estado de verificación y cierre de las correcciones, acciones correctivas y acciones preventivas pendientes.
2. Auditar la conformidad de la gestión de los procesos y la prestación de servicios con los requisitos del sistema.
3. Auditar la medición y seguimiento de los indicadores de procesos y el grado de consecución de los objetivos planificados.
4. Auditar la medición y seguimiento de los resultados de la retroalimentación de los grupos de interés.

Asimismo, se completarán la auditoría pendiente respecto a:

5. Recomendaciones y observaciones indicadas en el Informe de Auditoría Externa e Interna.
6. Implantación de mejoras de los procesos.

2. ALCANCE DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA.

Las actividades de auditoría se realizarán en la totalidad de los procesos y servicios incluidos en SIGC-SUA.

3. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA.



El Programa de Auditoría Interna se realizará durante el mes de enero de 2013, estableciéndose como fecha límite de elaboración del informe la segunda semana del mes de febrero.

4. EQUIPOS AUDITORES.

La realización del Programa de Auditoría Interna Anual se realizará por un equipo auditor, siendo “auditor jefe” responsable de la gestión del programa y de coordinación de los auditores internos. La selección se asegura la independencia y objetividad del equipo auditor con respecto a las actividades a auditar.

El equipo auditor de este programa está constituido por:

<i>Responsabilidad</i>	<i>Nombre</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor jefe del Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antonio Martínez Olea. Coordinación Técnica.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditores jefes de Sistemas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. Coordinación Técnica. ▪ Jesús Díaz Ortiz. Coordinación Técnica. ▪ Francisco David Susí García. Coordinación Técnica. ▪ Ana Isabel Uceda Cobas. Coordinación Técnica. ▪ Roberto Fornes de la Casa. Servicio de Gestión de Investigación. ▪ Juan Miguel Cruz Lendínez. Unidad Técnica. ▪ Manuel Aranda Fontecha. Servicio de Informática. ▪ M^ª Carmen Higuera Herrador. Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno. ▪ María del Rosario Ramos Díaz. Servicio de Informática. ▪ Trinidad Alonso Moya. Servicio de Biblioteca.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adelaida Cabrero Bueno. Servicio de Informática. ▪ Alejandro Castillo López. (Vicegerente). ▪ Antonio Porcuna Contreras. Servicio de Contratación y Patrimonio. ▪ Francisco Javier Ibanco Arnaldo. Unidad de Apoyo a Departamentos. ▪ Joaquín Segura Martín. Unidad de Apoyo a Departamentos. ▪ José Luis Pedrosa Delgado. Servicio de Información y Asuntos Generales. ▪ M^ª Carmen López Asperilla. Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno. ▪ M^ª Dolores Sánchez Cobos. Servicio Archivo General. ▪ Manuel Jaenes Bermúdez. Unidad de Técnicos de Laboratorio. ▪ Natividad Paredes Quesada. (CICT) ▪ Tomás García Lendínez. Servicio de Control Interno. ▪ Rosario Armero García. Servicio de Informática. ▪ Nuria Ortega Barrales. Servicio de Control Interno. ▪ Sebastián Jarillo Calvarro. Servicio de Biblioteca.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor colaborador 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blas Morillas Morillas. Unidad de Conserjerías (Servicio de Personal y Organización Docente). ▪ María del Carmen Tudela Caballero. Servicio de Contratación y Patrimonio. ▪ Mario Miró Barnés. Unidad de Técnicos de Laboratorio. ▪ María del Carmen Tudela Caballero. Servicio de Contratación y Patrimonio. ▪ Marina Gómez Torres. Unidad de Técnicos de Laboratorio.



- Juan Carlos Sánchez Rodríguez. Unidad de Técnicos de Laboratorio.
- Juan Carlos Cazalilla Cruz. Unidad de Conserjerías (Servicio de Personal y Organización Docente).

5. METODOLOGÍA Y CRITERIOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA.

El desarrollo general de las actividades de auditoría se ajustará a la siguiente metodología y criterios:

<i>Metodología</i>	<i>Criterios</i>
<p>1. Planificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Las visitas de auditoría se realizarán de acuerdo con la planificación incluida en este programa. ■ Los responsables de las Unidades comunicarán a Coordinación técnica, tras la aprobación del Programa por el Comité de Calidad, en el menor plazo posible la conformidad con la fecha asignada. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las solicitudes de cambio de fecha será atendidas asignándose una nueva fecha que se realizará tras concluir la planificación inicial. ■ El mismo criterio se adopta si se realiza una solicitud posterior por causas sobrevenidas. ■ Si las causas sobrevenidas afectan al auditor/es asignados se sustituirá por otro, si es posible, si no lo fuera se aplicará el mismo criterio anterior.
<p>2. Realización de las actividades de auditoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Reunión de apertura de la auditoría. Se realizará la presentación del equipo de auditoría y el plan de trabajo. ■ Desarrollo del Plan de auditoría. Se realizarán de acuerdo con los métodos de verificación que se establezcan en las reuniones de coordinación del equipo auditor, y en los supuestos de No conformidades de acuerdo con las respectivas fichas de verificación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se acordará con el responsable de la Unidad el desarrollo del plan de trabajo de auditoría procurando evitar, en lo posible, inferir en la prestación del servicio. ■ Los auditores procurarán concluir el plan de auditoría en la fecha planificada. ■ Se proporcionará fichas homogeneizadas para realizar las anotaciones, evidencias y registros de las actividades de auditoría.
<p>3. Resultados de auditoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los auditores anotarán los resultados de auditoría de acuerdo con los criterios que se fijen por el equipo auditor. ■ Comunicación. Los auditores informarán oralmente a los responsables de las Unidades de los resultados de la auditoría (sin calificación). ■ El auditor jefe, en los supuestos de resultados de auditoría que se califiquen como no conformidad, lo comunicará a los responsables de las Unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Con aplicación a esta auditoría interna anual, los auditores no calificarán, inicialmente, los hallazgos de auditoría que entiendan que puede dar lugar a una no conformidad, dicha calificación se realizará con posterioridad entre en auditor jefe y el auditor. ■ Con aplicación a esta auditoría interna anual, en los informes de resultados de auditoría se especificará: 1. Conformidad. 2. No conformidad. 3. Observación. ■ La calificación se realizarán de acuerdo con los criterios que se expliciten por el equipo de auditoría.
<p>4. Alegaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los responsables de la Unidad cuando tengan una opinión divergente sobre el resultado comunicado por el auditor jefe, podrán remitir a la Coordinación Técnica sus correspondientes alegaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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.
<p>5. Supuestos de no conformidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si el resultado de la auditoría incluye una no conformidad se procederá a elaborar la correspondiente ficha de plan de 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los planes de acciones correctivas se elaborarán con anterioridad a la reunión final del ciclo de gestión que realice el Comité de Calidad, y se incorporarán en los



acciones correctivas.

informes de seguimiento de los procesos.

6. Informe de Auditoría Interna Anual.

- El auditor jefe realizará el informe de auditoría interna anual basado en los resultados de auditoría presentados por los auditores.

- El informe de auditoría Interna anual se remitirá a los responsables de las Unidades auditadas y se incorporará en la documentación para la reunión final del ciclo de gestión del Comité de Calidad.

6. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA.**PROCESO. PCO1. GESTIÓN PRESUPUESTARIA, ECONÓMICA, CONTABLE Y FISCAL.**

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
16/01/2014	Servicio de Contabilidad y Presupuesto. Servicio de Asuntos Económicos. Servicio de Control Interno.	<ul style="list-style-type: none"> Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). Juan Miguel Cruz Lendínez. Auditor jefe interno de Sistemas. Rosario Armero García (Auditora). Blas Morillas Morillas (Auditor Colaborador).
	Otras posibles Unidades con corresponsabilidad en el proceso: Servicio de Contratación y Patrimonio. Unidades de gastos-estructuras de apoyo administrativo correspondientes.	

PROCESO. PCO2. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y DEL INVENTARIO

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
16/01/2014	Servicio de Contratación y Patrimonio.	<ul style="list-style-type: none"> Roberto Fornes de la Casa. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). Antonio Martínez Olea (Auditor jefe).
	Unidad Funcional de Apoyo a Órganos de Gobierno.	<ul style="list-style-type: none"> Roberto Fornes de la Casa. (Auditor jefe). Nuria Ortega Barrales. (Auditora).
16/01/2014	Unidad de Negociados de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación (Jaén).	<ul style="list-style-type: none"> Roberto Fornes de la Casa. (Auditor jefe). Nuria Ortega Barrales. (Auditora).
30/01/2014	Unidad de Negociados de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación (Linares).	<ul style="list-style-type: none"> Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe). Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). Mario Miró Barnés. (Auditor Colaborador).
	Otras posibles Unidades con corresponsabilidad en el proceso: Servicio de Contabilidad y Presupuesto. Servicio de Asuntos Económicos.	

PROCESO. PCO3. GESTIÓN DE ESPACIOS.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
17/01/2014	Unidad de Conserjerías.	<ul style="list-style-type: none"> María del Rosario Ramos Díaz. (Auditora Jefe coordinadora de la auditoría del proceso). Alejandro Castillo López. (Auditor). Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor jefe). Ana Isabel Uceda Cobas. (Auditora jefe).
	Servicio de Deportes.	

**PROCESO. PC04. GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO.**

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
17/01/2014	Unidad Técnica.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ■ José Luis Pedrosa Delgado. (Auditor).
	Servicio de Informática.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Francisco David Susí García. (Auditor Jefe). ■ Sebastián Jarillo Calvarro. (Auditor).
	Centro de Instrumentación Científico-Técnica.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ■ José Luis Pedrosa Delgado.
	Unidad de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Francisco David Susí García. (Auditor Jefe). ■ Sebastián Jarillo Calvarro. (Auditor).
	Prevención de Riesgos Laborales.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe). ■ María del Carmen Tudela Caballero. (Auditora Colaboradora).

PROCESO. PC05. GESTIÓN INTEGRADA DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
20/01/2014	Servicio de Personal y Organización Docente.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Jesús Díaz Ortiz. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ■ Alejandro Castillo López. (Auditor). ■ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ■ María del Rosario Ramos Díaz. (Auditora jefe).
20/01/2014	Prevención de Riesgos Laborales.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ■ Manuel Aranda Fontecha. (Auditor Jefe). ■ Natividad Paredes Quesada. (Auditora).

PROCESO. PC06. GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
20/01/2014	Servicio de Información y Asuntos Generales.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor jefe). ■ Francisco Javier Ibanco Arnaldo. (Auditor).
	Servicio de Biblioteca.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ana Isabel Uceda Cobas. (Auditora Jefa coordinadora de la auditoría del proceso). ■ Francisco David Susí García. (Auditor Jefe).
	Unidad Técnica (Servicio de Obras).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor jefe). ■ Francisco Javier Ibanco Arnaldo. (Auditor).
	Servicio de Asesoría Jurídica (Unidad funcional de Apoyo a Órganos de Gobierno).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor jefe). ■ Francisco Javier Ibanco Arnaldo. (Auditor).
20/01/2014	Servicio de Información y Asuntos Generales (Unidad de Publicaciones).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ana Isabel Uceda Cobas. (Auditora Jefa). ■ Francisco David Susí García. (Auditor Jefe).
	Servicio de Planificación y Evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alejandro Castillo López. (Auditor). ■ Francisco Javier Ibanco Arnaldo. (Auditor).

PROCESO. PC07. GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LA TRANSFERENCIA DE RESULTADOS DE

**INVESTIGACIÓN.**

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
21/01/2014	Servicio de Gestión de la Investigación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ Manuel Jaenes Bermúdez. (Auditor).
	Servicio de Gestión de la Investigación (Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ▪ Antonio Porcuna Contreras. (Auditor Jefe).
	Unidad Funcional de Negociados de Apoyo a Departamentos y a Institutos y Centros de Investigación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe). ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe).
Otras posibles Unidades con corresponsabilidad en el proceso: Servicio de Personal y Organización Docente.		

PROCESO. PC08. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO CIENTÍFICO/TÉCNICO.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
22/01/2014	Servicio de Informática.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Francisco David Susí García. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ▪ Roberto Fornes de la Casa. (Auditor Jefe).
	Centro de Instrumentación Científico-Técnica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Francisco David Susí García. (Auditor Jefe). ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ▪ M^a Carmen Higuera Herrador. (Auditora Jefe).
	Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación. (Jaén).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe). ▪ M^a Carmen Higuera Herrador. (Auditora Jefe). ▪ M^a Carmen López Asperilla. (Auditora).
28/01/2014	Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación. (Linares).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe). ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe).

PROCESO. PC09. GESTIÓN ACADÉMICA ADMINISTRATIVA.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
23/01/2014	Servicio de Gestión Académica. (Jaén).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trinidad Alonso Moya. (Auditora Jefa coordinadora de la auditoría del proceso). ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe). ▪ Jesús Díaz Ortiz. (Auditor Jefe). ▪ (Auditor Jefe). ▪ Adelaida Cabrero Bueno. (Auditora). ▪ Marina Gómez Torres. (Auditora Colaboradora).
30/01/2014	Servicio de Gestión Académica. (Linares).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe). ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ▪ Mario Miró Barnés. (Auditor Colaborador).
23/01/2014	Unidad funcional de Negociados de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación. (Jaén).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trinidad Alonso Moya. (Auditora Jefa). ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe).
30/01/2014	Unidad funcional de Negociados de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación. (Linares).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe).



- Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe).
- Mario Miró Barnés. (Auditor Colaborador).

PROCESO. PC10. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS AL ESTUDIANTE, DE LA MOVILIDAD Y DE LA COOPERACIÓN.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
24/01/2013	Servicio de Atención y Ayudas al Estudiante.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jesús Díaz Ortiz. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno (Auditor Jefe). ▪ Joaquín Segura Martín. (Auditor). ▪ Juan Carlos Sánchez Rodríguez. (Auditor Colaborador). ▪ Juan Carlos Cazalilla Cruz. (Auditor Observador).
	Otras posibles Unidades con corresponsabilidad en el proceso: Servicio de Gestión Académica.	

PROCESO. PC11. GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE ACTOS Y EVENTOS, COMUNICACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
27/01/2014	Unidad Funcional de Apoyo a Órganos de Gobierno.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe).
	Unidad Funcional de Apoyo a Órganos de Gobierno: Gabinete de Comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ M^a Dolores Sánchez Cobos. (Auditora).
	Unidad de Actividades Culturales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno. (Auditor Jefe). ▪ M^a Dolores Sánchez Cobos. (Auditora).
	Servicio de Deportes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antonio Martínez Olea. (Auditor Jefe). ▪ Juan Miguel Cruz Lendínez. (Auditor Jefe).
	Servicio de Información y Asuntos Generales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jesús Díaz Ortiz. (Auditor Jefe). ▪ Tomás García Lendínez. (Auditor).

PROCESO. PC12. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
28/01/2014	Servicio de Información y Asuntos Generales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jesús Díaz Ortiz. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ Tomás García Lendínez. (Auditor).
	Servicio del Archivo General.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jesús Díaz Ortiz. (Auditor Jefe). ▪ Tomás García Lendínez. (Auditor).

PROCESO. PE01. PLANIFICACIÓN Y MEJORA CONTINUA.

PROCESO. PE02. RETROALIMENTACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.

Fecha	Procesos de la Unidad:	Equipo Auditor del Proceso
29/01/2014	Coordinación Técnica. Servicio de Planificación y Evaluación. Servicio de Información y Asuntos Generales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuel Aranda Fontecha. (Auditor Jefe coordinador de la auditoría del proceso). ▪ Alejandro Castillo López. (Auditor). ▪ M^a Carmen Higuera Herrador. (Auditora Jefe).

**7. INFORME DE AUDITORÍA INTERNA SEGUIMIENTO.**

Se realizará el informe final de cierre del Programa de Auditoría Interna Anual 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 auditores y observadores.
4. Resultados de la Auditoría Interna Anual.
5. 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 y a los responsables de las Unidades.



ANEXO Nº 1

FICHAS DE PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD 2013. REVISIÓN

Control de documentación.

Antecedentes: Propuesta para el desarrollo de objetivos de calidad 2013. Aprobados por el Comité de Calidad en su sesión 08/2013 de fecha 03/04/2013. Autorizados por el Consejo de Dirección con fecha 08/04/2013. Aprobada la redivisión por el Comité de Calidad con fecha 13/01/2013	
Nombre: Jacinto Fernández Lombardo.	Nombre: Antonio Martínez Olea.
Cargo: Jefe del Servicio de Evaluación y Planificación. (Coordinación técnica del SIGC-SUA).	Cargo: Asesor Técnico de Calidad del Servicio de Evaluación y Planificación. (Coordinación técnica del SIGC-SUA).
Fecha: 07/01/2014	Fecha: 07/01/2014
Firma:	Firma:
Se inserta como documento de Planificación del Desarrollo y Seguimiento del SIGC-SUA que aprueba el Comité de Calidad.	
Revisado por: Vicerrector Responsable de Calidad.	
Nombre: Jorge Delgado García.	
Cargo: Responsable de Calidad.	
Fecha: 13/01/2014	
Firma:	



FICHA DE OBJETIVOS DE CALIDAD Nº 1-2013

Objetivo número: 1	Año: 2013	Código	1/2013
		Edición	01
		Fecha	08.04.2013
Denominación del objetivo:	Implantación y seguimiento del Plan para la Optimización del Sistema de Información Institucional para el Suministro de Datos e Información Estadística de la Universidad de Jaén (SIUJA).		
Descripción:	<p>La implantación del Plan para la Optimización del SIUJA, tiene como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimizar el proceso PC06.28 del SIGC-SUA, ampliando el alcance a todos los responsables en la provisión y suministro de datos. ▪ Sistematizar la planificación. ▪ Sistematizar la aplicación de criterios para la verificación de la fiabilidad de los datos y de la información generada. ▪ Sistematizar el control para el cumplimiento de plazos internos y externos. ▪ Elaborar los protocolos y metodologías que correspondan: instrucciones técnicas, formatos, registros. <p>En esencia implica una nueva perspectiva del proceso corresponsabilizando en su gestión a todos los responsables de la gestión de los datos institucionales, a efectos de conseguir suministrar información estadística fiable y segura y en los plazos acordados</p> <p>Además, incorpora un sistema de seguimiento de incidencias ocurridas a lo largo de todo el proceso de suministro de datos e información estadística (SIUJA) que permita tener un registro detallado de tales incidencias.</p>		
Alcance Inicial:	<p>El Plan para la Optimización del SIUJA estará implantado en el año 2013 y su alcance incluirá al 100% de los responsables en la provisión y suministro de datos.</p> <p>El seguimiento incluirá el cuadro de indicadores del proceso que deberá obtener datos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El cumplimiento de los plazos previamente fijados respecto a las solicitudes los datos e información estadística solicitados de forma periódica por los organismos oficiales, con un objetivo cumplido del 100%. ▪ El cumplimiento de los plazos comunicados de suministros de las solicitudes de demandas (no periódicas), con un objetivo cumplido del 100%. ▪ En número y porcentaje de las incidencias respecto a los términos de las solicitudes de suministros de los datos e información estadística. Este indicador al tener un ámbito de medición que incluye a todos los responsables, en la provisión y suministro de datos, se fijará un objetivo de calidad del que se habrá de cumplir el 100%. 		
Justificación de la Revisión:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El equipo de trabajo ha considerado prioritario la revisión del Protocolo de Suministro de Datos que se encuentra en fase de aprobación, tras lo cual se inicia la implantación del plan de optimización basados en los documentos de gestión que se han elaborado, por lo que se hace conveniente replantear la aplicación y seguimiento mediante auditoría para el siguiente ciclo de gestión, de acuerdo con el documento de planificación presentado al comité de Calidad 		



Alcance Revisado:	<p>El Plan para la Optimización del SIUJA estará implantado en el año 2014 y su alcance incluirá al 100% de los responsables en la provisión y suministro de datos.</p> <p>El seguimiento incluirá un nuevo cuadro de indicadores del proceso que deberá proporcionar datos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El cumplimiento de los plazos previamente comunicados por los solicitantes (datos e información estadística solicitados de forma periódica por los organismos oficiales) y que se consideren suministro priorizado, con un objetivo de cumplimiento del 100%. ▪ El cumplimiento de los plazos previamente planificados y comunicados a los solicitantes (datos e información estadística solicitada de forma periódica por los organismos oficiales) y que se consideren suministro de nivel secundario, con un objetivo de cumplimiento del 100%. ▪ Análisis continuo de la evolución de las diferencias en días entre las fechas solicitadas y las fechas planificadas y comunicadas para conocer los niveles de eficacia y eficiencia. Se incluirá un cuadro de control de tiempos parciales de todo el proceso gestión. Se establece como objetivo ir disminuyendo progresivamente las diferencias entre los plazos comunicados por los solicitantes y los comunicados por planificación del SIUJA. ▪ El cumplimiento de los plazos comunicados de suministros de las solicitudes de demandas (no periódicas), con un objetivo cumplido del 100%. ▪ Sobre el número y porcentaje de las incidencias respecto a los términos de las solicitudes de suministros de los datos e información estadística. Este indicador al tener un ámbito de medición que incluye a todos los responsables, en la provisión y suministro de datos, se fijará un objetivo de calidad del que se habrá de cumplir el 100%. ▪ Se incluirán indicadores asociados a los registros de incidencias internas (proceso interno de obtención y elaboración de los datos). ▪ Se incluirán indicadores asociados a los registros de incidencias comunicadas por los solicitantes, valorándose los niveles de fiabilidad del suministro de forma porcentual en relación al número de datos o indicadores solicitados en cada petición.
--------------------------	--

Objetivo estratégico al que se vincula (si procede):

Responsable funcional:

Responsable de Calidad

Responsable operativo:

Coordinación Técnica (Servicio de Planificación y Evaluación).
Equipos de Proceso.

Inicio: Ciclo de gestión 2013

Terminación: Ciclo de gestión 2014

Calendario:

De abril 2013 a febrero de 2015.



Metas / Actividades	Plazo	Responsable	Resultados
Constitución del equipo de trabajo e inicio de las actividades comprendidas en el Plan para la Optimización del SIUJA.	Abril 2013.	Responsable de Calidad. Coordinación Técnica. Equipos de Proceso.	Constitución formal del equipo de trabajo y aprobación de la planificación de actuaciones.
Aprobación del Protocolo de Suministros de Datos	Febrero 2014.	Consejo de Gobierno.	Protocolo aprobado y aplicado.
Elaboración de la planificación de la implementación del Plan de Optimización.	Febrero 2014.	Responsable de Calidad. Coordinación Técnica. Equipos de Proceso.	Documento de planificación
Informe de resultados del Plan para la Optimización del SIUJA.	Febrero 2015.	Responsable de Calidad. Coordinación Técnica. Equipos de Proceso	Análisis sobre el cumplimiento de los objetivos de los indicadores (mejora de la capacidad y eficacia del proceso).

Proceso vinculado:

Según alcance del Plan para la Optimización del SIUJA.

Órganos y Unidades relacionadas:

Comité de Calidad.
Responsable de Calidad del SIGC-SUA.
Gerente.
Coordinación Técnica.
Equipo de Proceso.

Prioridad:

Alta

Recursos:

Recursos internos.

Indicadores:

O_1/2013.1. Fecha de aprobación del documento de planificación.

O-1/2013.2. Indicadores de proceso.

O-1/2013.3. Informe de seguimiento.

Períodos de medición:

1. Febrero 2014.

2. Enero 2014/ Enero 2015

3. Febrero 2015

Observaciones:

Objetivo Revisado.