



INFORME DEL PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS DE LA NO CONFORMIDAD MENOR DE LA AUDITORÍA EXTERNA DE RENOVACIÓN 2017.

Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03

ESTRUCTURA DEL INFORME

PORTADA Y CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN.

I. INFORME GENERAL DEL PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS.....	Pág.2
II. FICHA DE NO CONFORMIDAD. 1. PAC. nº A-1-T. 1. Transversal.....	Pág.6
III. FICHA DE NO CONFORMIDAD. PAC. nº A-2 PC09.....	Pág.11
IV. FICHA DE NO CONFORMIDAD. 2 PAC. nº A-3- PC12. 3.	Pág.17
V. FICHA DE NO CONFORMIDAD. PAC. nº A-4 PC07	Pág.26
VI.FICHA DE NO CONFORMIDAD. PAC. nº B-PC05	Pág.35

Control de documentación.

Antecedentes: Informe del Plan de Acciones Correctivas. No Conformidad Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03 del Informe de Auditoría Externa Marzo 2017.	
Nombre: Julio Terrados Cepeda	Nombre: Nicolás Ruíz Reyes
Cargo: Delegado del Rector para la Planificación Estratégica y la Calidad. Responsable de Calidad del SIGC-SUA	Cargo: Gerente. Responsable de los Procesos claves del SIGC-SUA).
Fecha: 05-04-2017	Fecha: 05-04-2017
Firma:	Firma:
Se inserta como documento para Planificación del Desarrollo y Seguimiento del SIGC-SUA que aprueba el Comité de Calidad.	



I. INFORME GENERAL DEL PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS.

1.1. ANTECEDENTES

El presente informe se realiza para comunicar el Plan de Acciones Correctivas que la Universidad adopta para documentar las acciones que den respuestas a la No Conformidad Menor identificada en el informe de auditoría externa de renovación 2016, Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03.

1.2. ESTRUCTURA DEL INFORME

En la descripción del informe de auditoría referido se enumera una No conformidad referida al incumplimiento de un apartado de norma pero englobando diversos hallazgos. En concreto

En relación a la mejora, en contra de lo propuesto por la norma de referencia:

- A. No se muestra evidencia del avance en determinados planes o de la planificación de actuaciones que afectan a los procesos del Sistema de Gestión:
 - 1. Plan de Adecuación al ENS, elaborado en 2015.
 - 2. El desarrollo de los procesos y establecimiento de indicadores asociados en el Servicio de Gestión Académica, con NC abierta desde 2013.
 - 3. La implantación del nuevo procedimiento y notificación electrónicos. Sin planificación concreta.
 - 4. Incorporación al SIGC_SUA de la Oficina de Proyectos Internacionales, operativa desde 2015.
- B. No se evidencia la propuesta de acciones de mejora ni objetivos de procesos propios durante los años 2016 y 2017 en servicio de PRL.

Para documentar el análisis de causas y el tratamiento dado a lo no conformidad para su resolución y mejora en la gestión, se ha optado por realizar una ficha para cada apartado indicada en la descripción por el auditor, considerando que aun incidiendo en causas comunes debe tener especificación en su respuesta por su naturaleza y ámbito de gestión.

En este informe se presenta una valoración global a efectos de información al auditor, especificando la aprobación de la Dirección a las acciones remitidas por los responsables de los procesos y ámbitos de gestión afectados, así como el compromiso por el cumplimiento efectivo de su implantación. A continuación se incorporan las cinco fichas de no conformidad y plan de acciones correctivas de acuerdo con los formatos y especificaciones de los procedimientos documentados de nuestro sistema de gestión de calidad. En carpetas de archivos anexas se aporta documentación adicional considerada oportuna.

Las cinco fichas indicadas se corresponden con la siguiente relación codificada:

- 1. PAC. nº A-1-T. 1. Transversal. Plan de Adecuación al Esquema Nacional de Seguridad, elaborado en 2015. Gestionada por el Servicio de Informática y Servicio de Información y Asuntos Generales.



2. PAC. nº A-2 PC09. El desarrollo de los procesos y establecimiento de indicadores asociados en el Servicio de Gestión Académica, con NC abierta desde 2013. Gestionada por Servicio de Gestión Académica.
3. PAC. nº A-3- PC12. 3. La implantación del nuevo procedimiento y notificación electrónicos. Sin planificación concreta. Gestionada por el Servicio de Información y Asuntos Generales, si bien por la naturaleza del proceso de gestión documental sus efectos se hacen extensibles a todos los procesos.
4. PAC. nº A-4 PC07. Incorporación al SIGC-SUA de la Oficina de Proyectos Internacionales, operativa desde 2015. Gestionada por el Servicio de Gestión de la Investigación.
5. PAC. nº B-PC05. No se evidencia la propuesta de acciones de mejora ni objetivos de procesos propios durante los años 2016 y 2017 en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Gestionada por este Servicio.

1.3. VALORACIÓN GENERAL

Respecto al grupo identificado en el apartado "A" trae causa común en la especificación de los avances (no se evidencian) de planes o planificaciones, sobre este aspecto se valora:

1. Algunos proyectos tienen carácter transversal o intervienen varias unidades en su aplicación operativa, siendo necesario, valorar y, en su caso **mejorar los mecanismos de coordinación y seguimiento de actuaciones.**

Así en el Documento Plan **Esquema Nacional de Seguridad**, se preveía que la función de coordinación correspondería a un órgano ad hoc, el Comité de Seguridad, cuya constitución se ha retrasado por el periodo transitorio de cambios de equipo de gobierno. **La próxima constitución de este comité impulsará planificar la ejecución del Plan de Adecuación**, incluyendo la periodicidad de reuniones y seguimiento. **Se adjunta Ficha de planificación.**

2. Otros proyectos, por su carácter normativo y efectos transversales en todos los procedimientos y actuaciones administrativas, exigen una planificación detallada de actuaciones y su periodicidad temporal. Es el caso de las adaptaciones necesarias en materia de **procedimientos y notificaciones electrónicas.**

La **complejidad técnica** hace que la propia normativa establezca un periodo de transitoriedad para su aplicación hasta 2018. **Coincidiendo en la necesidad de realizar una planificación se ha acelerado la finalización del proyecto que se adjunta**, que estaba en fase de diseño, para la aprobación inmediata por la Dirección, en cuyo ámbito competencial correspondiente se ejecutarán las actuaciones de coordinación y seguimiento correspondiente.

3. En el ámbito de los **procesos de gestión académica**, en efecto, durante el ciclo de gestión 2016, siguiendo el acuerdo nº 2 del Consejo de Dirección (Acta de Revisión y Mejora ciclo 2015), se indicó: *Qué se completen las actuaciones programadas de planes de optimización y de mejora que permitan la verificación y cierre de las No conformidades pendientes.* Así, durante el ciclo 2016 se iniciaron las actuaciones correspondientes en el marco de un Plan de Mejora.

Las actuaciones realizadas permitieron la verificación de una de las dos No conformidades internas pendientes, **la no conclusión de la segunda traen causa en la conveniencia de adoptar soluciones definitivas tras el proceso de estudio organizativo por la Dirección**, así como incluir los cambios pertinentes en el marco de la adaptación del SIGC-SUA a los requisitos de la Norma



UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad que se ha aprobado como objetivo de calidad. A estos efectos **se ha revisado el plan de mejora para la implantación efectiva de las acciones correctivas de la no conformidad.**

4. Respecto a los **procesos de apoyo a la gestión de la investigación**, la creación en 2015 de la Oficina de Proyectos Internacionales (OFIPI) planteó su incorporación en la gestión de los procesos y mejora continua del SIGC-SUA, en este sentido se interpreta la descripción general de este apartado como la falta de evidencia de la planificación y ajuste del objetivo de integración al SIGC-SUA.

Dicha actuación estaba contemplada en la correspondiente ficha de mejora de procesos que se incorporan en los informes anuales y en el seguimiento que se aporta a efectos de auditorías internas. Sin embargo **se considera la necesaria revisión del formato de fichas de acciones de mejora para impulsar la posibilidad de incorporar**, cuando proceda por ser necesario, **una planificación más detallada**. Dicho formato se ajustará al formato de objetivos de calidad del SIGC-SUA, actualmente en vigor. La propuesta se realizará en la adaptación próxima del SIGC-SUA a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015.

Internamente (ámbito de la Unidad) **se comunica y explica la incorporación de la documentación de la OFIPI a la revisión documental del Proceso PC07**, pues se entiende que los procesos de la OFIPI quedan integrados en los ya desarrollados en esta Unidad. La revisión general la documentación del Proceso **PC07** está avanzada pero aún en fase de desarrollo, por lo que **se aporta un cronograma revisado de ejecución.**

Respecto a lo indicado en el apartado "B" hace referencia a la omisión en la documentación del sistema de la formalización de las acciones de mejora o nuevos objetivos durante dos ciclos, se valora:

5. En efecto, en el SIGC-SUA, está previsto que los distintos ámbitos de responsabilidad indiquen, en sus informes de procesos, las mejoras propuestas para el siguiente ciclo, y al final se comuniquen el grado de implantación que es objeto, además, de auditoría interna.

Siendo lo esencial el avance y la mejora, no se ha de perjudicar el cumplimiento de los requisitos formales exigidos en un sistema normalizado de gestión, **comprendiendo**, como se indica, **la prioridad dada a la realización de actividades de gestión** exigidas en el devenir diario. La **documentación de las acciones de mejora realizadas en el anterior ciclo y aportadas ahora**, confirma que estamos ante un aspecto formal, que **se pretende que quede resuelto definitivamente con la planificación de reuniones periódicas a lo largo del ciclo** que eviten tener saturar toda la actividad del sistema en un momento determinado.

1.4. RESPONSABILIDAD E IMPLANTACIÓN

En la ficha inicial de este informe se formaliza mediante la aprobación global del Plan de Acciones Correctivas por los responsables directos del SIGC-SUA, referido al Responsable de Calidad y al propietario de los procesos Claves, el Delegado del Rector para la Planificación Estratégica y la Calidad y Gerente, respectivamente.

La responsabilidad queda extendida en su aplicación operativa por los distintos responsables de las Unidades, según las fichas y documentos de planificación de actuaciones.



La aplicación e implementación de las acciones correctivas indicadas en las fichas individualizadas de No conformidad se realizará de acuerdo con la planificación indicada en ellas y en los documentos anexos.

El conjunto del Plan de Acciones Correctivas se considerará en la reunión de planificación del Comité de Calidad del SIGC-SUA para el siguiente ciclo de gestión, incorporándose como un acuerdo más. El sistema de control y seguimiento de implantación se realizará en un primer nivel por los responsables operativos de implantación, en lo que proceda mediante auditoría interna, y será objeto final de seguimiento en el cierre del ciclo 2017 que realiza el Comité de Calidad. De forma expresa se incorporará en el informe final del SIGC-SUA en análisis y evidencia de la implantación del referido Plan.



II. FICHA DE NO CONFORMIDAD. 1. PAC. nº A-1-T. 1. Transversal.

Plan de Adecuación al Esquema Nacional de Seguridad, elaborado en 2015. Gestionada por el Servicio de Informática y Servicio de Información y Asuntos Generales.

	INFORME DE NO CONFORMIDAD	
	PROCEDENTE DE: Auditoría de certificación Nº: 01/2017 Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03	R.[PD 04]-01 R.[PD 05]-01 Nº No Conformidad: A-1
		Fecha: 23/03/17

IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	
PROCESO / S:	Transversal.
DESCRIPCIÓN: En relación a la mejora, en contra de lo propuesto por la norma de referencia: A. No se muestra evidencia del avance en determinados planes o de la planificación de actuaciones que afectan a los procesos del Sistema de Gestión: Evidencias: 1.-Plan de Adecuación al ENS, elaborado en 2015. Apdo. Norma ISO 9001:2008: 8.5.2. Categoría N.C. Menor	
CAUSA: Aunque se han realizado acciones cumpliendo la norma, es necesario constituir el Comité de Seguridad establecido en el documento de Política de Seguridad para ejecutar el proyecto establecido en el plan de adecuación, constitución que se ha visto retrasada por los cambios organizativos y estructurales derivados de la incorporación de un nuevo Equipo de Gobierno.	
DETECTADA POR:	FIRMA RESPONSABLE PROCESO AUDITADO:
Informe de auditoría de certificación de fecha 23/03/2017 (Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03).	
Auditor Jefe:	Nombre
La firma procede en caso de no conformidades identificadas en auditorías o seguimientos realizados por auditores internos	
Observación:	



IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

PROCEDE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS:

Sí

x

No

JUSTIFICACIÓN, EN SU CASO, DE LA NO PROCEDENCIA DE ACCIONES

DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LA SOLUCIÓN O ACCIONES TOMADAS

- 1.- Reunión de coordinación con Gerencia, Servicio de Planificación y Delegado del Rector para la calidad. (28/03/2017), en la que se presenta una primera propuesta de objetivo de: Puesta en marcha del Comité de Seguridad de la Información y ejecución del Plan de Adecuación de la Información en la UJA.
- 2.- Presentación junto con la respuesta a esta no conformidad del objetivo planteado.

FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS

Nº	ACCIÓN/ES PROPUESTA/S: Ejecución del Objetivo planteado.	IMPLANTACIÓN
	<p>ACCIÓN: Planteamiento de un objetivo con división y descripción, en su caso de: fases e hitos alcanzados, subfases y tareas a realizar con expresión de indicadores de seguimiento del proyecto, resultados previstos y objetivos, con asignación de responsabilidades.</p>	<p>RESPONSABLE: Consejo de Dirección</p> <p>FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN: La establecida para cada fase del objetivo. Fecha tope de ejecución Diciembre de 2017.</p> <p>FIRMA DEL RESPONSABLE:</p>
	<p>PROPUESTA POR: Jefa del Servicio de Informática y Jefe del Servicio de Información y Asuntos Generales.</p>	



PLANIFICACIÓN PARA EL PLAN DE ADECUACIÓN DEL ENS

Servicio/Unidad: Servicio de Información y Asuntos Generales

Objetivo nº: 1	Año: 2017	Código: SIAG-1-2017
		Edición: 00
		Fecha: 26/01/2017

Denominación del Objetivo: Puesta en marcha del Comité de Seguridad de la Información y ejecución del Plan de Adecuación de la Información en la UJA.

Descripción: Puesta en funcionamiento de lo recogido en los documentos aprobados por el Consejo de Gobierno de la UJA el 26/03/2015, en consonancia con el RD 3/2010, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad, la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y como anticipación a la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

Objetivo Estratégico al que se vincula:

- R33: Avanzar hacia un sistema de Gobernanza TI de la Universidad.

Responsable Funcional:

Jefe del Servicio SIAG
Jefa del Servicio de Informática

Responsable Operativo:

Jefe del Servicio de Información y Asuntos Generales
Jefa de Sección de AA. GG y Registro

Inicio: Enero de 2017

Terminación: Diciembre de 2017

Actividades	Plazo	Responsable	Resultado
FASE I: Revisión estado documentos/procedimientos	Enero-Mar	Jefe Servicio SIAG Y SINF	Revisados el estado de los procedimientos de seguridad y finalización de los documentos
FASE II: Constitución Comité de Seguridad de la información	Marzo	Jefe Servicio SIAG Y SINF	Constituido Comité de Seguridad y transmitidas responsabilidades



FASE III: Difusión de los documentos a toda la plantilla a través de la oportuna formación	Abril - Dic.2017	Jefe Servicios SIAG Y SINF	Difundido el Sistema de Seguridad de la Información Formación ENS+LOPD. Firma acreditación de seguridad por la plantilla.
FASE IV: Planificación de actuaciones pendientes del Plan de Adecuación	May-Jun	Jefe Servicios SIAG y SINF	Cronograma actuaciones
FASE V: Ejecución de actuaciones programadas para el 2017 del Plan de Adecuación	Jun-Dic	Servicios SIAG y SINF	Medidas aplicadas

Proceso Vinculado: Transversal a todos los procesos	Unidades Relacionadas: Servicio de Informática y todas aquellas unidades que se relacionen con sus usuarios a través de medios electrónicos.
---	--

Prioridad: Alta	Recursos: Personal de cada una de las Unidades implicadas.
------------------------	---

Indicadores: Peso específico estimado de esfuerzo y aplicación de recursos por fases del objetivo. *	Período de Medición: trimestral
---	--

Observaciones: *

FASE I	FASE II	FASE III	FASE IV	FASE V	FASES
10 %	5 %	40 %	5 %	40 %	PORCENTAJE
SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	CUMPLIDO

Los porcentajes asignados en cada fase se refieren a la estimación de esfuerzo y recursos que se deberán emplear para el cumplimiento del objetivo.

Este objetivo es liderado por Secretaría General y Vicerrectorado TIC y desarrollado por el Servicio de Información y Asuntos Generales junto con el Servicio de Informática.



Hitos alcanzados en el ejercicio 2014:

- Se realizaron 5 sesiones de divulgación y sensibilización con una asistencia de 20 personas por sesión, continuando con las que se realizaron en el ejercicio anterior en el ámbito de LOPD.
- La ejecución del objetivo comenzó en el ejercicio 2014. A tal efecto se asistió a una sesión de divulgación de las implicaciones de la implantación del ENS junto con el Servicio de Informática.
- Se contrató a una empresa especializada en la implantación de sistemas de seguridad de la información y datos personales.
- Así mismo se elaboró un nuevo documento de seguridad de la información que, aunque no se ha podido realizar un texto refundido de éste que englobe ENS y LOPD, sí que se han avanzado en la alineación de ambos ámbitos de actuación.

Hitos alcanzados en 2015:

- Se realizó el análisis de riesgos ENS.
- Se aprobaron los documentos de Política de la Información, Plan de Adecuación al ENS y Documento de Seguridad.
- Se revisaron los 11 procedimientos de gestión de la seguridad de ENS y LOPD.
- Se planificó la formación y se comenzó a ejecutar a principios de 2016, en principio para PDI.

Hitos alcanzados en el ejercicio 2016:

- Se desarrolló un curso de formación específico para PDI, relativo al ENS
- Auditoría LOPD
- Redacción cláusula con advertencia legal para correos electrónicos
- Redacción cláusula de política de privacidad y aviso legal en página web
- Redacción cláusula de política de cookies para página web



III. FICHA DE NO CONFORMIDAD. PAC. nº A-2 PC09.

Desarrollo de los procesos y establecimiento de indicadores asociados en el Servicio de Gestión Académica, con NC abierta desde 2013. Gestionada por Servicio de Gestión Académica.

	INFORME DE NO CONFORMIDAD	
	PROCEDENTE DE: Auditoría de certificación Nº: 01/2017 Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03	R.[PD 04]-01 R.[PD 05]-01
		Nº No Conformidad: A-2
	Fecha: 23/03/17	

IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD

PROCESO / S:	PC 09. Gestión Académica Administrativa.
DESCRIPCIÓN:	
<p>En relación a la mejora, en contra de lo propuesto por la norma de referencia:</p> <p>A. No se muestra evidencia del avance en determinados planes o de la planificación de actuaciones que afectan a los procesos del Sistema de Gestión:</p> <p>Evidencias:</p> <p>2.- El desarrollo de los procesos y establecimiento de indicadores asociados en el Servicio de Gestión Académica, con NC abierta desde 2013.</p> <p>Apdo. Norma ISO 9001:2008: 8.5.2. Categoría N.C. Menor</p>	
CAUSA:	
<p>En la auditoría interna anual 1/2013 del SIGC-SUA se identificó la no conformidad interna codificada como NCAI.PC09.05.AI2013, que ponía de manifiesto la falta de sistematización en el control y constatación de los registros e indicadores asociados al proceso tal como están identificados en su documentación, identificándose como causa los cambios que la gestión ha sufrido que han provocado, en la práctica, modificaciones al sistema de registros e indicadores asociados sin que se haya realizado las revisiones necesarias en la documentación del proceso.</p> <p>El informe de auditoría externa de certificación, ciclo de gestión 2014, establecía como posible riesgo <i>“la persistencia de determinadas no conformidades asociadas a la adecuación del SIGC-SUA a la actividad del Servicio, sin que acaben de implementarse la totalidad de las acciones correctivas planteadas, podría alejar al Servicio de la Estrategia Institucional (SGA)”</i>.</p> <p>A pesar de ello la revisión documental que demanda el cierre definitivo de la no conformidad no ha sido abordada en su totalidad, si bien la mayoría de tales documentos se encuentran en fase de borrador y los distintos equipos de procesos los están trabajando junto con la coordinación técnica, que se evidencian anexos a este documento, según el plan de mejora que también se adjunta.</p> <p>Uno de los motivos que ha retrasado la implantación ha sido el hecho de que el Servicio de Gestión Académica está sobredimensionado, no sólo en personas si no en cantidad y variedad de procesos y</p>	

tareas de su responsabilidad, por lo que desde hace unos años se está estudiando la solución más conveniente desde el punto de vista organizativo, de la satisfacción del personal, y el determinante factor económico; esta incertidumbre ha ralentizado la anunciada adaptación de la documentación del sistema. Ya está en marcha la reforma organizativa, por lo que parece que esto no será un impedimento para cumplir la cronología de la modificación documental prevista, así como adaptar todo el proceso de revisión planificado a las instrucciones que se indiquen desde dirección y en el marco de la adaptación del SIGC-SUA a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad que se ha aprobado como objetivo de calidad.


DETECTADA POR:	FIRMA RESPONSABLE PROCESO AUDITADO:
Informe de auditoría de certificación de fecha 23/03/2017 (Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03).	
Auditor Jefe: La firma procede en caso de no conformidades identificadas en auditorías o seguimientos realizados por auditores internos	Nombre
Observación:	

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS			
PROCEDE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS:	Sí	X	No
JUSTIFICACIÓN, EN SU CASO, DE LA NO PROCEDENCIA DE ACCIONES			
DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LA SOLUCIÓN O ACCIONES TOMADAS			
Compromiso por parte del Servicio y de la Dirección para el cumplimiento del PLAN DE MEJORA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS DE LA NO CONFORMIDAD NCAI.PC09.05.AI2013.			

FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS		
Nº	ACCIÓN/ES PROPUESTA/S:	IMPLANTACIÓN
	ACCIÓN: Ejecución del plan de mejora propuesto por la coordinación técnica para la revisión de la documentación de los procesos de responsabilidad del Servicio de Gestión	RESPONSABLE: Jefe del Servicio
		FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN: Diciembre de 2017

<p>Académica.</p> <p>Se adjunta en esta ficha el Plan de Mejora y en Carpeta de archivos anexa documentación estado de realización de los cambios propuestos sobre documentación por procesos.</p>	<p>FIRMA DEL RESPONSABLE:</p>
<p>PROPUESTA POR: Auditoría externa anual ciclo 2016</p>	

ANEXO.

<p>SIGC-SUA</p> 	 <p>UNIVERSIDAD DE JAEN</p>	<p>Plan de mejora desarrollo no conformidad NCAI.PC09.05.AI2013.</p>
---	--	--

PLAN DE MEJORA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS DE LA NO CONFORMIDAD NCAI.PC09.05.AI2013.

Estructura del documento

1. Antecedentes.
2. Objetivos.
3. Metodología de desarrollo.
4. Responsabilidades y funciones
5. Cronograma.
6. Seguimiento.

Historial de modificación del documento:

<i>Edición</i>	<i>Fecha de vigencia</i>	<i>Apartado modificado</i>	<i>Modificación realizada</i>
1	22/10/2015	Todos	Creación del documento
2	23/02/2016	Cronograma	Actualización
3	27/02/2017	Objetivos, cronograma y seguimiento	Actualización

1. Antecedentes

Tal y como se recoge en las correspondientes fichas de no conformidad interna, durante la auditoría interna anual 1/2013 del Sistema Integrado para la Gestión de la Calidad de los Servicios y Unidades Administrativas (SIGC-SUA) de la Universidad de Jaén se procede a identificar sendas no conformidades internas al proceso clave PC09. *Gestión Académica Administrativa* (NCAI.PC09.04.AI2013 y NCAI.PC09.05.AI2013). El objeto de las mismas es la falta de sistematización en el control y constatación de los **registros** e **indicadores** asociados al proceso tal como están identificados en la documentación de éste, identificándose como elemento causal de estas el hecho de que la gestión de los procesos ha sufrido cambios que han provocado, en la práctica, modificaciones al sistema de registros e indicadores asociados sin que se haya realizado las revisiones necesarias en la documentación de los procesos.

Si bien se ha avanzado de forma puntual en el cierre de algunas de las acciones correctivas previstas en las anteriores no conformidades internas, se mantienen a lo largo de los últimos ciclos de gestión del sistema la recomendación general de mantener e incluso reconducir *las acciones correctivas oportunas para abordar definitivamente la revisión de la documentación de los procesos, especialmente referidos a los flujogramas, sistema de responsabilidades de gestión, registros e indicadores.*

Más aún cuando en el informe de auditoría externa de certificación, ciclo de gestión 2014, de 30/04/2015, se establece como posible riesgo *“la persistencia de determinadas no conformidades asociadas a la adecuación del SIGC-SUA a la actividad del Servicio, sin que acaben de implementarse la totalidad de las acciones correctivas planteadas, podría alejar al Servicio de la Estrategia Institucional (SGA)”*.

A pesar de ello, la revisión documental esencial que demanda el cierre definitivo de las anteriores no conformidades por distintos motivos no ha sido abordada, por lo que es imprescindible realizar de forma planificada y sistemática la necesaria revisión documental integral del proceso PC09 del SIGC-SUA como elemento de implantación de las acciones correctivas previstas de las no conformidades internas pendientes de verificación y cierre¹.

2. Objetivos

Este plan de mejora plantea los siguientes objetivos:

1. Facilitar la adecuada revisión documental del proceso clave PC09 del SIGC-SUA de forma planificada, participativa y sistemática de acuerdo con las acciones correctivas previstas en la no conformidad interna NCAI.PC09.05.AI2013, con la idea de su desarrollo, implantación y posterior verificación y cierre.
2. Revisar de forma integral el proceso clave PC09 del SIGC-SUA de acuerdo a la realidad de la gestión de los distintos procesos documentalmente establecidos.

3. Metodología de desarrollo

La metodología propuesta en este plan de mejora se vertebra en la completa revisión del proceso clave PC09 (aspectos de revisión), mediante una metodología de trabajo participativa de propuesta,

¹ En tanto además, la implantación de este plan de mejora contribuye al desarrollo del Objetivo de calidad 1-2015, *Revisión del SIGC-SUA para adaptarlo al despliegue del Plan Estratégico de la Universidad.*

valoración técnica, visto bueno a propuesta técnica, realización de la modificación documental y publicación en la web del SIGC-SUA.

Aspectos de revisión	Metodología de revisión
1. Mapa de procesos, identificación de procesos clave	<ul style="list-style-type: none"> Reunión inicial constitutiva del equipo de revisión correspondiente, en su caso, con la asistencia técnica de algún miembro de Coordinación Técnica del SIGC-SUA.
2. Flujogramas	
3. Registros del proceso	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de propuesta de revisión documental de proceso por parte del Equipo interno de revisión documental correspondiente.
4. Indicadores y compromisos de calidad asociados	<ul style="list-style-type: none"> Análisis técnico de la propuesta realizada por parte de Coordinación Técnica SIGC-SUA.
5. Formatos	
6. Instrucciones técnicas	<ul style="list-style-type: none"> Realización de propuesta final de modificación documental por parte del equipo interno de revisión.
7. Legislación y normativa	<ul style="list-style-type: none"> Realización por parte de la Coordinación Técnica del SIGC-SUA de la modificación que proceda de acuerdo a la propuesta aprobada de la documentación del proceso.
8. Atributos de calidad, en su caso	
9. Sistema de encuestas	<ul style="list-style-type: none"> Publicación en la web del SIGC-SUA de la modificación de documentación realizada.

4. Responsabilidades y funciones

Las responsabilidades y funciones propias de los **Equipos internos de trabajo** que participan en la implantación de este plan de mejora se organizan en torno a las actividades de análisis, valoración y revisión de la documentación actual del proceso correspondiente y su posterior acuerdo de modificación, tratando de aportar la necesaria coherencia a la propuesta de revisión con la realidad de la gestión del proceso revisado.

Con posterioridad, una vez recibido el visto bueno técnico de Coordinación Técnica de SIGC-SUA, el equipo de revisión del SGA eleva la anterior propuesta a modificación definitiva, solicitando la publicación del proceso modificado en la web del SIGC-SUA, entrando en vigor a partir de dicha publicación.

Por su parte, el personal de **Coordinación Técnica del SIGC-SUA** que participa en los equipos de revisión tiene como función esencial aportar su asesoramiento técnico al equipo de revisión en la toma de decisiones de modificación y, una vez realizada la propuesta de revisión, realizar el necesario control, bajo criterios exclusivamente técnicos, dando el visto bueno a dicha propuesta que será devuelta al equipo de revisión para su aprobación definitiva, previa a su realización y publicación.

Sin menoscabo de aquellos otros equipos de revisión documental y propuesta nuevos procesos que puedan ser constituidos, se plantean, de acuerdo con el criterio de especialidad, en este plan de mejora la constitución de los siguientes equipos de revisión:

Equipo de revisión	Procesos objeto de revisión	Organización
Equipo interno de revisión documental de los procesos promoción, acceso y preinscripción (Acceso).	PC 09.11. Gestión de las actividades de promoción. PC 09.12. Gestión de las pruebas de acceso. PC 09.13. Gestión de la preinscripción.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe del Servicio de Gestión Académica. ▪ Jefe de Sección de Acceso. ▪ Personal del Servicio de Gestión Académica que se considere necesario, según convocatoria.
Equipo interno de revisión documental de la gestión de la matriculación de enseñanzas (Matrícula).	PC 09.21. Gestión de la matriculación en enseñanzas oficiales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe del Servicio de Gestión Académica. ▪ Jefe de Planificación y Coordinación de Matrícula. ▪ Personal del Servicio de Gestión Académica que se considere necesario, según convocatoria.
Equipo interno de revisión documental de la gestión de reconocimientos y transferencias (Reconocimientos).	PC 09.22. Gestión de los reconocimientos y transferencias.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe del Servicio de Gestión Académica. ▪ Jefe de Planificación y Coordinación de Reconocimientos Académicos. ▪ Personal del Servicio de Gestión Académica que se considere necesario, según convocatoria.
Equipo interno de revisión documental de la gestión logística de la docencia oficial (Docencia oficial).	PC 09.23. Gestión logística para la ejecución de la docencia oficial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe del Servicio de Gestión Académica. ▪ Jefe de Planificación y Coordinación de Atención e Información al Usuario. ▪ Coordinador de Calidad de la UNAD. ▪ Personal del Servicio de Gestión Académica que se considere necesario, según convocatoria. ▪ Personal de la UNAD que se considere necesario, según convocatoria.
Equipo interno de revisión documental de títulos oficiales (Títulos).	PC 09.24. Gestión de títulos oficiales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe del Servicio de Gestión Académica. ▪ Jefe de Sección de Títulos. ▪ Personal del Servicio de Gestión Académica que se considere necesario, según convocatoria.
Equipo interno de revisión documental de la gestión del tercer ciclo (Tercer ciclo).	PC 09.25. Gestión del tercer ciclo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe del Servicio de Gestión Académica. ▪ Jefe de Sección de Estudios de Postgrado. ▪ Coordinador de Calidad de la UNAD. ▪ Personal del Servicio de Gestión Académica que se considere necesario, según convocatoria. ▪ Personal de la UNAD que se considere necesario, según convocatoria.
Equipo interno de revisión de la gestión de enseñanzas no oficiales (Enseñanzas no oficiales).	PC 09.31. Gestión de la matriculación en enseñanzas no oficiales. PC 09.32. Gestión logística para la ejecución de la docencia no oficial. PC 09.33. Gestión de títulos no oficiales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe del Servicio de Gestión Académica. ▪ Jefe de Sección de Estudios de Postgrado. ▪ Coordinador de Calidad de la UNAD. ▪ Personal del Servicio de Gestión Académica que se considere necesario, según convocatoria. ▪ Personal de la UNAD que se considere necesario, según convocatoria.
Equipo interno de revisión de sistema de encuestas ²	PC09. Gestión Académica Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe del Servicio de Gestión Académica. ▪ Personal del Servicio de Gestión Académica que se considere necesario, según convocatoria.

Siempre que se considere necesario, asistirá a la reunión del equipo de revisión un integrante de la Coordinación Técnica del SIGC-SUA, y así sea convocado.

² Sin ser tratarse específicamente de acción correctiva alguna de las no conformidades a las que se vincula este plan de mejora, se recomienda, bajo criterios de conveniencia y oportunidad, abordar la revisión del sistema de encuestas del Servicio de Gestión Académica.

**IV. FICHA DE NO CONFORMIDAD. 2. PAC. nº A-3- PC12. 3.**

Implantación del nuevo procedimiento y notificación electrónicos. Sin planificación concreta. Gestionada por el Servicio de Información y Asuntos Generales, si bien por la naturaleza del proceso de gestión documental sus efectos se hacen extensibles a todos los procesos.

	INFORME DE NO CONFORMIDAD	
	PROCEDENTE DE: Auditoría de certificación Nº: 01/2017 Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03	R.[PD 04]-01 R.[PD 05]-01 Nº No Conformidad: A-3
		Fecha: 23/03/17

IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	
PROCESO / S:	PC 12. Gestión de la documentación.
DESCRIPCIÓN: En relación a la mejora, en contra de lo propuesto por la norma de referencia: A. No se muestra evidencia del avance en determinados planes o de la planificación de actuaciones que afectan a los procesos del Sistema de Gestión: Evidencias: 3.-La implantación del nuevo procedimiento y notificación electrónicos. Sin planificación concreta. Apdo. Norma ISO 9001:2008: 8.5.2. Categoría N.C. Menor	
CAUSA: La Universidad de Jaén ha iniciado la adecuación de sus procedimientos a la nueva normativa. No obstante, ante esta obligación legal la auditoría evidencia la ausencia de planificación concreta para abordar con éxito el cambio normativo, marcando como meta establecida en la propia normativa para ejecutar las acciones necesarias como octubre de 2018.	
DETECTADA POR: Auditor Externo. Informe de auditoría de certificación de fecha 23/03/2017 (Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03).	FIRMA RESPONSABLE PROCESO AUDITADO:
Auditor Jefe: La firma procede en caso de no conformidades identificadas en auditorías o seguimientos realizados por auditores internos	Nombre
Observación: Como anexo a este documento se presenta una propuesta-proyecto de adaptación tanto técnico como funcional	



IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

PROCEDE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS:	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
JUSTIFICACIÓN, EN SU CASO, DE LA NO PROCEDENCIA DE ACCIONES				
DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LA SOLUCIÓN O ACCIONES TOMADAS				
<p>1.- Reunión de coordinación con Gerencia, Servicio de Planificación y Delegado del Rector para la calidad.(28/03/2017), en la que se presenta una primera propuesta de planificación para la adaptación a la nueva regulación por parte del Jefe de Servicio de Información y Asuntos Generales.</p> <p>2.- Presentación junto con la respuesta a esta no conformidad de un plan operativo de adaptación a la normativa.</p>				

FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS

Nº	ACCIÓN/ES PROPUESTA/S: Plan Operativo	IMPLANTACIÓN
	<p>ACCIÓN: Realización de un plan operativo-proyecto con división y descripción, en su caso de: fases e hitos alcanzados, subfases y tareas a realizar con indicación de indicadores, resultados previstos y objetivos.</p> <p>Quedando pendiente la asignación de responsabilidades y recursos previstos.</p>	<p>RESPONSABLE: Equipo de dirección</p> <p>FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN: La indicada en el plan operativo para cada fase. Fecha tope para todo el proyecto la establecida en la normativa: octubre 2018.</p> <p>FIRMA DEL RESPONSABLE:</p>
	<p>PROPUESTA POR: Jefe de Servicio de Información y Asuntos Generales.</p>	



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Servicio de Información y Asuntos Generales

Actualización de plataformas de Administración Electrónica	Meta	Grado Ejecución (%) 25/50/75/100	Observaciones/objetivo/resultado	Indicador
Fase 0: Actuaciones realizadas. Situación a marzo de 2017				
Análisis plataformas e-admón en producción			Se decide abandonar de forma progresiva las actuales plataformas de la Junta de Andalucía	
			Implantación de un módulo propio UJA de diseño de trámites de procedimientos:	Número de procedimientos pasados de solicita a plataforma UJA: 5?
			Implantación de módulo de firma de actas. Crítico: Identificación y firma	
Análisis jurídico/funcional requisitos leyes 39/2015 y 40/2015			Resultado: Necesidad de nueva plataforma de Registro	Revisión de todos los componentes de la administración electrónica en la UJA. Implicaciones de seguridad, funcional, técnico informático, técnico funcional y Orgánico de estructuras administrativas y procesos.
Análisis de la plataforma de Registro @ries vs. Geiser			Recopilación de Información de la Plataforma	Contactos con Iecisa, Unizar, Subdelegación del Gobierno y Minhap.



Análisis de la plataforma de Registro GEISER			Solicitud y recepción de pack de bienvenida del minap	Acceso a plataforma de pruebas de Geiser. Pruebas realizadas. Análisis favorable del SIAG para geiser
			Alta y mantenimiento en plataforma DIR3 Universidad de Jaén	Implicaciones ENS/LOPD. Resultado: La plataforma DIR3 y Geiser a juicio del Siag es la que mejores garantías de seguridad ofrece
			Revisión convenios. Implicaciones jurídicas. Coste implantación. Coste mantenimiento	Existen dos convenios (de los que el SIAG tenga constancia). Uno por el que la UJA a través de CRUE se adhiere a las plataformas del minhap y otro contenido en pack de bienvenida por el que la UJA se adhiere a Geiser con distintas obligaciones para ambas partes.
Constitución Oficina de Acreditación FNMT			Aplicación expedición Certificados Clase 2A y Certificado empleado AP	Dos oficinas según auditoría externa FNMT. (Campus Jaén y Campus Linares). Constitución como Oficina expedición certificados Empleado AP
Riesgos Identificados			Gestionar cambios normativos	Afecta a seguridad de la información, personas, procesos, recursos y aplicación de normativa en procedimientos
			Gestionar cambios técnicos software y hardware	Afecta a Personas, ejecución de Procesos y recursos.
			Gestionar cambios en Estructuras de la organización	Afecta a Personas y ejecución de Procesos
PROPUESTA DE ADAPTACIÓN DE ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA A LA NUEVAS REGULACIÓN NORMATIVA				
Fase 1: Instalación/Adaptación de los componentes de administración electrónica	30-10-17			Plataformas Instaladas SÍ/NO
Subfase 1a: Creación Comité de e-admón para coordinación y gestión proyecto adaptación	30-4-17			N.º de personas/unidades que pasan a formar parte grupo de trabajo



Firma de Convenios con MINHAP			PC 11	
Nombramiento de Miembros del Comité.			Propuesta: El comité de seguridad del ENS, podría asumir las competencias del comité de e-admón.	
subfase 1b: Instalación/adaptación de componentes e-admón	30-10-17			
GEISER				
Notario				
firma				
Compulsas electrónicas vs. Papel			Riesgo gestión de diferentes soportes Asignación metadatos al documento	
Copias auténticas electrónicas vs. Papel			Riesgo gestión de diferentes soportes Asignación metadatos al documento	
Notifica			Ampliación posterior del proyecto, una vez instalado puesto en producción de Geiser y resueltos los riesgos identificados	
Integración Sistema de tramitación UJA				
Sistemas de Identificación de Usuarios			usuario y contraseña/cl@ve/firma electrónica reconocida (certificado clase 2A)/firma electrónica avanzada/firma electrónica empleado AP./DNI-e	
Portafirma				
Archiva			Elemento crítico de éxito del proyecto.	
verifica				
Gestor Documental				



Trewa* Sustitución por motor de tramitación de Geiser?				
Análisis de los procedimientos susceptibles de incorporación a la plataforma de tramitación UJA desde solicita. (amplía con fase 3)				
Análisis de los procedimientos susceptibles de incorporación a la plataforma de tramitación UJA desde otras plataformas/formularios web/pdf, etc... (amplía con fase 3)				
API que conecte trámites plataforma UJA con Geiser.			Revisión Estrategia ????	
API que conecte trámites plataforma UJA con Portafirma			Revisión Estrategia ????	
DRUPAL: para gestionar sede electrónica / Punto acceso general electrónico. PAGE				
Revisión catálogo de procedimientos para incorporarlos a Geiser. (amplía con fase 3)			análisis de grado de e-admón por procedimiento (de 1 a 4) Nivel de esfuerzo para incorporarlos a expediente electrónico completo	
Tablón de Anuncios electrónico y TDI			Requisito Ley (Oficial)	
Adaptación Normativa (Reglamento)				
Fase 2: Eliminación de papel en trámites/ creación de expediente electrónico	30-11-17		Afecta a todas las plataformas e-admón	Nº unidades con registro incorporadas al sistema/N.º asientos electrónicos vs. Nº asientos presenciales
Recursos (hardware y software)				
Revisión de ejecución de procesos			PC12 Y PC06	
Distribución de documentación de entrada			Seguridad documental PC 12	
Formación (Personas)				Número de cursos/Número de personas formadas



Revisión de Sede electrónica. Conversión en PAGE				
PUESTA EN EXPLOTACIÓN DE GEISER	1-1-18		PC12 Y Resto de procesos de SIG-SUA	Nº entradas y salidas/Porcentaje de registros electrónicos frente a presenciales
Fase 3: Adaptación progresiva de trámites de solicita u otras plataformas a la nueva plataforma de e-admón de la UJA	30-12-18			
Subfase 3a: Identificación, revisión y normalización de los procesos susceptibles de ser tramitados electrónica y priorización de los mismos	30-12-18			Esta FASE ESTÁ ACTUALMENTE EJECUTÁNDOSE.
Solicitud de la documentación de los procedimientos a las Unidades funcionales				N.º de unidades solicitadas
Priorización de trámites y procesos				
Subfase 3b: Modelado de los procesos	30-12-18		Objetivo: autonomía en el diseño e implantación de trámites en e-admón	
Análisis funcional				
Revisión de análisis funcional				
Análisis de necesidad según normativa de conexión con Geiser.			Revisión, simplificación y normalización a la nueva plataforma de e-admón UJA. Modelado de trámites. Riesgo: Gran carga de trabajo, lo que supone ralentización de ejecución del proyecto.	Número de trámites en nueva plataforma UJA. Número de trámites incorporados a Geiser.
Modelado de trámite en plataforma.				
Pruebas e implantación trámite.				
Subfase 3c: Mantenimiento PAGE. Sede electrónica	continuo		Revisión de requisitos nueva Ley y adaptación a las normativas.	N.º de visitas al portal web
Acceso a todos los procedimientos				Número de procedimientos



Tablón de anuncios virtual				
Perfil del Contratante				
Indicaciones y Faqs para usuarios				
Formación del personal y usuarios				N.º de acciones formativas. N.º de personas formadas
Subfase 3d: Implantación de un sistema sencillo para el soporte y consulta	continuo		Riesgo identificado: Gran carga de trabajo. Falta de formación de personal funcional. Consultas técnicas.	
Fase 5.- Implementación del sistema de notificaciones seguras notifica	30-6-18			
Notifica			Esta fase se debe abordar una vez que se haya implantado de forma segura Geiser. Afecta a procedimientos externos. Riesgo: Seguridad Jurídica y crea obligaciones jurídicas.	N.º de notificaciones realizadas electrónicamente. Porcentaje de notificaciones admitidas frente a las rechazadas.
Posibilidad de convenio con MINHAP ???				
Fase 6.- Formación y comunicación	continuo			
Diseño de plan de formación			Acciones pendientes de concretar: Formación podría impartirla alguien de Unizar o Subdelegación del Gobierno con experiencia.	N.º de cursos de formación total. N.º de personas incluidas en el plan de formación
Diseño de plan de comunicación			Entre otra acción pendientes de concretar. Realizar encuestas de satisfacción	N.º de respuestas y nivel de satisfacción.
Fase 7.- Revisión y mejora del Proyecto	continuo			

**V. FICHA DE NO CONFORMIDAD. PAC. nº A-4 PC07.**

Incorporación al SIGC-SUA de la Oficina de Proyectos Internacionales, operativa desde 2015. Gestionada por el Servicio de Gestión de la Investigación.

 UNIVERSIDAD DE JAÉN	INFORME DE NO CONFORMIDAD	
	PROCEDENTE DE: Auditoría de certificación Nº: 01/2017 Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03	R.[PD 04]-01 R.[PD 05]-01 Nº No Conformidad: A-4
		Fecha: 23/03/17

IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	
PROCESO / S:	PC 07. Gestión de apoyo a la actividad investigadora y a la transferencia de los resultados de investigación.
DESCRIPCIÓN: En relación a la mejora, en contra de lo propuesto por la norma de referencia: A. No se muestra evidencia del avance en determinados planes o de la planificación de actuaciones que afectan a los procesos del Sistema de Gestión: Evidencias: 4.- Incorporación al SIGC_SUA de la Oficina de Proyectos Internacionales, operativa desde 2015. Apdo. Norma ISO 9001:2008: 8.5.2. Categoría N.C. Menor	
CAUSA: En el documento PC.07. No está actualizado, en el sentido de no tener incorporado los procesos desarrollados por la OFIPI, tras su creación.	
DETECTADA POR:	FIRMA RESPONSABLE PROCESO AUDITADO:
Informe de auditoría de certificación de fecha 23/03/2017 (Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03)	
Auditor Jefe: La firma procede en caso de no conformidades identificadas en auditorías o seguimientos realizados por auditores internos	Nombre:

**Observación:**

En relación con el sentido y causa de la NC, significamos las siguientes actuaciones realizadas para la determinación e incorporación de la OFIPI en el PC.07.

Según reunión celebrada el día 8 de febrero de 2016 por el Comité de Calidad, así consta en el Acta levantada al efecto, se acuerda la Revisión del Manual del Proceso PC-07, puesto que en el año 2015 se revisaron todos los procesos e indicadores de los subprocesos de la OTRI y, en consecuencia, durante el 2016 se realizarán el resto y se incluirán las Instrucciones Técnicas que correspondan para la gestión de los Programas Internacionales de I+D+I.

Tras la creación de la Oficina de Proyectos Internacionales y la dotación de recursos que la Institución realizó, se realizaron cursos formativos al personal adscrito a la misma. En este sentido dicha actuación puede verse reflejada en la siguiente ficha:



FICHA TÉCNICA DE ACCIÓN FORMATIVA

AÑO: 2016

SERVICIO: Gestión de la Investigación

CÓDIGO	(A cumplimentar por la Sección de Promoción Social)
DENOMINACIÓN	Introducción a los sistemas de gestión de la Universidad de Jaén.
DESTINATARIOS	Personal adscrito a la Oficina de Proyectos Internacionales.
REQUISITOS/CRITERIOS DE SELECCIÓN	
DURACIÓN EN HORAS	4.
TOTAL DE PARTICIPANTES	6.
Nº DE EDICIONES	
PARTICIPANTES/EDICIÓN	
CALENDARIO DE EJECUCIÓN	7 y 8 de junio.
HORARIO	09:00 a 11:00
LUGAR DE IMPARTICIÓN	Universidad de Jaén
OBJETIVOS	<p>Informar de los sistemas de gestión estratégica, de la calidad y la excelencia implantados en la Universidad de Jaén.</p> <p>Difundir los fundamentos básicos de los sistemas de gestión de la calidad (SIGC-SUA) y excelencia (EFQM) que permita comprender el valor aportado a la Universidad y a los sistemas de trabajo.</p> <p>Contextualizar y hacer comprensible cómo se integra el Servicio de Gestión de la investigación Y la Oficina de Proyectos Internacionales en el SIGC-SUA y en el marco de gestión EFQM de la Universidad.</p> <p>Conocer la estructura y gestión de procesos y documentación sobre calidad del Servicio de Gestión de la Investigación (SIGC-SUA) y la integración de la Oficina de Proyectos Internacionales.</p>



CONTENIDOS	<p>PROGRAMA:</p> <p>Día primero</p> <p>09:00-09:15 horas.</p> <p>I. Introducción: Presentaciones. Objetivos del curso y estructura. [Presentación de los participantes]. [Presentación del curso]. [Identificar aspectos de interés de los asistentes].</p> <p>09:15-09:45 horas.</p> <p>II. Introducción: Estrategia y Calidad en la Universidad. [Contextualizar evolución-Hoja de ruta-de la calidad]. [Sistema estratégico: Plan Estratégico de la Universidad de Jaén]. [Sistema estratégico: Sistema de Gestión técnica-operativa: SIGC-SUA]. [Sistema estratégico: Sistema global de gestión de la Universidad: EFQM].</p> <p>09:45-11:00 horas.</p> <p>III. Fundamentos básicos de los sistemas de gestión de la calidad y excelencia. [Sistemas de gestión de la calidad conforme a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008]. [El Modelo EFQM de excelencia en gestión].</p> <p>Día Segundo</p> <p>09:00-10:00 horas.</p> <p>IV. Servicio de Gestión de la Investigación en los sistemas SIGC-SUA y en EFQM de la Universidad. [Integración del Servicio de Gestión de la investigación y la Oficina de Proyectos Internacionales en el sistema de gestión SIGC-SUA]. [Integración del Servicio de Gestión de la investigación en el marco de gestión EFQM de la Universidad].</p> <p>10:00-11:00 horas.</p> <p>V. Taller. Aproximación a una propuesta de Integración de la Oficina de Proyectos Internacionales en el sistema de gestión SIGC-SUA y el marco en el marco de gestión EFQM de la Universidad. [Planteamiento de la cuestión]. [Propuestas de los participantes].</p>
-------------------	--



	[Conclusiones finales].
COORDINADOR DEL CURSO (si lo hay)	
FORMADORES	Antonio Martínez Olea. Servicio de Planificación y Evaluación (3 horas) Roberto Fornes de la Casa (1 hora)
PRESUPUESTO POR EDICIÓN	Profesorado:
	Medios y Material didáctico:
	Otros:
	TOTAL:
MATERIAL NECESARIO	Presentación de apoyo. Documentación SIGC-SUA y Memoria EFQM (digital).
OBSERVACIONES	

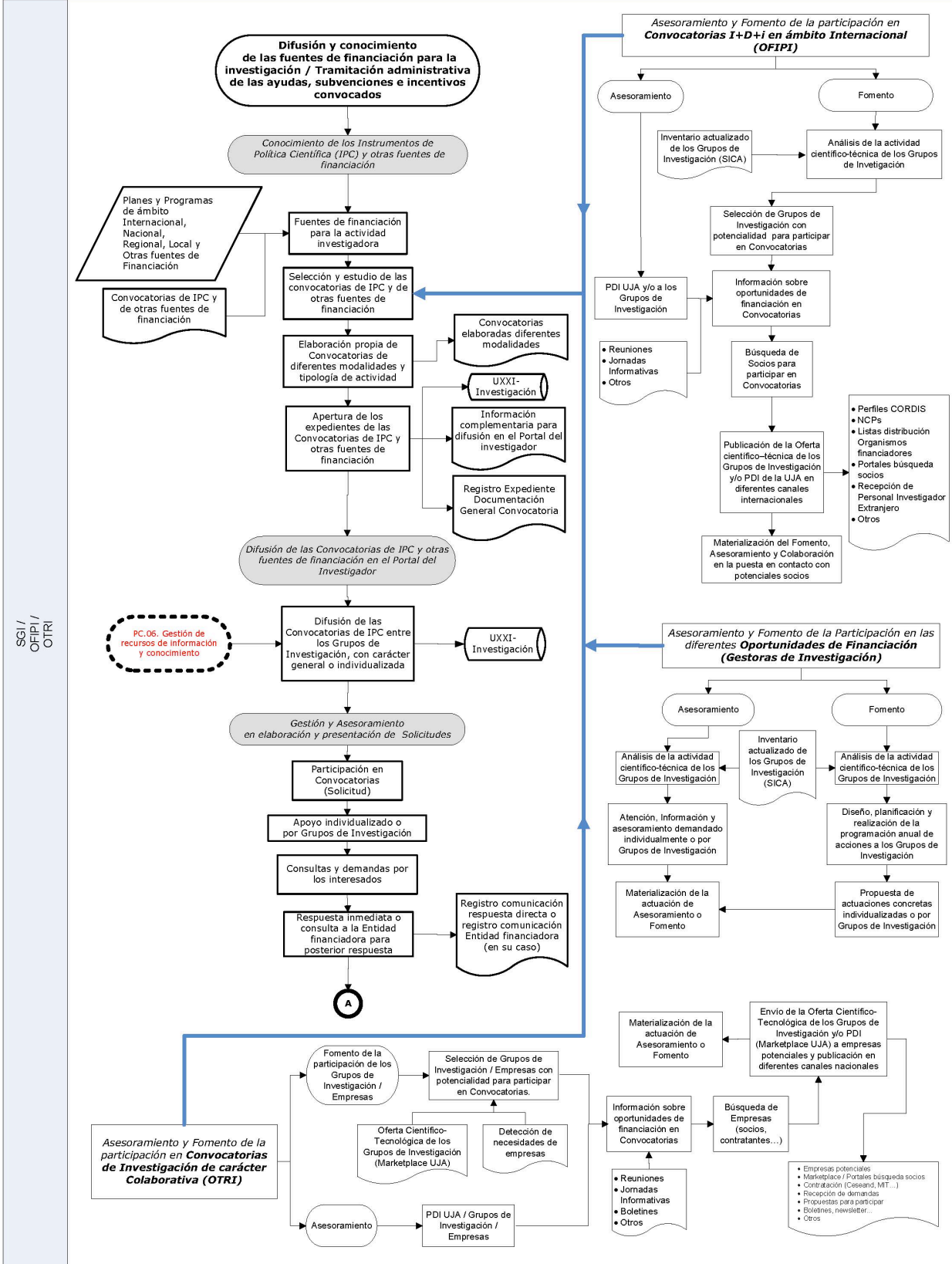
Impartida la formación, se constituye un Grupo de Trabajo integrado por miembros del este Servicio de Gestión de la Investigación (Roberto Fornes-Jefe de Sección de Investigación Básica-, David Susi –Jefe de Negociado-, Lourdes Castro –Gestora de Investigación-, Aurora Cancio –Jefa de Sección de Investigación Aplicada-, María Contreras –Técnica OTRI- y Fermín Lucena –Técnico OTRI-), donde como cronograma de trabajo se determina la revisión de los flujogramas correspondientes y posterior revisión del documento global a los efectos de las modificaciones que surjan en los registros, formatos, indicadores, etc.

Se fija y planifica que todos los miércoles en horario de 9:30 a 10:30 se realizarán las sesiones de trabajo, siendo la primera realizada el 21 de septiembre de 2016, solamente interrumpidas por los periodos vacacionales que afectan al calendario laboral.

Actualmente y a si se acompaña como evidencia, está prácticamente realizada la revisión de todos los flujogramas del proceso Gestión de Apoyo a la Actividad Investigadora (PC.07.1) [Gestión Técnico Administrativa y Económica de la Actividad Investigadora Subvencionada (PC.07.11) - 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 (PC.07.111) - Gestión de las Ayudas o Subvenciones a Grupos de Investigación, a Proyectos de Investigación y para la Investigación de Carácter Específico y/o Individual (PC.07.112) - Gestión de los Programas de Incorporación y Perfeccionamiento de los Recursos Humanos en las Actividades Investigadoras (PC.07.12) - Gestión de las Convocatorias de Programas de Recursos Humanos para la Investigación (PC 07.121) - Gestión de los Programas de Personal Investigador en Formación y Posdoctoral (PC 07.122)], quedando pendiente de acabar el proceso Gestión para la Incorporación de Colaboradores en Actividades de Investigación (PC 07.123). Significar que se ha tomado la decisión de eliminar el proceso Gestión de Ayudas para el Perfeccionamiento y la Formación del Personal que Desarrolla Actividades de Investigación (PC 07.124), ya que el mismo se encuentra incluido en todos aspectos en el PC.07.112.



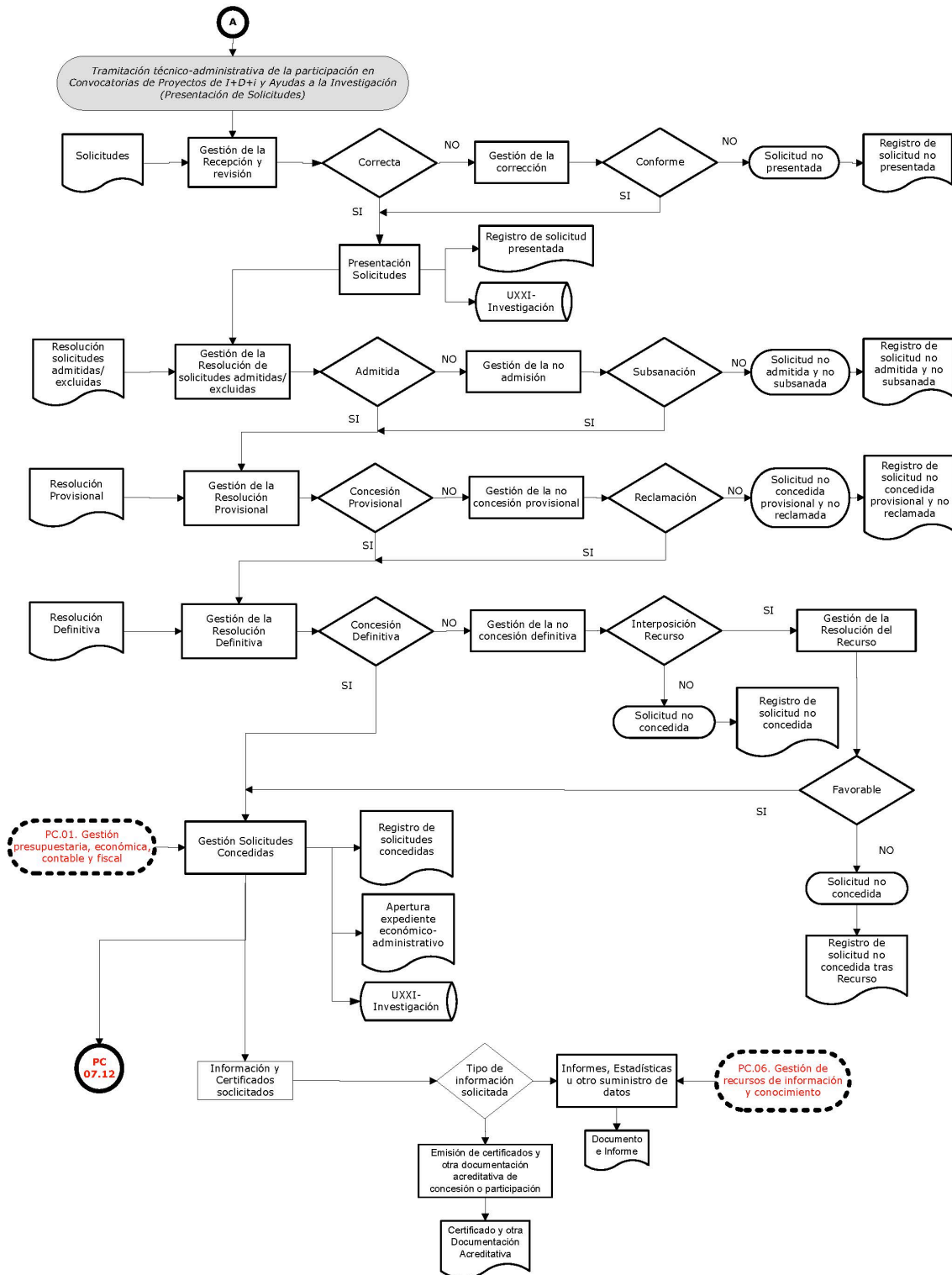
PC 07.- GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LA TRANSFERENCIA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN
PC 07.1.- GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA
PC 07.1.1.- GESTIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA Y ECONÓMICA DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA SUBVENCIONADA
PC 07.1.1.1.- GESTIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE PROPUESTAS DE SOLICITUDES DE SUBVENCIONES E INCENTIVOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES INVESTIGADORAS





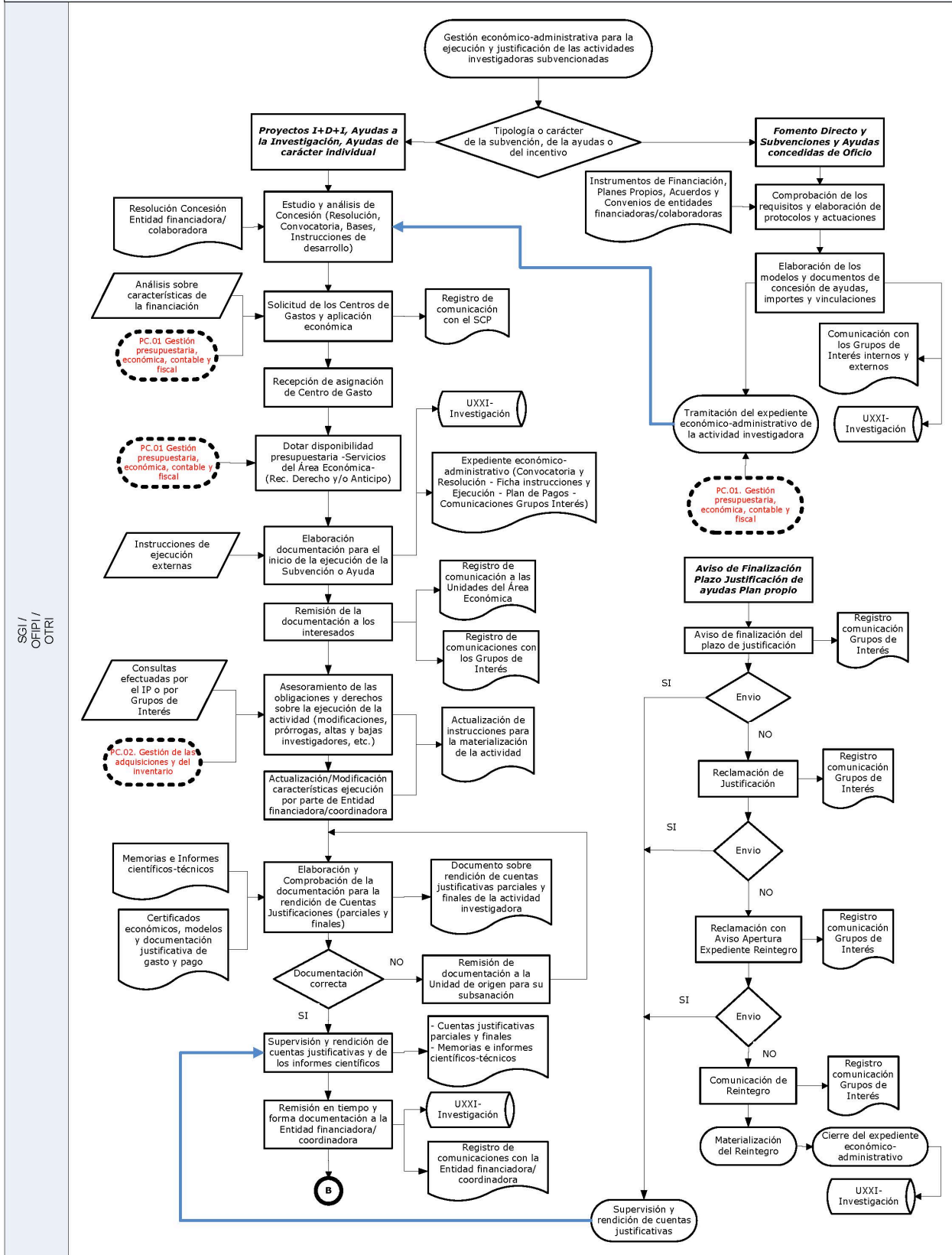
PC 07.- GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LA TRANSFERENCIA DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
PC 07.1.- GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA
PC 07.11.- GESTIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA Y ECONÓMICA DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA SUBVENCIONADA
PC 07.111.- GESTIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE PROPUESTAS DE SOLICITUDES DE SUBVENCIONES E INCENTIVOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES INVESTIGADORAS (CONTINUACIÓN)

SGI / OFIPI / OTRI





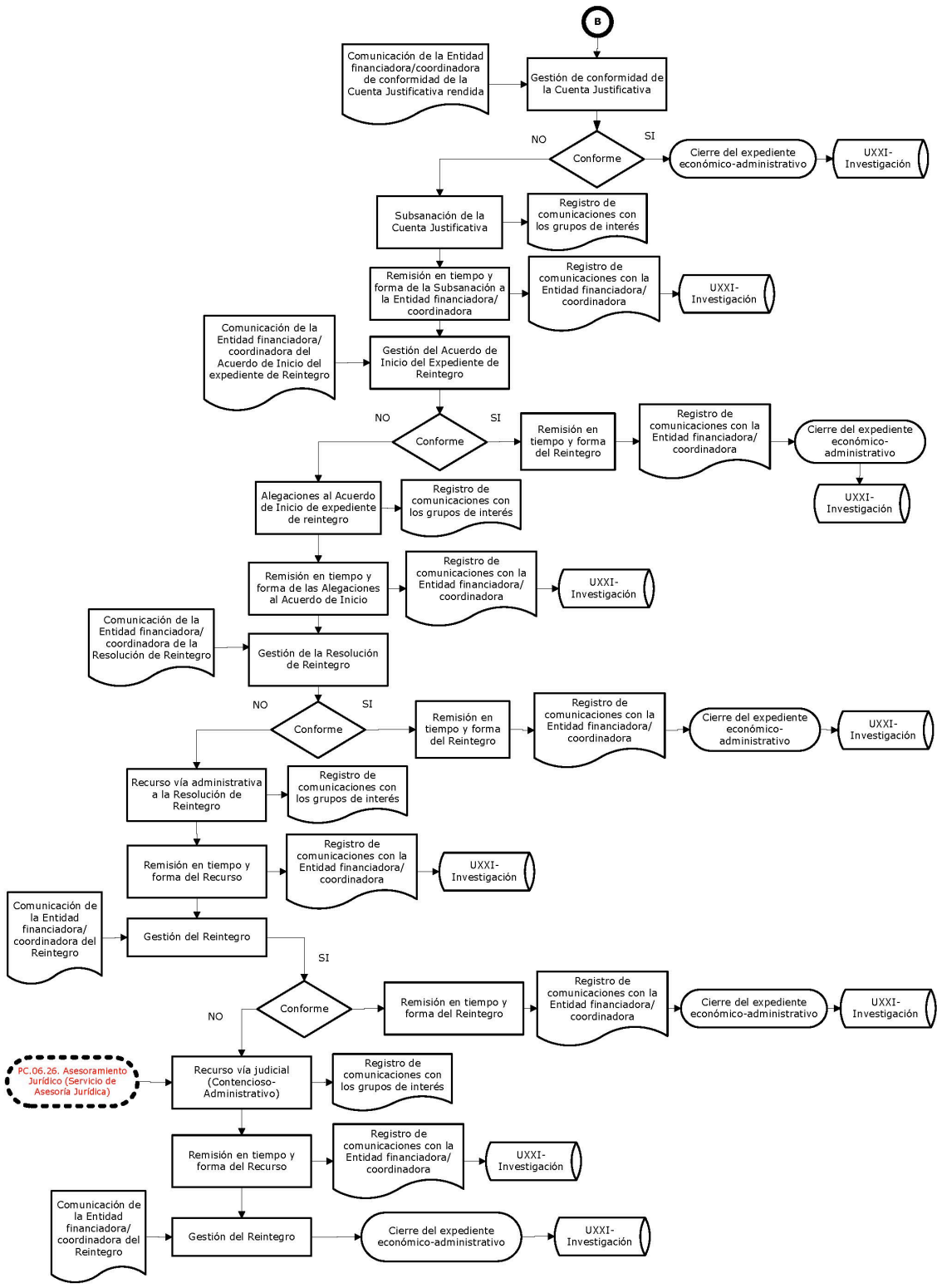
PC 07.- GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LA TRANSFERENCIA DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
PC 07.1.- GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA
PC 07.11.- GESTIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA Y ECONÓMICA DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA SUBVENCIONADA
PC 07.11.2.- GESTIÓN DE LAS AYUDAS O SUBVENCIONES A GRUPOS DE INVESTIGACIÓN, A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y PARA LA INVESTIGACIÓN DE CARÁCTER ESPECÍFICO Y/O INDIVIDUAL





PC 07.- GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LA TRANSFERENCIA DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
PC 07.1.- GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA
PC 07.11.- GESTIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA Y ECONÓMICA DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA SUBVENCIONADA
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

SGL / OFPI / OTRI





Se ha establecido que la incorporación de los procesos de la OFIPI al PC.07 queden integrados en los ya desarrollados en esta Unidad, ya que su secuencia estaba reflejada en los que se venían desarrollando e implementando actualmente y que solamente su especificidad geográfica, es decir, el carácter internacional de los fondos o de las entidades e instituciones que financian estas actividades investigadoras no otorgan un carácter diferenciación en el proceso llevado a cabo en su gestión económica-administrativa de los mismos.

Se prevé que comiencen los trabajos de revisión del PC.07.2, a mediados del mes de abril de 2017, teniendo para finales del próximo verano finalizado todo el proceso de revisión del Proceso Clave.

Por lo tanto, a finales de octubre se habrá modificado totalmente el PC.07, registros, documentos, indicadores, etc., enviándose al SPE en tal fecha para su aprobación y publicación definitiva.

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

PROCEDE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS:	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
JUSTIFICACIÓN, EN SU CASO, DE LA NO PROCEDENCIA DE ACCIONES				
DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LA SOLUCIÓN O ACCIONES TOMADAS				
Determinar una planificación concreta y un cronograma de actuaciones e implementación, donde se detallan los hitos y se especifique la consecución de los objetivos previstos inicialmente.				

	2016			2017		
	Junio	Junio	Sept. / Dic.	Enero / Junio	Jul. / Sept.	Oct.
Creación Grupo de Mejora						
Formación						
Revisión Flujogramas						
Revisión Integra PC.07						
Entrega SPE						

**VI. FICHA DE NO CONFORMIDAD. PAC. nº B-PC05.**

No se evidencia la propuesta de acciones de mejora ni objetivos de procesos propios durante los años 2016 y 2017 en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Gestionada por este Servicio.

 UNIVERSIDAD DE JAÉN	INFORME DE NO CONFORMIDAD	
	PROCEDENTE DE: Auditoría de certificación Nº: 01/2017 Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03	R.[PD 04]-01 R.[PD 05]-01
		Nº No Conformidad: B
	Fecha: 23/03/17	

IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	
PROCESO / S:	PC 05 Gestión Integrada de los Recursos Humanos.
DESCRIPCIÓN: En relación a la mejora, en contra de lo propuesto por la norma de referencia:	
Evidencias: B. No se evidencia la propuesta de acciones de mejora ni objetivos de procesos propios durante los años 2016 y 2017 en servicio de PRL.	
Apdo. Norma ISO 9001:2008: 8.5.2. Categoría N.C. Menor	
CAUSA: La carga de trabajo diario ha impedido tener actualizada la documentación relativa a la puesta en marcha de las mejoras efectuadas. Las cuales están en proceso de implantación.	
DETECTADA POR:	FIRMA RESPONSABLE PROCESO AUDITADO:
Informe de auditoría de certificación de fecha 23/03/2017 (Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03).	
Auditor Jefe: La firma procede en caso de no conformidades identificadas en auditorías o seguimientos realizados por auditores internos	Nombre
Observación:	



IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

PROCEDE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS:	Sí	X	No
JUSTIFICACIÓN, EN SU CASO, DE LA NO PROCEDENCIA DE ACCIONES			
DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LA SOLUCIÓN O ACCIONES TOMADAS			
Se inicia la documentación de las acciones de mejora iniciadas durante el año 2016 correspondientes a:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantación de un programa de gestión de PRL 2. Modificación sustancial del proceso de solicitud de equipos de protección, mediante la implantación de un parte electrónico en Universidad Virtual que facilite la gestión de este proceso por las unidades intervinientes en el mismo 			
Para evitar que se vuelva a repetir situaciones similares, se establecen cuatro reuniones anuales de seguimiento de los procesos y acciones de mejora iniciadas con el objetivo de mantener actualizada la documentación correspondiente.			

FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS

Nº	ACCIÓN/ES PROPUESTA/S:	IMPLANTACIÓN
	ACCIÓN: Implantación de un programa informático de gestión de Prevención de Riesgos Laborales. Se anexa en hoja aparte una relación de acciones realizadas hasta el momento relativo a esta mejora y el plan de implantación a seguir.	RESPONSABLE: Eva M ^a Fernández Serrano FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN: Segundo trimestre 2018 FIRMA DEL RESPONSABLE:
	PROPUESTA POR: Equipo Calidad Servicio PRL	

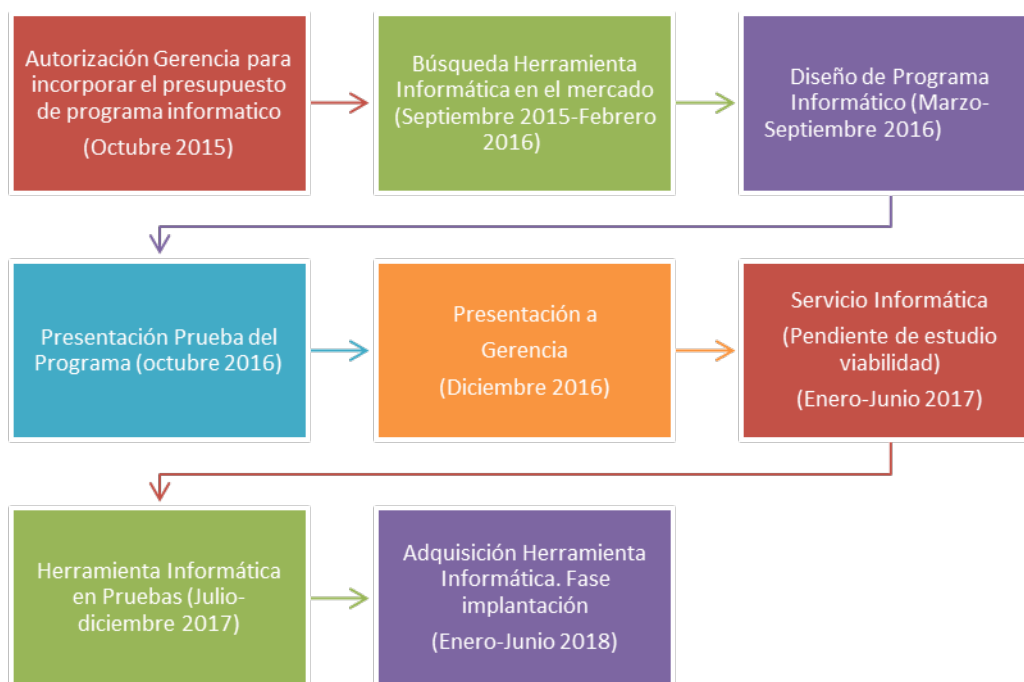
FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS

Nº	ACCIÓN/ES PROPUESTA/S:	IMPLANTACIÓN
	ACCIÓN: Modificación sustancial del proceso de solicitud de equipos de protección, mediante la implantación de un parte electrónico en Universidad Virtual que facilite la gestión de este proceso por las unidades intervinientes en el mismo. Se anexa planificación para la implantación de la mejora.	RESPONSABLE: Carmen Rosario Mesa Barrionuevo FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN: Tercer trimestre 2018 FIRMA DEL RESPONSABLE:
	PROPUESTA POR:	



Planificación Implantación Programa Informático de Gestión PRL (2016/2018)

Planificación



Acciones Desarrolladas/Evidencias

19/octubre/2015. Reunión con Gerencia, autorización para iniciar proceso de búsqueda de programa informático de gestión.

17/noviembre/2015. Reunión con Edmundo López del Instituto de Innovación Ciencia y Empresa. Consultor Norma Pro. para adaptación específica a herramienta de gestión informática

8/abril/2016. Reunión de trabajo con Informático de la Empresa del Instituto de Innovación Ciencia y Empresa para describir los procesos a integrar en la herramienta de gestión.

3/octubre/2016. Presentación Adaptación Norma Pro como herramienta de gestión PRL

14/noviembre/2016: Requisitos informáticos para trasladar a Servicio de Informática y petición reunión con empresa y servicio de prevención.

21/febrero/2017: Confirmación del Servicio de Informática de inclusión del programa PRL en la lista de objetivos 2017



Planificación Modificación Proceso Solicitud Equipos de Protección, mediante la implantación de un parte electrónico en Universidad Virtual (2016/2018)

Planificación

