



**INFORME DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA. CICLO DE GESTIÓN DEL SIGC-SUA 2015.
COMITÉ DE CALIDAD, REUNIÓN DE 31 DE MARZO 2016.**

| | |
|------------------------------|--|
| Ámbito: | PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN, DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL SIGC-SUA. |
| Elaborado por: | COORDINACIÓN TÉCNICA DEL SIGC-SUA (Servicio de Planificación y Evaluación/Auditor jefe del Programa de Auditoría Interna Anual). |
| Coordinado por | RESPONSABLE DE CALIDAD (Delegado del Rector para la Planificación Estratégica y la Calidad.). |
| Informado a: | COMITÉ DE CALIDAD DEL SIGC-SUA. CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA UNIVERSIDAD |
| Fecha de elaboración: | 28 de marzo de 2016. |

Control de documentación.

| | |
|--|-----------------------------|
| Elaborado por: Equipo Auditoría Interna Anual. | Fecha: 28/03/2016 |
| Nombre: Antonio Martínez Olea. | Firma: |
| Cargo: Auditor Jefe del Programa | |



I. JUSTIFICACIÓN, FINALIDAD Y ALCANCE.

El presente Informe se realiza en el marco de las directrices del Plan de Auditoría Interna del ciclo de gestión 2015, desarrollado mediante los Programas de Auditoría Interna de Seguimiento y Anual, aprobados por el Comité de Calidad y de acuerdo con los requisitos establecidos en el Procedimiento Documentado PD03 "Auditorías Internas".¹

Se remite a conocimiento del Comité de Calidad y es incorporado en la documentación para la Revisión y Mejora del SIGC-SUA por el Consejo de Dirección.

El informe integra los dos Programas desarrollados: 1. Auditoría Interna de Seguimiento (AIS). 2. Auditoría Interna Anual (AIA). Contiene los siguientes ámbitos:

| | |
|---|---------|
| II. Resumen Ejecutivo. Valoración global de los resultados del Plan de Auditoría Interna..... | Pág. 2 |
| III. Grado de cumplimiento de las actividades de auditoría y seguimiento planificado | Pág. 5 |
| IV. Grado de realización temporal de la planificación de los Programas..... | Pág. 6 |
| V. Valoración de la participación de auditores y observadores | Pág. 7 |
| VI. Resultados de la Auditoría Interna Anual..... | Pág. 7 |
| Anexo 1: Equipo de auditores internos..... | Pág. 19 |
| Anexo 2: Seguimiento de las propuestas de mejoras de los procesos..... | Pág. 20 |
| Anexo 3: Seguimiento de indicaciones del informe de auditoría externa... .. | Pág. 23 |
| Anexo 4: Seguimiento de indicaciones del informe de auditoría interna..... | Pág. 24 |
| Anexo 4: Relación de procesos auditados..... | Pág. 28 |

II. RESUMEN EJECUTIVO. VALORACIÓN GLOBAL DE LOS RESULTADOS DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.

Desarrollo del programa de auditoría.

1. En este ciclo **se han auditado los 12 objetivos planificados** en el Plan y Programas de Auditoría Internas, aunque **el objetivo de auditoría del Plan para la Optimización del SIUJA se ha realizado parcialmente** (Servicio de Planificación y Evaluación), quedando pendiente para el siguiente ciclo la auditoría de la implantación completa.

2. Las actividades de auditoría se han desarrollado de acuerdo con la planificación temporal (septiembre/octubre-AIS- y febrero-AIA-), **reduciendo las visitas de los respectivos Programas a siete días. Se ha conseguido el objetivo de envío de informes en el plazo máximo de 10 días (valor medio), aunque en 8 informes** (de un total de 94) **no se ha cumplido el objetivo** por lo que sigue siendo conveniente insistir en la optimización de la planificación y asignación más real y efectiva.

3. **Los objetivos y actividades de auditoría se han realizado en todas las Unidades** en, aproximadamente, 80 procesos seleccionados y sobre la totalidad del cuadro de indicadores del SIGC-SUA.

4. **Segue consolidándose como punto fuerte la colaboración de auditores de Unidades** (22 auditores). **Se ha propuesto para el siguiente ciclo la realización de acciones formativas** de adaptación a la revisión de la **Norma ISO 9001:2015**, ampliar la **formación de auditores** con los cursos de auditor jefe de sistemas de gestión de la calidad e **incrementar el número de auditores internos de las Unidades.**

¹ Sesiones del Comité de Calidad nº 15 de 17/06/2015 y nº 16 de 04/03/2016.



Resultados de la Auditoría.

1. En este ciclo **se han auditado 4 No conformidades**, una de ellas, interna, **no se ha cerrado y verificado**, y las otras tres, procedentes del ciclo de gestión (2012-2013), **quedan pendientes aún** (PC06 Suministro de datos e información estadística; PC09 Gestión Académica) por inaplicación completa de las acciones de mejora previstas, **si bien para el siguiente ciclo se ha vuelto a planificar su implantación definitiva.**

2. Al igual que en el anterior ciclo, **se observa un déficit general del sistema de gestión de la calidad respecto a la utilización de la identificación de no conformidades internas como medio para acometer acciones de mejora.**

3. Respecto a los objetivos específicos de auditoría de planes: 1. **Plan de Seguridad Documental del SIGC-SUA: se verifica su aplicación y las evidencias de mejoras** (22 Unidades de 23), sin embargo, se observa la **falta de sistemática de actualización y cambios de las correspondientes fichas**, como se evidencia por el número total de observaciones indicadas (136) y en la práctica totalidad de las Unidades. **En una** de estas, por el número de observaciones generales y detalladas han concluido para el auditor **con la recomendación de un plan de actuación específico a efectos de implementar el plan de seguridad.** 2. **Se han auditado en 14 Unidades 21 procedimientos telematizados, de los cuales, 20 obtienen informe positivo de operatividad.**

4. **Respecto al sistema de medición de indicadores, puede concluirse que es sistemática, en general, su medición, constatable su integridad y el cumplimiento de los objetivos demuestra la eficacia de la gestión de los procesos.** No obstante, se han indicado en los informes de auditoría 32 observaciones sobre mediciones, 49 sobre revisión y definición de objetivos y 29 sobre cumplimiento de objetivos. En este sentido **se concluye en la existencia, aún, de riesgos y recorrido de mejora**, especialmente para algunas Unidades, **en la sistematización de las mediciones sin necesidad que haya de tener que indicarse en las actividades de auditoría.**

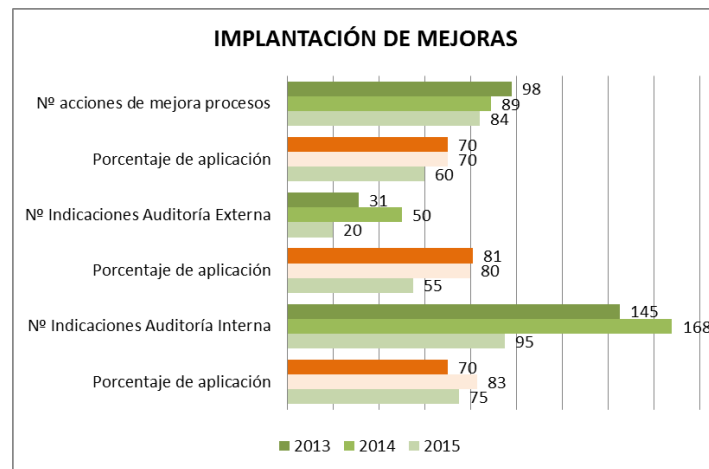
5. **Se ha verificado la gestión de las quejas y sugerencias realizada por las Unidades** respecto al indicador de respuesta y del plazo, constatándose su cumplimiento y la disponibilidad de los registros correspondientes. Se ha contrastado una **mejora progresiva en la identificación de mejoras aplicadas procedentes de la gestión de quejas/sugerencias**, aunque se han indicado 19 observaciones sobre la **necesidad de adoptar un procedimiento para el tratamiento de las quejas y sugerencias informales**, al objeto de **reforzar** la retroalimentación del cliente/usuario con **enfoque a la mejora continua.**

Asimismo, **se verifica la realización de las encuestas planificadas del SIGC-SUA**, en general, **el nivel de incidencias ha disminuido**, destacándose el **esfuerzo por mejorar los índices de participación**, con todo, aún, se han indicado un total de **22 recomendaciones puntuales** (informe anual) referidas a ajustes técnicos, niveles de participación, sistematización de análisis.

6. Se sigue constatando la **conformidad de la gestión de los procesos y servicios prestados que han sido auditados.** No obstante, **el número total de indicaciones de los informes aconseja continuar la revisión y mejora, especialmente, respecto a las indicadas sobre instrucciones técnicas** (32 observaciones), sobre formatos (15 observaciones), **así como ajustes de revisión y precisión en la documentación de procesos** (17 observaciones).

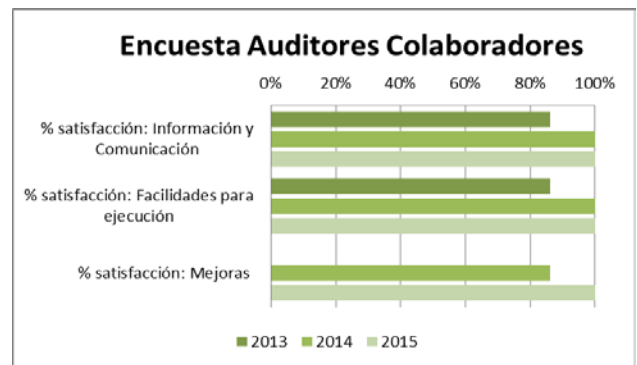
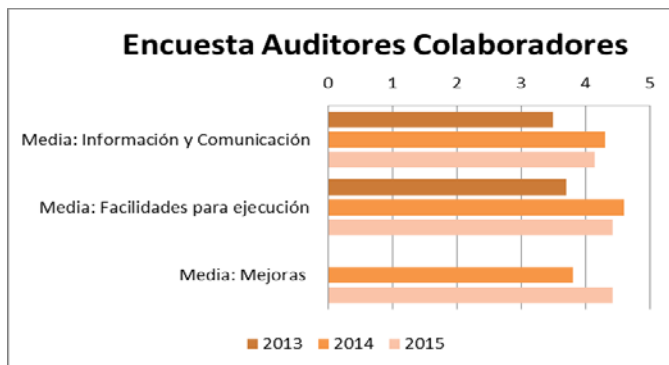
7. El **sistema de gestión de la calidad ha sido auditado** por un equipo de auditores externos a la Coordinación Técnica, **concluyendo en la conformidad de los requisitos del sistema** en la fecha de realización de la auditoría. **No obstante, se han indicado 7 observaciones de mejora.**

8. Respecto al objetivo del **grado de implantación de mejoras aplicadas y auditadas se sigue considerando un punto fuerte del SIGC-SUA**, tal como se observa en el gráfico, el porcentaje de aplicación se mantiene en valores mínimos del 60% (mejoras de los procesos) y, aunque desciende, los valores de implantación de indicaciones de auditoría externa supera el 50%, y se mantiene con cierta estabilidad, 70%, la implantación de indicaciones de auditoría externa.



Mejoras del Plan Auditoría.

Se ha conseguido el objetivo fijado de alcanzar el **100% de satisfacción de los auditores de las Unidades y la media supera el valor "4"**, se deduce la efectividad de las acciones de mejora de planificación y ejecución que se han aplicado. Sin embargo se **observa un descenso significativo del indicador de participación** en la encuesta.



Propuesta para el desarrollo del Plan de Auditoría.

- Se propone **ajustar la planificación temporal de los Programas de Auditoría: la AIS en septiembre y la AIA, prever la posibilidad de adelantarla a la última semana de enero y, en cualquier caso, concluirla en la primera quincena de febrero, asegurando, como se ha indicado, el envío de todos los informes en el plazo máximo de 10 días.**
- Se propone que en el **diseño del programa de auditoría de seguimiento se concrete objetivos más específicos de los ámbitos de gestión y del alcance en las Unidades.**
- En las auditorías de indicadores (consecución de objetivos) se propone que se modifique el actual sistema de verificación, **sustituyendo la comprobación presencial en la Unidad de los valores obtenidos en los indicadores por su envío, previo a la visita, a la coordinación técnica para su estudio, procediendo en la visita a realizar con la Unidad el análisis y, en su caso, incidencias.**



III. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE AUDITORÍA Y SEGUIMIENTO PLANIFICADO.

Grado de Ejecución.

| Objetivo de auditoría | Programa | Alcance | Observación |
|--|---|--|---|
| 1. Verificación y cierre de No conformidades Internas, de auditoría interna y externa. | Programa de Auditoría Interna Anual. | Según fichas de No conformidades. | Resultados en informe finales. |
| 2. Plan para la Optimización del Sistema de Información Institucional para el Suministro de Datos e Información Estadística (SIUJA). | Programa de Auditoría Interna de Seguimiento, continuado Auditoría Interna Anual. (Específico). | Según objetivos del despliegue del plan de optimización. | Auditoría parcial, aplazada para el siguiente ciclo de gestión la auditoría de verificación completa. |
| 3. Seguimiento Plan de Seguridad Documental del SIGC-SUA. | Programa de Auditoría Interna de Seguimiento. | Todas las Unidades. Coordinación Técnica. | Resultados en informes de auditoría interna de seguimiento. |
| 4. Auditoría de operatividad de los procedimientos "telematizados". | Programa de Auditoría Interna de Seguimiento. | Según propuestas e información del SIAG y Unidades. | Resultados en informes de auditoría interna de seguimiento. |
| 5. Indicadores de procesos. Medición/Objetivos. | Programa de Auditoría Interna de Seguimiento e Interna Anual. | Todos los Indicadores del SIGC-SUA. | Resultados en informes de auditoría interna. |
| 6. Retroalimentación (quejas y sugerencias/Aplicación de mejoras). | Programa de Auditoría Interna de Seguimiento e Interna Anual. | Todas las Unidades. | Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema. |
| 7. Verificación de la realización de las encuestas correspondientes a los grupos de interés del proceso, así como, a fecha de auditoría, del seguimiento de los índices de participación y resultados obtenidos; en su caso, realización de acciones de mejora necesarias. | Programa de Auditoría Interna de Seguimiento e Interna Anual. | Todas las Encuestas. | Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema. |
| 8. Seguimiento de las mejoras desplegadas sobre los compromisos de calidad incumplidos. | Programa de Auditoría Interna de Seguimiento. | Según resultados del ciclo de gestión 2014. | Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema. |
| 9. Conformidad de la Gestión de los procesos y la prestación de servicios con los requisitos del sistema. | Programa de Auditoría Interna de Seguimiento (Instrucciones Técnicas) e Interna Anual. | Selección Procesos. Todos los claves y estratégicos. | Resultados en informes de auditoría interna. |
| 10. Conformidad de la implantación y mantenimiento eficaz del sistema de gestión de la calidad respecto de los requisitos de la Norma de referencia del sistema: UNE-EN-ISO-9001:2008: "Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos". | Programa de Auditoría Interna Anual. | Todos los procesos estratégicos y procedimientos documentados. | Resultados en informes de auditoría interna. |
| 11. implementación de las propuestas de mejoras de los procesos, riesgos, oportunidades de mejora y observaciones del Informe de Auditoría Externa de Seguimiento | Programa de Auditoría Interna Anual. | Según fichas de identificación. | Resultados en informes de auditoría interna anual e informes finales del |



| | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------|--|
| y del Informe de Auditoría Interna. | | | sistema. |
| 12. Análisis de las Unidades sobre el seguimiento de los procesos: indicadores, encuestas, quejas y sugerencias, otros sistemas de información y su relación con las mejoras implantadas o a realizar. | Programa de Auditoría Interna Anual. | Todas las Unidades. | Resultados en informes de auditoría interna. |

Valoración.

- Se ha auditado la totalidad de los objetivos propuestos mediante las actividades presenciales de auditoría y el análisis de la información y documentación disponible. La auditoría específica del Plan para la Optimización del SIUJA se ha adaptado al desarrollo de su planificación y revisión, analizando, indirectamente, mediante la auditoría del proceso en el Servicio de Planificación y Evaluación, quedando postergado para el siguiente ciclo la verificación de su aplicación completa, así como el cierre definitivo de la no conformidad asociada.

IV. GRADO DE REALIZACIÓN TEMPORAL DE LA PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS.

- El programa de auditoría se ha desarrollado de acuerdo con la planificación establecida y las adaptaciones por causas sobrevenidas.

| Programa | Desarrollo temporal | Envío de Informes | Tiempo medio |
|--|--|--|--------------------|
| Programa de Auditoría Interna de Seguimiento (PAIS). | Septiembre-Octubre de 2015. Programa General: 15 al 24 de Septiembre. | Programa General: 22/09 al 02/10*. Nº de informes individualizados: 34. | 6 días laborables. |
| | Programa Planes: 28/09 al 09/10 del 2015. | Programa Planes: 26/11/2014. Nº de informes individualizados: 20. | 5 días laborables. |
| Programa de Auditoría Interna Anual (PAI). | Del 9 al 19 de febrero de 2016. | Entre el 26/02 al 17/03 del 2015. ** Nº de informes individualizados: 36. | 8 días laborables. |

* Excepción: Auditoría realizada 06-10-2015.

** Excepción: Auditoría realizada 02-03-2016; 07-03-2016.

Valoración.

- La disponibilidad y la capacidad del equipo de auditores internos ha permitido planificar y ejecutar el plan de visitas de auditoría de los programas en torno a 7 días, mejorando en planificación respecto al ciclo anterior.
- Respecto a los plazos de envío de los informes se ha conseguido el objetivo de envío máximo de 10 días, con lo que evidencia la eficacia de las medidas de mejora adoptadas (revisar el sistema de planificación y asignación de equipos de auditoría de auditoría).
- Sin embargo, segmentado el envío de informes, aún, 8 (de un total de 94) se han enviado con posterioridad del plazo máximo de 10 días, por lo que sigue siendo conveniente insistir en la optimización de la planificación y asignación más real y efectiva.



V. VALORACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE AUDITORES Y OBSERVADORES.

Datos.

| <i>Datos</i> | <i>Número Total</i> | <i>Auditores de Unidades</i> |
|--|---------------------|------------------------------|
| ▪ Programa de Auditoría de Seguimiento (gestión). Número de Auditores. | 27 | 22 |
| ▪ Programa de Auditoría de Seguimiento (planes). Número de Auditores. | 9 | 5 |
| ▪ Programa de Auditoría Interna. Número de Auditores. | 27 | 22 |

- Respecto al actual equipo de auditores internos, se facilitan algunos datos básicos y en Anexo Nº 1 la relación completa.

| <i>Datos</i> | <i>Número Total</i> | <i>Nº Auditor jefe de sistemas</i> | <i>Nº Auditores</i> | <i>Nº Colaboradores</i> |
|---|---------------------|------------------------------------|---------------------|-------------------------|
| ▪ Número de Auditores. | 30 * | 11 | 13 | 6 |
| ▪ Número total de Unidades con auditores / Porcentaje. | | | | 16 (73%) |
| ▪ Número de Unidades con auditores jefe de sistemas / Porcentaje. | | | | 6 (27%) |

* En este ciclo se han anotado cuatro bajas por falta de participación en los últimos ciclos.

Valoración.

- La colaboración solicitada y la participación, salvo alguna causa justificada, se ha realizado de acuerdo con la asignación realizada en la planificación.
- Como en anteriores ciclos, se valora como punto fuerte la colaboración de auditores de Unidades, consolidándose la asignación de funciones directas de coordinación de auditorías de proceso y la autonomía de los auditores en el proceso de visita y redacción de informes.

Propuesta de Capacitación.

- Realización de acciones formativas de adaptación a la revisión de la Norma ISO 9001:2015 que está prevista para el año 2016, así como completar la formación especializada de los auditores internos colaboradores.
- Completar la formación de auditores con los cursos de auditor jefe de sistemas de gestión de la calidad.
- Incrementar el número de auditores internos de las Unidades que, aún, no los aportan.

VI. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA ANUAL.

6. 1. INFORMACIÓN POR OBJETIVOS DEL PLAN DE AUDITORÍA.

1. Verificación y cierre de No conformidades Internas, de auditoría interna y externa.

- En el Plan de Auditoría Interna Anual se han auditado todas las No conformidades y acciones correctivas pendientes y enviado a las Unidades los correspondientes informes, concluyendo con los siguientes resultados totales:



| | |
|--|--|
| * No conformidades del Informe de auditoría externa Nº: 05/2014 (Renovación 6º informe). | Sin No conformidades. |
| ** No conformidades del Informe de auditoría interna Nº: 01/2013 22/03/2013; Nº: 01/2014 24/09/2014. | 3 No conformidades (pendientes de verificación y cierre definitivo). |
| *** No conformidades internas. Ciclo de Gestión 2015. | 1 No conformidades. |
| TOTAL AUDITADAS | 4 |

Agrupación por Procesos/Unidades

| Proceso | Unidad | *AE | **AI | *** I | Total | Resultado |
|---|--------|-----|----------|----------|----------|--------------|
| PC06. GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO. PC06.28 "Suministro de Datos e Información Estadística. (2013-2014-2015). | SPE | | 1 | | 1 | No cerrada |
| PC09. GESTIÓN ACADÉMICA ADMINISTRATIVA. (2013-2014-2015) | SGA | | 2 | | 2 | No cerrada |
| PC11.13. GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES FÍSICO DEPORTIVAS (2015) | SDEP | | | 1 | 1 | No cerrada |
| TOTAL | | | 3 | 1 | 4 | Pendientes 3 |

Valoración.

- La No conformidad interna del ciclo 2015 ha sido auditada y aplazado su cierre definitivo:
... debido a que los resultados de la encuesta post-servicio asociada al indicador todavía no se han obtenido ya que la periodicidad de su medición se realiza por curso académico, no ha sido posible comprobar la efectividad de las medidas adoptadas, por lo que se decide dejar abierta la NCI-PC11-SDEP-2015.1 para el siguiente ciclo de gestión.
- Las otras tres No conformidades de auditoría interna procedentes del ciclo de gestión 2013, tras la auditoría se concluye que no es posible su cierre definitivo por inaplicación total de las acciones de mejoras, situación que se prorroga por tres ciclos, si bien para el siguiente ciclo se ha vuelto a planificar su implantación definitiva.

Las fichas de verificación y cierre de no conformidades puede consultarse en la web en las respectivas carpetas por procesos que contienen los informes de auditoría:

<http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/cgestion2015/AIA2015/AIA2015.htm>

2. Plan para la Optimización del Sistema de Información Institucional para el Suministro de Datos e Información Estadística, según nivel planificado de implantación.

- Este objetivo ha sido auditado parcialmente (en el Servicio de Planificación y Evaluación) mediante la verificación de la realización de los hitos del referido Plan para la Optimización del SIUJA, quedando pospuesta para el siguiente ciclo de gestión la auditoría completa, de acuerdo con los términos aprobados por el Comité de Calidad respecto a la aplicación del Plan.

3. Plan de Seguridad Documental del SIGC-SUA.

- Este objetivo se incluyó y auditó en el Programa de Auditoría de Seguimiento mediante una plantilla de verificación de los ítems reflejados en las fichas de seguridad documental de cada Unidad, así como la aplicación de acciones de mejora identificadas en la auditoría del anterior ciclo.
- Se incluye en el presente informe los resultados básicos de auditoría. Los informes ejecutivos y detallados enviados a las Unidades pueden consultarse en el siguiente enlace:
http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/cgestion2015/AIS2015/cgestion2015_AIPSD_PT.html



| Resultados de auditoría. | Nº Unidades 2013 | Nº Unidades 2014 | Nº Unidades 2015 |
|---|------------------|------------------|------------------|
| 1.- Se verifica la aplicación del plan de seguridad documental de forma adecuada. | 20 | 22 * | 22** |
| 2.- Se verifica la aplicación recomendaciones auditoría 2014 | | 22 | 21 |
| 3.- Número de Unidades con observaciones respecto a la aplicación de recomendaciones. | | | 4 |
| 4.- Número de Unidades con observación general de revisión y actualización de fichas. | | | 22 |
| 5.- Número de Unidades con observación específica de actualización software antivirus (Panda Pro 2015). | | | 14 |
| 6.- Número de Unidades con observaciones detalladas de revisión de fichas de seguridad documental. | | | 22 |
| 7.- Número total de observaciones detalladas de revisión de fichas de seguridad documental. | | | 136 |

* Computa de un total de 22 unidades individualizadas a efectos de auditoría de planes.

** Computa de un total de 23 unidades individualizadas a efectos de auditoría de planes.

Valoración.

- Los resultados de auditoría indican la efectividad, en general, de la aplicación de las indicaciones, así como la gestión de la seguridad documental de acuerdo con las especificaciones de las correspondientes fichas, sin embargo, se observa la falta de sistemática de actualización y cambios de estas, como se evidencia por el número de observaciones indicadas (136) en la práctica totalidad de las Unidades. En una de estas, el número observaciones generales y detalladas han concluido para el auditor con la recomendación de un plan de actuación específico a efectos de implementar el plan de seguridad.

4. Seguimiento del grado de operatividad de los procedimientos “telematizados” a efectos de su Integración en el Manual de Procesos del SIGC-SUA.

- En este ciclo de gestión se han auditado en 14 Unidades 21 procedimientos telematizados, de los cuales, 20 obtienen informe positivo de operatividad. Uno de ellos se refiere al conjunto de actuaciones y trámites gestionados con la herramienta PETRUS de la Unidad de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación, que está pendiente de decisión de incorporación en la documentación e procesos
- Se incluye en el presente informe los resultados básicos de auditoría. Los informes ejecutivos y detallados enviados a las Unidades pueden consultarse en el siguiente enlace:
http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/cgestion2015/AIS2015/cgestion2015_AIPSD_PT.html

Relación de procedimientos telematizados auditados.

| Procedimiento telematizado | Proceso SIGC-SUA | Servicio/Unidad responsable |
|--|---|---|
| Solicitud de transferencia y redistribución de crédito | PC01.- Gestión Presupuestaria, Económica, Contable y Fiscal | Servicio de Contabilidad y Presupuestos |
| Reservas puntuales de espacios/recursos solicitud de reserva | PC03. Gestión de Espacios | Unidad de Conserjerías |



| | | |
|--|--|---|
| Solicitud de recarga de saldo cliente del Servicio de Deportes | PC03.2. Gestión del acceso y control de espacios | Servicio de Deportes |
| Solicitud de reserva web de instalaciones deportivas | PC03.2. Gestión del acceso y control de espacios | Servicio de Deportes |
| Tramitaciones plataforma de gestión PETRUS. Solicitudes de servicios de apoyo técnico, incidencias en aulas de prácticas, solicitudes de reserva de espacios de laboratorios, consulta inventario y programa de mantenimiento preventivo | PC03: Gestión de Espacios PC04: Gestión del Mantenimiento PC08: Gestión de la Prestación de Servicio de Apoyo Científico/Técnico | Unidad de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación |
| Solicitud de actuaciones de mantenimiento, instalaciones y traslados | PC04. Gestión del Mantenimiento | Unidad Técnica |
| Solicitudes de incidencias y consultas | PC04.1. Gestión del mantenimiento | Servicio de Informática |
| Solicitud de Alta en Bolsa de Empleo PDI | PC05.- Gestión Integrada de los Recursos Humanos | Servicio de Personal y Organización Docente |
| Solicitud de Formación PAS | PC05.- Gestión Integrada de los Recursos Humanos | Servicio de Personal y Organización Docente |
| Solicitud de compatibilidad para la realización de trabajos de carácter científico técnico o artístico al amparo del art. 83 de la LOU | PC07.22. Gestión de expedientes de prestación de servicios de investigación | Servicio de Gestión de la Investigación |
| Gestión de los servicios de apoyo instrumental a la docencia/investigación (GSYA) | PC08.- Gestión de la Prestación de Servicios de Apoyo Científico/Técnico | Centro de Instrumentación Científico-Técnica |
| Solicitudes de petición de servicios | PC08.3. Prestación de Servicios TIC | Servicio de Informática |
| Ampliación/alteración de matrícula en titulaciones de Grado-Máster oficial | PC09.21. Gestión de la matriculación de las enseñanzas oficiales | Servicio de Gestión Académica |
| Matrícula en titulaciones de Máster oficial | PC09.21. Gestión de la matriculación de las enseñanzas oficiales | Servicio de Gestión Académica |
| Solicitud de título oficial | PC09.24. Gestión de títulos oficiales | Servicio de Gestión Académica |
| Gestión de prácticas de empresa | PC10.51. Gestión de Prácticas de Empresa e Instituciones | Servicio de Atención y Ayudas al Estudiante |
| Solicitud de reserva web de actividades físicas por usos | PC11.13. Gestión de las actividades físico deportivas | Servicio de Deportes |
| Solicitud de reserva web de actividades físicas por turnos y actividades físicas en la naturaleza | PC11.13. Gestión de las actividades físico deportivas | Servicio de Deportes |
| Solicitud para la consulta y reproducción de documentos | PC12.23. Gestión del acceso y disponibilidad de la documentación | Servicio de Archivo General |
| Quejas y Sugerencias | PE02.- Retroalimentación de los Grupos de Interés | Servicio de Información y Asuntos Generales |



5. Medición y seguimiento de los indicadores de procesos y el grado de consecución de los objetivos planificados.

- Los Programas de Auditoría de este ciclo se han centrado en verificar las mediciones periódicas de los indicadores y el grado de consecución de los objetivos. En ambos programas el alcance de auditoría ha sido sobre la totalidad de los indicadores de SIGC-SUA.

Resultados de observaciones. Indicadores.

| Datos | Ciclo 2013. Número/ Porcentaje | Ciclo 2014. Número/ Porcentaje | Ciclo 2015. Número/ Porcentaje |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ■ Número de observaciones sobre medición periódica de Indicadores (Auditoría seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos. (1) | 8 / 19 % (7 de 36) | 13 / 21% (7 de 34) | 17 / 26% (9 de 34) |
| ■ Número de observaciones sobre disponibilidad de medición anual (Auditoría interna). / Porcentaje de Unidades/procesos. (2) | 21 / 42% (15 de 36) | 13 / 24% (9 de 37) | 15 / 29% (11 de 37) |
| ■ Número de observaciones sobre integridad (fiabilidad del sistema de obtención de los datos y valores de los indicadores) (Auditoría seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos. | 22 / 36% (13 de 36) | 6 / 16% (6 de 37) | |
| ■ Número de observaciones sobre revisión de indicadores, objetivos o sistemas de medición (Auditoría seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos. | 22 / 42% (15 de 36) | 1 / 3% (1 de 34) | 31 / 65% (22 de 34) |
| ■ Número de observaciones sobre revisión de indicadores, objetivos o sistemas de medición (Auditoría interna). / Porcentaje de Unidades/procesos. | 13 / 31% (11 de 36) | 9 / 24% (9 de 37) | 18 / 34% (9 de 37) |
| ■ Número de observaciones sobre cumplimientos de objetivos (Auditoría de seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos. | | 7 / 15% (5 de 34) | 11 / 21% (13 de 34) |
| ■ Número de observaciones sobre cumplimientos de objetivos (Auditoría interna). / Porcentaje de Unidades/procesos. | 14 / 36% (13 de 36) | 18 / 35% (13 de 37) | 7 / 18% (7 de 37) |

(1) El cómputo porcentual (2013) se realiza sobre un total de 36, (2014-2015) se realiza sobre 34, se corresponde a informes individualizados sobre la segmentación de Unidades con responsabilidad en los procesos del SIGC-SUA.

(2) El cómputo porcentual (2013) se realiza sobre un total de 36, (2014-2015) se realiza sobre 37, se corresponde a informes individualizados sobre la segmentación de Unidades con responsabilidad en los procesos del SIGC-SUA.

| Datos | Ciclo 2013. Número/ Porcentaje | Ciclo 2014. Número/ Porcentaje | Ciclo 2015. Número/ Porcentaje |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ■ Número de sugerencias sobre la conveniencia identificación interna de una no conformidad para aplicar acciones correctivas sobre indicadores. | 6 / 17% (6 de 36) | 10 / 24% (9 de 37) | 7 / 16% (6 de 37) * |

* Se incluye recomendaciones sobre no conformidades pendientes.

Valoración.

- Por el número de observaciones indicadas y en relación con la totalidad del sistema de indicadores se puede concluir un nivel aceptable en la sistemática de las mediciones y, especialmente en el nivel de consecución de los valores de los objetivos.
- En términos comparativos no se observa un descenso en el número de observaciones, salvo en el del nivel de consecución de objetivos.
- Se observa, aún, que el número de incidencias que se registran a las fechas de auditoría puede representar un



riesgo que es necesario seguir revisando, así como una mejora en la sistematización de las mediciones sin necesidad que haya de tener que indicarse en las actividades de auditoría.

6 y 7 Medición y seguimiento de los resultados de la retroalimentación de los grupos de interés. (Encuestas post-servicios, quejas y sugerencias/Aplicación de mejoras).

- En los Programas de Auditoría Interna se incluyó el objetivo de verificar la gestión y seguimiento de las quejas y sugerencias del ámbito de las Unidades. Asimismo se verificó la realización de las encuestas generales y post-servicio activas.

| Datos | Ciclo 2015. Número/ Porcentaje | |
|---|--------------------------------|--------------------|
| | Auditoría Seguimiento | Auditoría Anual |
| ▪ Número de observaciones sobre la gestión de quejas/sugerencias. / Porcentaje de Unidades/procesos. | 14/ 35% (12 de 34) | 6/ 16% (6 de 37) |
| ▪ Número de observaciones sobre la gestión de encuestas generales. Porcentaje de Unidades/procesos. | 4 / 12% (4 de 34) | 6/ 13% (5 de 37) |
| ▪ Número de observaciones sobre la gestión de encuestas post servicio. Porcentaje de Unidades/procesos. | 12/ 35% (12 de 34) | 16/ 34% (13 de 37) |
| ▪ Número de observaciones generales sobre retroalimentación. Porcentaje de Unidades/procesos. | 5 / 15% (5 de 34) | 2/ 5% (2 de 37) |
| ▪ Número total de observaciones sobre sobre retroalimentación. Porcentaje de Unidades/procesos. | 35 | 49 |

Valoración quejas/sugerencias.

- Se ha verificado la gestión realizada por las Unidades respecto al indicador de respuesta y del plazo, constatándose su cumplimiento y disponibilidad de los registros correspondientes.*
- Se ha continuado con el objetivo seguir recordando a las Unidades la conveniencia de que internamente registren y gestionen las quejas y sugerencias no formalizadas. Se ha contrastado una mejora progresiva en la identificación de mejoras aplicadas procedentes de la gestión de quejas/sugerencias) aunque, aún, se han indicado 6 observaciones directas y 19 sobre la necesidad de adoptar un procedimiento para el tratamiento de las quejas y sugerencias informales, al objeto de reforzar la retroalimentación del cliente/usuario con enfoque a la mejora continua.
- Como reflexión general se sigue considerando necesaria una identificación más detallada de esta fuente de información de usuarios con los procesos y servicios del alcance del SIGC-SUA, a efectos de evidenciar su utilización como impulsores de las mejoras que aplican las Unidades.

* El análisis detallado se incluye en el Informe Final Agrupado del SIGC-SUA.

Valoración. Encuestas Generales Encuestas post-servicios.

- Se verifica la realización de las encuestas planificadas del SIGC-SUA.
- En general, el nivel de incidencias ha disminuido, destacándose el esfuerzo por mejorar los índices de participación, con todo, aún, se han indicado un total de 22 recomendaciones puntuales (informe anual) que están referidas ajustes técnicos, niveles de participación, sistematización de análisis.

* El análisis detallado se incluye en el Informe Final Agrupado del SIGC-SUA.



8. Seguimiento de las mejoras desplegadas sobre los compromisos de calidad incumplidos.

- En los Programas de Auditoría de Seguimiento el objetivo se centró en verificar las decisiones respecto a los datos de incumplimiento y desviaciones de los compromisos de calidad del anterior ciclo de gestión, valorando el nivel de cumplimiento del actual.

| Datos | Ciclo 2014. Número/ Porcentaje | Ciclo 2015. Número/ Porcentaje |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ▪ Número de observaciones sobre cumplimientos de compromisos de calidad (Auditoría de seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos. | 2 / 5,88% (2 de 34) | 7 / 15% (5 de 34) |
| ▪ Número de observaciones sobre cumplimientos de compromisos de calidad (Auditoría interna). / Porcentaje de Unidades/procesos. | 7 / 18,92% (7 de 37) | |

Valoración.

- En general, las Unidades han realizado el análisis de los niveles de cumplimiento, adoptándose medidas de mejora cuando las desviaciones de los valores de los compromisos era significativo (Programa de Auditoría Interna de Seguimiento).
- Las observaciones sobre incumplimientos (el alcance y análisis de las desviaciones se incorpora en el Informe Final Agrupado del SIGC-SUA).

9. Conformidad de la Gestión de los procesos y la prestación de servicios con los requisitos del sistema.

- En los Programas de auditoría interna se han seleccionado en torno a 80 procesos para auditar que incluye la práctica totalidad de la desagregación de los 12 procesos claves y la totalidad de los procesos estratégicos. La relación completa se incorpora en el Anexo 4.
- En el Programa de Auditoría Interna de Seguimiento se ha continuado, por segunda vez, la auditoría de la conformidad de los procesos con las instrucciones técnicas.
- Se incluye en el presente informe los resultados básicos de auditoría. Los informes ejecutivos y detallados enviados a las Unidades pueden consultarse en el siguiente enlace:
http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/cgestion2015/cgestion2015_auditorias.html

Resultados de observaciones. Procesos.

| Datos | Ciclo 2013. Número/ Porcentaje | Ciclo 2014. Número/ Porcentaje | Ciclo 2015. Número/ Porcentaje |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ▪ Número de observaciones sobre la gestión de los procesos (instrucciones técnicas) (Auditoría de Seguimiento). - Porcentaje de Unidades/procesos (Informes). | | 20 / 56% (19 de 34) | 32 / 62% (21 de 34) |
| ▪ Número de observaciones sobre la gestión de los procesos (Formatos) (Auditoría de Seguimiento). - Porcentaje de Unidades/procesos (Informes). | | | 15 / 38% (13 de 34) |
| ▪ Número de observaciones sobre registros de los procesos (Auditoría interna). - Porcentaje de Unidades/procesos (informes). | | 4 / 11% (4 de 37) | 8 / 18% (7 de 37) |
| ▪ Número de observaciones sobre la gestión de los procesos (Auditoría interna). - Porcentaje de Unidades/procesos (informes). | 18 / 33% (12 de 36) | 16 / 35% (13 de 37) | 12 / 26% (10 de 37) |



| | | | |
|--|---------------------|--------------------|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Número de observaciones sobre revisión de la documentación de los procesos (Auditoría interna). - Porcentaje de Unidades/procesos (informes). | 16 / 31% (11 de 36) | 12 / 24% (9 de 37) | 17 / 32% (12 de 37) |
|--|---------------------|--------------------|---------------------|

Valoración. Procesos.

- La valoración general es que, salvo excepciones puntuales, está muy consolidada la gestión de los procesos y de los registros asociados conforme a la documentación del sistema (disminución de observaciones). No obstante, el número total de indicaciones de los informes aconseja continuar la revisión y mejora, especialmente, respecto a las indicadas sobre instrucciones técnicas (32 observaciones), de nuevo en este ciclo formatos (15 observaciones), así como ajustes de revisión y precisión en la documentación de procesos (17 observaciones).

10. Conformidad de la implantación y mantenimiento eficaz del sistema de gestión de la calidad respecto de los requisitos de la Norma de referencia del sistema: UNE-EN-ISO-9001:2008: "Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos".

- El sistema de gestión de la calidad ha sido auditado por un equipo de auditores externos a la Coordinación Técnica, en el que estaba incluido como coordinador un auditor jefe en sistemas de gestión de la calidad. Esto ha permitido en esta auditoría interna extender el alcance a todos los procesos estratégicos, según el estado del ciclo de gestión en el momento de realizarse la auditoría.

Valoración.

- En el Programa de AIS se ha procedido a verificar el **cierre del Ciclo de Gestión de 2014 y el desarrollo del ciclo de gestión 2015 a fecha de auditoría**, con la valoración general de verificación de la conformidad de la gestión de los procesos auditados, la constatación de los registros asociados y la aplicación de las propuestas de mejora/observaciones del informe de la auditoría interna anual anterior. Indicándose las siguientes observaciones:

PE.01. PLANIFICACIÓN Y MEJORA CONTINUA

1.- Se recomienda a Coordinación Técnica revisar la planificación para asegurar la ejecución del análisis y revisión general de la Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

PE.02. RETROALIMENTACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

1.- Se recomienda a Coordinación Técnica que posibilite medidas de acción de mejora para asegurar la medición del indicador I.[PC.09.13]-13 en el siguiente ciclo de gestión, que permita el cumplimiento del valor objetivo del indicador I.[PE 02.1]-02.

2.- Se recomienda a Coordinación técnica mencionar expresamente la sostenibilidad o incremento del valor objetivo del I.[PE 02.3]-08 en el Informe final agrupado de seguimiento de los procesos y retroalimentación de los grupos de interés.

3.- Se verifica la implantación de la nueva herramienta de gestión de quejas y sugerencias desde junio de 2015 y se constata la mejora del proceso; no obstante, se recomienda que se actualice la normativa que sustenta al proceso, puesto que se ha quedado bastante obsoleta, y en base a ella, actualizar la documentación del proceso de quejas y sugerencias.

4.- Se recomienda que se establezcan los mecanismos necesarios para que la nueva plataforma de quejas y sugerencias tenga en cuenta el cómputo de días inhábiles, tanto para la contabilización de plazos como para conocimiento del usuario.

11. Seguimiento del grado de valoración e implementación de las propuestas de mejoras de los procesos, riesgos, oportunidades de mejora y observaciones del Informe de Auditoría Externa de Seguimiento y del Informe de Auditoría Interna.



- En el Programa de Auditoría Interna Anual se ha auditado la aplicación de las indicaciones de los informes de Auditoría Externa de Seguimiento y del Informe de Auditoría Interna del anterior ciclo de gestión, así como las propuestas de mejora de los procesos indicadas por las Unidades en los respectivos informes de procesos.
- En la siguiente tabla se indican los resultados globales y en los Anexos Nº 2, 3 y 4 el detalle por procesos y Unidades.

Valoración e implementación de las propuestas de mejoras de los procesos

| <i>Indicadores</i> | <i>Ciclo 2013.</i> | <i>Ciclo 2014.</i> | <i>Ciclo 2015.</i> |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| ▪ Número total de acciones de mejora descritas.* | 98 | 89 | 84 |
| ▪ Porcentaje de acciones de mejora descritas implantadas. | 70% (69) | 70% (62) | 60% (50) |
| ▪ Porcentaje de acciones de mejora descritas en proceso de implantación. | 28% (27) | 27% (24) | 40% (34) |

* Acciones propuestas por las Unidades.

En 2014 se computan 3 mejoras no implantadas por valorarse no procedente.

Indicaciones del Informe de Auditoría Externa

| <i>Tipo</i> | <i>Nº</i> | <i>Resultados</i> | <i>Nº</i> | <i>% Implantadas (*)</i> |
|------------------------|-----------|----------------------|-----------|--------------------------|
| Observaciones. | 3 | Implantada | 1 | 33% |
| | | No Procede | 1 | |
| | | Pendiente | 1 | |
| Oportunidad de mejora. | 13 | Implantada | 5 | 69% |
| | | Iniciada/ continuada | 4 | |
| | | No Estimada | 2 | |
| | | No Procede | 2 | |
| Posibles Riesgos | 4 | Iniciada/ continuada | 1 | 25% |
| | | No Procede | 1 | |
| | | Pendiente | 2 | |

(*) Para el cálculo porcentual se estima, además, las iniciadas y continuadas.

Tabla resumen. Por Ciclos Auditorías Externas

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|-----------|------------|-----------|----------------------|-----------|---------|----------|-----------|----------|------------------------|----------|----------------------------|------------|
| 2015 | Total | 20 | Implantada | 6 | Iniciada/ continuada | 5 | Parcial | 0 | Pendiente | 3 | No procede/No estimada | 6 | Total % Implantadas | 55% |
| 2014 | Total | 50 | Implantada | 30 | Iniciada/ continuada | 10 | Parcial | 1 | Pendiente | 1 | No procede/No estimada | 8 | Total % Implantadas | 80% |
| 2013 | Total | 31 | Implantada | 15 | Iniciada/ continuada | 10 | Parcial | 0 | Pendiente | 4 | No procede/No estimada | 1 | Total % Implantadas | 81% |

Indicaciones del Informe de Auditoría Interna

| <i>Tipo</i> | <i>Nº</i> | <i>Resultados</i> | <i>N</i> | <i>% Implantadas (*)</i> |
|-------------------------|-----------|---------------------|----------|--------------------------|
| Compromisos de Calidad | 2 | Pendiente | 2 | 0% |
| Encuestas Post-Servicio | 11 | Implantada | 7 | 91% |
| | | Iniciada/continuada | 3 | |
| | | No estimada | 1 | |



| | | | | |
|-------------------------------|----|---------------------|----|-------------|
| Indicadores | 33 | Implantada | 21 | 79% |
| | | Iniciada/continuada | 5 | |
| | | No procede | 4 | |
| | | Pendiente | 3 | |
| Grupos Focales | 1 | Implantada | 1 | 100% |
| Instrucción Técnica | 21 | Implantada | 12 | 81% |
| | | Iniciada/continuada | 5 | |
| | | No procede | 2 | |
| | | Pendiente | 2 | |
| Quejas y Sugerencias | 8 | Implantada | 4 | 62% |
| | | Iniciada/continuada | 1 | |
| | | No procede | 2 | |
| | | Pendiente | 1 | |
| Proceso | 18 | Implantada | 8 | 67% |
| | | Iniciada/continuada | 4 | |
| | | No estimada | 1 | |
| | | No procede | 3 | |
| | | Pendiente | 2 | |
| Recomendaciones/Observaciones | 1 | No procede | 1 | 0% |

(*) Para el cálculo porcentual se estima, además, las iniciadas/continuadas

Tabla resumen. Por Ciclos Auditorías Internas

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|------------|------------|------------|---------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|------------------------|-----------|----------------------------|------------|
| 2015 | Total | 95 | Implantada | 53 | Iniciada/continuada | 18 | Parcial | 0 | Pendiente | 10 | No procede/No estimada | 14 | Total % Implantadas | 75% |
| 2014 | Total | 168 | Implantada | 106 | Iniciada/continuada | 34 | Parcial | 2 | Pendiente | 10 | No procede/No estimada | 16 | Total % Implantadas | 83% |
| 2013 | Total | 145 | Implantada | 79 | Iniciada/continuada | 24 | Parcial | 10 | Pendiente | 11 | No procede/No estimada | 21 | Total % Implantadas | 71% |

12. Análisis de las Unidades sobre el seguimiento de los procesos: indicadores, encuestas, quejas y sugerencias, otros sistemas de información y su relación con las mejoras implantadas o a realizar.

- En el Programa de Auditoría Interna Anual se ha auditado y valorado, junto, a las Unidades el análisis que se realiza sobre los resultados que se obtienen, considerando de forma integrada la totalidad de los indicadores, datos e información de la gestión, así como la aplicación de las mejoras de los procesos y la identificación de nuevas mejoras.



| Datos | Ciclo 2015. |
|---|---------------------|
| ▪ Indicaciones de Buenas Prácticas de Gestión / Porcentaje de Unidades/procesos-Informes. | 21 / 32% (12 de 37) |
| ▪ Número de observaciones/recomendaciones sobre seguimiento y análisis de los procesos por las Unidades. / Porcentaje de Unidades/procesos. | 23 / 42% (16 de 37) |

6. 2. INFORMACIÓN COMPARATIVA DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.

- En la siguiente tabla se indican los resultados cuantitativos de los informes de auditoría interna anual.

Resultados de Auditoría Interna Anual.

| Datos | Ciclo 2012 | Ciclo 2013 | Ciclo 2014 | Ciclo 2015 |
|--|------------|------------|------------|------------|
| ▪ Número de no conformidades (Activas y cerradas en el ciclo). | 5 | 0 | 3 * | 6** |
| ▪ Número de recomendaciones para gestionar no conformidades internas | | 6 | 10 | 4 |
| ▪ Número de observaciones relacionadas con el cierre de no conformidad | 2 | 3 | 2*** | 4*** |
| ▪ Número de propuestas /observaciones relacionadas con la gestión de los procesos y registros asociados. | 81 | 34 | 20 | 37 |
| ▪ Número de propuestas/observaciones relacionadas con los indicadores de procesos | 62 | 49 | 46 | 40 |
| ▪ Número de propuestas/observaciones relacionadas con los mecanismos de retroalimentación | 2 | 8 | 25 | 49 |
| Total | 154 | 100 | 111 | 140 |

* Corresponde a 2 No conformidades Internas, 1 de Auditoría Interna.

** Corresponde a 3 No conformidades de anteriores ciclos no cerradas, 1 interna abierta y cerrada en el ciclo y 2 abierta por recomendación de auditoría interna.

*** Corresponde a No conformidades no cerradas.

Valoración.

- Si bien la comparativa de la tabla anterior está limitada por los objetivos y alcance de los programas de auditorías desarrollados, es significativo, aún, el número de observaciones, con incremento en gestión de procesos y retroalimentación, si bien esta última viene condicionada por indicaciones generales de la gestión de información directa de clientes.
- La información detallada puede consultarse en los informes publicados en la página web del SIGC-SUA, cada informe va precedido de un informe ejecutivo que sintetiza los resultados de auditoría, seguido de un informe detallado de las actividades y resultados de auditoría.

El enlace para la consulta es:

<http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/cgestion2015/AIA2015/AIA2015.htm>

6. 3. RESULTADOS DE ENCUESTAS DE AUDITORÍA Y ÁREAS DE MEJORA.

- En este ciclo de gestión se ha mantenido la encuesta específica sobre satisfacción de los auditores colaboradores de las Unidades, con el siguiente resultado.

| ítem | % Satisfacción | | | Media | | |
|--|----------------|------|------|-------|------|------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 |
| ▪ La comunicación e información que le proporciona la Coordinación Técnica sobre la realización de los programas | 86% | 100% | 100% | 3,50 | 4,29 | 4,14 |



| | | | | | | |
|---|-----|------|-------------|------|------|-------------|
| de auditoría interna. | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Las facilidades que le proporciona la Coordinación Técnica para la ejecución de los distintos programas de auditoría. | 86% | 100% | 100% | 3,71 | 4,57 | 4,43 |
| <ul style="list-style-type: none"> Las mejoras en el proceso de auditoría interna implantadas en el último ciclo de gestión. | | 86% | 100% | | 3,79 | 4,43 |

(1) Indicador de participación: (2013) 53,85%. (2014) 48,28%. (2015) 25,00%. Escala 1-5.

Valoración. Mejoras

- Se ha conseguido el objetivo fijado de alcanzar el 100% de satisfacción de los auditores de las Unidades y la media supera el valor “4”, se deduce la efectividad de las acciones de mejora de planificación y ejecución que se han aplicado. Sin embargo se observa un descenso significativo del indicador de participación en la encuesta.

6. 4. PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORÍA.

- Se propone ajustar la planificación temporal de los Programas de Auditoría: la AIS en septiembre y la AIA, prever la posibilidad de adelantarla a la última semana de enero y, en cualquier caso, concluirla en la primera quincena de febrero, asegurando, como se ha indicado, el envío de todos los informes en el plazo máximo de 10 días.
- Si bien, se propone que en el diseño del programa de auditoría de seguimiento se concrete objetivos más específicos de los ámbitos de gestión y del alcance en las Unidades.
- En las auditorías de indicadores (consecución de objetivos) se propone que se modifique el actual sistema de verificación, sustituyendo la comprobación presencial en la Unidad de los valores obtenidos en los indicadores por su envío, previo a la visita, a la coordinación técnica para su estudio, procediendo en la visita a realizar con la Unidad el análisis y, en su caso, incidencias.



ANEXO Nº 1

EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS

| <i>Responsabilidad</i> | <i>Nombre</i> | <i>Unidades</i> |
|-------------------------------------|---|--|
| Auditor jefe de Sistemas | ▪ Ana Isabel Uceda Cobas | Coordinación Técnica. Servicio de Planificación y Evaluación |
| | ▪ Antonio Martínez Olea | |
| | ▪ Francisco David Susí García | |
| | ▪ Jesús Díaz Ortiz | |
| | ▪ Luis Espinosa Moreno | |
| Auditor jefe de Sistemas | ▪ Manuel Aranda Fontecha | ▪ Servicio de Informática |
| | ▪ María Rosario Ramos Díaz | |
| | ▪ María Del Carmen Higuera Herrador | ▪ Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno |
| | ▪ Roberto Fornes De La Casa | ▪ Servicio de Gestión de la Investigación |
| | ▪ Trinidad Alonso Moya | ▪ Servicio de Biblioteca |
| | ▪ Juan Miguel Cruz Lendínez | ▪ Unidad Técnica |
| Auditor interno | ▪ Adelaida Cabrero Bueno | ▪ Servicio de Informática |
| | ▪ Rosario Armero García | |
| | ▪ Antonio J. Porcuna Contreras | ▪ Servicio de Contratación y Patrimonio |
| | ▪ Francisco Javier Ibanco Arnaldo | ▪ Unidad de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación |
| | ▪ Joaquín Segura Martín | |
| | ▪ José Luis Pedrosa Delgado | ▪ Servicio de Información y Asuntos Generales |
| | ▪ Manuel Jaenes Bermúdez | ▪ Unidad de Técnicos de Laboratorio |
| | ▪ María Del Carmen López Asperilla | ▪ Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno |
| | ▪ María Dolores Sánchez Cobos | ▪ Servicio de Archivo General |
| | ▪ María Nuria Ortega Barrales | |
| | ▪ Tomás García Lendínez | ▪ Servicio de Control Interno |
| Auditor colaborador | ▪ Natividad Paredes Quesada | ▪ Centro de Instrumentación Científico-Técnico |
| | ▪ Sebastián Jarillo Calvarro | ▪ Servicio de Biblioteca |
| | ▪ Blas Morillas Morillas | ▪ Unidad de Conserjerías |
| | ▪ Eva Fernández Serrano | ▪ Servicio de Prevención |
| | ▪ Manuel Correa Vilches | ▪ Unidad de Actividades Culturales |
| | ▪ Juan Carlos Sánchez Rodríguez | |
| | ▪ Marina Gómez Torres | ▪ Unidad de Técnicos de Laboratorio |
| ▪ María Del Carmen Tudela Caballero | ▪ Servicio de Contratación y Patrimonio | |



ANEXO Nº 2

SEGUIMIENTO DE LAS PROPUESTAS DE MEJORAS DE LOS PROCESOS.

| Proceso clave/Unidad | Número total de acciones de mejora descritas y porcentajes de implantación (2015). | | | | | | |
|---|--|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|-------------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | | |
| | Nº | Nº | Nº | Nº | Nº | % implantadas | % en implantación |
| PC 01. Gestión Presupuestaria, Económica, Contable y Fiscal. Total | - | - | 2 | 4 | 5 | 100% | 0% |
| Servicio de Asuntos Económicos | | | 1 | 2 | 3 | 100% | 0% |
| Servicio de Contabilidad y Presupuestos | | | 1 | 1 | 2 | 100% | 0% |
| Servicio de Control Interno | | | | 1 | 0 | | |
| PC 02. Gestión de Adquisiciones y del Inventario. Total | 1 | 1 | 7 | 5 | 6 | 50% | 50% |
| Servicio de Contratación y Patrimonio | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 50% | 50% |
| Unidad Apoyo a Órganos de Gobierno | | | 2 | 1 | 1 | 100% | 100% |
| Unidad de Negociados de Apoyo | | | 2 | 2 | 1 | 0% | 100% |
| PC 03. Gestión de Espacios. | 12 | 8 | 9 | 4 | 5 | 40% | 60% |
| Unidad de Conserjerías. | 7 | 7 | 5 | 3 | 2 | 50% | 50% |
| Unidad de Técnicos de Laboratorio. | 5 | 1 | 1 | | 2 | 50% | 50% |
| Servicio de Biblioteca. | | | 1 | | | | |
| Unidad Técnica | | | | 1 | 1 | 0% | 100% |
| Servicio de Deportes. | | | 2 | | | | |
| PC 04. Gestión del Mantenimiento. Total | 22 | 14 | 13 | 16 | 17 | 83% | 17% |
| Unidad Técnica | 6 | 6 | 1 | 5 | 3 | 66,5% | 33,5% |
| Servicio de Informática. | 8 | 3 | 7 | 7 | 6 | 66,5% | 33,5% |
| Centro de Instrumentación Científico-Técnica. | 4 | 2 | 2 | 2 | 6 | 100% | 0% |
| Unidad de Técnicos de Laboratorio. | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 100% | 0% |



| | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------------|
| Prevención de Riesgos Laborales. | 1 | 1 | | 1 | | | |
| PC 05. Gestión Integrada de los Recursos Humanos. Total | | 5 | 7 | 3 | 2 | 0% | 100% |
| Servicio de Personal y Organización Docente. | | 4 | 7 | 3 | 2 | 0% | 100% |
| Prevención de Riesgos Laborales. | | 1 | | | | | |
| PC 06. Gestión de los Recursos de Información y Conocimiento. Total | 10 | 3 | 10 | 8 | 17 | 47% | 53% |
| SIAG (Publicaciones). | 1 | | 2 | | 1 | 0% | 100% |
| Servicio de Información y Asuntos Generales | | | 1 | 1 | 2 | 100% | 0% |
| Servicio de Planificación y Evaluación. | 3 | 1 | 1 | | 1 | 0% | 100% |
| Servicio de Biblioteca. | 6 | | 4 | 6 | 7 | 85% | 15% |
| Unidad Apoyo a Órganos de Gobierno | | 2 | 1 | 1 | 6 | 0% | 100% |
| Unidad de Negociados de Apoyo | | | 1 | | | | |
| PC 07. Gestión de Apoyo a la Actividad Investigadora y de la Transferencia de los Resultados de Investigación. Total | 4 | 10 | 9 | 10 | 8 | 25% | 75% |
| Servicio de Gestión de la Investigación. | 4 | 8 | 8 | 6 | 7 | 15% | 85% |
| Unidad de Negociados de Apoyo | | 2 | 1 | 4 | 1 | 100% | 0% |
| PC 08. Gestión de la Prestación de Servicios de Apoyo Científico/Técnico. Total | 29 | 13 | 18 | 19 | 9 | 55% | 45% |
| Servicio de Informática. | 3 | 7 | 12 | 4 | 5 | 40% | 60% |
| Centro de Instrumentación Científico-Técnica. | 23 | 3 | 2 | 12 | 2 | 50% | 50% |
| Unidad de Técnicos de Laboratorio. | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 100% | 0% |
| PC 09. Gestión Académica Administrativa. Total | 1 | 8 | 7 | 7 | 1 | 100% | 0% |
| Servicio de Gestión Académica. | 1 | 8 | 6 | 5 | | | |
| Unidad de Negociados de Apoyo | | | 1 | 2 | 1 | 100% | 0% |
| PC 10. Gestión de la Prestación de Servicios Complementarios, de la Movilidad y la Cooperación. Servicio de Atención y Ayudas al Estudiante. | 6 | 4 | 7 | 6 | 6 | 84% | 16% |
| PC 11. Gestión de la Organización de Actos y Eventos, Comunicación y Relaciones Institucionales. Total | 4 | 1 | 4 | 5 | 6 | 83% | 17% |
| Unidad Apoyo a Órganos de Gobierno | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 75% | 25% |



| | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------|
| Unidad de Actividades Culturales. | 1 | | 1 | 3 | 2 | 100% | 0% |
| Servicio de Información y Asuntos Generales | 1 | | 1 | 1 | | | |
| PC 12. Gestión de la Documentación. Total | 1 | 3 | 5 | 2 | 2 | 0% | 100% |
| Servicio del Archivo General. | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0% | 100% |
| Servicio de Información y Asuntos Generales | | | 3 | | 1 | 0% | 100% |



ANEXO Nº 3

SEGUIMIENTO DE INDICACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA.

| Proceso | Unidad | Tipo | Nº | Resultados | | % Implantadas |
|---|---|-----------------------|----|---------------------|---|---------------|
| | | | | | | |
| PCO2. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y DEL INVENTARIO. | Servicio de Contratación y Patrimonio | Oportunidad de mejora | 1 | Implantada | 1 | 100% |
| PCO3. GESTIÓN DE ESPACIOS. | Servicio de Deportes | Oportunidad de mejora | 1 | Implantada | 1 | 100% |
| | Servicio de Deportes/Unidad de Conserjería | Oportunidad de mejora | 1 | No estimada | 1 | 0% |
| PCO4. GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO. | Unidad Técnica | Oportunidad de mejora | 1 | Implantada | 1 | 100% |
| PCO5. GESTIÓN INTEGRADA DE LOS RECURSOS HUMANOS. | Servicio de Personal y Organización Docente | Oportunidad de mejora | 1 | No estimada | 1 | 0% |
| | Servicio de Prevención | Oportunidad de mejora | 1 | No procede | 1 | 0% |
| PCO6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO. | Servicio de Información y Asuntos Generales (Unidad de Publicaciones) | Oportunidad de mejora | 3 | Iniciada continuada | 3 | 100% |
| | | Posibles Riesgos | 1 | Iniciada continuada | 1 | |
| PCO8. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO CIENTÍFICO/TÉCNICO. | Servicio de Informática | Oportunidad de mejora | 1 | No procede | 1 | 0% |
| | Centro de Instrumentación Científico-Técnica | Posibles Riesgos | 1 | No procede | 1 | 0% |
| PCO9. GESTIÓN ACADÉMICA ADMINISTRATIVA. | Servicio de Gestión Académica | Posibles Riesgos | 2 | Pendiente | 2 | 25% |
| | | Observaciones | 2 | Implantada | 1 | |
| PC10. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS AL ESTUDIANTE, DE LA MOVILIDAD Y DE LA COOPERACIÓN. | Servicio de Atención y Ayudas al Estudiante | Oportunidad de mejora | 1 | Implantada | 1 | 50% |
| | | Observaciones | 1 | No procede | 1 | |
| PC11. GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE ACTOS Y EVENTOS, COMUNICACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES. | Unidad de Actividades Culturales | Oportunidad de mejora | 1 | Iniciada continuada | 1 | 100% |
| PC12. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN. | Servicio de Información y Asuntos Generales | Oportunidad de mejora | 1 | Implantada | 1 | 100% |



ANEXO Nº 4

SEGUIMIENTO DE INDICACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA.

| Proceso | Unidad | Ámbito | Nº | Resultados | Implantadas | | |
|---|---|-------------------------------|------------|---------------------|-------------|---|------|
| | | | | | Nº | % | |
| PCO1. GESTIÓN PRESUPUESTARIA, ECONÓMICA, CONTABLE Y FISCAL. | Servicio de Asuntos Económicos | Instrucción Técnica | 1 | Implantada | 1 | 2 | 100% |
| | | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | | |
| | Servicio de Control Interno | Encuesta Post-Servicio | 1 | Implantada | 1 | 2 | 100% |
| | | Instrucción Técnica | 1 | Implantada | 1 | | |
| | Servicio de Contabilidad y Presupuestos | Instrucción Técnica | 1 | Implantada | 1 | 2 | 100% |
| | | Quejas y Sugerencias | 1 | Implantada | 1 | | |
| PCO2. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y DEL INVENTARIO. | Servicio de Contratación y Patrimonio | Instrucción Técnica | 2 | Implantada | 2 | 5 | 100% |
| | | Proceso | 2 | Implantada | 2 | | |
| | | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | | |
| | Unidad Funcional de Negociados de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación) | Indicadores | 5 | Pendiente | 1 | 4 | 67% |
| | | | | Implantada | 4 | | |
| | | Instrucción Técnica | 1 | No procede | 1 | | |
| PCO3. GESTIÓN DE ESPACIOS. | Servicio de Deportes | Proceso | 2 | No procede | 2 | 1 | 20% |
| | | Recomendaciones/Observaciones | 1 | No procede | 1 | | |
| | | Indicadores | 2 | Implantada | 1 | | |
| | | | | No procede | 1 | | |
| | Unidad de Conserjerías | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | 3 | 75% |
| | | Quejas y Sugerencias | 1 | Implantada | 1 | | |
| | | Instrucción Técnica | 1 | No procede | 1 | | |
| Proceso | | 1 | Implantada | 1 | | | |
| PCO4. GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO. | Servicio de Prevención | Instrucción Técnica | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | 1 | 100% |
| | Unidad Técnica | Indicadores | 1 | No procede | 1 | | 0% |
| | Centro de Instrumentación Científico-Técnica | Indicadores | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | 1 | 100% |
| | Servicio de Informática | Quejas y Sugerencias | 1 | Implantada | 1 | 4 | 100% |
| | | Instrucción Técnica | 2 | Iniciada/Continuada | 1 | | |



| | | | | | | |
|--|---|------------------------|-------------|---------------------|------------|--------|
| | | | Implantada | 1 | | |
| | | Indicadores | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | |
| | Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | 1 50% |
| | | Encuesta Post-Servicio | 1 | No estimada | 1 | |
| PCO5. GESTIÓN INTEGRADA DE LOS RECURSOS HUMANOS. | Servicio de Personal y Organización Docente | Encuesta Post-Servicio | 2 | Implantada | 1 | 6 100% |
| | | | | Iniciada/Continuada | 1 | |
| | | Indicadores | 2 | Implantada | 2 | |
| | | Quejas y Sugerencias | 1 | Implantada | 1 | |
| | Servicio de Prevención | Proceso | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | 2 100% |
| | | Instrucción Técnica | 1 | Implantada | 1 | |
| | | | Indicadores | 1 | Implantada | 1 |
| PCO6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO. | Servicio de Biblioteca | Indicadores | 6 | No procede | 2 | 7 70% |
| | | | | | Implantada | |
| | | Proceso | 2 | No estimada | 1 | |
| | | | | | Implantada | |
| | | Encuesta Post-Servicio | 1 | Implantada | 1 | |
| | Servicio de Información y Asuntos Generales | Grupos Focales | 1 | Implantada | 1 | 2 67% |
| | | Instrucción Técnica | 1 | Implantada | 1 | |
| | | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | |
| | Servicio de Información y Asuntos Generales (Unidad de Publicaciones) | Proceso | 1 | Pendiente | 1 | 1 50% |
| | | Instrucción Técnica | 1 | Pendiente | 1 | |
| | Servicio de Planificación y Evaluación | Encuesta Post-Servicio | 1 | Implantada | 1 | 4 50% |
| | | Encuesta Post-Servicio | 3 | Iniciada/Continuada | 3 | |
| | | Instrucción Técnica | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | |
| | | Compromisos de calidad | 1 | Pendiente | 1 | |
| | Unidad Técnica (Servicio de Obras) | Indicadores | 3 | Pendiente | 3 | 1 100% |
| Indicadores | | 1 | Implantada | 1 | | |
| PCO7. GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LA TRANSFERENCIA DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN. | Servicio de Gestión de la Investigación | Indicadores | 2 | Implantada | 2 | 5 83% |
| | | Proceso | 3 | No procede | 1 | |
| | | | | | Implantada | |
| | Unidad Funcional de | Instrucción Técnica | 1 | Implantada | 1 | 2 67% |
| | | Indicadores | 2 | No procede | 1 | |



| | | | | | | | | |
|---|---|---|----------------------|---------------------|---------------------|---|------|------|
| | Negociados de Apoyo a Departamentos y a Institutos y Centros de Investigación | | Implantada | 1 | | | | |
| | | Instrucción Técnica | 1 | Implantada | 1 | | | |
| PC08. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO CIENTÍFICO/TÉCNICO. | Servicio de Informática | Instrucción Técnica | 2 | Implantada | 1 | 6 | 100% | |
| | | | | Iniciada/Continuada | 1 | | | |
| | | Indicadores | 2 | Implantada | 2 | | | |
| | | Quejas y Sugerencias | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | | | |
| | | Proceso | 1 | Implantada | 1 | | | |
| | Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, institutos y Centros de Investigación | Encuesta Post-Servicio | 3 | Implantada | 2 | 5 | 100% | |
| | | | | Iniciada/Continuada | 1 | | | |
| | | Indicadores | 2 | Implantada | 2 | | | |
| | PC09. GESTIÓN ACADÉMICA ADMINISTRATIVA. | Servicio de Gestión Académica | Indicadores | 6 | Pendiente | 6 | 1 | 6% |
| | | | Quejas y Sugerencias | 1 | Pendiente | 1 | | |
| Proceso | | | 5 | Pendiente | 4 | | | |
| | | | | Iniciada/Continuada | 1 | | | |
| Compromisos de calidad | | | 1 | Pendiente | 1 | | | |
| Instrucción Técnica | | 3 | Pendiente | 3 | | | | |
| Unidad Funcional de Negociados de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación (UNAD) | | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | 1 | 100% | |
| PC10. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS AL ESTUDIANTE, DE LA MOVILIDAD Y DE LA COOPERACIÓN. | | Servicio de Atención y Ayudas al Estudiante | Indicadores | 2 | Iniciada/Continuada | 1 | 8 | 100% |
| | | | | | Implantada | 1 | | |
| | | | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | | |
| | Instrucción Técnica | | 4 | Implantada | 4 | | | |
| | Encuesta Post-Servicio | | 1 | Implantada | 1 | | | |
| PC11. GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE ACTOS Y EVENTOS, COMUNICACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES. | Servicio de Deportes | Instrucción Técnica | 1 | Implantada | 1 | 3 | 100% | |
| | | Proceso | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | | | |
| | | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | | | |
| | Servicio de Información y Asuntos Generales | Instrucción Técnica | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | 2 | 100% | |
| | | Proceso | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | | | |
| | Unidad de Actividades Culturales | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | 2 | 100% | |
| | | Proceso | 1 | Implantada | 1 | | | |
| | Unidad de Apoyo a Órganos | Proceso | 2 | Implantada | 1 | 1 | 50% | |



| | de Gobierno: Gabinete de Comunicación | | | No procede | 1 | | |
|--|---|------------------------|---|---------------------|---|---|------|
| PC12. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN. | Servicio de Archivo General | Indicadores | 1 | Implantada | 1 | 2 | 100% |
| | | Encuesta Post-Servicio | 1 | Implantada | 1 | | |
| PE01. PLANIFICACIÓN Y MEJORA CONTINUA | Servicio de Planificación y Evaluación | Indicadores | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | 2 | 67% |
| | | Quejas y Sugerencias | 1 | No procede | 1 | | |
| | | Proceso | 1 | Implantada | 1 | | |
| PE02. RETROALIMENTACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS | Servicio de Información y Asuntos Generales | Indicadores | 1 | Iniciada/Continuada | 1 | 1 | 100% |
| | Servicio de Planificación y Evaluación | Quejas y Sugerencias | 1 | No procede | 1 | 1 | 100% |



ANEXO Nº 5

RELACIÓN DE PROCESOS AUDITADOS (Programa Auditoría Anual).

| <i>Proceso</i> | <i>Proceso</i> | <i>Unidad</i> |
|--|---|--|
| PC 01 | PC 01.231 Pago Directo | Servicio de Contabilidad y Presupuestos |
| | PC 01.23 Gestión del Gasto | Servicio de Asuntos Económicos. |
| | PC 01.231 Pago Directo | |
| | PC 01.4 Control Interno | Servicio de Control Interno |
| PC 02 | PC 02.11 Gestión de la Adquisición Directa | Unidad Apoyo a Órganos de Gobierno. |
| | | Unidad de Actividades Culturales. |
| | | Unidad Funcional de Apoyo a Departamentos Jaén/Linares. |
| PC 02.12 Gestión de la Contratación Administrativa | Servicio de Contratación y Patrimonio. | |
| PC 03 | PC 03.11 Gestión de la Asignación Planificada | Servicio de Personal y Organización Docente (Unidad de Conserjerías). |
| | | Servicio de Deportes. |
| | PC 03.121 Demandas de la Comunidad Universitaria | Servicio de Personal y Organización Docente (Unidad de Conserjerías). |
| | | Servicio de Deportes. |
| | PC 03.122 Demandas Externas | Servicio de Deportes. |
| | | Servicio de Personal y Organización Docente (Unidad de Conserjerías). |
| PC 03.13 Preparación y Montaje | Servicio de Deportes. | |
| | Servicio de Personal y Organización Docente (Unidad de Conserjerías). | |
| PC 03.2 Gestión del Acceso y Control de Espacios | Servicio de Deportes. | |
| | Servicio de Personal y Organización Docente (Unidad de Conserjerías). | |
| PC 04 | PC 04.1 Gestión del Mantenimiento | Centro de Instrumentación Científico-Técnica. |
| | | Servicio de Informática. |
| | | Servicio de Obras, Mantenimiento y Vigilancia de las Instalaciones (Unidad Técnica). |
| | | Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación. |
| PC 04.2 Gestión de los Residuos Peligrosos | Servicio de Prevención. | |
| PC 05 | PC 05.11 Gestión de la Organización Docente | Servicio de Personal y Organización Docente. |
| | PC 05.12 Gestión del Acceso a la Función Pública y la Promoción Interna | |



| | | |
|---|--|---|
| | PC 05.13 Gestión de la Provisión de Puestos de Trabajo | |
| | PC 05.21 Gestión de las Retribuciones y Cotizaciones del Personal | |
| | PC 05.22 Gestión de la Formación del Personal de Administración y Servicios | |
| | PC05.23. Seguimiento administrativo del desarrollo profesional | |
| | PC 05.243 Gestión de Equipos de Protección Individual | Servicio de Prevención. |
| | PC 05.244 Vigilancia de la Salud | |
| PC 06 | PC06.11. Captación y disponibilidad de la información | Servicio de Información y Asuntos Generales. |
| | PC06.12. Atención directa | |
| | PC 06.13 Difusión General | |
| | PC06.131. Página web | |
| | PC 06.132 Publicaciones en Periódicos Oficiales y Catálogos Institucionales | |
| | PC06.133. Publicaciones en tabloneros oficiales | |
| | PC06.211. Entrada de Recursos de Información | Biblioteca de la Universidad de Jaén. |
| | PC06. 212. Tratamiento Técnico de Recursos de Información | |
| | PC 06.22 Alfabetización Informacional | |
| | PC 06.23 Apoyo a la Producción Científica | |
| | PC06.24 Publicaciones | Servicio de Información y Asuntos Generales-Publicaciones. |
| | PC 06.25 Asistencia Técnica para la realización de obras e instalaciones. | Servicio de Obras-Unidad Técnica. |
| | PC 06.26 Asesoramiento Jurídico | Unidad Funcional Apoyo a Órganos de Gobierno-Servicio Jurídico. |
| PC 06.28 Anuario Estadístico | Servicio de Planificación y Evaluación. | |
| PC 06.29 Suministros de Datos e Información Estadística | | |
| PC 07 | PC 07.111 Gestión de las Oportunidades de Financiación y Gestión de Propuestas de Solicitudes de Subvenciones e Incentivos para el Desarrollo de Actividades Investigadoras y Movilidad de Personal Investigador | Servicio de Gestión de la Investigación. |
| | PC 07.112 Gestión de las ayudas o subvenciones a grupos de investigación, a proyectos de investigación y para la investigación de carácter específico y/o individual | Servicio de Gestión de la Investigación. Unidad Funcional de Apoyo de Negociados de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación |
| | PC 07.121 Gestión de las convocatorias de programas de recursos humanos para la investigación. | Servicio de Gestión de la Investigación. |
| | PC 07.123 Gestión para la Incorporación de Colaboradores en Actividades de Investigación | |
| | PC 07.22 Gestión de Expedientes de Prestación de Servicios de Investigación | |
| | PC07.23 Gestión de Protección de la Propiedad Industrial. | |
| PC 08 | PC 08.1. Gestión de mejoras y nuevos servicios TIC. | Servicio de Informática. |
| | PC 08.3 Gestión de Peticiones de Servicios TIC. | |



| | | |
|--|---|---|
| | PC 08.2 Gestión de Apoyo Técnico e Instrumental para el Desarrollo de la Actividad Práctica Docente e Investigadora | Centro de Instrumentación Científico-Técnica. Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación. Jaén/Linares. |
| PC 09 | PC09.12. Gestión de las pruebas de acceso. | Servicio de Gestión Académica |
| | PC09.13. Gestión de la preinscripción. | |
| | PC09.21. Gestión de la matriculación de enseñanzas oficiales | |
| | PC09.21. Gestión de la matriculación de enseñanzas oficiales. Servicio de Gestión Académica del Campus de Linares. | |
| | PC09.22. Gestión de los reconocimientos y transferencias. | |
| | PC09.22. Gestión de los reconocimientos y transferencias. Servicio de Gestión Académica del Campus de Linares. | |
| | PC09.23 Gestión logística para la ejecución de la docencia oficial. | |
| | PC09.24 Gestión de títulos oficiales. | |
| | PC09.25 Gestión del Tercer Ciclo. | |
| | PC09.31 Gestión de la Matriculación de las Enseñanzas No Oficiales. | Servicio de Gestión Académica Unidad Funcional de Apoyo a Departamentos |
| | PC09.32 Gestión logística para la ejecución de la docencia no oficial. | Servicio de Gestión Académica Unidad Funcional de Apoyo a Departamentos |
| PC09.33 Gestión de títulos no oficiales. | Servicio de Gestión Académica Unidad Funcional de Apoyo a Departamentos | |
| PC 10 | PC 10.21 Gestión de Becas y Ayudas al Ministerio (Régimen General) | Servicio de Atención y Ayudas al Estudiante. |
| | PC 10.22 Gestión de Becas y Ayudas Propias (Universidad de Jaén) | |
| | PC 10.51 Gestión de Prácticas de Empresa e Instituciones | |
| | PC 10.52 Gestión de Ayudas para la Contratación Laboral | |
| PC 11 | PC 11.11 Gestión de Actos y Eventos Institucionales | Unidad Funcional Apoyo a Órganos de Gobierno-Gabinete del Rector. |
| | PC 11.12 Gestión de las Actividades Culturales | Unidad de Actividades Culturales. |
| | PC 11.13 Gestión de las Actividades Físico Deportivas | Servicio de Deportes. |
| | PC 11.21 Gestión de la Comunicación Institucional | Unidad Funcional Apoyo a Órganos de Gobierno-Gabinete de Comunicación. |
| | PC 11.22 Gestión de Apoyo a las Relaciones Institucionales | Servicio de Información y Asuntos Generales |
| PC 12 | PC 12.1 Gestión del Registro de la Documentación | Servicio de Información y Asuntos Generales |
| | PC12.11 Gestión de apoyo a la firma electrónica. | |
| | PC 12.21 Gestión del Tratamiento Archivístico de la Documentación | Servicio de Archivo General. |
| | PC 12.22 Gestión y Control de Depósito | |



| | | |
|-------|---|--|
| | PC 12.23 Gestión del Acceso y Disponibilidad de la Documentación | |
| PE 01 | PE.01.1 Planificación Estratégica del SIGC-SUA | Coordinación Técnica. |
| | PE.01.2 Recopilación de datos | |
| | PE.01.3 Análisis de Datos y Revisión del Sistema por la Dirección | |
| | PE.01.4 Acciones y Planes de Mejora | |
| PE 02 | PE 02.1 Medición de Compromisos de Calidad de Cartas de Servicios | Coordinación Técnica. |
| | PE 02.2 Gestión de las Quejas, Reclamaciones y Sugerencias | Servicio de Información y Asuntos Generales. |
| | PE 02.3 Gestión de Encuestas a Grupos de Interés y de Clima Laboral | Coordinación Técnica. |
| | PE 02.4 Gestión de Encuestas Post-Servicio | |
| | PE 02.5 Realización del Informe de Retroalimentación de los Grupos de Interés | |