

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 2019.
- INFORME FINAL DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD Y DIRECTRICES DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN CICLO 2018.

CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

Elaborado por: Coordinación Técnica (Servicio de Planificación y Evaluación)	Aprobado por: Comité de Calidad
Nombre: Jacinto Fernández Lombardo	Nombre: Juan Gómez Ortega.
Cargo: Jefe del Servicio	Cargo: Rector de la Universidad de Jaén. Presidente del Comité de Calidad.
Fecha: 10-04-2019	Fecha: 12-04-2019
Firma:	Firma:

ESTRUCTURA DEL INFORME

PORTADA Y CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN.

I. INFORME RESUMEN/EJECUTIVO.....	Pág.2
II. VALORACIÓN Y PROPUESTAS DEL COMITÉ DE CALIDAD CICLO 2019.	Pág.4
III. DESARROLLO. INFORME DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD CICLO 2018.....	Pág.8
IV. INFORME DE SEGUIMIENTO DE LAS DIRECTRICES/RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN CICLO 2018.	Pág.10
V. IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DE MAYO DE 2018	Pág.15

I. INFORME FINAL DE SEGUIMIENTO. RESUMEN EJECUTIVO.

VALORACIÓN GENERAL DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD, DIRECTRICES Y ACUERDOS.

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

- Objetivo de calidad: Objetivo (nº 1) cumplimiento.
- Directrices: 5 Directrices están asociadas al objetivo de calidad y/o acuerdos.
- Acuerdos (7), de Continuidad (2):
 - Cumplidos en los términos de la planificación inicial. Nº 1. Nº 2. Nº 7. Cont. Nº 1. Cont. Nº 2. **56%**
 - Cumplidos en los términos de la planificación revisada. Nº 3. Nº 5. **22%**
 - Cumplidos parcialmente en los términos de la planificación revisada. Nº 4. **11%**.
 - Aplazado para el siguiente ciclo de gestión. Nº 6. **11%**.

CUADRO RESUMEN.

Objetivo /Directriz/ Acuerdo	Resultado final en el ciclo de gestión
Objetivo de calidad Nº 1. 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.	Sin perjuicio de que los resultados de la implantación del objetivo dependan de la evaluación de la auditoría externa, se han realizado las actuaciones planificadas y el cumplimiento del alcance y objetivos planificados.
5 Directrices del Consejo de Dirección	Asociada al Objetivo de Calidad 2018 y a los Acuerdos.
Acuerdo Nº 1. Plan de difusión del SIGC-SUA adaptado.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la a planificación: Ejecutado el Plan de Difusión.
Acuerdo Nº 2. Cursos de auditor interno y de auditor jefe, según las necesidades que se detecten.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación: Aprobado el plan de actividades formativas y planificada su ejecución.
Acuerdo Nº 3. Procesos de racionalización y optimización del SIGC-SUA. Se incluye el siguiente Acuerdo y Directriz del Consejo de Dirección: Análisis y revisión, en su caso, de la política de calidad del SIGC-SUA. Estudio para incorporar indicadores de eficiencia en el cuadro de seguimiento de los procesos.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la revisión de la planificación: - Realización de un cuestionario sobre cambios de racionalización y simplificación y revisión de la política de calidad e informe de resultados con propuestas para realizar un plan de acciones. Acuerdo Comité de Calidad en revisión: - Se aplicarán en el siguiente ciclo de gestión los planes de acción y la elaboración de un estudio sobre indicadores de eficiencia.
Acuerdo Nº 4. Revisión de las cartas de servicios.	Acuerdo desarrollado y cumplido parcialmente en los términos de la revisión de la planificación: - Elaboración y validación de la propuesta de servicios/ compromisos de calidad a publicar. - Relación actualizada de servicios y compromisos (Parcial). Acuerdo Comité de Calidad en revisión: - Concluir en el siguiente ciclo de gestión la aprobación formal del expediente de nuevas cartas de servicios y la Implantación del sistema de publicación y difusión.



Objetivo /Directriz/ Acuerdo	Resultado final en el ciclo de gestión
Acuerdo Nº 5. Desarrollo de planes de benchmarking, al menos, mediante la evaluación comparativa de resultados.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la revisión de la planificación: -. 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: Iniciar en el siguiente ciclo de gestión la ejecución de actividades de benchmarking, según interés de las Unidades.
Acuerdo Nº 6. 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).	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la revisión de la planificación: -. Constitución formal del equipo de trabajo. Acuerdo Comité de Calidad en revisión: Realizar en el siguiente ciclo.
Acuerdo Nº 7. 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.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación: -. Informe realizado y remitido al Consejo de Dirección.
Acuerdo Continuo Nº 1. Implantación de las propuestas de acciones de mejora de los procesos.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación.
Acuerdo Continuo Nº 2. Seguimiento de recomendaciones, oportunidades de mejora y observaciones de los informes de auditoría externa de mayo 2018 y auditorías internas del ciclo de gestión 2018.	Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación.

VALORACIÓN GENERAL DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LAS OBSERVACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DE MAYO DE 2018.

De acuerdo los resultados de auditoría el grado de implantación es el siguiente:

Ámbito	Número	Implantación	%
No conformidades Externas	3 (4 Unidades)	Cerradas 3	75%
		Pendiente 1	25%
Satisfacción de clientes	1	En proceso	
De carácter general y estratégico	6	Implantada 3	50%
		En proceso 2	33%
		No implantada 1	17%
Específicas de Unidades	43	Implantada 13	30%
		En proceso 14	33%
		No implantada 11	26%
		No procede 5	12%

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, de los nueve acuerdos, tan sólo uno se ha aplazado en su totalidad. En este sentido, de nuevo se hace necesario dar continuidad en el siguiente ciclo de gestión de los acuerdos no completados en todos sus objetivos planificados. Especialmente, concluir el nuevo sistema de cartas de servicios y realizar la 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.
- El objetivo de calidad sobre el 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 se ha cumplido en los términos planificados, salvo casos puntuales. Este cumplimiento ha permitido realizar 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 (Acuerdo Nº 7).
- En este ciclo se ha realizado o está previsto concluir las actividades de difusión y formación en calidad. En concreto, en abril se realizará el curso de auditor interno, con 33 inscritos de 13 Unidades. En el segundo semestre se realizará, según demanda, el curso de Auditor Jefe para diez personas.
- La nueva Relación de Puestos de Trabajo (RPT) ha generado cambios en la estructura organizacional, incluyendo la creación de nuevos servicios y la reorganización de otros. Esto plantea la necesidad de revisar el sistema de organización de procesos del SIGC-SUA y realizar los cambios necesarios en la documentación de los procesos. El alcance del SIGC-SUA hace prever la dimensión que la revisión ha de suponer, por lo que se propone como Objetivo de Calidad para el siguiente ciclo.
- En la gestión del SIGC-SUA hay actuaciones que están sistematizadas y se realizan en todos los ciclos, por ello, en este ciclo ya se han identificado como acuerdos continuos. Están referidos a la Implantación de las propuestas de acciones de mejora de los procesos y al Seguimiento de recomendaciones, oportunidades de mejora y observaciones de los informes de auditoría. Para este ciclo se propone que se incluyan en este grupo los planes de acción y actividades relacionadas con los procesos de racionalización y optimización del SIGC-SUA, en concreto, derivado del informe del acuerdo número 3 se han identificado 9 ámbitos de actuación.
- Se han mantenido en este ciclo los grupos y subgrupos de trabajo del SIGC-SUA (cartas de Servicio y el de racionalización y optimización) y formalizado el grupo de trabajo de integración y seguimiento en el SIGC-SUA de los objetivos funcionales. Se propone la continuidad de estos tres grupos de trabajo.

2. APROBACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD CICLO 2018.

- Objetivo nº 1/2019.

Plan de actualización del sistema y documentación de los procesos del SIGC-SUA a la estructura organizativa modificada por la nueva Relación de Puestos de Trabajo (RPT).

3. PROPUESTAS DE ACUERDOS DEL COMITÉ DE CALIDAD CICLO 2019.

1. Concluir en el siguiente ciclo de gestión la aprobación formal del expediente de nuevas cartas de servicios y la Implantación del sistema de publicación y difusión.
2. Elaborar y ejecutar la 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).
3. Continuar con la gestión de los planes relacionados con Implantación de las propuestas de acciones de mejora de los procesos, seguimiento de recomendaciones, oportunidades de mejora y observaciones de los informes de auditoría y los procesos de racionalización y optimización del SIGC-SUA.

4. PROPUESTAS DE LAS UNIDADES.

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.

PROPUESTAS DE OBJETIVOS DE CALIDAD DEL SIGC-SUA:

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
01-PC08. CICT. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> • Una de las preguntas obligadas por parte del SPE para todas las encuestas generales es la de "Satisfacción global sobre las mejoras percibidas". Pero creemos difícil que un usuario pueda contestarla adecuadamente por varias razones, por ejemplo, porque no haya tenido posibilidad de disfrutarlas directamente (las mejoras siempre tienen un ámbito de actuación definido) o bien porque sea un nuevo usuario y no sepa cómo eran las cosas anteriormente. Se propone intentar variar el texto por algo parecido a "Receptividad para el estudio e implantación por parte del Servicio de nuevas propuestas y sugerencias", o bien incluir los detalles de las mejoras introducidas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la respuesta de la pregunta en la encuesta detección de las mejoras realizadas por parte de los usuarios

Comentario técnico:

Es consustancial al sistema de gestión de la calidad la implantación de la mejora continua se considera de interés la percepción al respecto de los clientes de los servicios prestados, además forma parte de los indicadores globales del SIGC-SUA y trasladado al cuadro de indicadores de EFQM.

Sobre las dificultades de conocimiento de los clientes a efecto de responder a la pregunta, entendemos que queda la opción en la encuesta de no responder por desconocimiento, además, parece adecuado incorporar en la encuesta, previa a la pregunta, la información de las mejoras aplicadas, según demanda de las Unidades.

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
02-PC08. CICT. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> No anonimato "opcional" de la encuesta general. De esta de manera ante un resultado de insatisfacción con poca información adicional, el Servicio podría contactar con la persona para obtener más datos ante una futura acción de mejora. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar posible acciones de mejora

Comentario técnico:

No se considera posible la incorporación de la opcionalidad propuesta, puesto que es requisito la confidencialidad y anonimato, tal como se indica en la presentación de la encuesta. Si bien, todas las encuestas incorporan espacios para que los destinatarios puedan aportar cualquier información cualitativa que estimen. Además, existen otros mecanismos de obtención de información directa que pueden completar la información (grupos focales).

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
03-PC12.22. SAG.MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> Adquisición de los equipos de medición y climatización que permita el presupuesto asignado al Archivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de unas condiciones adecuadas para la conservación de la documentación

Comentario técnico:

Se considera una acción de mejora de proceso referida un recurso.

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
04-PC12.21. SAG.MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto de Adaptación a la Nueva Ley de Procedimiento Administrativo Común 	<ul style="list-style-type: none"> Implantación de la administración electrónica en cumplimiento a las leyes 39 y 40/2015

Comentario técnico:

Se considera una acción de mejora de proceso, si bien tiene carácter transversal, se está gestionando como un proyecto de la Universidad que, tras su implantación, se procederá a analizar sus efectos e integración en el SIGC-SUA.

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
05-PC12.21. SAG.MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto de digitalización de los libros de actas de notas 	<ul style="list-style-type: none"> Digitalización de documentos esenciales (Libros de Actas de notas) por motivos de seguridad al tratarse de documentos de vital importancia para la Universidad de Jaén.

Comentario técnico:

Se considera una acción de mejora de procesos.

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
06-PC12.21. SAG.MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de dos propuestas de valoración a la Comisión Calificadora de documentos de la UJA 	<ul style="list-style-type: none"> Eliminación de la documentación sin valor y preservación de la que tiene valor histórico

Comentario técnico:

Se considera una acción de mejora de proceso.



Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
07-PC 12. SIAG. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> Adquisición de aplicación informática para el control, gestión y elaboración de la documentación del sistema de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora en la gestión de la documentación, datos y gestión de documentos.

Comentario técnico:

Puede quedar incorporada como un objetivo en el acuerdo de continuidad de racionalización y simplificación del SIGC-SUA.

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
08-PC04 –PC08- SINF MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> A valorar por SPE: Modificar el texto de comunicación de la Encuesta General de forma más personal, motivando y animando a cumplimentar las encuestas como un recurso muy importante para la retroalimentación y mejora continua. 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar la tasa de respuesta de las Encuestas Generales

Comentario técnico:

Se considera una actuación de revisión y mejora del sistema de encuestas que se realiza todos los ciclos, como tal se incorpora. Se indica que la encuesta ya incorpora el sentido y aplicación de su realización, así como en anteriores informes de retroalimentación se ha sugerido que las actividades para impulsar la participación puedan partir, además, de las distintas Unidades.

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
09-PC04-PC08- SINF. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> A valorar por el SPE: Incentivar con un obsequio simbólico de la tienda de la UJA (sudadera, equipación deportiva, etc.) entre todos los participantes de las EG. 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar la tasa de respuesta de las Encuestas Generales

Comentario técnico:

Se considera una actuación de revisión y mejora del sistema de encuestas que se realiza todos los ciclos. Por su implicación entendemos que la decisión que se adopte puede sugerirse por el Comité de calidad para que, en última instancia, decida Dirección.

Nº propuesta	Propuesta.	Objetivo de la propuesta
10-PC04. UT. MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> Se trata de que los datos básicos de las infraestructuras de la UJA, que son utilizados por todas las unidades en sus respectivos procesos, tengan una denominación común. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar la transversalidad de los procesos inter unidades, agilizando su gestión. Facilitar el intercambio informático de la información

Comentario técnico:

Por su carácter transversal a los procesos Puede quedar incorporada como un objetivo en el acuerdo de continuidad de racionalización y simplificación del SIGC-SUA.

DESARROLLO

III. INFORME DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD CICLO 2018.

OBJETIVO DE CALIDAD OC-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".

PLANIFICACIÓN.

Realización del Plan de Revisión de los cambios realizados en el SIGC-SUA, para la adaptación a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 "Sistemas de gestión de la calidad". El Plan tendría dos ámbitos de revisión: uno que garantice una suficiente homogeneidad en la información aportada por las Unidades y otro con referencia a las observaciones de la auditoría externa.

RESULTADOS Y VALORACIÓN:

- Se han realizado las siguientes actuaciones de adaptación:
 - 1.- Elaboración del Plan de Revisión (enviado y validado por el equipo de trabajo).
 - 2.- Ejecución del Plan de Revisión por las Unidades.
 - A) Revisión del Anexo VI: Atributos de calidad. Necesidades y expectativas de los grupos de interés. Requisitos Calidad.
 - B) Revisión del Anexo VII: Análisis de contexto interno y externo del proceso.
 - C) Revisión del Anexo VIII: Análisis de gestión de riesgos y oportunidades.
 - D) Especificación y control de las acciones de mejora asociadas a riesgos y oportunidades mediante verificación de auditoría.
 - 4.- Aplicar las observaciones de mejoras y No conformidades que, en su caso, sean indicadas en el Informe de Auditoría Externa del ciclo 2017. **Resultado 100%.**
 - 3.- Publicación de los cambios en la documentación de los procesos.

INDICADORES DEL ALCANCE DEL OBJETIVO DE CALIDAD.

Indicador	<p>1) O_1/2018.1. 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. Se identifica 6 actuaciones s claves o hitos. Grado de cumplimiento de su realización 100%.</p> <p>2) O_1/2018.2. Porcentaje de aplicación de observaciones de mejoras y No conformidades que, en su caso, sean indicadas en el Informe de Auditoría Externa del ciclo 2017. Se computan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- 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. No conformidades verificadas y cerradas. 2.- Realización de un análisis DAFO integrado, que sirva como elemento de entrada a la planificación y despliegue de la Estrategia de la Universidad. Realizado mediante el informe Nº 7. 3.- 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.). Vincular de forma precisa aquellos requisitos identificados con el grupo de interés al que le corresponde. Se ha establecido la metodología de revisión, Resultado 100% de análisis de revisión de toda la documentación de procesos.
------------------	---

y el 67% de Unidades han realizado la revisión del Anexo VI: Atributos de calidad. Necesidades y expectativas de los grupos de interés. Requisitos Calidad. El 68% de los Procesos (según todas las Unidades con responsabilidad) han realizado la referida revisión.

Datos: Número de observaciones: 32, realizadas 9, porcentaje de aplicación 28%

Desglose:

Anexo VII. Análisis de contexto interno y externos del proceso: 1

Anexo VIII. Análisis de gestión de riesgos y oportunidades: 24

Coherencia general: 4.

No ha realizado la adaptación Nueva ISO: 3

4.- Asegurar 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.

Se ha realizado la auditoría de la implantación de las acciones de mejora asociadas a riesgos y oportunidades, con el siguiente resultado:

Se han identificado en Auditoría Interna un total de **150 acciones asociadas a riesgos** con el siguiente resultado de aplicación:

Grado de Implantación	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	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

Se ha incorporado en el informe de procesos un apartado específico de valoración de la implantación de las referidas acciones.

El porcentaje de estimación de las observaciones del informe de auditoría externa respecto a la revisión de los riesgos y oportunidades es del 100%.

- 3) O_1/2018.3. Porcentaje de Unidades/procesos que han aplicado el plan de revisión, fundado en informe de auditoría interna.

23 informes realizados con un total de 54 recomendaciones. 84% de Unidades con recomendaciones.

El porcentaje total de revisión del cuadro de clientes y el porcentaje de aplicación de la revisión del análisis de contexto y de riesgos y oportunidades. Cuadro clientes: 6 recomendaciones, sólo una unidad lo ha revisado: 17%. 24% de unidades con recomendaciones.

Revisión análisis de contexto y de riesgos y oportunidades: 32 recomendaciones 9 realizadas 28% 76% de unidades con recomendaciones.

Fichas de comunicación externa: 16 unidades con observaciones 64%. 16 observaciones, 4 realizadas 25 %.



-
- 4) O_1/2015. Número de no conformidades en Informe de Auditoría externa del SIGC-SUA.
Pendiente de informe de Auditoría Externa del ciclo 2018.
-

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

Los documentos metodológicos son:

[Plan de revisión de las adaptaciones implantadas en el SIGC-SUA, para la adaptación a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 \(Objetivo de calidad\).](#)

La ficha del objetivo de calidad puede consultarse en el [documento de planificación del Ciclo de Gestión del SIGC-SUA 2018](#)

IV. INFORME DE SEGUIMIENTO DE LAS DIRECTRICES/ RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DE DIRECCIÓN CICLO 2018.

DIRECTRIZ 1.

Enfocar las revisiones, mejoras y perfeccionamientos del sistema de procesos y de mejora continua del SIGC-SUA para visualizar el valor que aporta y su integración con el Plan Estratégico, los procesos académicos y el modelo de gestión EFQM.

Ejecución	Asociado al Objetivo de Calidad 2018. Acuerdo 3 y 5.
-----------	---

DIRECTRIZ 2.

La capacidad y eficacia de la gestión de los procesos queda demostrada por los valores excelentes que se obtienen y, además, con tendencia continuada, por lo que se recomienda que se complete con un estudio para incorporar indicadores de eficiencia en el cuadro de seguimiento de los procesos.

Ejecución	Incluido en el Acuerdo 3
-----------	--------------------------

DIRECTRIZ 3.

Se ha de hacer efectivo el plan de difusión para explicación de las adaptaciones del SIGC-SUA a la Norma ISO 9001:2015 y así 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.

Ejecución	Asociado al acuerdo 1. Asociado al Objetivo de Calidad 2018. Plan de Comunicación externa de las Unidades.
-----------	--

DIRECTRIZ 4.

Entendemos también aconsejable que se concluya la actualización de las cartas de servicios y el nuevo sistema de difusión en el marco del Portal de Transparencia.

Ejecución	Asociado al acuerdo 4.
-----------	------------------------

DIRECTRIZ 5.

Es de gran valor, en el marco de la dirección estratégica, la propuesta del Comité de Calidad de la realización del 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), por lo que recomendamos que se concrete de forma efectiva en este ciclo de gestión.

Ejecución	Asociado al acuerdo 6.
-----------	------------------------

ACUERDO 1.

Que se realice un plan de difusión del SIGC-SUA adaptado, con alcance a todas las personas del colectivo de personal y servicios.



RESULTADOS Y VALORACIÓN:

- Se han realizado las siguientes actuaciones:
 - 1.- Elaboración del Plan de difusión del SIGC-SUA.
 - 2.- Ejecución del Plan de difusión del SIGC-SUA. 100% de las actividades programadas.
 - A) Elaboración y Publicación del documento explicativo de los cambios más significativos del SIGC-SUA (adaptación a la versión ISO 2015).
 - B) Sesión divulgativa sobre sistemas de gestión de la calidad el 17/01/18. Participación 100% de los convocados. Nivel de satisfacción 4,40.
- Curso de difusión de los cambios más significativos del SIGC-SUA (adaptación a la versión ISO 2015). Celebrado en Jaén el 21/02/19 y en Linares 22/02/19. Celebrado en Jaén el 21/02/19 y en Linares 22/02/19. Inscritos 40, porcentaje 8,40%¹. **Nivel de Satisfacción (la encuesta sigue abierta)**

REVISIÓN:

No procedió.

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Plan de difusión del SIGC-SUA.](#)
- [Presentación sesión divulgativa sobre los sistemas de gestión de la calidad de la Universidad.](#)
- [Presentación difusión de los cambios más significativos del SIGC-SUA \(adaptación a la versión ISO 2015\).](#)

ACUERDO 2.

Que se realicen los cursos de auditor interno y de auditor jefe, según las necesidades que se detecten.

RESULTADOS Y VALORACIÓN:

Se han realizado las siguientes actuaciones:

- 1.- Planificación de actividades formativas y aprobación por Gerencia del plan de formación.
- 2.- Ejecución de la formación:
 - A) Convocado el curso de auditor interno que se realizará entre los meses de abril-junio.
 - B) Durante el segundo semestre de ciclo 2019 se realizará la formación de auditor jefe, tal como estaba planificado y según necesidades detectadas.

Nota: los indicadores asociados se medirán una vez concluida la Formación.

REVISIÓN:

No procedió.

ACUERDO 3.

Que se continúe 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 para hacerlos más efectivos para el desarrollo de la actual estrategia y reforzar los indicadores de eficacia de los procesos.

Se incluye en este grupo de trabajo el siguiente Acuerdo y Directriz del Consejo de Dirección:

ACUERDO. Análisis y revisión, en su caso, de la política de calidad del SIGC-SUA.

DIRECTRIZ 2. La capacidad y eficacia de la gestión de los procesos queda demostrada por los valores excelentes que se obtienen y, además, con tendencia continuada, por lo que se recomienda que se complete con un estudio para incorporar indicadores de eficiencia en el cuadro de seguimiento de los procesos.

¹ Computa sobre 476 (31-12-2017).

RESULTADOS Y VALORACIÓN:

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.

Se han realizado las siguientes actuaciones:

- 1.- Realización de actuaciones acordadas por el grupo de trabajo.
 - A) Realización de un cuestionario sobre cambios de racionalización y simplificación y revisión de la política de calidad. **24-01-2019. Valida el equipo de trabajo.**
 - B) Complimentación por las Unidades del cuestionario. **Envío a responsables de unidades 31-01-2019.**
 - C) Elaboración de un informe de los resultados. **04/04/2019.**
- 2.- Valoración por el Comité de Calidad del Informe y propuestas **(12-04-2019):**
 - 1.- Manual de calidad del SIGC-SUA.**
 1. Revisar si algunos de los apartados del manual de calidad es susceptible de eliminarse por no aportar valor como guía del funcionamiento del SIGC-SUA, así como revisar su redacción.
 - 2.- Documentación de los procesos.**
 2. Revisar si algunos de los apartados de la documentación de procesos susceptible de eliminarse por no ser exigido en la Norma de referencia ISO 9001: 2015.
 3. Valorar la aplicación con la que se representa actualmente los flujogramas de proceso.
 4. Revisar los flujogramas para hacerlos más representativos y comprensibles de la de los procesos.
 5. Revisar el actual sistema de identificación de la legislación de los procesos y la metodología de realización de actualizaciones.
 - 3.- Actividades y documentos del sistema de gestión de la calidad del SIGC-SUA.**
 6. Establecer criterios para elaborar los contenidos de las distintas actividades de información y comunicación en la gestión del SIGC-SUA.
 7. Continuar analizando las necesidades de disponibilidad de una aplicación para la gestión del SIGC-SUA y acordar su implantación.
 - 4. Revisión de la actual declaración de la política de calidad del SIGC-SUA.**
 8. Incluir en la declaración de la política de calidad alguna mención más explícita a los medios y recursos que se han de facilitar para el su cumplimiento.
 9. Revisar su alcance y redacción.

REVISIÓN:

Se aplicarán en el siguiente ciclo de gestión los planes de acción y modificaciones, así como elaborar un estudio para incorporar indicadores de eficiencia en el seguimiento de los procesos.

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Informe del resultado del cuestionario de identificación de aspectos de racionalización y optimización del SIGC-SUA.](#)

ACUERDO 4.

Que se concluya la revisión de las cartas de servicios, a través del equipo de trabajo actualmente constituido

RESULTADOS Y VALORACIÓN:

Se han realizado las siguientes actuaciones:

- 1.- Elaboración de la propuesta de servicios/ compromisos de calidad a publicar. Envío a las Unidades 26/02/2019
- 2.- Reunión Equipo de Trabajo 14/02/2019. Acta aprobada 18/02/2019.
- 3.- Relación actualizada de servicios y compromisos. **Parcial: 46% (11 de 24).** Envíos de las Unidades del 08-02-2019 al 28/03/2019.



REVISIÓN:

Concluir en el siguiente ciclo de gestión la aprobación formal del expediente de nuevas cartas de servicios y la Implantación del sistema de publicación y difusión.

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Esquema Metodológico Cartas de Servicios.](#)
- [Acuerdo 4. Revisión de compromisos de calidad. Propuesta y Relación actualizada de servicios y compromisos.](#)

ACUERDO 5.

Que se inicie el desarrollo de planes de benchmarking, al menos, mediante la evaluación comparativa de resultados.

RESULTADOS Y VALORACIÓN:

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

- 1.- Elaboración de un cuestionario de disponibilidad actual de comparaciones o aportación de datos en redes sectoriales, así como la identificación del interés de las Unidades de realizar acciones de benchmarking y necesidades de formación. **31/01/2019, enviado a las Unidades 08/02/2019. 9 Unidades han remitido el cuestionario cumplimentado**
- 2.- Elaboración de un Informe de los resultados del cuestionario **04/04/2019.**
- 3.- Revisado y difundido la metodología de benchmarking de procesos.

REVISIÓN:

Iniciar ejecución de actividades de benchmarking según interés de las Unidades, tras aprobaciones del Comité de Calidad y Dirección.

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Informe de los resultados de benchmarking.](#)
- Metodología de benchmarking de procesos. **Pendiente de realizar y publicar**

ACUERDO 6.

Que se realice 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).

RESULTADOS Y VALORACIÓN:

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

- 1.- Constitución formal del equipo de trabajo. **03/04/2019.**

REVISIÓN:

Realizar en el siguiente ciclo de gestión.

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

-

Composición Equipo de Trabajo.

D. Julio Terrados Cepeda. Vicerrector de Planificación Estratégica, Calidad y Responsabilidad Social - Responsable de Calidad del SIGC-SUA.

D. Nicolás Ruiz Reyes. Gerente de la Universidad de Jaén.

Miembros del Servicio de Planificación y Evaluación.

Responsables de Servicios/Unidades.

D. Roberto Pastor Izquierdo. Área Económica y Contratación.

D. Sebastián Jarillo Calvarro. Biblioteca.

D. Enrique Jerez Almazán. Procesos Académicos y de Atención a Estudiantes.

D^a. Natividad Paredes Quesada. Servicios de Apoyo a la Docencia y a la Investigación.

D. José Luis Pedrosa Delgado. Gestión Documental.

ACUERDO 7.

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.

RESULTADOS Y VALORACIÓN:

Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación:

- 1.- Elaboración de la metodología para agrupar la información de la documentación de las unidades por frecuencias y ámbitos. **Diciembre 2018.**
- 2.- Realización del informe sobre el análisis de contexto, de riesgos, oportunidades y acciones asociadas realizado por las Unidades. **04/04/2019.**
- 3.- Presentación del informe en el Comité de calidad e Incorporación del informe en la documentación de revisión y mejora del SIGC-SUA y envío al Consejo de Dirección. **12/04/2019.**

REVISIÓN:

No procede revisión.

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Informe sobre el análisis de contexto, de riesgos, oportunidades y acciones asociadas.](#)

ACUERDO CONTINUO 1.

Realizar el análisis técnico y la 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:

- 1.- Realización de las fichas individualizadas de las propuestas de acciones de mejora. **5/07/2018.**
- 2.- Valoración y autorización inicial de la Gerencia. **6/07/2018.**
- 3.- Aplicación de las mejoras. **Verificación en Auditoría y valoración en Informe final Agrupado. Porcentaje de implantación de las mejoras autorizadas 52,80% implantadas, en proceso 47%.** Si computamos sobre el total inicialmente planificadas (189) el porcentaje de acciones implantadas y en proceso es del 85%.

REVISIÓN:

No procede revisión.

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Fichas acciones de mejora de las Unidades.](#)
- [Resultados Ver informes de Auditoría Interna y Final Agrupado.](#)

ACUERDO CONTINUO 2

Relación y seguimiento de recomendaciones, oportunidades de mejora y observaciones de los informes de auditoría externa de mayo 2018 y auditorías internas del ciclo de gestión 2018.

RESULTADOS Y VALORACIÓN:

Acuerdo desarrollado y cumplido en los términos de la planificación:

- 1.- Realización de las fichas individualizadas Unidades/procesos claves de las conclusiones del informe de auditoría Externa y de los informes de auditoría interna. **5/07/2018.**
- 2.- Solicitud de información y envío por las Unidades. **15/01/2019, envíos hasta marzo 2019.**
- 3.- Verificar el grado de implantación. **Auditoría interna.**
- 4.- Resultados del grado de implantación. **Informes de Auditoría Interna y Final Agrupado. Porcentaje de implantación de observaciones (implantadas y en proceso): de auditoría Externa 65%, de auditoría interna 79%.**

REVISIÓN:

No procede revisión.

DOCUMENTOS ASOCIADOS.

- [Fichas acciones de mejora de las Unidades.](#)
- [Resultados Ver informes de Auditoría Interna y Final Agrupado.](#)

V. IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DE MAYO 2018.

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 mayo de 2018.

EXTRACTO DE LAS INDICACIONES GENERALES AL SISTEMA DEL INFORME DE AUDITORÍA DE EXTERNA. MAYO 2018.

INDICACIONES DEL INFORME	LÍNEAS DE ACTUACIÓN. RESULTADOS/PROPUESTA
<p>CONCLUSIONES SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN.</p>	
<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. 	<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

INDICACIONES DEL INFORME	LÍNEAS DE ACTUACIÓN. RESULTADOS/PROPUESTA
<p>Ejemplos: Bioquímica y Genética en edificio B3 (369-370), B3 Laboratorio Botánica en edificio B3 (175). UTLA.</p>	
<p>▪ 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:</p> <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 las encuestas e impactos de las mejoras.</p>

INDICACIONES DEL INFORME	LÍNEAS DE ACTUACIÓN. RESULTADOS/PROPUESTA
<p>1. CON CARÁCTER GENERAL Y ESTRATÉGICO.</p>	
<p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p>	
<p>▪ 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.</p> <p>▪ 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.</p>	<p>▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.</p> <p>▪ 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.</p> <p>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.</p> <p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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).
<p>▪ Se anima a incorporar más plausiblemente la gestión del conocimiento como hito en la planificación de los diversos cambios o incorporaciones de procesos y</p>	<p>▪ EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN.</p> <p>▪ 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</p>

<p>trámites: cómo trasladar los conocimientos adicionales necesarios.</p>	<p>anuales en donde se planifican las actuaciones de capacitación que, en parte, se derivan de la identificación de nuevas necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 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 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.). Vincular de forma precisa aquellos requisitos identificados con el grupo de interés al que le corresponde. 	<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 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 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. El informe queda incluido en la documentación de revisión y mejora del SIGC-SUA, así como en los informes de proceso, incluyéndose un apartado específico de valoración.</p>



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.

- 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

▪ 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.

▪ 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.

**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.

▪ **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

▪ **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.

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 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.

▪ **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.**

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.

▪ **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.

Servicio de Prevención

- OM. Se recomienda una identificación de requisitos y necesidades/expectativas de forma específica por

▪ **IMPLANTADA.**

Enviado (la revisión) el Anexo VI de la documentación del Proceso

<p>cada grupo de interés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 aulario 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. 	<p>al Servicio de Planificación Estratégica el día 8 de noviembre de 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
<p>PC 06 Gestión de los Recursos de Información y Conocimiento.</p> <p>Biblioteca</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.). <p>Unidad de apoyos a Órganos de Gobierno.</p> <p>Servicio de Asesoría Jurídica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OM. Se recomienda una vinculación más precisa de cada parte interesada con sus Necesidades/ Expectativas y Requisitos de Calidad específica. <ul style="list-style-type: none"> ▪ OM. Se recomienda analizar la viabilidad de incorporar una herramienta informática para la gestión 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 expedientes centralizada (alta, recepción, respuesta, alarmas, adjuntar documentación, etc.), buscando formalizar las pautas más comunes de gestión con soporte informático.

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.

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, la 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 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

▪ **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.**

establecimiento de acciones en el Plan Mejora.

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

PC 08 Gestión de la Prestación de Servicios de Apoyo Científico/Técnico
Unidad de Técnicos de Laboratorio

- 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 ala 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

Servicio de Informática

- OM. Podría ser útil considerar la identificación de riesgos y sus correspondientes planes de contingencia en el desarrollo de proyectos.

Centro de Producción y Experimentación Animal

- 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 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.

- **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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA. La valoración se realiza considerando que se está trabajando en la revisión indicada.

- **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 proceso. Incorporación del Comité de ética de la UJA, del Comité 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 con mayor marco temporal.

▪ **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 propuestas de mejora procesos clave 2019.

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.

▪ **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.