



**INFORME DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA. CICLO DE GESTIÓN DEL SIGC-SUA 2018.
COMITÉ DE CALIDAD, REUNIÓN 12 DE ABRIL 2019.**

Ámbito:	PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN, DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL SIGC-SUA.
Elaborado por:	COORDINACIÓN TÉCNICA DEL SIGC-SUA (Servicio de Planificación y Evaluación/Auditor jefe del Programa de Auditoría Interna Anual).
Coordinado por	RESPONSABLE DE CALIDAD (Vicerrector para la Planificación Estratégica, Calidad y Responsabilidad Social).
Informado a:	COMITÉ DE CALIDAD DEL SIGC-SUA. CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA UNIVERSIDAD
Fecha de elaboración:	12 de abril de 2019.

Control de documentación.

Elaborado por: Equipo Auditoría Interna Anual.	Fecha: 12/04/2019
Nombre: Antonio Martínez Olea.	Firma:
Cargo: Auditor Jefe del Programa	



I. JUSTIFICACIÓN, FINALIDAD Y ALCANCE.

El presente Informe se realiza en el marco de las directrices del Plan de Auditoría Interna del ciclo de gestión 2018, desarrollado mediante el Programa de Auditoría Interna, aprobado por el Comité de Calidad y de acuerdo con los requisitos establecidos en el Procedimiento Documentado PD03 "Auditorías Internas".¹

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

El informe. Contiene los siguientes ámbitos:

II. Resumen Ejecutivo. Valoración global de los resultados del Plan de Auditoría Interna.....	Pág. 2
III. Grado de cumplimiento de las actividades de auditoría y seguimiento planificado	Pág. 5
IV. Grado de realización temporal de la planificación del Programa	Pág. 6
V. Valoración de la participación de auditores y observadores	Pág. 7
VI. Resultados de la Auditoría Interna Anual.....	Pág. 7
Anexo 1: Equipo de auditores internos.....	Pág. 18
Anexo 2: Seguimiento de las propuestas de mejoras de los procesos.....	Pág. 19
Anexo 3: Seguimiento de indicaciones del informe de auditoría externa... ..	Pág. 22
Anexo 4: Seguimiento de indicaciones del informe de auditoría interna.....	Pág. 35
Anexo 5: Relación de procesos auditados.....	Pág. 37

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

Desarrollo del programa de auditoría.

Los **aspectos** más significativos han sido:

1. Desarrollo de la auditoría en dos fases con objetivos específicos para cada uno de ellas: **1ª Auditoría de sistema/procesos y 2ª Auditoría de resultados, realizándose visitas prácticamente sólo en la 1ª fase, adaptadas a las necesidades de las Unidades. Las actividades de auditoría se han desarrollado de acuerdo con la planificación temporal.**
2. Envío a las Unidades tablas/cuestionarios de **solicitud de información para su cumplimentación previa** a la auditoría, ha reducido las necesidades de visitas presenciales, si bien, **el retraso de algunas unidades en el envío de la información** requerida produce una ejecución temporal demasiado extensa en el tiempo y **se considera un riesgo para el sistema de auditorías, y se propone su mejora.**
3. En este ciclo **se han auditado los 7 objetivos planificados** (Programa de Auditoría Interna Anual), con una programación continua que ha abarcado desde octubre 2018 a abril 2019. Respecto al objetivo de operatividad de los procedimientos "telematizados", se considera conveniente esperar a los resultados del proyecto de administración electrónica para la valoración de su integración en el SIGC-SUA y la sustitución del actual sistema de incorporación de procedimientos telematizados al SIGC-SUA.

¹ Sesiones del Comité de Calidad nº 21 de 14/07/2017.



4. **Los objetivos y actividades de auditoría se han realizado en todas las Unidades** en, aproximadamente, 19 procesos seleccionados, y en la totalidad sobre cuadro de, encuestas planificadas del SIGC-SUA, implantación de acciones de mejora y observaciones de informes de auditoría.

5. Sigue consolidándose como **punto fuerte la colaboración de auditores de Unidades** (25 auditores), esta colaboración se ha mantenido para la primera fase, en la segunda, se ha realizado con auditores de Coordinación Técnica. **En abril se inicia el curso de Auditor Interno con 33 inscritos**, por lo que se ampliará el número de auditores colaboradores. **En el segundo semestre está previsto, según demanda, ampliar el número de auditores jefes hasta 10 más de los actuales.**

Resultados de la Auditoría.

1. Se han **auditado 9 No conformidades**, 4 de ellas de auditoría externa, **3 verificadas y una pendiente** de aprobación formal del Plan de Formación, **4 de Auditoría Interna, todas verificadas y una de auditoría Interna también verificada.**

2. Respecto al **sistema de medición de indicadores, puede concluirse que es sistemática, en general, su medición y el cumplimiento de los objetivos demuestra la eficacia de la gestión de los procesos.** No obstante, **se han indicado en los informes de auditoría 9 propuesta de No conformidades y 23 observaciones** sobre incumplimientos de objetivos de indicadores, **16 observaciones sobre revisión de indicadores**, objetivos o sistemas de medición, por lo **sigue habiendo un recorrido de mejora** en el cumplimiento y revisión

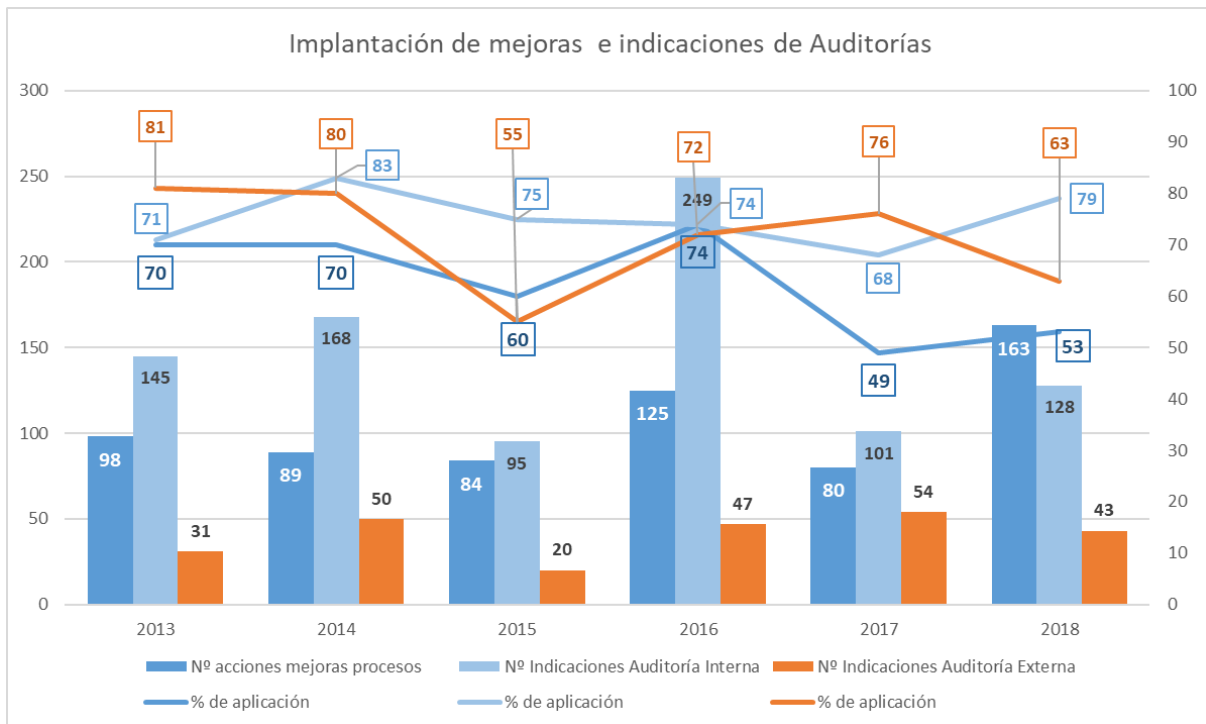
3. Se ha verificado la gestión de las quejas y sugerencias, aunque sigue siendo necesario seguir avanzando en la identificación de mejoras aplicadas procedentes de la gestión de quejas/sugerencias. **Se sugiere que las Unidades realicen un control y computo de las mejoras que provenga de las quejas y sugerencias recibidas**

4. Asimismo, **se verifica la realización de las encuestas planificadas del SIGC-SUA**, en general, **el nivel de incidencias es significativo, destacándose el esfuerzo por mejorar los índices de participación**, con todo, aún, se han indicado un total de **34 recomendaciones en encuestas generales** referidas ajustes técnicos, niveles de participación, objetivos, y 25 recomendaciones en encuestas post-servicio.

5. La valoración general es que está muy **consolidada la gestión de los procesos** y de los registros asociados conforme a la documentación del sistema, si bien **se mantiene 24 observaciones sobre la gestión de los procesos y 11 sobre revisión de documentación, se observa un ligero descenso.**

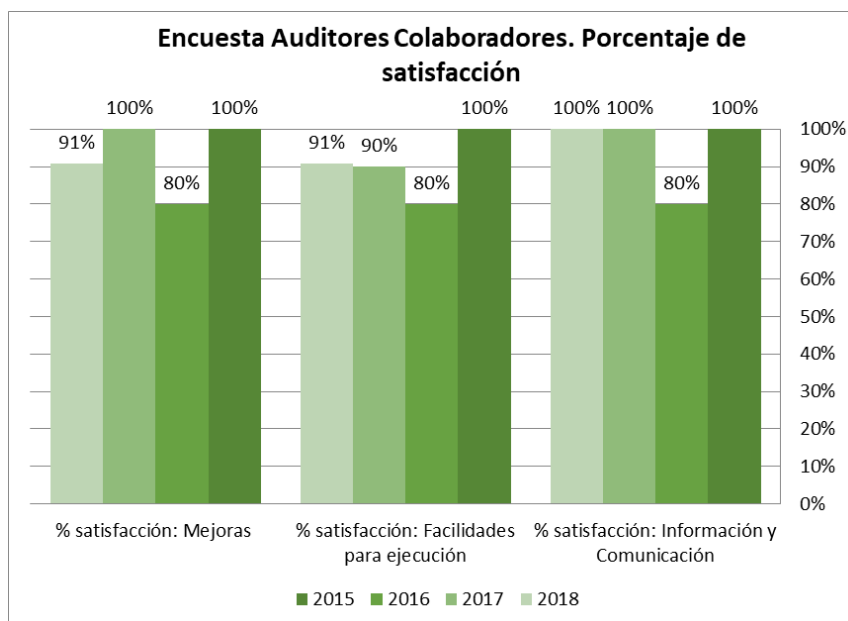
6. Respecto al objetivo del **grado de implantación de mejoras aplicadas y auditadas se sigue considerando un punto fuerte del SIGC-SUA.** Tal como se observa en el gráfico, el porcentaje de aplicación de mejoras de los procesos se incrementa en 4 puntos porcentuales, igualmente, las observaciones de auditorías se incrementan en 11 puntos, sin embargo, en indicaciones de auditoría externa disminuyen significativamente en 13 puntos.

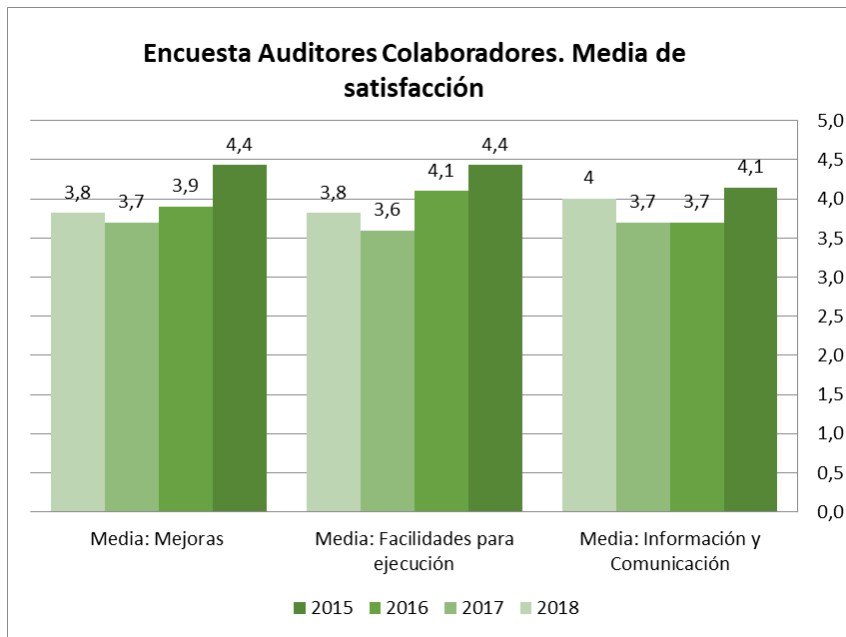
Destaca, que con respecto al ciclo anterior se ha producido un **cambio significativo en el número de mejoras debido a que se han duplicado el total de las propuestas de mejora.** La causa del incremento **se debe a la identificación de acciones en el proceso de análisis de riesgos y oportunidades.** Respecto a dicha acciones se realiza un seguimiento específico, siendo el **grado de implantación de mejoras asociadas a riesgos y oportunidades es del 83%.**



Mejoras del Plan Auditoría.

- Se ha mantenido la satisfacción en dos los ítems, disminuyendo en porcentaje la percepción de mejora. Sin embargo, mejora en los tres ítems el valor de la media.
- Se mantiene la identificación de mejoras en las reuniones con los auditores.





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

Grado de Ejecución.

Objetivo de auditoría	Programa	Alcance	Observación
1. Verificación y cierre de las correcciones, acciones correctivas y acciones preventivas pendientes de los planes correspondientes de las No Conformidades de Auditoría y No Conformidades Internas.	Programa de Auditoría Interna Anual	Según fichas de No conformidades.	Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema.
2.- La conformidad de la gestión de los procesos y la prestación de servicios, a través de la implantación y mantenimiento eficaz del sistema de gestión de la calidad respecto de los requisitos de la Norma de referencia del sistema: UNE-EN-ISO-9001:2015: "Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos".	Programa de Auditoría Interna Anual	Todos los procesos del SIGC-SUA, de acuerdo con la selección previa.	Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema.
3.-Verificación de los resultados finales de los indicadores de los procesos, compromisos de calidad asociados y el grado de consecución de los objetivos planificados.	Programa de Auditoría Interna Anual	Todos los indicadores del SIGC-SUA, especialmente, el grado de consecución de objetivos establecidos.	Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema.
4.- Seguimiento de las mejoras desplegadas sobre los compromisos de calidad incumplidos en la medición del anterior ciclo de gestión.	Programa de Auditoría Interna Anual.	Según valores de los indicadores de los compromisos incumplidos. Centrado en la adopción de mejoras, de acuerdo con la selección previa.	Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema.
5.- Medición y seguimiento de los resultados de retroalimentación de los grupos de interés	Programa de Auditoría Interna Anual.	Todos las Unidades con participación en SIGC-SUA, de	Resultados en informes de



(quejas y sugerencias).		acuerdo con información procedente del SIAG y las Unidades (formalizadas en el Libro de quejas y sugerencias y directas de la Unidad).	auditoría interna e informes finales del sistema.
6.- Seguimiento del grado de operatividad de los procedimientos “telematizados” al objeto de su integración en el Manual de Procesos del SIGC-SUA (auditoría continua según solicitudes realizadas).	Programa de Auditoría Interna Anual.	Todos los procesos del SIGC-SUA, según propuestas acordadas con las Unidades.	Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema.
7.-Seguimiento del grado de valoración e implementación de las propuestas de mejoras de los procesos, riesgos, oportunidades de mejora y observaciones del Informe de Auditoría Externa de Seguimiento y de los Informes de Auditoría Interna de Seguimiento y Auditoría Anual.	Programa de Auditoría Interna Anual.	Todos las Unidades con participación en SIGC-SUA, según las correspondientes fichas de indicaciones.	Resultados en informes de auditoría interna e informes finales del sistema.

Valoración.

- Se ha auditado la totalidad de los objetivos propuestos mediante las actividades presenciales (primera fase) y no presenciales (segunda fase) de auditoría y el análisis de la información y documentación disponible.
- Respecto al objetivo de operatividad de los procedimientos “telematizados”, no se han realizado solicitudes de las Unidades. Se considera conveniente esperar a los resultados del proyecto de administración electrónica para la valoración de su integración en el SIGC-SUA y la sustitución del actual sistema de incorporación de procedimientos telematizados al SIGC-SUA.

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

- El programa de auditoría se ha desarrollado de acuerdo con la planificación establecida.

Programa	Desarrollo temporal	Envío de Informes
Programa de Auditoría Interna Anual (PAI).	Fase I: Mes de octubre 2018. Fase II: Se ha desarrollado conforme a planificación, según solicitudes realizadas por la Unidades (de enero a marzo 2019).	Fase I: entre el 15/10/2018 a 12/11/2018. Fase II: entre el 15/02/2019 a 25/03/2019.

Valoración.

- Las visitas de auditoría interna de procesos (1ª Fase, octubre-diciembre) se han realizado mediante la selección de procesos con mayor número de incidencias
- Al objeto de ejecutar de forma más ágil y eficaz el programa en su 2ª Fase (febrero-marzo), se ha enviado previamente a las Unidades tablas/cuestionarios de solicitud de información necesaria para el desarrollo de la auditoría, tras el estudio de la información recibida, los auditores han analizado la información aportada y comunicándose con las Unidades, a efectos de realizar consultas y aclaraciones. Prácticamente, no ha sido necesario las visitas presenciales, salvo casos puntuales.
Los riesgos observados son el retraso de algunas unidades en el envío de la información requerida, lo que produce una ejecución temporal demasiado extensa en el tiempo.



- Respecto a los plazos de envío de los informes, los tiempos ya no son significativos en cuanto las visitas se han limitado prácticamente a la auditoría de procesos, con lo que se evidencia la eficacia del sistema de auditoría adoptado.

V. VALORACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE AUDITORES Y OBSERVADORES.

Datos.

<i>Datos</i>	<i>Número Total</i>	<i>Auditores de Unidades</i>
Programa de Auditoría Interna. Número de Auditores.	25	22

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

<i>Datos</i>	<i>Número Total</i>	<i>Nº Auditor jefe de sistemas</i>	<i>Nº Auditores</i>	<i>Nº Colaboradores</i>
Número de Auditores.	25	11	9	5
Número total de Unidades con auditores / Porcentaje.				17 (74%)
Número de Unidades con auditores jefe de sistemas / Porcentaje.				8 (35%)

Valoración.

- La colaboración de auditores colaboradores se ha mantenido para la primera fase, en la segunda, se ha realizado con auditores de Coordinación Técnica.
- Se mantiene el sistema de instrucciones y reuniones con los auditores colaboradores, realizadas con carácter previo a la realización de las auditorías.
- En abril se inicia el curso de Auditor Interno con 33 inscritos, por lo que se ampliará el número de auditores colaboradores. En el segundo semestre está previsto, según demanda, ampliar el número de auditores jefes hasta 10 más de los actuales.

VI. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA ANUAL.

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

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

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

Número total de No conformidades de Auditoría Externa	4 (una no conformidad está referida a un servicio en dos procesos)
Número total de No conformidades de Auditoría Interna Anual	1
No Conformidades internas	4



De las 9 recomendaciones de apertura de no conformidades, fecha de cierre del informe se han formalizado 2 no conformidades

2

TOTAL AUDITADAS 9

Agrupación por Procesos/Unidades

Proceso	Unidad	*AE	**AI	*** I	Total	Resultado
PC 03. Gestión de espacios y PC 11. Gestión de la organización de actos y eventos, comunicación y relaciones internacionales	SDEP	1			1	Cerrada
PC 04. Gestión del mantenimiento.	UTLA	1			1	Cerrada
PC 05. Gestión integrada de los recursos humanos.	SPOD	1			1	Abierta
PC 11. Gestión de la organización de actos y eventos, comunicación y relaciones internacionales.	UACU	1			1	Cerrada
PC 05.242 Planes de Emergencia.	SPRE		1		1	Cerrada
PC 08.1. Gestión de mejoras y nuevos servicios TIC.	SINF			1	1	Cerrada
PC 10.32. Gestión de la movilidad internacional de estudiantes de la UJA.	SAAE			1	1	Cerrada
PC 10.42. Gestión de ayudas a proyectos de cooperación internacional al desarrollo y la educación (UJA)	SAAE			1	1	Cerrada
PC 10.51. Gestión de prácticas de empresa e instituciones.	SAAE			1	1	Cerrada
		4	1	4	9	Pendientes 1

Valoración.

- Las tres de las cuatro No conformidades de auditoría externa del ciclo 2018 han sido verificadas y cerradas, una queda pendiente de formalizar el plan de formación que daba respuesta a la No conformidad.
- Una No conformidad de auditoría interna del ciclo 2018 (Servicio de Prevención) ha sido verificadas y cerradas.
- Las cuatro no conformidad interna se ha verificado y cerradas.

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

http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/cgestion_2018/cgestion2018_auditorias.html

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

- En los Programas de auditoría interna se han seleccionado 19 procesos para, con representatividad en los 12 procesos claves. La relación completa se incorpora en el Anexo 5.
- Se incluye en el presente informe los resultados básicos de auditoría. Los informes ejecutivos y detallados enviados a las Unidades pueden consultarse en el siguiente enlace:

http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/cgestion_2018/cgestion2018_auditorias.html

Resultados de observaciones. Procesos.

Datos	Ciclo 2013. Número/ Porcentaje	Ciclo 2014. Número/ Porcentaje	Ciclo 2015. Número/ Porcentaje	Ciclo 2016. Número/ Porcentaje	Ciclo 2017. Número/ Porcentaje	Ciclo 2018. Número/ Porcentaje
<ul style="list-style-type: none"> Número de observaciones sobre la gestión de los procesos: PC02 11 Gestión de la adquisición directa. Unidades de Gastos. Estructuras de apoyo administrativo correspondientes (Auditoría de Seguimiento). - Porcentaje de Unidades/procesos (Informes). 				17 / 18% (6 de 34)		



■ Número de observaciones sobre la gestión de los procesos (instrucciones técnicas) (Auditoría de Seguimiento). - Porcentaje de Unidades/procesos (Informes).		20 / 56% (19 de 34)	32 / 62% (21 de 34)			
■ Número de observaciones sobre la gestión de los procesos (Formatos) (Auditoría Fase I). - Porcentaje de Unidades/procesos (Informes).			15 / 38% (13 de 34)			
■ Número de observaciones sobre registros de los procesos (Auditoría Fase I). -Porcentaje de Unidades/procesos (informes).		4 / 11% (4 de 37)	8 / 18% (7 de 37)	3 / 8% (3 de 37)	12 / 28% (11 de 40)	1 / 100% (1 de 1)
■ Número de observaciones sobre la gestión de los procesos (Auditoría Fase I). -Porcentaje de Unidades/procesos (informes).	18 / 33% (12 de 36)	16 / 35% (13 de 37)	12 / 26% (10 de 37)	10 / 11% (4 de 37)	20 / 30% (12 de 40)	18 / 72% (13 de 18)
■ Número de observaciones sobre revisión de la documentación de los procesos (Auditoría Fase I). - Porcentaje de Unidades/procesos (informes).	16 / 31% (11 de 36)	12 / 24% (9 de 37)	17 / 32% (12 de 37)	3 / 8% 3 de 37)	18 / 35% (14 de 40)	11 / 73% (8 de 11)
■ Número de observaciones sobre gestión de procesos específica (Auditoría Fase I). - Porcentaje de Unidades/procesos (informes).						6 / 67% (4 de 6)

Valoración. Procesos.

- La valoración general es que está muy **consolidada la gestión de los procesos** y de los registros asociados conforme a la documentación del sistema, si bien **se mantiene 24 observaciones sobre la gestión de los procesos y 11 sobre revisión de documentación, se observa un ligero descenso.**

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

- Los Programas de Auditoría de este ciclo se han centrado en verificar los resultados finales de los indicadores y el grado de consecución de los objetivos. El alcance de auditoría ha sido sobre la totalidad de los indicadores de SIGC-SUA.

Resultados de observaciones. Indicadores.

Datos	Ciclo 2013. Número / Porcentaje	Ciclo 2014. Número / Porcentaje	Ciclo 2015. Número / Porcentaje	Ciclo 2016. Número / Porcentaje	Ciclo 2017. Número/ Porcentaje	Ciclo 2018. Número/ Porcentaje
■ Número de observaciones sobre medición periódica de Indicadores (Auditoría seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos. (1)	8 / 19 % (7 de 36)	13 / 21% (7 de 34)	17 / 26% (9 de 34)	2 / 3% (1 de 34)		
■ Número de observaciones sobre disponibilidad de medición anual (Auditoría interna). / Porcentaje de Unidades/procesos. (2)	21 / 42% (15 de 36)	13 / 24% (9 de 37)	15 / 29% (11 de 37)	5 / 8% (3 de 37)	11 / 8% (3 de 36)	
■ Número de observaciones sobre integridad (fiabilidad) del sistema de obtención de los datos y valores de los	22 / 36% (13 de 36)	6 / 16% (6 de 37)				



indicadores) (Auditoría seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos.						
<ul style="list-style-type: none"> Número de observaciones sobre revisión de indicadores, objetivos o sistemas de medición (Auditoría seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos. 	22 / 42% (15 de 36)	1 / 3% (1 de 34)	31 / 65% (22 de 34)	12 / 29% (10 de 34)		16 / 63% (10 de 16)
<ul style="list-style-type: none"> Número de observaciones sobre revisión de indicadores, objetivos o sistemas de medición (Auditoría Fase II). / Porcentaje de Unidades/procesos. 	13 / 31% (11 de 36)	9 / 24% (9 de 37)	18 / 34% (9 de 37)	25 / 49% (18 de 37)	20 / 44% (16 de 36)	1 / 100% (1 de 1)
<ul style="list-style-type: none"> Número de observaciones sobre cumplimientos de objetivos (Auditoría de seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos. 		7 / 15% (5 de 34)	11 / 21% (13 de 34)	16 / 26% (9 de 34)		
<ul style="list-style-type: none"> Número de observaciones sobre cumplimientos de objetivos (Auditoría Fase II). / Porcentaje de Unidades/procesos. 	14 / 36% (13 de 36)	18 / 35% (13 de 37)	7 / 18% (7 de 37)	15 / 27% (10 de 37)	18 / 39% (14 de 36)	23 / 52% (12 de 23)

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

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

Datos	Ciclo 2013. Número/ Porcentaje	Ciclo 2014. Número/ Porcentaje	Ciclo 2015. Número/ Porcentaje	Ciclo 2016. Número/ Porcentaje	Ciclo 2017. Número/ Porcentaje	Ciclo 2018. Número/ Porcentaje
<ul style="list-style-type: none"> Número de sugerencias sobre la conveniencia identificación interna de una no conformidad para aplicar acciones correctivas sobre indicadores. 	6 / 17% (6 de 36)	10 / 24% (9 de 37)	7 / 16% (6 de 37) *	3 / 5% (2 de 37)	7 / 19% (7 de 36)	9 / 89% (9 de 8)

* Se incluye recomendaciones sobre no conformidades pendientes.

Valoración.

- Por el número de observaciones indicadas y en relación con la totalidad del sistema de indicadores se puede concluir un nivel aceptable en la sistemática de las mediciones y, especialmente en el nivel de consecución de los valores de los objetivos.
- Se han recomendado 9 propuesta de No conformidades y 23 observaciones sobre incumplimientos de objetivos de indicadores, 16 observaciones sobre revisión de indicadores, objetivos o sistemas de medición. En este sentido la tendencia es creciente.

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

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



Datos	Ciclo 2014. Número/ Porcentaje	Ciclo 2015. Número/ Porcentaje	Ciclo 2016. Número/ Porcentaje	Ciclo 2017. Número/ Porcentaje	Ciclo 2018. Número/ Porcentaje
▪ Número de observaciones sobre cumplimientos de compromisos de calidad (Auditoría de seguimiento). / Porcentaje de Unidades/procesos.	2 / 5,88% (2 de 34)	7 / 15% (5 de 34)	2 / 6% (2 de 34)		
▪ Número de observaciones sobre cumplimientos de compromisos de calidad (Auditoría interna). / Porcentaje de Unidades/procesos.	7 / 18,92% (7 de 37)		2 / 3% (1 de 37)	10 / 17% (6 de 36)	(*)

Valoración.

- En general, las Unidades han realizado el análisis de los niveles de cumplimiento, adoptándose medidas de mejora cuando han estimado que era necesario para su cumplimiento en el actual ciclo de gestión.
- (*) Las observaciones sobre incumplimientos (el alcance y análisis de las desviaciones se incorpora en el Informe Final Agrupado del SIGC-SUA).

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

- En los Programas de Auditoría Interna se incluyó el objetivo de verificar la gestión y seguimiento de las quejas y sugerencias e información directa de clientes del ámbito de las Unidades.

Datos	Ciclo 2015. Número/ Porcentaje		Ciclo 2016. Número/ Porcentaje		Ciclo 2017 Número/ Porcentaje	Ciclo 2018 Número/ Porcentaje
	Auditoría Seguimiento	Auditoría Anual	Auditoría Seguimiento	Auditoría Anual	Auditoría Anual	
▪ Número de observaciones sobre la gestión de quejas/sugerencias. / Porcentaje de Unidades/procesos.	14/ 35% (12 de 34)	6/ 16% (6 de 37)	4 / 9% (3 de 34)	3 / 8% (3 de 37)	2 / 6% (2 de 36)	2 / 100% (2 de 2)
▪ Número de observaciones sobre la gestión de encuestas generales. Porcentaje de Unidades/procesos.	4 / 12% (4 de 34)	6/ 13% (5 de 37)			22 / 42% (15 de 36)	34 / 62% (21 de 34)
▪ Número de observaciones sobre la gestión de encuestas post servicio. Porcentaje de Unidades/procesos.	12/ 35% (12 de 34)	16/ 34% (13 de 37)			16 / 31% (11 de 36)	25 / 64% (16 de 25)
▪ Número de observaciones generales sobre retroalimentación. Porcentaje de Unidades/procesos.	5 / 15% (5 de 34)	2/ 5% (2 de 37)		4 / 11% (4 de 37)		
▪ Número total de observaciones sobre	35	49	4	7	40	2 / 100%



retroalimentación. Porcentaje de Unidades/procesos.					(2 de 2)
---	--	--	--	--	----------

Valoración quejas/sugerencias.

- Se ha verificado la gestión realizada por las Unidades respecto al indicador de respuesta y del plazo, constatándose su cumplimiento y disponibilidad de los registros correspondientes. *
- Como reflexión general se sigue considerando necesaria una identificación más detallada de esta fuente de información de usuarios con los procesos y servicios del alcance del SIGC-SUA, a efectos de evidenciar su utilización como impulsores de las mejoras que aplican las Unidades.

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

Valoración. Encuestas Generales y Encuestas post-servicios.

- Se verifica la realización de las encuestas planificadas del SIGC-SUA.
- En general, el nivel de incidencias ha aumentado tanto en encuestas generales (34 observaciones), Como en las encuestas post servicios (25). En este sentido las tendencias son crecientes
- El análisis detallado se incluye en el Informe Final Agrupado del SIGC-SUA en donde se incluye las acciones de mejora.

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

- El desarrollo y ejecución de este objetivo de auditoría está condicionado a la realización de propuestas de inclusión de procedimientos “telematizados” operativos en el sistema de gestión por parte de los distintos Servicios/Unidades con responsabilidad y participación en el SIGC-SUA y su comunicación a Coordinación Técnica
- En este ciclo no se han producido solicitudes.

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

	<i>Ciclo 2016</i>	<i>Ciclo 2017</i>	<i>Ciclo 2018</i>
▪ Número de observaciones/Recomendaciones sobre valoración e implementación de las mejoras y observaciones de auditoría. / Porcentaje de Unidades/procesos.	3/ 8% (3 de 37)	8 / 22% (8 de 36)	8 / 75% (6 de 8)

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

Valoración e implementación de las propuestas de mejoras de los procesos

<i>Indicadores</i>	<i>Ciclo 2013</i>	<i>Ciclo 2014</i>	<i>Ciclo 2015</i>	<i>Ciclo 2016</i>	<i>Ciclo 2017</i>	<i>Ciclo 2018</i>



▪ Número total de acciones de mejora descritas.						193
▪ Número total de acciones implantadas y en proceso (1)	98	89	84	125	80	163
▪ Porcentaje de acciones de mejora descritas implantadas (sobre 1).	70% (69)	70% (62)	60% (50)	74% (93)	49% (39)	53% (87)
▪ Porcentaje de acciones de mejora descritas en proceso de implantación (sobre 1).	28% (27)	27% (24)	40% (34)	26% (32)	51% (41)	46% (76)
▪ Porcentaje de acciones de mejora descritas (total) implantadas y en proceso de implantación						84% (163)

¹ Datos obtenidos de los informes de auditoría interna realizados y completados con informes de procesos).

² El número de no implantadas es 21 y el de anuladas por no procede 9.

Valoración. Implementación de las propuestas de mejoras de los procesos.

- El grado de implantación de mejoras (implantadas) se ha incrementado pasando del 48,75% en 2017 a 53,37% en 2018. Si computamos sobre el total inicialmente planificadas (193) el porcentaje de acciones implantadas y en proceso es del 84%.
- El análisis detallado se incluye en el Anexo 2 en donde se incluye las acciones de mejora. Se mantiene la tendencia de que todos los procesos claves tienen mejoras implantadas o bien en proceso de implantación para este ciclo, evidenciando por tanto un nivel continuado y relativamente sostenido de eficacia.
- Con respecto al ciclo anterior se ha producido un cambio significativo debido a que se han duplicado el total de las propuestas de mejora. La causa del incremento se debe a la identificación de acciones en el proceso de análisis de riesgos y oportunidades. Respecto a dicha acciones se realiza un seguimiento específico con los siguientes resultados:

Grado de Implantación Riesgos	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Implantada	61	41%	
En proceso	61	41%	82%
No implantada	17	11%	93%
No procede	11	7%	100%

Se han identificado en Auditoría Interna un total de **34 acciones asociadas a oportunidades** con el siguiente resultado de aplicación:

Grado de Implantación Oportunidades	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Implantada	9	26%	
En proceso	21	62%	88%
No implantada	4	12%	100%
No procede			

Nota: algunas acciones pueden corresponder simultáneamente a riesgos y oportunidades

Valoración. Implementación de las propuestas de mejoras asociadas a riesgos y oportunidades.

- El grado de implantación de mejoras asociadas a riesgos y oportunidades es del 83%.

Implementación de las oportunidades de mejora y observaciones del Informe de Auditoría Externa.

	Ciclo 2014	Ciclo 2015	Ciclo 2016	Ciclo 2017	Ciclo 2018



Auditoría Externa. Número de indicaciones implantadas en el ciclo/ Iniciadas pero que exigen continuidad /porcentaje de aplicación computando las dos anteriores.	30-10- 80% (sobre 50)	6-5- 55% (sobre 20)	11-23- 72% (sobre 47)	25-16- 76% (sobre 54)	13-14- 63% (sobre 43)
Auditoría Interna. Número de indicaciones implantadas en el ciclo/ Iniciadas pero que exigen continuidad /porcentaje de aplicación computando las dos anteriores.	106-34- 83% (sobre 168)	53-18- 75% (sobre 95)	111-73- 74% (sobre 249)	50-19- 68% (sobre 101)	62-39- 79% (sobre 128)

Indicaciones del Informe de Auditoría Externa

Tipo	Nº	Resultados	Nº	% Implantadas y en proceso
Oportunidad de mejora.	33	Implantada	9	58%
		Iniciada/ continuada	10	
		Pendiente	10	
		No estimada	4	
Observaciones.	10	Implantada	4	80%
		Iniciada/ continuada	4	
		Pendiente	1	
		No estimada	1	
		No estimada	0	

Tabla resumen. Por Ciclos Auditorías Externas. Específicas de procesos

Año	Total	Implantada (1)	Iniciada/ continuada (2)	Parcial	Pendiente	No procede/No estimada	Total % * Implantadas
2018	43	13	14	0	11	5	63%
2017	54	25	16	0	6	7	76%
2016	47	11	23	0	8	5	72%
2015	20	6	5	0	3	6	55%
2014	50	30	10	1	1	8	80%
2013	31	15	10	0	4	1	81%

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

Valoración. Implementación de las propuestas de mejoras asociadas a riesgos y oportunidades.

- Se mantiene el grado de implantación de indicaciones de auditoría externa (63%, 13 puntos porcentuales de disminución).

Implementación de las oportunidades de mejora y observaciones del Informe de Auditoría Interna.

Tabla resumen. Por Ciclos Auditorías Internas



Año	Total	Implantada	Iniciada/continuada	Parcial	Pendiente	No procede/No estimada	Total % Implantadas
2018	128	62	39	0	10	17	79%
2017	101	50	19	0	9	23	68%
2016	249	111	72	1	19	46	74%
2015	95	53	18	0	10	14	75%
2014	168	106	34	2	10	16	83%
2013	145	79	24	10	11	21	71%

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

Valoración. Implementación de las propuestas de mejoras asociadas a riesgos y oportunidades.

- Se mantiene el grado de implantación de indicaciones de auditoría interna (79%, 11 puntos de crecimiento).

Indicaciones del Informe de Auditoría Interna

Tipo	Nº	Resultados	N	% Implantadas (*)
Encuestas	26	Implantada	11	81%
		Iniciada/continuada	10	
		Pendiente	3	
		No procede	2	
Indicadores	36	Implantada	22	72%
		Iniciada/continuada	4	
		Pendiente	3	
		No procede	7	
Documentación	3	Implantada	3	100%
		Iniciada/continuada	0	
		Pendiente	0	
		No procede	0	
Procesos	51	Implantada	25	90%
		Iniciada/continuada	21	
		Pendiente	0	
		No procede	5	
Mejoras	6	Implantada	2	67%
		Iniciada/continuada	2	
		Pendiente	1	
		No procede	1	



No Conformidad	2	Implantada	1	100%
		Iniciada/continuada	1	
		Pendiente	0	
		No procede	0	
Quejas y Sugerencias	2	Implantada	1	100%
		Iniciada/continuada	1	
		Pendiente	0	
		No procede	0	

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

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

Resultados de Auditoría Interna Anual.

Datos	Ciclo 2012	Ciclo 2013	Ciclo 2014	Ciclo 2015	Ciclo 2016	Ciclo 2017	Ciclo 2018
▪ Número de no conformidades (Activas y cerradas en el ciclo).	5	0	3 ¹	6 ²	8 ⁴	7 ⁵	8 ⁶
▪ Número de recomendaciones para gestionar no conformidades internas		6	10	4	2	9	9
▪ Número de observaciones relacionadas con el cierre de no conformidad	2	3	2 ³	4 ³	1	2	1
▪ Número de propuestas /observaciones relacionadas con la gestión de los procesos y registros asociados.	81	34	20	37	16	50	36
▪ Número de propuestas/observaciones relacionadas con los indicadores de procesos	62	49	46	40	40	49	40
▪ Número de propuestas/observaciones relacionadas con los mecanismos de retroalimentación	2	8	25	49	7	40	81
Total	154	100	111	140	74	159	175

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

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

3 Corresponde a No conformidades no cerradas.

4 Corresponde a 5 No conformidades de auditoría interna (2 son nuevas del ciclo 2016) y 3 internas de las Unidades.

5 Corresponden a 5 No conformidades de auditoría externa y 2 de auditoría interna.

6 Corresponden a 3 No conformidades de auditoría externa y 5 de auditoría interna.

Valoración.

- Si bien la comparativa de la tabla anterior está limitada por los objetivos y alcance de los programas de auditorías desarrollados, es significativo, aún, el aumento total del número de observaciones, así como las referidas al sistema de retroalimentación que se duplican
- La información detallada puede consultarse en los informes publicados en la página web del SIGC-SUA, cada informe va precedido de un informe ejecutivo que sintetiza los resultados de auditoría, seguido de un informe detallado de las actividades y resultados de auditoría.

El enlace para la consulta es:

http://www.ujaen.es/serv/spe/sigcsua/cgestion_2018/cgestion2018_auditorias.html



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

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

ítem	% Satisfacción						Media					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<ul style="list-style-type: none"> La comunicación e información que le proporciona la Coordinación Técnica sobre la realización de los programas de auditoría interna. 	86%	100%	100%	80%	100%	100%	3,50	4,29	4,14	3,7	3,7	4,0
<ul style="list-style-type: none"> Las facilidades que le proporciona la Coordinación Técnica para la ejecución de los distintos programas de auditoría. 	86%	100%	100%	80%	90%	90,91%	3,71	4,57	4,43	4,1	3,6	3,82
<ul style="list-style-type: none"> Las mejoras en el proceso de auditoría interna implantadas en el último ciclo de gestión. 		86%	100%	80%	100%	90,91%		3,79	4,43	3,9	3,7	3,82

(1) Indicador de participación: (2013) 53,85%. (2014) 48,28%. (2015) 25,00%. (2016) 55,55%. (2017) 66,67%. (2018) 70,59%.

Valoración. Mejoras

- Los resultados son representativos de forma limitada, ya que tan solo se ha alcanzado 71% de participación, si bien se ha incrementado en tres puntos porcentuales.
- Se ha mantenido la satisfacción en dos los ítems, disminuyendo en porcentaje la percepción de mejora. Sin embargo, mejora en los tres ítems el valor de la media.
- Se mantiene la identificación de mejoras en las reuniones con los auditores.

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

- Adopción de acciones de mejora para reducir en lo posible el periodo de ejecución de la auditoría interna, en su 2ª fase.
- Seguir mejorando en las facilidades que proporciona la Coordinación Técnica en la ejecución de la auditoría interna.



ANEXO Nº 1

EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS

<i>Responsabilidad</i>	<i>Nombre</i>	<i>Unidades</i>
Auditor jefe de Sistemas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ana Isabel Uceda Cobas ▪ Antonio Martínez Olea ▪ Luis Espinosa de los Monteros Moreno 	Coordinación Técnica. Servicio de Planificación y Evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuel Aranda Fontecha ▪ María Rosario Ramos Díaz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Informática
Auditor jefe de Sistemas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ María Del Carmen Higuera Herrador 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Personal y Organización Docente
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Roberto Fornes De La Casa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Gestión de la Investigación
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trinidad Alonso Moya 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Biblioteca
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juan Miguel Cruz Lendínez 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad Técnica
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jesús Díaz Ortiz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio Jurídico
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Francisco David Susí García 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rosario Armero García 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Informática
Auditor interno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antonio J. Porcuna Contreras 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Contratación y Patrimonio
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Francisco Javier Ibancos Arnaldo ▪ Joaquín Segura Martín 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ José Luis Pedrosa Delgado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Información y Asuntos Generales
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuel Jaenes Bermúdez 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad de Actividades Culturales
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ María Del Carmen López Asperilla 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ María Dolores Sánchez Cobos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Archivo General
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ María Nuria Ortega Barrales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Control Interno
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blas Morillas Morillas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad de Conserjerías
Auditor colaborador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eva Fernández Serrano 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Prevención
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuel Correa Vilches 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad de Actividades Culturales
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cecilia Benítez Guerrero 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad de Técnicos de Laboratorio
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marina Gómez Torres 	



ANEXO Nº 2

SEGUIMIENTO DE LAS PROPUESTAS DE MEJORAS DE LOS PROCESOS.

Proceso clave/Unidad	Número total de acciones de mejora descritas y porcentajes de implantación (2018).								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	% implantadas	% en implantación
PC 01. Gestión Presupuestaria, Económica, Contable y Fiscal. Total	-	2	4	5	19	11	16	69%	31%
Servicio de Asuntos Económicos		1	2	3	12	5	4	75%	25%
Servicio de Contabilidad y Presupuestos		1	1	2	2	5	4	75%	25%
Servicio de Control Interno			1	0	5	1	8	63%	38%
PC 02. Gestión de Adquisiciones y del Inventario. Total	1	7	5	6	8	7	5	40%	60%
Servicio de Contratación y Patrimonio	1	3	2	4	5	3	2	0%	100%
Servicio de Informática.							1	100%	0%
Unidad Apoyo a Órganos de Gobierno		2	1	1	1	1	1	0%	100%
Unidad de Negociados de Apoyo a Departamentos		2	2	1	2	3	1	100%	0%
PC 03. Gestión de Espacios.	8	9	4	5	6	5	8	75%	25%
Unidad de Conserjerías.	7	5	3	2	4	3	1	100%	0%
Unidad de Técnicos de Laboratorio.	1	1		2	0	0	3	100%	0%
Servicio de Biblioteca.		1			0	0	0	0%	0%
Unidad Técnica			1	1	0	0	1	100%	0%
Servicio de Deportes.		2			2	2	3	33%	67%
PC 04. Gestión del Mantenimiento. Total	14	13	16	17	18	11	24	58%	42%
Unidad Técnica	6	1	5	3	3	7	5	20%	80%



Servicio de Informática.	3	7	7	6	8	2	7	57%	43%
Centro de Instrumentación Científico-Técnica.	2	2	2	6	4	2	4	100%	0%
Unidad de Técnicos de Laboratorio.	2	3	1	2	2	0	3	100%	0%
Prevención de Riesgos Laborales.	1		1		1	0	5	40%	60%
PC 05. Gestión Integrada de los Recursos Humanos. Total	5	7	3	2	0	5	13	38%	62%
Servicio de Personal y Organización Docente.	4	7	3	2	0	3	5	80%	20%
Prevención de Riesgos Laborales.	1				0	2	8	13%	88%
PC 06. Gestión de los Recursos de Información y Conocimiento. Total	3	10	8	17	12	6	30	47%	53%
SIAG (Publicaciones).		2		1	1	1	1	100%	0%
Servicio de Información y Asuntos Generales		1	1	2	3	2	4	0%	100%
Servicio de Planificación y Evaluación.	1	1		1	0	2	11	27%	73%
Servicio de Biblioteca.		4	6	7	5	0	5	100%	0%
Unidad Apoyo a Órganos de Gobierno	2	1	1	6	3	1	9	56%	44%
Unidad de Negociados de Apoyo		1			0	0	0	0%	
PC 07. Gestión de Apoyo a la Actividad Investigadora y de la Transferencia de los Resultados de Investigación. Total	10	9	10	8	15	7	10	40%	60%
Servicio de Gestión de la Investigación.	8	8	6	7	13	4	9	44%	56%
Unidad de Negociados de Apoyo	2	1	4	1	2	3	1	0%	100%
PC 08. Gestión de la Prestación de Servicios de Apoyo Científico/Técnico. Total	13	18	19	9	25	10	22	86%	14%
Servicio de Informática.	7	12	4	5	7	2	7	86%	14%
Centro de Instrumentación Científico-Técnica.	3	2	12	2	16	5	3	33%	67%



Centro de Producción y Experimentación Animal	0	0	0	0	0	1	8	100%	0%
Unidad de Técnicos de Laboratorio.	3	4	3	2	2	2	4	100%	0%
PC 09. Gestión Académica Administrativa. Total	8	7	7	1	4	6	7	43%	57%
Servicio de Gestión Académica.	8	6	5		2	3	6	33%	67%
Unidad de Negociados de Apoyo		1	2	1	2	3	1	100%	0%
PC 10. Gestión de la Prestación de Servicios Complementarios, de la Movilidad y la Cooperación. Servicio de Atención y Ayudas al Estudiante.	4	7	6	6	6	5	7	71%	29%
PC 11. Gestión de la Organización de Actos y Eventos, Comunicación y Relaciones Institucionales. Total	1	4	5	6	9	4	12	25%	75%
Servicio de Deportes					3	2	3	0%	100%
Unidad Apoyo a Órganos de Gobierno	1	2	1	4	4	1	5	60%	40%
Unidad de Actividades Culturales.		1	3	2	1	0	2	0%	100%
Servicio de Información y Asuntos Generales		1	1		1	1	2	0%	100%
PC 12. Gestión de la Documentación. Total	3	5	2	2	3	3	9	11%	89%
Servicio del Archivo General.	3	2	2	1	1	1	5	0%	100%
Servicio de Información y Asuntos Generales		3		1	2	2	4	25%	75%



ANEXO Nº 3

SEGUIMIENTO DE INDICACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA.

INDICACIONES DEL INFORME	LÍNEAS DE ACTUACIÓN. RESULTADOS/PROPUESTA
<p>Descripción de las No Conformidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En contra de lo establecido en el Programa para la Adaptación del SIGC- SUA a los requisitos de la norma UNE EN ISO 9001:2015, no ha sido posible evidenciar la realización del Análisis DAFO, Cuadro de Identificación de Partes Interesadas y Cuadro de Gestión de Riesgos y Oportunidades en la UACU ni en el SDEP. 2. No ha sido posible evidenciar la implantación de un mecanismo de evaluación de la formación que permita determinar su eficacia para adquirir la competencia requerida. 3. Se detectan instalaciones de laboratorio para las que no se han identificado los equipos para su control. Ejemplos: Bioquímica y Genética en edificio B3 (369-370), B3 Laboratorio Botánica en edificio B3 (175). UTLA. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. No conformidad auditada y cerrada por aplicación del Plan de Acciones de Mejora. ▪ 2. No conformidad auditada y pendiente de concluir la aplicación del Plan de Acciones de Mejora. ▪ 3. No conformidad auditada y cerrada por aplicación del Plan de Acciones de Mejora
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información sobre satisfacción de cliente: En líneas generales la percepción de los grupos de interés se encuentra en unos altos índices de satisfacción, si bien las ratios de representatividad aún no alcanzan los niveles previstos. Se anima a seguir trabajando en esta línea, complementando la información obtenida mediante encuestas de satisfacción con otras técnicas que permitan evaluar directa o indirectamente la percepción de los clientes respecto a la gestión y servicios prestados: <ul style="list-style-type: none"> - Grupos Focales - Cliente Misterioso 	<p>Acciones derivadas de la gestión de riesgos y oportunidades asociadas al proceso PE02 Retroalimentación de los Grupos de Interés.</p> <p>Acción 2: Revisar con las Unidades el sistema de encuestas, priorizando en el SIGC-SUA solo aquellas que se consideren más relevantes, evitando la saturación.</p> <p>Acción 3: Sustituir el sistema de encuestas por otras fuentes que permita disponer de información directa de grupos de interés.</p> <p>Acción 8: Potenciar en la Dirección y las Unidades mecanismos que impulsen la participación en las encuestas: Comunicación, publicación de las mejoras asociadas a los resultados, difusión de resultados de</p>

**INDICACIONES DEL INFORME****LÍNEAS DE ACTUACIÓN.
RESULTADOS/PROPUESTA**

las encuestas e impactos de las mejoras.

INDICACIONES DEL INFORME**LÍNEAS DE ACTUACIÓN.
RESULTADOS/PROPUESTA****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, asimismo es recomendable la determinación de hitos concretos que permitan realizar la evaluación del grado de cumplimiento de los resultados esperados.
- Es conveniente ahondar en la gestión de proyectos para acometer las mejoras pretendidas y los cambios planificados. En este sentido, se recomienda establecer pautas comunes para su consideración en la gestión de proyectos: criterios y documentación de referencia.

EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

- Estudio y análisis por el Comité de calidad de la utilización de la metodología de gestión de proyectos para la planificación de acciones de mejora/objetivos de las Unidades Tratado en la reunión número 24 del Comité de Calidad de fecha 18/07/18.
Con el siguiente acuerdo: Se concluye que debe establecerse un modelo de proyecto de uso común para todos, para lo que se convocará a una próxima reunión de responsables de Servicios/Unidades con Gerencia para tratar este asunto.

Resultados

- Se ha aplicado en el proyecto de Administración Electrónica en su adaptación a la Ley 39/2015.
- Está previsto desarrollar un plan 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 (Acuerdo 6).

- Se anima a incorporar más plausiblemente la gestión del conocimiento como hito en la planificación de los diversos cambios o incorporaciones de procesos y trámites: cómo trasladar los conocimientos adicionales necesarios.

EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

- La indicación, en parte, se verá aplicada mediante el Plan Integral de Formación del PAS de la UJA 2018-2021. Es a través de los planes de formación anuales en donde se planifican las actuaciones de capacitación que, en parte, se derivan de la identificación de nuevas necesidades.
- Se potenciará en el siguiente ciclo que en las fichas de acciones de mejora se identifiquen en el campo de recursos las necesidades de conocimiento.



<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda seguir avanzando en la inclusión de indicadores de eficacia para facilitar una visión más completa del grado de éxito de cada actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> NO IMPLANTADO. Asociado al desarrollo del Acuerdo 3: <i>incorporar indicadores de eficiencia en el seguimiento de los procesos.</i> <p>Resultados</p> <p>Propuesta de revisión: Concluir en el siguiente ciclo de gestión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Conforme al Acuerdo de Dirección, se considera oportuna la realización de un análisis DAFO integrado, que sirva como elemento de entrada a la planificación y despliegue de la Estrategia de la Universidad. 	<ul style="list-style-type: none"> IMPLANTADO Asociado al desarrollo al Acuerdo 7: <i>Que se elabore un informe sobre el análisis de contexto que han realizado las Unidades en el marco de la gestión de riesgos y oportunidades, para conocimiento y valoración por parte del Consejo de Dirección.</i> <p>Resultados</p> <p>Realizado el informe.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda, para la identificación de requisitos de las partes interesadas: Establecer pautas comunes del contenido mínimo que debe tener (compromisos, requisitos legales, requisitos del centro, etc.). <p>Vincular de forma precisa aquellos requisitos identificados con el grupo de interés al que le corresponde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> IMPLANTADO Asociado al desarrollo del Objetivo de Calidad 2018. <i>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".</i> <p>Resultados</p> <p>Realizada la revisión de los requisitos de las partes interesadas y especificados los factores de calidad asociados, así como los compromisos de calidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> La Organización debe asegurarse de la realización de un seguimiento y análisis de la eficacia de las acciones propuestas para abordar los distintos riesgos y oportunidades identificados y priorizados, sobre todo en aquellos casos en los que dichas acciones no forman parte de los Planes de Acción de Mejora. Así, se podría incluir un apartado en el Informe de seguimiento del proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> IMPLANTADO Asociado al desarrollo del Objetivo de Calidad 2018. <i>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".</i> <p>Resultados</p> <p>Realizado la revisión de riesgos y oportunidades. La elaboración de un informe integrado para todos los procesos del SIGC-SUA y el grado de cumplimiento de implantación de las mejoras asociadas.</p> <p>El informe queda incluido en la documentación de revisión y mejora del SIGC-SUA, así como en los</p>



informes de proceso, incluyéndose un apartado específico de valoración.

INDICACIONES DEL INFORME**LÍNEAS DE ACTUACIÓN.
RESULTADOS/PROPUESTA****ESPECIFICIDADES DE LAS UNIDADES.**

Oportunidades de mejora (OM) y Observaciones (OB)

PC 01 Gestión Presupuestaria, Económica, Contable y Fiscal y PC 02 Gestión de las adquisiciones y del Inventario.

- OM. Podría resultar muy útil llevar a cabo la gestión de los grupos de trabajo como proyectos.

- **EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.**

Área económica. Es decisión del equipo del proceso incluir esta metodología en el próximo Informe de Seguimiento del PC01 para la gestión de las propuestas de mejora.

- **IMPLANTADA.**

Adquisiciones. Durante el año 2018 se ha considerado como proyecto la nueva tramitación de los contratos menores. Se han realizado numerosas reuniones entre los responsables de los Servicios del Área Económica y Patrimonial para planificar la entrada en vigor de la nueva Ley de Contratos del Sector Público en lo que respecta a los nuevos requerimientos de los contratos menores (pedidos). Fruto de ello han sido la elaboración de instrucciones técnicas y la impartición de talleres de formación para las personas responsables de gestión de las diferentes Unidades Administrativas de Compras. Además, es decisión del Área Económica incluir esta metodología en el próximo Informe de Seguimiento del proceso para la gestión de las propuestas de mejora.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA: No obstante, sería recomendable que la implantación de la metodología de gestión de proyectos quedase evidenciada mediante los correspondientes documentos de planificación.

- OB. En relación al expediente de contratación EXO-2017-05,- Se observa algún documento aún pendiente de firma. Ejemplo: Informe de Asesoría Jurídica. Durante la auditoría, los equipos adquiridos aún están pendientes de incorporar al inventario

- **NO PROCEDE ACTUACIÓN.**

Con carácter general tras la implantación de la firma electrónica en los trámites internos de los expedientes de contratación todos los documentos que se generan en las distintas fases de la licitación son firmados electrónicamente por las personas responsables: Órgano de Contratación, Asesoría Jurídica, Control Interno, etc. En ocasiones cuando hay problemas de integración entre la herramienta contratación y compras y el portafirmas, es necesario obtener la firma electrónica fuera de la aplicación, para hacerla a tiempo y en su fase correspondiente; no obstante, este hecho queda reflejado en la herramienta como pendiente de firma, aunque realmente esté



firmado. Respecto al inventario, el expediente de obras al que se refiere el informe de auditoría, suele registrarse en el sistema una vez que finaliza toda la obra y se incorporan al programa todos los gastos generados por la misma, tanto los propios de la obra como también otros servicios complementarios, tales como los gastos de arquitectos, estudios geotécnicos, etc., por lo que en ocasiones este registro suele hacerse una vez está finalizada la obra.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA: En la realización de las visitas de auditoría externa debería quedar explícitamente comunicado el criterio adoptado por la Universidad de Jaén sobre el proceso del inventario y, en su caso, valor su incorporación en la documentación del proceso.

PC 03 Gestión de Espacios Servicio de Deportes

- OM. Respecto a la actividad del servicio, se recomienda hacer especial énfasis en la identificación de Alianzas dentro de las Partes Interesadas (Ayuntamientos, clubes de natación, etc.), así como en su identificación de necesidades/expectativas y requisitos.
- OM. Se recomienda reforzar el índice de participación en la encuesta post-servicio de usuarios. En este sentido, se detectan iniciativas de grupos focales que podrían formalizarse definitivamente como herramienta para complementaria de la percepción del cliente.
- OM. El Índice de Actividad de ocupación de los complejos deportivos, en torno al 40% en Linares frente al 70% en Jaén. Se recomienda iniciar una reflexión significativa sobre alternativas y oportunidades que permitan fomentar el uso del complejo deportivo en Linares.

Unidad de Conserjerías

- OM. Se recomienda formalizar una aplicación informática que sirva de portal en la asignación de espacios, mostrando disponibilidad y facilitando la gestión de peticiones a través de la misma.

▪ NO PROCEDE ACTUACIÓN.

Se ha procedido al análisis de las alianzas según la descripción de la recomendación, concluyendo la no necesidad de la realización de actuaciones a corto/medio plazo. No obstante, está pendiente de reunión y análisis la alianza con el Ayuntamiento de Linares, con el fin de llegar a acuerdos satisfactorios para ambas partes.

▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

En fase de elaboración, al no haber finalizado el proceso de encuesta. El trabajo con grupos focales se iniciará en enero en el campus científico-tecnológico de Linares, y a partir de ahí continuará en el de las Lagunillas de Jaén.

▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

Se ha creado una acción de mejora llamada "Elaboración de un Plan de mejora y promoción de nuestras instalaciones y actividades en el Campus Científico-tecnológico de Linares". Dentro de las tres fases en las que hemos dividido esta actuación. De momento, evidencias de la actuación en Fase 1, con las áreas de actuación definidas.

NO IMPLANTADA

La aplicación no se ha activado por causas ajenas a la unidad. Se ha solicitado al servicio de informática y vicerrectorado de profesorado una nueva herramienta informática que sea viable

**PC 04 Gestión del Mantenimiento****Unidad Técnica**

- OM. resultar útil incorporar un indicador de impacto o mejora económica al fortalecer el mantenimiento preventivo y el mantenimiento modificativo, frente al correctivo.
- OM. Se anima a considerar aspectos ambientales en la gestión del mantenimiento. UT.

Unidad de Técnicos de Laboratorio

- OM. Podría considerarse la inclusión como riesgos la dificultad de mantener actualizado el inventario de equipos, y la dependencia de una única persona para el mantenimiento y desarrollo de la aplicación PETRUS.
- OB. No se ha podido evidenciar el establecimiento de Planes de Acciones de Mejora asociados al Proceso 04 de Gestión del Mantenimiento en la UTLA.
- OB. Se observa que el laboratorio asociado a Arqueología tiene cargado mantenimiento preventivo solo al 40 % de sus equipos.
- OB. No todos los equipos que aparecen sin mantenimiento en el indicador

▪ NO PROCEDE ACTUACIÓN.

No procede realizar ninguna actuación dado que las herramientas de gestión actuales no permiten estas mediciones, que por supuesto resultan de gran utilidad para la toma de decisiones.

▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

Se están incorporando progresivamente en los contratos de prestaciones de servicios de mantenimiento los aspectos ambientales en su gestión, y así se han introducido en los pliegos realizados en 2018. Desde este año, y como consecuencia del análisis de riesgos realizados, se considera requerimiento esencial para la elaboración de los nuevos pliegos técnicos.

No hemos completado, a la fecha de confección de esta ficha, un ciclo temporal suficientemente amplio para evaluar el impacto de las medidas incorporadas.

▪ IMPLANTADA.

Se solicita a través de un correo electrónico el soporte de la plataforma PETRUS al servicio de informática y se le comunica dicha petición al gerente (correo del 19 julio)

Pendiente de contestación.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA. Se valora como implantada, referida a la solicitud realizada.

▪ IMPLANTADA.

La falta de Planes de Acciones de Mejora fue debida a un error en el volcado de la información (actualizado en la página del SIGC-SUA). Mejoras enviadas al SPE (30 enero 2018).

▪ IMPLANTADA.

Comunicación a través del grupo de seguimiento del desvió en dicho indicador. (100%).

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA. I. [PC 04.11]-05: "Porcentaje de Equipos con Mantenimiento Preventivo", este indicador muestra su máximo grado de cumplimiento, alcanzándose por consiguiente el valor objetivo.

▪ IMPLANTADA.



precisan de mantenimiento. Sería oportuno poder indicar en el registro del equipo si es susceptible de mantenimiento preventivo, así como reflejar esos equipos en el listado de Mantenimiento Pendiente que le aparece al Técnico en PETRUS.

Se mejora dicha discriminación con un tic que permiten marcar los equipos que requieren mantenimiento preventivo, además se incorpora en la pantalla principal un listado de equipos que carecen de dicho mantenimiento, para subsanación de posibles errores.

PC 05 Gestión Integrada de los RRHH Servicio de Personal

- OM. Se recomienda revisar el valor objetivo del indicador de “porcentaje expedición de órdenes de pago de la nómina hasta el 25 de cada mes”. El valor de referencia pudiera ser demasiado exigente debido a la existencia de días no laborables. Hasta el momento no se ha conseguido su cumplimiento (el valor a alcanzar es un 75% y el resultado es un 33% en 2016 y 42% en 2017), si bien se ha analizado con detalle los motivos.

Servicio de Prevención

- OM. Se recomienda una identificación de requisitos y necesidades/expectativas de forma específica por cada grupo de interés.
- OM. Se recomienda definir con más detalle las fases/hitos de los objetivos de calidad, especialmente para aquellos con mayor marco temporal.
- OB. A fecha de auditoría, se han hecho tres de los 5 simulacros de evacuación. Está pendiente la realización en octubre de 2018 los del aula A4 y Biblioteca.
- OB. La evaluación riesgos psicosociales del servicio de informática está finalizada desde finales 2017, si bien está pendiente acordar con el Servicio la puesta en marcha de las medidas que incluye.

▪ IMPLANTADA.

Se ha determinado mantener un año más los valores de ese indicador confiando que la actual situación de incremento y consolidación de plantilla en el Servicio puede contribuir para alcanzar el valor objetivo del indicador.

▪ IMPLANTADA.

Enviado (la revisión) el Anexo VI de la documentación del Proceso al Servicio de Planificación Estratégica el día 8 de noviembre de 2018.

▪ IMPLANTADA.

Las fases de los objetivos de calidad se establecen en la planificación de actividades preventivas anuales que son presentadas para su seguimiento en el Comité de Seguridad y Salud.

▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

planificados y pendientes de aprobación por el Comité de Seguridad y Salud en el primer trimestre 2019.

▪ IMPLANTADA.

Tras reuniones mantenidas con el Servicio de Informática se aprobó la planificación de la actividad preventiva el 14 de diciembre de 2018.

PC 06 Gestión de los Recursos de Información y Conocimiento.

**Biblioteca**

- OM. Se recomienda definir con más profundidad los requisitos de actividad con cada Grupo de Interés. En su planteamiento actual están muy enfocados a los requisitos de la calidad de la carta de servicios, pudiendo tener cabida otros requisitos de actividad (reglamentos internos, contractuales, legales, plazos internos establecidos, etc.).

Unidad de apoyos a Órganos de Gobierno. Servicio de Asesoría Jurídica.

- OM. Se recomienda una vinculación más precisa de cada parte interesada con sus Necesidades/ Expectativas y Requisitos de Calidad específica.

- OM. Se recomienda analizar la viabilidad de incorporar una herramienta informática para la gestión de expedientes centralizada (alta, recepción, respuesta, alarmas, adjuntar documentación, etc.), buscando formalizar las pautas más comunes de gestión con soporte informático.

■ IMPLANTADA.

Grupo de discusión realizado en Comisión de Biblioteca de 22 de octubre de 2018 con representación de los tres Grupos de Interés principales en Biblioteca: Estudiantes, PDI y PAS, donde se discute sobre los requisitos de calidad de cada uno de los servicios establecidos en la Carta de Servicios de la Biblioteca desde la perspectiva de cada Grupo de Interés. Resultado del Grupo de discusión se elabora un documento que se remite a Coordinación Técnica SIGC-SUA el 11 de noviembre de 2018.

■ IMPLANTADA.

El Programa de Orientación para la adaptación del SIGC-SUA a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 de 16/02/2018, aprobado por el Comité de Calidad para el desarrollo del objetivo de calidad nº 1 del ciclo de gestión 2017, contempla entre sus actuaciones la revisión y propuesta de identificación de las partes interesadas a nivel de proceso de sistema.

Como resultado de la aportación realizada por el equipo de calidad del Servicio Jurídico, se ha procedido a dicha revisión y propuesta a Coordinación Técnica de un nuevo cuadro de identificación de atributos de calidad de la prestación del servicio PC06-S8. Prestación de asesoramiento especializado de naturaleza jurídica, que incide de forma más precisa en la relación entre los grupos de interés y usuarios del Servicio Jurídico y sus necesidades y expectativas, mediante la incorporación en el correspondiente de la documentación del proceso de los requisitos de calidad revisados.

■ NO PROCEDE ACTUACIÓN.

El equipo de calidad del Servicio Jurídico ha valorado la posibilidad de incorporar una herramienta informática para la gestión de los distintos expedientes en los que participa, con el objetivo de sistematizar las actuaciones de gestión más comunes de forma automatizada.

Del anterior análisis se concluyen las siguientes consideraciones:

a) Desde el punto de vista de la función consultiva, en la que el Servicio Jurídico es objeto de una determinada consulta o informe jurídico, las distintas actividades de seguimiento y control de la gestión de las citadas solicitudes se realizan con la incorporación en la hoja Excel de medición de indicadores en la que de forma predeterminada, una vez introducida la fecha de solicitud de informe o consulta jurídico, automáticamente el archivo calcula de forma



Servicio de Información y Administración Electrónica.

- OM. Podría resultar interesante aplicar la técnica de Cliente Misterioso para evaluar eficacia de proceso de información.
- OM. Se podría establecer un calendario de eventos/trámites que precisara información general para poder asegurar una buena formación y planificar los recursos de Atención.
- OM. Dado que el proceso de información y atención a la comunidad universitaria no es una actividad exclusiva del SIAG, podría establecerse un protocolo común y homogéneo para el desarrollo del proceso a nivel de toda la UJA.

automática la fecha límite de emisión del informe solicitado.

b) Respecto a la función contenciosa, en representación y defensa de los intereses de la Universidad de Jaén ante Juzgados y Tribunales, se encuentra pendiente el desarrollo de la aplicación LexNet de comunicación con la Administración de Justicia, que aportará la necesaria sistematización en las diversas actuaciones que suponen la relación con dicha Administración.

▪ NO IMPLANTADA.

Aunque se ha valorado esta acción, aún no se ha establecido la estrategia para llevarla a cabo. Se han planteado algunas propuestas que se están estudiando por parte del equipo de calidad del Servicio.

▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

El calendario que se propuso coincide con las campañas de acceso y matrícula, en principio. Se ha comunicado a la Vicerrectora de Comunicación y a la Vicerrectora de Estudiantes la importancia de que se coordinen estas actividades entre los servicios implicados.

▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

Se ha mantenido una reunión con Gerencia, Vicerrectorado de Comunicación y Vicerrectorado de Estudiantes para contemplar la posibilidad de establecer una estrategia integral en el proceso de información, incluido el cambio de ubicación de las dependencias del Servicio. Está pendiente de un informe del Jefe de Servicio de Información, Registro y Administración electrónica para analizar la viabilidad de un plan que, en principio hay que tomar con cautela, por el impacto en los usuarios y en las unidades responsables.

PC 07 Gestión de Apoyo a la Actividad Investigadora y a los Resultados de Investigación

- OM. Sería oportuno trazar mejor cada uno de los atributos de calidad con los requisitos del Sistema (indicadores de atención, encuestas a presentados a convocatorias).
- OM. Se recomienda ahondar en el establecimiento de acciones en el Plan

▪ NO IMPLANTADA.

No se ha podido realizar nada, debido al colapso de la gestión por convocatorias extraordinarias y problemas de personal en el SGI.

▪ NO IMPLANTADA.

No se ha podido realizar nada, debido al colapso de la gestión por



Mejora..	convocatorias extraordinarias y problemas de personal en el SGI.
<p>PC 08 Gestión de la Prestación de Servicios de Apoyo Científico/Técnico Unidad de Técnicos de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OM. Se anima a reimpulsar el Grupo PETRUS, así como a impulsar el actual bloc de acciones pendientes de manera que sirvan para el desarrollo de Planes de Mejora asociados a desarrollo de la herramienta informática de Gestión. ▪ OM. Al objeto de poder identificar todas las aplicaciones externas en uso, se podría aprovechar el Plan de Seguridad Documental del SIGC_SUA. Nota: se imputó por error a la UTLA. ▪ OB. Puntualmente se observa que no hay trazabilidad entre el análisis DAFO, la identificación de requisitos derivados de las partes interesadas, los riesgos y oportunidades identificados y el Programa de Mejora <p>Servicio de Informática</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OM. Podría ser útil considerar la identificación de riesgos y sus correspondientes planes de contingencia en el desarrollo de proyectos. <p>Centro de Producción y Experimentación Animal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OM. Se anima a potenciar el establecimiento de indicadores que permitan evaluar la capacidad y eficacia del Centro. Ejemplos: ocupación de espacios (relacionado con gestión de espacios), ratio de incidentes con animales, etc. ▪ OM. Podría ser conveniente ampliar las 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN. Se realiza un curso de reciclaje (4 Julio 2018) en el cual se detectan posibles Acciones de Mejora, que se irán incorporando desde los diferentes grupos de trabajo. ▪ NO PROCEDE ACTUACIÓN. No se ha producido ninguna modificación en los últimos ciclos, pero eso no conlleva al incumplimiento del plan documental con sus correspondientes copias de seguridad. ▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN. Desde el grupo de GIPA se está trabajando en dichas recomendaciones. <p>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA. La valoración se realiza considerando que se está trabajando en la revisión indicada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ NO IMPLANTADA. Se realizará en función del resultado del "modelo de proyecto de uso común para todos los Servicios/Unidades". A 10/01/2019, pendiente de la convocatoria de Gerencia a todos los responsables de Servicios/Unidades (Acta del Comité de Calidad 18-07-2018). ▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN. Revisión de opciones posibles Se elevarán en el Informe de Seguimiento los nuevos indicadores. ▪ IMPLANTADA. Revisión del cuadro de identificación de partes interesadas. Nivel



partes Interesadas, por ejemplo, con la Administración (en relación a los requisitos legales aplicables).

- OB. No tienen indicadores de eficacia ni planteados objetivos para el cumplimiento de los existentes.

proceso. Incorporación del Comité de ética de la UJA, del Comités de Ética a nivel autonómico y de las Estructuras administrativas de Seguimiento de los estudios de experimentación animal.

- **EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.**

Revisión de opciones posibles

Se elevarán en el Informe de Seguimiento los nuevos indicadores.

PC 09 Gestión Académica Administrativa
Servicio de Gestión Académica

- OM. Se recomienda profundizar en el detalle de la identificación de grupos de interés, distinguiendo colectivos con necesidades/expectativas y requisitos específicos (alumnos cursos universitarios, masters, extranjeros, etc.).
- OM. Se recomienda una identificación más precisa de los requisitos de calidad de las partes interesadas, bajo la perspectiva de que en caso de incumplimiento de los mismos pueden suponer una reclamación o no conformidad del servicio.
- OM. Se recomienda que ejercicio de reflexión recogido en el análisis DAFO e identificación de riesgos y oportunidades tenga una mayor trascendencia en el planteamiento de objetivos.
- OM. La encuesta General de Usuarios tiene una lectura difusa, tanto por los resultados negativos como por la globalidad de aspectos que abarca (5,57, 3,33 y 3,18 en años consecutivos). Se recomienda revisar el método y el resultado de esta encuesta, buscando ser preciso en la detección de una posible fuente de insatisfacción.
- OB. A fecha de auditoría, el Servicio de Gestión Académica está pendiente de formular nuevos objetivos para el curso actual, habiendo sido la prioridad la adaptación de documentación a la nueva versión de la norma 9001:2015.

- **NO IMPLANTADA.**

Planteamiento de estudio/definición de grupos de interés.

- **NO IMPLANTADA.**

Planteamiento de estudio/definición de grupos de interés.

- **EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.**

Los riesgos y oportunidades planteados se han ido cumpliendo/afrentando.

- **NO IMPLANTADA.**

Planteamiento de estudio/definición de grupos de interés.

- **NO IMPLANTADA.**

Planteamiento de estudio/definición de grupos de interés.



PC 10 Gestión de la Prestación de Servicios Complementarios al Estudiante, de la Movilidad y de la Cooperación

- OM. Se recomienda incorporar aquellos indicadores procedentes más relevantes de Qmatic al conjunto de indicadores del sistema de calidad.

▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

Se ha propuesto al servicio de Planificación y Evaluación la incorporación de tres indicadores para cada uno de los procesos del PC 10. 1) Valor medio del número de personas atendidas durante el curso académico. 2) Tiempo medio de espera de los usuarios para ser atendidos durante el curso académico. 3) Tiempo medio de atención a los usuarios en **minutos**.

PC 11 Gestión de la Organización de Actos y Eventos, Comunicación y Relaciones Institucionales Unidad de Actividades Culturales.

- OM. recomienda establecer en la UACU otros indicadores que permitan conocer:
 - Adecuación de los recursos respecto al trabajo desempeñado.
 - Grado de éxito de los eventos gestionados (afluencia, satisfacción de eventos más relevantes).
 - Como consecuencia de los dos anteriores, datos finales relativos a la relación coste/esfuerzo de distintos eventos. Si bien una parte de los mismos tiene carácter institucional, conocer dicha información permitiría obtener información relevante para futuras mejoras.
- OM. Se recomienda informatizar la gestión de eventos culturales, de forma que puedan darse de alta en una aplicación y hacer seguimiento de los pasos realizados, incorporando un sistema de alarmas y gestión de tareas, así como extraer datos de forma automatizada.

▪ NO IMPLANTADA.

En este ciclo de 2018 no se ha podido llevar a cabo el diseño de nuevos indicadores relativos a los tres aspectos recomendados. Consideramos que es muy importante establecer nuevos indicadores que nos aporten ideas para futuras mejoras, pero en las circunstancias actuales no disponemos de los recursos humanos y técnicos **necesarios**.

▪ NO IMPLANTADA.

En este ciclo de 2018 no se ha podido llevar a cabo la informatización de la gestión de los eventos culturales, que facilite el seguimiento y gestión de las tareas, así como la extracción de datos de forma automatizada para la evaluación de los mismos, ya que no disponemos de los recursos humanos y técnicos necesarios.

PC 12 Gestión Documental Servicio de Archivo General

- OM. Se recomienda definir con más detalle las fases/hitos de los objetivos de calidad, especialmente para aquellos

▪ IMPLANTADA.

Las acciones que derivan del Análisis DAFO se han trasladado al Plan estratégico, línea C64 y a la propuesta de mejoras del SIGC-SUA, Fichas



con mayor marco temporal.

Servicio de Información y Administración Electrónica

- OB. A tenor de los plazos establecidos en la oferta del proveedor correspondiente y según el desarrollo mostrado, se observa retraso en el proyecto de adaptación al ENS y RGPD.

propuestas de mejora procesos clave 2019.

▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.

En comunicaciones con la empresa que asesora a la UJA para la implantación, se ha podido establecer una meta para la conclusión de la implantación en el primer cuatrimestre de 2019.



ANEXO Nº 4

SEGUIMIENTO DE INDICACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA.

Proceso	Unidad	Ámbito	Nº	Resultados	Nº	Implantadas Nº	Implantadas %
PC01	SAE	Encuestas	2	Implantada	1	4	100
				Iniciada	1		
		Indicadores	2	Implantada	2		
PC01	SCI	Encuestas	1	Iniciada	1	1	100
PC01	SCPRESU	Documentación	1	Implantada	1	3	100
		Encuestas	1	Implantada	1		
		Indicadores	1	Implantada	1		
PC02	SCPATR	Documentación	1	Implantada	1	2	67
		Indicadores	1	No implantada	1		
		Encuestas	1	Implantada	1		
PC02	UNAD	Procesos	1	Implantada	1	2	67
		Encuestas	1	No procede	1		
		Indicadores	1	Implantada	1		
PC02	UAOG	Procesos	3	Implantada	3	1	100
PC03	SDEP	Procesos	2	Iniciada	2	7	100
		Indicadores	4	Implantada	4		
		Encuestas	1	Implantada	1		
PC03	UT	Procesos	7	Implantada	1	7	100
				Iniciada	6		
PC04	CICT	Indicadores	1	Implantada	1	1	100
PC04	UT	Indicadores	1	Implantada	1	1	100
PC04	SINF	Indicadores	1	Implantada	1	2	100
		Mejoras	1	Implantada	1		
PC04	UTLA	Procesos	1	Iniciada	1	4	80
		Indicadores	4	Implantada	3		
				No implantada	1		
PC04	PREVENC	Procesos	2	Implantada	1	4	80
				Iniciada	1		
		Indicadores	1	No procede	1		
		Encuestas	1	Iniciada	1		
PC05	SPOD	Mejoras	1	Iniciada	1	2	67
		Procesos	2	No procede	1		
				Iniciada	1		
		Indicadores	1	Implantada	1		
PC05	PREVENC	Encuestas	1	Implantada	1	3	100
		Indicadores	1	Iniciada	1		
		Procesos	1	Iniciada	1		
PC06	UAOG	Encuestas	1	Implantada	1	2	100
		Documentación	1	Implantada	1		
PC06	UT OBRAS	Procesos	1	Implantada	1	1	100
PC06	SPE	Encuestas	1	Iniciada	1	2	100
		Procesos	1	Implantada	1		
PC06	BIBL	Procesos	8	Implantada	5	5	38
				No procede	2		
				No implantada	1		



		Indicadores	3	No procede	3		
		Encuestas	1	No procede	1		
PC06	SIAG	Procesos	2	Iniciada	2	8	89
		Encuestas	5	No implantada	1		
				Iniciada	4		
		Indicadores	1	Iniciada	1		
		Quejas y sug.	1	Implantada	1		
PC07	SGI	Procesos	3	Implantada	1	3	43
				Iniciada	1		
				No procede	1		
		Encuestas	3	Implantada	1		
				Iniciada	1		
				No implantada	1		
		Indicadores	1	Iniciada	1		
PC07	UNAD	Indicadores	2	Implantada	2	2	100
PC08	SINF	Procesos	1	Implantada	1	2	100
		Indicadores	1	Implantada	1		
PC08	CICT	Encuestas	1	Implantada	1	1	33
		Indicadores	1	No procede	1		
		Mejoras	1	No procede	1		
PC08	UTLA	Procesos	1	Iniciada	1	1	100
PC09	SGA	Procesos	5	Implantada	5	9	90
		No conformidad	1	Implantada	1		
		Indicadores	2	Implantada	2		
		Quejas y sug.	1	Iniciada	1		
		Encuestas	1	No procede	1		
PC09	UNAD	Indicadores	1	No procede	1	0	0
PC10	SAAE	Procesos	2	Iniciada	1	4	80
				No procede	1		
		Indicadores	3	Implantada	3		
PC10	SDEP	Proceso	1	Iniciada	1	2	50
		Indicadores	2	No procede	1		
				No implantada	1		
		Encuestas	1	Iniciada	1		
PC11	COMUNIC	Procesos	2	Implantada	1	2	67
				No procede	1		
		Encuestas	1	Implantada	1		
PC11	SIAG	Procesos	1	Iniciada	1	1	100
PC11	UACU	Procesos	1	Implantada	1	1	33
		Encuestas	1	No procede	1		
		Mejoras	1	No implantada	1		
PC11	UAOG	Procesos	2	Implantada	2	3	100
		Encuestas	1	Implantada	1		
PC12	SAG	Procesos	1	Implantada	1	2	100
		Mejoras	1	Implantada	1		
PC12	SIAG	Procesos	1	Iniciada	1	4	100
		Indicadores	1	Iniciada	1		
		Encuestas	1	Iniciada	1		
		Mejoras	1	Iniciada	1		
						99	



ANEXO Nº 5

RELACIÓN DE PROCESOS AUDITADOS (Programa Auditoría Anual).

FASE I

Proceso	Proceso clave	Unidad
PC01	PC.01.23 Gestión del Gasto.	Servicio de Asuntos Económicos.
PC02	PC 02.12. Gestión de la contratación administrativa.	Servicio de Contratación y Patrimonio.
	PC02.11 Gestión de la Adquisición Directa.	Unidad Funcional de Apoyo de Negociados de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación.
PC03	PC03.11 Gestión de la asignación planificada.	Servicio de Personal y Organización Docente (Unidad de Conserjerías).
PC04	PC.04.11 Gestión del mantenimiento preventivo / normativo. PC 04.12 Gestión del mantenimiento correctivo. PC 04.13 Ejecución del mantenimiento.	Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación.
PC05	PC 05.13 Gestión de la provisión de puestos de trabajo.	Servicio de Personal y Organización Docente.
	PC 05.24 Gestión de la prevención de riesgos laborales	Servicio de Prevención.
PC06	PC 06.21. Desarrollo de la Colección Bibliográfica y Acceso a la Información.	Biblioteca de la Universidad de Jaén.
	PC06.24. Publicaciones.	Servicio de Información y Asuntos Generales-Publicaciones.
PC07	PC07.112 Gestión de las ayudas o subvenciones a grupos de investigación, a proyectos de investigación y para la investigación de carácter específico y/o individual.	Servicio de Gestión de la Investigación.



PC08	PC 08.1. Gestión de mejoras y nuevos servicios TIC.	Servicio de Informática.
	PC 08.4 Gestión de apoyo a la docencia e investigación en condiciones controladas y/o con requerimientos técnicos específicos.	Centro de Instrumentación Científico-Técnica.
PC09	9.3 Matrícula	Servicio de Gestión Académica.
PC10	PC 10.32. Gestión de la movilidad internacional de estudiantes de la Universidad de Jaén.	Servicio de Atención y Ayudas al Estudiante.
PC11	PC 11.13 Gestión de las actividades físico deportivas.	Servicio de Deportes.
	PC11.21 – Gestión de la comunicación institucional.	Unidad Funcional Apoyo a Órganos de Gobierno-Gabinete de Comunicación.
PC12	PC12.21. Gestión del tratamiento archivístico de la documentación.	Servicio de Archivo General.

FASE II

Proceso	Unidad
PC01	Servicio de Asuntos Económicos
PC01	Servicio de Contabilidad y Presupuestos
PC01	Servicio de Control Interno
PC02	Servicio de Contratación y Patrimonio
PC02	Unidad Funcional de Negociados de Apoyo a Departamentos y a Institutos y Centros de Investigación
PC02	Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno
PC03	Servicio de Personal
PC03	Servicio de Deportes
PC03	Servicio de Mantenimiento y Vigilancia de las Instalaciones



PC04	Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación
PC04	Servicio de Prevención
PC04	Servicio de Informática
PC04	Centro de Instrumentación Científico-Técnica
PC04	Servicio de Mantenimiento y Vigilancia de las Instalaciones
PC05	Servicio de Personal
PC05	Servicio de Prevención
PC06	Servicio de Biblioteca
PC06	Servicio de Información y Asuntos Generales
PC06	Unidad de Publicaciones
PC06	Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno
PC06	Servicio de Obras
PC06	Servicio de Planificación y Evaluación
PC07	Servicio de Gestión de la Investigación
PC07	Unidad Funcional de Negociados de Apoyo a Departamentos y a Institutos y Centros de Investigación
PC08	Servicio de Informática
PC08	Centro de Producción y Experimentación Animal
PC08	Centro de Instrumentación Científico-Técnica
PC08	Unidad Funcional de Técnicos de Laboratorio de Apoyo a Departamentos, Institutos y Centros de Investigación
PC09	Servicio de Gestión Académica
PC09	Unidad Funcional de Negociados de Apoyo a Departamentos y a Institutos y Centros de Investigación
PC10	Servicio de Atención y Ayudas al Estudiantes
PC11	Servicio de Deportes
PC11	Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno
PC11	Servicio de Información y Asuntos Generales
PC11	Unidad de Apoyo a Órganos de Gobierno
PC11	Unidad de Actividades Culturales
PC12	Servicio de Archivo General
PC12	Servicio de Información y Asuntos Generales