

## REVISIÓN ANUAL DEL SISTEMA. PROCESOS ESTRATÉGICOS PE.01. PLANIFICACIÓN Y MEJORA CONTINUA Y PE.02. RETROALIMENTACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.

- ACUERDOS Y PROPUESTAS DEL COMITÉ DE CALIDAD. CICLO 2018.
- INFORME FINAL DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD Y DIRECTRICES DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN CICLO 2017.

### CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

<b>Elaborado por:</b> Coordinación Técnica (Servicio de Planificación y Evaluación)	<b>Aprobado por:</b> Comité de Calidad
<b>Nombre:</b> Jacinto Fernández Lombardo	<b>Nombre:</b> Juan Gómez Ortega.
<b>Cargo:</b> Jefe del Servicio	<b>Cargo:</b> Rector de la Universidad de Jaén. Presidente del Comité de Calidad.
<b>Fecha:</b> 10-05-2008	<b>Fecha:</b> 10-05-2008
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

### *ESTRUCTURA DEL INFORME*

#### PORTADA Y CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN.

I. INFORME RESUMEN/EJECUTIVO.....	Pág.2
II. VALORACIÓN Y PROPUESTAS DEL COMITÉ DE CALIDAD CICLO 2018. ....	Pág.4
III. DESARROLLO. INFORME DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD CICLO 2017.....	Pág.6
IV. INFORME DE SEGUIMIENTO DE LAS DIRECTRICES/RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN CICLO 2017. ....	Pág.8
V. IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DE CERTIFICACIÓN DE ABRIL 2017 Y AUDITORÍAS INTERNAS. .	Pág.15

## I. INFORME FINAL DE SEGUIMIENTO. RESUMEN EJECUTIVO.

### VALORACIÓN GENERAL DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN.

De acuerdo con el cuadro resumen el grado de implantación es el siguiente:

- Objetivo de calidad: Objetivo (nº 1) cumplimiento.
- Directrices: 4 Directrices (nº 1, 2, 3 y 4) están asociadas al objetivo de calidad o acuerdos.
- Acuerdos: Nº 1 formalmente cumplido y con alguna actividad. Nº 2 cumplido en los términos de la revisión de la planificación. Nº 3 cumplido en los términos de la revisión. Nº 4 cumplido en los términos de la planificación. Nº 5 cumplido en los términos de la revisión.

### CUADRO RESUMEN.

<i>Objetivo /Directriz/ Acuerdo</i>	<i>Resultado final en el ciclo de gestión</i>
Objetivo de calidad Nº 1. Adaptación del SIGC-SUA a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad.	Sin perjuicio de que los resultados referidos al proceso de adaptación del SIGC-SUA UNE-EN ISO 9001:2015 dependan de la evaluación de la auditoría externa, se han realizado las actuaciones de adaptaciones que se planificaron para ajustar el SIGC-SUA a la Norma ISO 9001: 2015, así como cursos y talleres de capacitación. Se acordó en revisión, completar el plan de difusión en siguientes ciclos. Se cumple los objetivos del cuadro de indicadores asociados.
Directriz Nº 1. Continuidad, actualización e interrelación del SIGC-SUA.	Asociada al Objetivo de Calidad 2017. Se mantiene la actualización de la certificación del SIGC-SUA conforme a la Norma ISO 9001:2015.
Directriz Nº 2. Actividades de capacitación y comunicación.	Asociada al acuerdo 5 y al Objetivo de Calidad 2017. Plan de formación en la nueva Norma ISO 9001:2015.
Directriz Nº 3. Continuar las actividades orientadas a la revisión, racionalización y optimización del SIGC-SUA	Asociada y desarrollada en el Acuerdo nº 1.
Directriz Nº 4. Desarrollo en varios ciclos, si fuese necesario, para completar la aplicación definitiva de la elaboración de nuevas cartas de servicios y la aplicación extensiva de planes de benchmarking	Contemplado en Planificación, Desarrollo y Seguimiento del SIGC-SUA.
Acuerdo Nº 1. Grupos y subgrupos de trabajo del SIGC-SUA.	Aprobados los grupos, funciones y su composición por el Comité de Calidad y convocados los equipos de trabajo para retomar actividades. Actividad no continuada.
Acuerdo Nº 2. Planes de benchmarking.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la revisión de la planificación: .- Elaboración de una metodología para el desarrollo de actividades de Benchmarking y actividad de evaluación comparativa de indicadores en grupo de trabajo externo. Acuerdo Comité de Calidad en revisión: .- Aplazar al siguiente ciclo la presentación de estudios de propuestas por las Unidades. La ejecución se mantiene para el siguiente ciclo tal como se planificó.
Acuerdo Nº 3. Revisión de las cartas de servicios.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la revisión de la planificación: .- Elaborado el cuadro de información para la actualización. Propuesta de revisión de servicios y compromisos por la Unidades. Acuerdo Comité de Calidad en revisión:



	- Aprobación del diseño y su ejecución se realice en el siguiente ciclo de gestión, basándose en la propuesta de servicios y compromisos de calidad asociados.
Acuerdo Nº 4. Aplicación plan de mejoras de los procesos.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación: - Verificación del grado de implantación.
Acuerdo Nº 5. Acciones formativas de adaptación a la revisión de la Norma ISO 9001: 2015.	De acuerdo con la propuesta de formación, se han realizado los siguientes Cursos planificados: .- Curso 1. Adaptación a la nueva Norma ISO 9001:2015. .- Curso 2. Taller intensivo ISO 9001 Norma ISO 9001:2015: Acuerdo Comité de Calidad en revisión: Aplazar al ciclo siguiente: Curso 3. Auditor Interno. Curso 4. Auditor jefe de sistema

## II. VALORACIÓN Y PROPUESTAS DEL COMITÉ DE CALIDAD.

### 1. VALORACIÓN.

- En este ciclo de gestión no se ha completado la totalidad de las actividades que inicialmente se planificaron, si bien se ha considerado la Directriz Nº 4 del Consejo de Dirección de priorizar sobre el objetivo de calidad y desarrollar otros acuerdos en varios ciclos.
- En el sentido expuesto, la parte esencial del objetivo de calidad sobre la revisión y actualización del SIGC-SUA para adaptarlo a la Norma ISO 9001:2015 se ha cumplido en los términos planificados, siguiendo el documento de Orientaciones de implantación adaptaciones SIGC-SUA ISO 9001 2015. Resaltamos entre los cambios:
  - Revisión del Manual de Calidad.
  - Revisión de los Procesos Estratégicos
  - Nuevo proceso de apoyo de gestión de riesgos y oportunidades.
  - Ampliación en todos los procesos del análisis de contexto, necesidades, expectativas y requisitos de calidad relacionados con los grupos de interés de los procesos, gestión de riesgos y oportunidades con identificación de acciones de mejora.
- Un aspecto colateral para el objetivo de calidad ha sido realizar las actividades de formación y capacitación en los cambios de la Norma ISO 9001: 2015. Aunque se decidió aplazar para el siguiente ciclo de gestión el plan de difusión y la formación para la capacitación de auditores internos.
- Sobre el grado de ajuste de las adaptaciones emprendidas respecto a las exigidas por la Norma ISO 9001:2015, obtendremos la información que nos proporcionen los auditores externos y servirá de base para acometer la implantación efectiva de los nuevos requisitos del sistema de gestión. Se estima que ha de seguir siendo un objetivo de calidad profundizar y mejorar la referida implantación.
- De nuevo se hace necesario dar continuidad en el siguiente ciclo de gestión de los acuerdos no completados en todos sus objetivos planificados. Especialmente, el nuevo sistema de cartas de servicios.
- Se han mantenido en este ciclo los grupos y subgrupos de trabajo del SIGC-SUA, con alguna actividad pero sin la continuidad adecuada, en parte, condicionado a la prioridad de acometer las adaptaciones del SIGC-SUA a la Norma ISO. Se sigue estimando positivo que las revisiones, avances y perfeccionamiento del SIGC-SUA sean el resultado de la reflexión colectiva y de la actividad que realicen los grupos de trabajo.
- La integración del SIGC-SUA con el Plan Estratégico (PEUJA) y el Modelo EFQM de Excelencia ha sido un principio permanente, por ello se apreció en el anterior ciclo que habría de ser un objetivo constante del SIGC-SUA, sin necesidad de definirlo anualmente en objetivos de calidad o acuerdos. Sin embargo, el despliegue del PEUJA se realiza, entre otras herramientas, mediante fichas de objetivos funcionales de los Servicios y Unidades Administrativas, la posible integración de este elemento de gestión en el SIGC-SUA, reforzaría la planificación e interrelación de los procesos para el despliegue de la estrategia, finalidad última de este sistema de gestión.

## 2. APROBACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD CICLO 2018.

- Objetivo nº 1/2018.

Plan de implantación, seguimiento y revisión de los cambios realizados en el SIGC-SUA para la adaptación de los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad.

## 3. PROPUESTAS DE ACUERDOS DEL COMITÉ DE CALIDAD CICLO 2018.

1. Realizar el plan de difusión del SIGC-SUA adaptado.
2. Realizar, según necesidades detectadas, los cursos de auditor interno y de auditor jefe.
3. Continuar los procesos de racionalización y optimización del SIGC-SUA a través del equipo de trabajo actualmente constituido. Especialmente, se atenderá la revisión del actual sistema y documentación de los procesos.
4. Concluir la revisión de las cartas de servicio, a través del equipo de trabajo actualmente constituido.
5. Iniciar el desarrollo de planes de benchmarking, al menos, mediante la evaluación comparativa de resultados.
6. Realizar un estudio que permita disponer de una metodología de integración y seguimiento en el SIGC-SUA de los objetivos funcionales de los Servicios y Unidades Administrativas que se asignan para el despliegue del Plan Estratégico (PEUJA).
7. Realizar un informe sobre el análisis de contexto que han realizado las Unidades en el marco de la gestión de riesgos y oportunidades, a efecto de conocimiento y valoración por el del Consejo de Dirección.

## 4. PROPUESTAS DEL COMITÉ DE CALIDAD CICLO 2018.

Se incorporan las propuestas de nuevos objetivos de calidad y mejora de la gestión del SIGC-SUA que realizan las Unidades a través de los informes de procesos, a efectos de debate y estimación por el Comité de Calidad.

### EXTRACTO DE PROPUESTAS:

<p>01-PC01. SCI. MEJORA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la accesibilidad al contenido de las distintas Instrucciones Técnicas recogidas en los Manuales de los Procesos Claves del SIGC-SUA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relacionar las I.T. con su contenido en el Manual o como documentación del sistema, para agilizar su consulta y favorecer una visión de conjunto de cada uno de los procesos claves, así como la detección de las posibles incompatibilidades entre ellas.</li> </ul>
---------------------------------	--	--

### Comentario técnico:

Puede quedar incorporada como un objetivo en el acuerdo nº 3

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
02-PC01. SCI. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la accesibilidad a los formatos que conforman los distintos procesos claves, enumerados en los Manuales de los Procesos Claves del SIGC-SUA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer la consulta del contenido de los distintos formatos que conforman el proceso clave.</li> </ul>

**Comentario técnico:**

*Puede quedar incorporada como un objetivo en el acuerdo nº 3*

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
03-PE02. SINF. COORDINACION TÉCNICA SPE. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora del sistema de encuestas generales: Retroalimentación del campo observaciones</li> </ul>	Disponer de información y propuestas de mejora de los usuarios.

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
04-PE02. SINF. COORDINACION TÉCNICA SPE. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora del sistema de encuestas generales: Incremento tasa respuesta colectivo estudiantes EG del SINF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseguir el incremento de la tasa de respuesta, para que los resultados de la Encuesta General del SINF sean más representativos en el colectivo de estudiantes.</li> </ul>

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
05-PE02. SINF. COORDINACION TÉCNICA SPE. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la retroalimentación de los usuarios en Encuestas Generales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseguir el incremento de la tasa de respuesta, para que los resultados de la Encuesta General del SINF sean más representativos en el colectivo de estudiantes.</li> </ul>

**Comentario técnico:**

*Puede quedar incorporada en los planes anuales de revisión del sistema de retroalimentación o incorporar un acuerdo específico*

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
06-PC 12.22. SAG. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio para llevar a cabo el acondicionamiento de los depósitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conservación adecuada de la documentación</li> </ul>

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
07-PC 12.21. SAG. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar los instrumentos necesarios para abordar la administración-e. Desarrollo de las herramientas de archivo necesarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abordar la administración-e.</li> </ul>

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
08-PC 12.21. SAG. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación en gestión documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación del personal administrativo en gestión documental y administración-e</li> </ul>

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
09-PC 12.23. SAG. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difusión del Archivo General. Campaña de promoción del Archivo General mediante una actividad <i>gamificada</i> para el Día de los Archivos (9 de junio).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar visibilidad y promocionar el Archivo General.</li> </ul>

<b>Nº propuesta</b>	<b>Propuesta.</b>	<b>Objetivo de la propuesta</b>
10-PC 12.21. SAG.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración de la documentación. Presentación de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eliminación y conservación de la</li> </ul>



<i>MEJORA</i>	dos propuestas de valoración a la Comisión Calificadora de documentos de la UJA	documentación
---------------	---	---------------

**Comentario técnico:**

*Estimamos que se ajusta a mejoras del proceso concreto de gestión documental.*

## DESARROLLO

### III. INFORME DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD CICLO 2017.

#### OBJETIVO DE CALIDAD OC-1/2017.

Adaptación del SIGC-SUA a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad.

#### DIRECTRIZ ASOCIADA. NÚMERO 1.

La línea estratégica del PEUJA II (RS83) establece que se ha de Mantener, consolidar e integrar los sistemas de gestión normalizados. La aplicación en el ámbito de la gestión técnica está garantizada por la gestión continuada y consolidada del SIGC-SUA, actualizarlo a los nuevos requisitos de la norma ha de ser una oportunidad de enriquecer y mejorar nuestro sistema de gestión orientados a la mejora continua, así como de ir haciendo realidad la integración de sistemas que indica la estrategia, complementado con otra línea que nos conduce a avanzar hacia la excelencia mediante el desarrollo de modelos de referencia que aporten una visión global e integrada de la gestión (RS84), esto es, a una integración del SIGC-SUA con el Plan Estratégico, los procesos académicos y el modelo de gestión EFQM, continuando así las actuaciones ya realizadas en anteriores ciclos.

#### RESULTADOS Y VALORACIÓN:

- Sin perjuicio de que los resultados referidos al proceso de adaptación del SIGC-SUA UNE-EN ISO 9001:2015 dependa de la certificación que realicen los auditores externos, se han realizado las siguientes actuaciones de adaptación:
  - .- Elaboración del documento/guía de Propuesta de adaptación del SIGC-SUA a los requisitos de la NORMA UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad.
  - .- Adaptación y nueva versión del Manual de Calidad, mapa de documentación del SIGC-SUA y mapa de procesos.
  - .- Diseño de nuevo Procedimiento Documentado (PD06) de gestión de Riesgos y Oportunidades, que sustituye al Procedimiento Documentado de Acciones Preventivas.
  - .- Adaptación y revisión de los procedimientos estratégicos y documentados.
  - .- Inclusión en la documentación de los procesos del análisis de contexto interno y externo, complementado el análisis de grupos de interés con los requisitos de calidad asociados, elaborado el cuadro de gestión de riesgos y oportunidades, actualizado el inventario de recursos del plan de seguridad documental del SIGC-SUA y reforzando la comunicación externa a usuarios apoyándose en el Plan de Comunicación del SIGC-SUA.
- Respecto a los planes de difusión y capacitación en apoyo del punto anterior de adaptación del SIGC-SUA, se han realizado las actuaciones que se aprobaron en el alcance revisado del Objetivo de calidad:
  - .- Plan de actualización de formación de técnicos en la norma UNE-EN ISO 9001:2015 de técnicos/gestores SPE. Curso 1. Adaptación a la nueva Norma ISO 9001:2015.
  - .- Plan de actualización de formación de auditores internos colaboradores en la norma UNE-EN ISO 9001:2015. Curso 2. Taller intensivo ISO 9001 Norma ISO 9001:2015.
  - .- Mediante asistencia y apoyo personalizado se ha proporcionado asesoramiento técnico a los responsables de Unidad sobre la aplicación de la metodología diseñada para realizar las adaptaciones.
- Otros hitos establecidos en planificación del objetivo de calidad:
  - .- Se ha constituido el Equipo Trabajo adaptación del SIGC-SUA. Presentada la propuesta de adaptación que fue aprobada por el Comité de Calidad. La valoración técnica de los resultados de la adaptación se



realiza en la reunión de final de ciclo del Comité de Calidad.

- Se ha de aplicar de forma efectiva el diseño adaptado a la documentación del SIGC-SUA, verificado mediante control de actuaciones en auditoría interna.
- Se incluye como anexo relación de procesos con realización de actuaciones de adaptación planificadas.
- Se ha realizado documento de explicación de actuaciones para los auditores externos de certificación.
- Se ha elaborado un plan de capacitación, las correspondientes fichas de formación de los cursos y talleres realizados, así como datos de participación.

#### Indicadores del Alcance del objetivo de calidad.

Indicador	
	1) O_1/2017.1. Cumplimiento en fecha del desarrollo del Objetivo de calidad. Segmentación por puntos de despliegue de las actividades. Expresados en número de acciones y en porcentaje de ejecución. <i>Se identifica 9 actuaciones s claves o hitos. Grado de cumplimiento 100%.</i>
	2) O_1/2017.2. Porcentaje de procesos claves que han aplicado los cambios documentales requeridos de acuerdo con el diseño de adaptación SIGC-SUA, fundado en informe de auditoría interna. <i>La totalidad de los procesos estratégicos y claves. Grado de cumplimiento 100%.</i>
	3) O_1/2017.3. Número de no conformidades en Informe de Auditoría externa de renovación del SIGC-SUA. <i>Pendiente de auditoría externa de certificación.</i>
	4) O_1/2017.4. Porcentaje de técnicos con responsabilidad en Coordinación Técnica con formación UNE-EN ISO 9001:2015. <i>Número de asesores Técnicos de calidad 4. Realización del curso y taller 100%.</i>
	5) O_1/2017.5. Números de auditores internos colaboradores formados en la norma UNE-EN ISO 9001:2015. Expresar, además, en porcentaje respecto al cuadro de auditores colaboradores activos. <i>25 auditores, 86%.</i>
	6) O_1/2017.6. Cumplimiento en fecha del desarrollo del Plan de difusión y capacitación. Segmentación por puntos de despliegue de las actividades. <i>El plan de difusión contemplaba cuatro actuaciones, se han elaborado dos (curso inicial y taller) el resto ha sido pospuesto por el Comité de Calidad para el siguiente ciclo. Grado de cumplimiento 100%.</i>

#### DOCUMENTOS ASOCIADOS.

Los documentos metodológicos son:

[Orientaciones implantación adaptaciones SIGC-SUA ISO 9001 2015](#). Documento en PDF.

La ficha del objetivo de calidad puede consultarse en el [documento Informe Semestral de Seguimiento del Ciclo de Gestión del SIGC-SUA 2017](#)

## IV. INFORME DE SEGUIMIENTO DE LAS DIRECTRICES/ RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN CICLO 2017.

### DIRECTRIZ 1.

DIRECTRIZ 1. La línea estratégica del PEUJA II (RS83) establece que se ha de Mantener, consolidar e integrar los sistemas de gestión normalizados. La aplicación en el ámbito de la gestión técnica está garantizada por la gestión continuada y consolidada del SIGC-SUA, actualizarlo a los nuevos requisitos de la norma ha de ser una oportunidad de enriquecer y mejorar nuestro sistema de gestión orientados a la mejora continua, así como de ir haciendo realidad la integración de sistemas que indica la estrategia, complementado con otra línea que nos conduce a avanzar hacia la excelencia mediante el desarrollo de modelos de referencia que aporten una visión global e integrada de la gestión (RS84), esto es, a una integración del SIGC-SUA con el Plan Estratégico, los procesos académicos y el modelo de gestión EFQM, continuando así las actuaciones ya realizadas en anteriores ciclos.

Ejecución

Asociada al Objetivo de Calidad 2017. Se mantiene la actualización de la certificación del SIGC-SUA conforme a la Norma ISO 9001:2015.

### DIRECTRIZ 2.

La implantación del objetivo de calidad que se aprueba debe ser, como indica el Comité de Calidad, una respuesta colectiva de todos los agentes que intervienen en el SIGC-SUA en el marco del principio de corresponsabilidad que inspiró el diseño del sistema. Es por ello que se ha de aprovechar la oportunidad y hacer posible la participación amplia, la difusión y explicación de las adaptaciones para mejorar los niveles de comprensión e interiorización de la gestión de los procesos y la calidad, tanto por las personas como por los usuarios de los servicios que se prestan. Por lo que parece adecuado que se incluyan en la planificación del objetivo de calidad las actividades de capacitación y comunicación que se estimen oportunas.

Ejecución

Asociada al acuerdo 5 y al Objetivo de Calidad 2017.  
Plan de formación en la nueva Norma ISO 9001:2015.

### DIRECTRIZ 3.

DIRECTRIZ 3. Consideramos que ha de aprovecharse la oportunidad de la adaptación del SIGC-SUA a la nueva Norma ISO: 9001:2015 para continuar las actividades orientadas a la revisión, racionalización y optimización del SIGC-SUA, en la búsqueda del equilibrio necesario entre la aplicación de los requisitos formales de la norma y la sistemática de la mejora continua, por una parte, y la adecuación y sentido práctico para la gestión y servicios que prestan las Unidades integradas en el SIGC-SUA, por otra. Este equilibrio debe favorecer el avance real en la implantación de la cultura de la calidad, donde la gestión de la calidad debe integrarse en la propia gestión de las actividades de las Unidades.

Ejecución

Asociada y desarrollada en el Acuerdo nº 1.

### DIRECTRIZ 4.

DIRECTRIZ 4. Los acuerdos para este ciclo dirigidos a completar actividades pendientes de ciclos anteriores han de impulsarse, pero instamos al Comité de Calidad que, en la planificación para el siguiente ciclo,

considere la prioridad del objetivo de calidad y capacidad real de abordar todos los acuerdos, y valore el desarrollo en varios ciclos, si fuese necesario, para completar la aplicación definitiva de la elaboración de nuevas cartas de servicios y la aplicación extensiva de planes de benchmarking. Consideramos que ha de reforzarse el compromiso entre lo óptimo y lo realmente posible, para conseguir el mejor nivel del grado de ejecución de los objetivos y acuerdos para cada ciclo.

Ejecución	Contemplado en Planificación, Desarrollo y Seguimiento del SIGC-SUA.
-----------	--

#### ACUERDO 1.

Que se organicen los grupos y subgrupos de trabajo que se estimen necesarios por el Comité de Calidad para la implantación del objetivo de calidad de Adaptación del SIGC-SUA, en el que queda incluido, además, la racionalización y optimización del sistema integrado de gestión de la calidad.

#### RESULTADOS Y VALORACIÓN:

- Aprobados los grupos, funciones y su composición por el Comité de Calidad en Planificación, Desarrollo y Seguimiento del SIGC-SUA y convocados los equipos de trabajo para retomar actividades (reunión general en enero). *Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación. (Indicador nº 1 de planificación).*
- Remitido documento de Programa Revisión SIGC-SUA ISO 9001 2015- para valoración del equipo. *(Indicador nº 2 de planificación).*
- Se valora que su actividad no ha sido continuada.

#### REVISIÓN:

No procedió.

#### DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- Sobre convocatoria y actividad: [Acta del Comité de Calidad del 23/01/2018](#)
- Documento. [Orientaciones implantación adaptaciones SIGC-SUA ISO 9001 2015. Documento en PDF](#)

#### ACUERDO 2.

Que se diseñen y activen Planes de Benchmarking que incluyan evaluaciones comparativas de resultados, aprendizaje y aplicación de buenas prácticas de gestión y mejoras.

#### RESULTADOS Y VALORACIÓN:

Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la revisión de la planificación:

- Elaboración de una metodología para el desarrollo de actividades de Benchmarking. *(Indicador nº 1 de planificación).*
- Actuaciones: participación en grupo de trabajo externo para la selección de indicadores y publicación en plataforma ámbitos: Universidad, biblioteca y Centros. *(Indicador nº 2 de planificación).*

#### REVISIÓN:

- Aplazar la presentación de estudios de propuestas por las Unidades al siguiente ciclo de gestión.
- La ejecución se mantiene para el siguiente ciclo tal como se planificó..

#### DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [La metodología para el desarrollo de actividades de Benchmarking.](#)

### ACUERDO 3.

Que se elaboren las nuevas cartas de servicios de los procesos/servicios prestados por las estructuras organizativas para la gestión.

#### RESULTADOS Y VALORACIÓN:

Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la revisión de la planificación:

- Reunión del equipo de cartas de servicios. Publicación de los resultados de los compromisos de calidad en el Portal de Transparencia. (*Indicador Nº 1 de planificación*).
- Elaborado el Cuadro de información para la actualización. Propuesta de revisión de servicios y compromisos por la Unidades. Se mantiene el Esquema de propuesta de difusión y publicación de las cartas de servicios a través de páginas web. (*Indicador Nº 1 de planificación*).

#### REVISIÓN:

Siguiendo la recomendación de la Directriz nº 4, se propone que la aprobación del diseño y su ejecución se realice en el siguiente ciclo de gestión, basándose en la propuesta de servicios y compromisos de calidad asociados.

#### DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Esquema Metodológico Cartas de Servicios.](#)
- [Información agrupada de cartas de servicios.](#)
- [Propuesta unidades modificación Cartas de Servicio-2018.](#)

### ACUERDO 4.

Que se proceda a realizar el análisis técnico y coordinación por la Gerencia de la implantación de las propuestas de acciones de mejora de los procesos.

#### RESULTADOS Y VALORACIÓN:

Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación:

- Valoración y autorización inicial de la Gerencia de las fichas de mejoras propuestas por las Unidades. (Indicador Nº 1 de planificación). (Indicador Nº 2 de planificación-100% autorizadas inicialmente).
- Verificación del grado de implantación de las mejoras: Plan Auditoría Interna. (Indicador Nº 1 de planificación). (Indicador Nº 2 de planificación-100% auditadas).

#### REVISIÓN:

No procedió.

#### DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Las fichas acciones de mejora de las Unidades.](#)
- Los resultados [Ver informes de Auditoría Interna Anual.](#)

### ACUERDO 5.

Que se desarrolle, en el marco del Plan de formación, acciones formativas de adaptación a la revisión de la Norma ISO 9001:2015 y se amplíe la formación y capacitación de auditores internos, que ya se acordaron en el anterior ciclo de gestión.

#### RESULTADOS Y VALORACIÓN:

Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la revisión de la planificación:

- Elaborada propuesta de formación en Norma ISO 9001:2015 y formación de nuevos auditores jefes de sistemas de gestión de la calidad para 2017.
- Se han realizado los siguientes Cursos planificados:



- Curso 1. Adaptación a la nueva Norma ISO 9001:2015.
- Curso 2. Taller intensivo ISO 9001 Norma ISO 9001:2015. (Indicador Nº 1 de planificación).

**REVISIÓN:**

Realización en el próximo ciclo de gestión de los cursos pendientes, según nuevas demandas y necesidades de auditores internos y cualificados.

**INDICADORES ASOCIADOS.**

1. Porcentaje participantes que han superado las acciones formativas.	100% (Curso 1: 27; Taller: 23)
2. Niveles de satisfacción con la formación recibida.	General. Curso 1: 4,44; Taller: 4,48
3. Evolución del número de Auditores internos colaboradores.	Total activos: 29. Colaboradores: 26
4. Incremento porcentual de auditores formados en Norma ISO 9001 (interno-IRCA). <i>Aplazado siguiente ciclo.</i>	Actualización ISO 9001 2015. 25 auditores, 86%

**DOCUMENTOS ASOCIADOS.**

■

## V. IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DE CERTIFICACIÓN DE MARZO 2017. INDICACIONES GENERALES.

### CONSIDERACIONES GENERALES DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA.

- Se incluye en este informe la valoración y aplicación de las indicaciones generales del informe de auditoría externa de marzo de 2016.

### EXTRACTO DE LAS INDICACIONES GENERALES AL SISTEMA DEL INFORME DE AUDITORÍA DE EXTERNA. MARZO 2017.

INDICACIONES DEL INFORME	LÍNEAS DE ACTUACIÓN. RESULTADOS/PROPUESTA
<p><b>CONCLUSIONES SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha realizado la Auditoría de Renovación al Sistema Integrado de Gestión de la Calidad implantado en los Servicios y Unidades Administrativas de la UNIVERSIDAD DE JAÉN (SIGC-SUA) en base a los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2008 y a los propios de la documentación del Sistema, concluyéndose que se encuentra adecuadamente desarrollado y mantenido, con la excepción de las <b>No Conformidades detectadas y reflejadas en el presente informe.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración del <b>informe de la Universidad de Jaén</b> sobre el Plan de Acciones Correctivas, que dan respuestas a las No Conformidades Menores identificadas en el informe de auditoría externa de renovación 2017.</li> <li><b>Aceptación del informe</b> por el auditor jefe de la auditoría de AENOR.</li> </ul>
<p><b>ESPECIFICIDADES DE LAS UNIDADES:</b> <b>Descripción de la No Conformidad:</b></p> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>Plan de Adecuación al ENS, elaborado en 2015. SIAG y SINFI.</li> <li>El desarrollo de los procesos y establecimiento de indicadores asociados en el Servicio de Gestión Académica, con NC abierta desde 2013.</li> <li>La implantación del nuevo procedimiento y notificación electrónicos. Sin planificación concreta. SIAG.</li> <li>Incorporación al SIGC_SUA de la Oficina de Proyectos Internacionales, operativa desde 2015. SGI.</li> </ol> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo: <b>Especificación del plan de mejora</b> por no conformidad en el informe anterior referido.</li> <li><b>Informe del estado de aplicación</b> en reunión del seguimiento de planificación (Comité de Calidad 23-01-2018).</li> <li>Verificación: Informe de verificación y cierre en auditoría interna anual</li> <li><b>Validación y cierre en auditoría externa</b> del ciclo 2017 (mayo 2018).</li> </ul>
<p><b>ESPECIFICIDADES DE LAS UNIDADES.</b> <b>Oportunidades de mejora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se anima a terminar de integrar la gestión ITIL con el SIGC-SUA en cuanto al desarrollo de procesos e indicadores. SINFI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.</b> Durante el 2017, se ha avanzado en la gestión económica y la determinación de costes en relación con los servicios</li> </ul>

- Se anima a terminar de incorporar al SIGC-SUA las instrucciones técnicas o criterios acordados sobre aspectos relacionados con la gestión o prestación de servicio. SIAG.
- Se recomienda formalizar distintas líneas de trabajo o futuros proyectos en Objetivos de Calidad, tales como proyectos relativos a la informatización de su actividad (registros de entrega de epis, seguimiento de caducidad, etc.). PRL.
- Se recomienda establecer objetivos vinculados a la digitalización de archivos, estableciendo una línea según el requerido por el proyecto (no necesariamente de forma anual). En este sentido, si bien los recursos son limitados, se recomienda elevar propuestas. SAG.

**Observaciones**

- Se encuentra pendiente de formalización las dos NCs relativas a la auditoría interna de 2016 PC/01 y PC/02. PRL.

prestados.

- **EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN** .Se está trabajando analizando los manuales de las nuevas plataformas, que serán incorporados a SIGC-SUA con la puesta en producción definitiva de las plataformas.
- **EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN**. Se inicia la documentación de las acciones de mejora iniciadas durante el año 2016 destinadas a nuevas líneas de trabajo, correspondientes a:
  - 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.
- **PENDIENTE**. Durante el primer trimestre de 2018 se establecerá la planificación
- **Desarrollo: Integradas en el plan de mejora asociadas** a la no conformidad.
- **Informe del estado de aplicación** en reunión del seguimiento de planificación (Comité de Calidad 23-01-2018)
- **Verificación y validación en Auditoría internas:** 2016 PC/01: No conformidad interna verificada y cerrada  
 2016 PC/02: no es posible cerrar y verificar la No conformidad por incumplimiento compromiso de calidad asociado al indicador I. [PC 05.242]-21 (simulacros de evacuación).  
 Se estima por el Auditor Jefe de Programa de Auditoría Interna, que se vuelva a considerar el análisis de riesgos y realización de actuaciones de mejoras para el cierre de la No conformidad en 2018, una vez contratada la eficacia de las medidas adoptadas con el análisis del valor del indicador y del compromiso de

<p>Tras un año de funcionamiento, se observa que los procesos del SGI en los que participa la Oficina de Proyectos Internacionales aún están en fase de borrador. SGI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SATISFACCIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS:</b> Encuestas de Clima Laboral: según el carácter bienal de las mismas, los datos analizados hasta la fecha son los relativos a 2015 en los que se obtuvieron buenos niveles de satisfacción si bien la participación fue relativamente baja. A lo largo del presente año 2017 se llevará a cabo un nuevo proceso de recopilación y análisis de la percepción del personal.</li> <li>▪ Grupos Focales (aplicados en varios servicios). Se anima a seguir apostando por estas técnicas.</li> <li>▪ En líneas generales la percepción de los grupos de interés se encuentra en unos altos índices de satisfacción, y los ratios de representatividad siguen mejorando respecto a ciclos anteriores. Se anima a seguir trabajando en esta línea.</li> </ul>	<p>calidad publicado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>IMPLANTADA.</b> Integradas en el <b>plan de mejora asociadas a la no conformidad.</b></li> <li>▪ <b>Realizada la encuesta</b> de clima Laboral en 2017.</li> <li>▪ Desarrollo según <b>planificación de revisión de retroalimentación</b> de los grupos de interés.</li> <li>▪ <b>Informes de proyectos</b> de grupos focales y otros sistemas de obtención de información de los grupos de interés.</li> <li>▪ Valoración de resultados en <b>Informes finales del SIGC-SUA.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>ESPECIFICIDADES DE LAS UNIDADES.</b>  <b>Oportunidades de mejora:</b></li> <li>▪ Respecto a la realización de encuestas de satisfacción de usuarios, se recomienda buscar información complementaria que facilite conclusiones de su percepción (ejemplo: reuniones con usuarios o similar, focus groups, etc). SDEP.</li> <li>▪ El % de participantes satisfechos (PC 05.22-15) respecto a la gestión y organización de acciones formativas presenta una tendencia negativa de tres años (92%-88%-81%-79%). Si bien el margen de actuación puede ser limitado, se recomienda tratar de identificar mejoras y proponerlas donde corresponda pudiera frenar la tendencia negativa. SPOD.</li> <li>▪ Dada la poca información que se está recibiendo de los actuales canales de retroalimentación, se anima a buscar alternativas o implementar actuaciones complementarias que permitan la detección de áreas de mejora. BBL.</li> <li>▪ Resulta oportuno Incrementar la participación de las empresas en cuestionarios de satisfacción. SGI.</li> <li>▪ Resulta conveniente seguir apostando por el fomento de la participación de los distintos grupos de investigación en las convocatorias internacionales, no solo europeas. Así, la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programas de <b>desarrollo de grupos focales.</b></li> <li>▪ <b>IMPLANTADA.</b> Se revisa el sistema de cálculo en el indicador. Valor año 2017 superior a 91%</li> <li>▪ <b>IMPLANTADA:</b> Se propone informar de la participación de los grupos de interés en las redes sociales en las que la Biblioteca tiene presencia: Twitter, Facebook, Instagram.</li> <li>▪ <b>IMPLANTADO.</b> optamos por informar de la importancia que tiene para nuestro sistema de calidad. se implementó un cuestionario en inglés para facilitar su rápida respuesta.</li> <li>▪ <b>IMPLANTADO.</b> Volumen importante de incremento de solicitudes de participación en proyectos y ayudas de</li> </ul>



continuidad en la realización de talleres tanto informativos como prácticos de carácter general y específico por áreas de conocimiento se antoja fundamental. SGI.

- Se recomienda, buscar opciones para determinar datos de percepción sobre el proceso de matriculación. En este caso y al realizarse generalmente a través de la página web de la Universidad, sería posible determinar una breve encuesta al final de su realización online. La misma permitiría extraer datos automáticos y medir en exclusiva esta parte del proceso. SGA.
- Se recomienda, respecto a movilidad internacional, retomar la encuesta relativa a movilidad entrante, sin realización desde 2015, por ser la misma una posible fuente de oportunidades de mejora para la gestión. SAAE.
- Se recomienda recoger datos de percepción de eventos, al menos en aquellos eventos más relevantes (aprox. una asistencia máxima de 700 personas). UACU.

**Observaciones**

- No se han incorporado al informe de seguimiento de procesos los resultados de las encuestas Post-Servicio de la tramitación de certificados digitales. SIAG.

nuestros investigadores.

- **IMPLANTADA.** Para tener una idea de la percepción hemos optado por un método indirecto: el análisis de las incidencias comunicadas por los usuarios a través del correspondiente formulario.
- **PROCESO DE IMPLANTACIÓN.** Con fecha 11/07/2017 se celebró una reunión técnica entre el servicio de Atención y Ayuda al Estudiante y el servicio de y panificación para identificar mejoras en el sistema de encuestas del servicio.
- **Igual (1).**
- **Igual (1).**

**CON CARÁCTER GENERAL Y ESTRATÉGICO.**

▪ **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Sería interesante profundizar en la planificación de actuaciones concretas y en el establecimiento de indicadores orientados a la consecución de los objetivos, tanto estratégicos como operativos; asimismo es recomendable la determinación de hitos concretos que permitan realizar la evaluación del grado de cumplimiento de los resultados esperados.
- Por lo general, hay una tendencia a medir el volumen del proceso y a expresar un grado de cumplimiento del 100% de actividades, sin que necesariamente se exprese el grado de eficacia de la actividad. Se recomienda seguir avanzando en la inclusión de indicadores de eficacia para facilitar una visión más completa del grado de éxito de cada actividad.
- Muchos indicadores presentan valores “planos” o de cumplimiento del 100% constante. Se anima a revisar la idoneidad de mantener dichos indicadores. En caso de incumplimiento de los mismos, se recomienda abrir una no conformidad interna para el análisis.

- **Objetivo de Calidad 1:** Adaptación del SIGC-SUA a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad.
- **Integración del despliegue de las estrategias en objetivos funcionales de las Unidades.**  
  
(1)  
 ▪ **Ámbito de decisión de la Unidad.**  
 ▪ **Desarrollo: propuestas de modificación** de la documentación de los procesos.  
 ▪ **Seguimiento y Resultados en informes finales del SIGC-SUA.**
- **Igual (1).**

- Se recomienda precisar el concepto de felicitación, entendiéndose que el mismo debe destacar algún aspecto cualitativo de actividad o de fortaleza del proceso.

**RIESGOS:**

- Abordar los cambios en el Sistema de Gestión sin considerar una gestión por proyectos (objetivos, planificación, responsabilidades, recursos, temporalización, plan de verificación/validación) puede estar dificultando la implantación eficaz y eficiente de dichos cambios.
- El reducido uso del instrumento de No Conformidad para formalizar la consideración, análisis y actuaciones derivadas de las incidencias y desviaciones en los procesos y sus indicadores.

**Especificidades de las Unidades.**

**Oportunidades de mejora:**

- Puntualmente se observa alguna planificación y ejecución de mantenimiento preventivo cuya descripción no se ha establecido en la herramienta PETRUS: turbina Kaplan DIKGIN 134265 del Laboratorio de Mecánica de Fluidos en CCTL. UTLA.
- Es aconsejable mejorar la temporalización de actuaciones para la consecución de los objetivos. SIAG.
- Se recomienda establecer un valor máximo para que las distintas áreas den la conformidad a la factura desde su entrada en registro y, conjuntamente, alguna medición respecto al grado de cumplimiento del mismo. Por lo general, es en este período donde podrían producirse desviaciones que retrasen el pago de la misma y afecten al período medio de pago. SAE.
- Vincular el grado de cumplimiento de objetivos a indicadores del SIGC-SUA. Por ejemplo, vincular el objetivo relacionado con el nuevo Modelo de Pliegos con el indicador de incidencias en contratos motivados por pliegos. SCPA.

- Indicación en instrucciones** de elaboración de informes de procesos.

- Objetivo de Calidad 1:** Adaptación del SIGC-SUA a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad.

- Indicación en reuniones comité de Calidad y en informes** de auditorías internas y finales del SIGC-SUA. **Se han propuesto en auditoría interna 3 No conformidades.**

- IMPLANTADA. Se procede a su modificación por parte del técnico responsable.

- IMPLANTADA. Se han realizado tablas en Excel con las tareas secuenciadas en fases. Se ha concretado la temporalización en aquellos objetivos que son de responsabilidad del SIAG.

- IMPLANTADA. Con el nuevo Presupuesto se generaliza la factura electrónica y, con ello, se mecaniza su registro administrativo. Esto permite controlar automáticamente y desde los Servicios Económicos aquellas facturas más atrasadas que se encuentran pendientes de conformidad.

- IMPLANTADA. En los nuevos modelos de pliegos se ha incluido un apartado denominado "Resumen de la documentación a presentar para este procedimiento", con el objetivo de facilitar a las empresas la documentación a presentar para cada contrato en particular. Esto ha reducido

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se anima a medir el volumen de peticiones no cubiertas, dado que es un reflejo del grado de adecuación de las instalaciones a la demanda del cliente, además de suponer un “coste de oportunidad”. SDEP.</li>   <li>▪ Podría ser útil incorporar indicadores respecto al grado de uso de los “bono-UJA”, con el fin de gestionar su evolución y necesidades de refuerzo del producto. SDEP.</li>   <li>▪ El porcentaje de expedición de órdenes de pago de nómina hasta el 25 de cada mes ha bajado por debajo del valor de control del 75% al 33% actual, debido a cambios en el sistema de cotizaciones de la Seguridad Social. Se recomienda tener presente esta situación en el análisis de riesgos y oportunidades previsto para la adaptación a la nueva norma ISO 9001:2015. SPOD.</li>   <li>▪ Se recomienda revisar la métrica del indicador, 14 “Porcentaje de participantes satisfechos respecto de la gestión de la acción formativa”, ponderando en función del número de participantes. En la actualidad que cada curso tiene el mismo peso en el resultado final, indistintamente del dispar número de participantes (entre 0 y 49). SPOD.</li>   <li>▪ Respecto al servicio de actas, se observa sobrepaso de fechas en cierre de las mismas. En concreto, se recomienda medir el volumen de incidencias en actas de másteres además del resto (los datos actuales no contemplan los másteres). SGA.</li>   <li>▪ Se recomienda incorporar algún indicador relativo a la gestión de colas de Qmatic (tiempos medios de espera). Igualmente, se anima a contemplar el rendimiento de otros canales de servicio (telefónico, mail, web, etc.). SAAE.</li>   <li>▪ Se anima a recopilar datos relativos a empleabilidad, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia. SAAE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>notablemente las consultas relacionadas con este tema por parte de las empresas y no se han presentado reclamaciones en relación con los pliegos.</li>   <li>▪ NO PORCEDE. Las peticiones de instalaciones para uso individual que no se pueden atender no se pueden medir actualmente con la herramienta informática de la que disponemos. Es estudio de su implementación nos inclina hacia la no viabilidad del mismo</li>   <li>▪ PROCESO DE IMPLANTACIÓN. El bono UJA como tal ha sido sustituido por la nueva herramienta bono UJA. Gym con un mayor abanico de servicios. Tendremos datos sobre esta herramienta en el siguiente ciclo de gestión.</li>   <li>▪ IMPLANTADA. Se está realizando de acuerdo con la metodología de adaptación del SIGG-SUA a la nueva norma.</li>   <li>▪ PROCESO DE IMPLANTACIÓN. El indicador general es sólo orientativo. Cada curso se valora individualmente. Se estudia la posibilidad de disponer de indicadores sementados por agrupación de cursos según niveles de satisfacción</li>   <li>▪ IMPLANTADO. En el ciclo 2017 ya se han tenido en cuenta estos estudios a la hora de medir el correspondiente indicador.</li>   <li>▪ (*) PROCESO DE IMPLANTACIÓN. Está basada en la elaboración de tres indicadores:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) valor medio de las personas atendidas</li> <li>2) Tiempo medio en minutos</li> <li>3) Tiempo medio de espera diferenciada en conocer incidencias en los procesos:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>PC 10.2 Gestión de Becas y Ayudas</li> <li>PC 10.3 Gestión de la Movilidad</li> <li>PC 10.5 Gestión de Prácticas e Inserción Laboral</li> </ul> </li> </ol> </li>   <li>▪ IMPLANTADA. Los datos relativos a empleabilidad, tanto por cuenta ajena</li> </ul>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se detecta que gran parte de los indicadores se orientan a medir el volumen de actividad (“incremento porcentual...”, “porcentaje de recursos...”, etc.). En este sentido, podría aportar valor incorporar más indicadores relativos a cumplimiento de plazos para tener una visión más completa del proceso. SAAE.</li> <li>▪ Por lo general el conjunto de indicadores están orientados a medir el volumen del proceso, por lo que no es posible evidenciar con claridad que una mayor cantidad de acciones suponga un mayor éxito. Se recomienda incorporar datos relativos al grado de éxito del evento. Dicha información puede servir de elemento de entrada para detectar futuras mejoras. UACU.</li> <li>▪ Por lo general, gran parte de los indicadores están orientados a medir el volumen del proceso. Se recomienda incorporar datos relativos al grado de éxito del curso o evento (número de plazas cubiertas respecto a ofertadas, grados de asistencia, falta de espacios o plazas, etc.). Si bien la capacidad de actuación del área es limitada, cuanto menos dicha información puede servir de elemento de entrada para informar y detectar futuras mejoras. SDEP.</li> </ul> <p><b>Observaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se observan incumplimientos de indicadores sin que la Organización haya utilizado los informes de No Conformidad para su gestión. No obstante, se muestra análisis y justificación y/o planteamiento de acciones en el Informe de Seguimiento de Procesos. SGI.</li> </ul> <p><b>Riesgos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si bien el dato no depende directamente del Servicio, el indicador relativo a % de facturas excedidas del plazo máximo para recaudación ha pasado del 20% en 2015 al 40% en 2016. SAE.</li> </ul>	<p>como propia, se recogen en las memorias de gestión publicadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Igual (*)</li> <li>▪ NO IMPLANTADA. No disponemos de los recursos necesarios. Hemos analizado la posibilidad de elaborar una ficha de cierre de actividad que incluya los datos que se aportan en la descripción de esta propuesta.</li> <li>▪ NO POROCEDE. Se recoge la sugerencia. Dicha información servirá como elemento de entrada para informar y detectar futuras mejoras.</li> <li>▪ NO IMPLANTADA. situación puntual.</li> <li>▪ NO PROCEDE. Debe haber un error, hemos pasado de un 36,49 a un 40,01%, similar. Como se indicó en el Informe de Seguimiento del 2015, la diferencia respecto al 20% del 2014 se debió a la adecuación del proceso de medición a lo establecido en la ficha del indicador. Para este ejercicio, incluso se prevé menor.</li> </ul>
--	--