

INFORME DE AUDITORÍA

UNIVERSIDAD DE JAEN

SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS

NºSUBEXPEDIENTE	TIPO DE AUDITORÍA	NORMA DE APLICACIÓN O REGLAMENTO	FECHA	REQUIERE ENVÍO DE PLAN DE ACCIONES A AENOR
2010/0248/ER/03	2ª Auditoria Seguimiento	UNE-EN ISO 9001:2015	2019-04-22 a 2019-04-24	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Indicar si la auditoría planificada se corresponde con alguna de las siguientes categorías:

- Auditoría conjunta:** realizada por dos o más entidades de certificación en cooperación para un mismo cliente.
- Auditoría combinada:** realizada simultáneamente respecto a dos o más normas de sistemas de gestión.
- Auditoría integrada:** realizada sobre la aplicación integrada de los requisitos de varias normas en un único sistema de gestión.

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre: UNIVERSIDAD DE JAEN

SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS

Dirección: CAMPUS LAS LAGUNILLAS, S/N 23071 - JAÉN (JAÉN)

Representante de la Organización:

D. Julio TERRADOS CEPEDA - 2010/0248/ER/03

1. DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre Auditor	Iniciales
Auditor Jefe	D. Fernando QUESADA PAREJA	FQP
Auditor	D. Carlos JIMÉNEZ MATOSO	CJM

Funciones y responsabilidades del equipo auditor:

- Auditor Jefe: Dirige reuniones inicial y final, coordina equipo auditor y es responsable del contenido del informe.
- Auditor: Participa en el desarrollo de la auditoría según las pautas marcadas por el Auditor Jefe.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La auditoría se realizará respecto a las siguientes actividades y centros:

Subexpediente: 2010/0248/ER/03

Norma: UNE-EN ISO 9001:2015

Alcance:

La prestación de los siguientes servicios:

Gestión presupuestaria, económica, contable y fiscal.

Gestión de las adquisiciones externas de bienes, suministros, obras y servicios y gestión del Inventario General de la Universidad.

Gestión de la asignación y disponibilidad de espacios.

Gestión del mantenimiento de las infraestructuras, instalaciones y equipamientos, y gestión de los residuos peligrosos generados.

Gestión de los procedimientos de selección de recursos humanos y del desarrollo y seguimiento de la actividad profesional y de los derechos laborales.

Gestión de los recursos para la información general, de los recursos de información para el conocimiento y la toma de decisiones, y el asesoramiento técnico de naturaleza especializada.

Gestión de apoyo a la actividad investigadora y a la transferencia de resultados de investigación.

Gestión de la prestación de servicios de apoyo científico/técnico a la docencia, investigación y la gestión de la Universidad.

Gestión administrativa y de prestación de servicios de apoyo para el desarrollo de la actividad académica.

Gestión de la prestación de servicios complementarios al estudiante, gestión de la movilidad y gestión de la cooperación.

Gestión de la organización de actos, eventos, comunicación y relaciones institucionales.

Gestión del Registro y Archivo General de la Universidad.

Centro	Tipo(*)	Dirección	Nº Empleados	Actividades
1	Productivo	CAMPUS LAS LAGUNILLAS, S/N. 23071 - JAEN	433	No aplica
2	Productivo	CAMPUS DE LINARES, (CAMPUS CIENTÍFICO TECNOLÓGICO DE LINARES), AV DE LA UNIVERSIDAD, S/N (CINTURÓN SUR). 23700 - LINARES (JAEN)	41	No aplica

Conclusiones sobre la adecuación del alcance del certificado sobre las actividades auditadas (indicar si se ha producido alguna modificación derivada de esta auditoría):

El Alcance de la Certificación se mantiene sin cambios acorde al Sistema de Gestión de la Calidad implantado.

3. OBJETIVOS Y CRITERIOS DE LA AUDITORIA

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría
- Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión, no es una auditoría de cumplimiento legal);
- Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación al cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.
- Añadir, si procede, otros objetivos específicos de esta auditoría:

Ninguno.

¿Se han cumplido los objetivos de auditoría? Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro requisito), así como cualquier cuestión significativa que afecte al Programa de auditoría y/o al Plan de auditoría, incluyendo las causas que las han generado.

Sin incidencias.

Otros aspectos de la auditoría que hayan podido quedar sin resolver durante la investigación del equipo auditor:

Sin incidencias.

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de referencia.
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente.
- Los requisitos legales y reglamentarios definidos.

4. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD DE AUDITORÍA

DIA	HORA INICIO	HORA FIN	CENTRO	AUDITOR	PROCESO / AREA / ACTIVIDAD	NORMAS	APARTADOS
2019-04-22	9:00	10:00	1	FQP CJM	REUNIÓN INICIAL	UNE-EN ISO 9001:2015	
2019-04-22	10:00	13:00	1	CJM	GESTIÓN DE ESPACIOS (PC03)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.1 + 8.2 + 8.3 + 8.4 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1
2019-04-22	10:00	13:00	1 2	FQP	GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO (PC04)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 9.1.1 + 9.1.3
2019-04-22	13:00	15:00	1	CJM	GESTIÓN INTEGRADA DE RRHH (PC05)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.1 + 4.2 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1.2 + 7.1.6 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 9.1.1 + 9.1.3
2019-04-22	13:00	15:00	1	FQP	GESTIÓN DOCUMENTAL (PC12)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.1 + 4.2 + 4.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.1 + 8.2 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1
2019-04-22	16:00	18:00	1	FQP CJM	PROCESOS ESTRATÉGICOS	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.1 + 4.2 + 4.3 + 4.4 + 5.1 + 5.2 + 5.3 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1 + 7.5 + 9.1 + 9.2 + 9.3
2019-04-23	8:15	10:00	1	CJM	GESTIÓN PRESUPUESTARIA, ECONÓMICA, CONTABLE Y FISCAL (PC01)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.4 + 9.1
2019-04-23	8:15	10:45	1	FQP	GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO (PC06)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1 + 8.1 + 8.2 + 8.3 + 8.4 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1
2019-04-23	10:00	11:00	1	CJM	GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y DEL INVENTARIO (PC02)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.4 + 9.1

DIA	HORA INICIO	HORA FIN	CENTRO	AUDITOR	PROCESO / AREA / ACTIVIDAD	NORMAS	APARTADOS
2019-04-23	10:45	15:00	1	FQP CJM	GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO CIENTÍFICO/TÉCNICO (PC08)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.1 + 8.2 + 8.3 + 8.4 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1
2019-04-23	11:00	14:00	1	CJM	GESTIÓN ACADÉMICA ADMINISTRATIVA (PC09)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.1 + 8.2 + 8.4 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1
2019-04-24	8:15	11:15	1	FQP	GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN (PC07)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.1 + 8.2 + 8.3 + 8.4 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1
2019-04-24	8:15	10:45	1	CJM	Sistemas informáticos	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1.3 + 7.1.5 + 7.5 + 9.1.1 + 9.1.3
2019-04-24	10:45	13:00	1	CJM	GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS AL ESTUDIANTE, DE LA MOVILIDAD Y DE LA COOPERACIÓN (PC10)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 6.3 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.1 + 8.2 + 8.3 + 8.4 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1
2019-04-24	11:15	13:00	1	FQP	GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE ACTOS Y EVENTOS, COMUNICACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES (PC11)	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.4 + 6.1 + 6.2 + 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4 + 7.5 + 8.1 + 8.2 + 8.3 + 8.4 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1
2019-04-24	13:00	14:00	1	FQP CJM	Marca	UNE-EN ISO 9001:2015	Marca
2019-04-24	13:00	14:00	1	FQP CJM	REDACCIÓN DE INFORME DE AUDITORÍA	UNE-EN ISO 9001:2015	
2019-04-24	14:00	14:30	1	FQP CJM	REUNIÓN FINAL	UNE-EN ISO 9001:2015	

AENOR

DIA	HORA INICIO	HORA FIN	CENTRO	AUDITOR	PROCESO / AREA / ACTIVIDAD	NORMAS	APARTADOS
2019-04-24	13:30	14:00	1	CJM	Obra/Servicio	UNE-EN ISO 9001:2015	10.1 + 10.2 + 10.3 + 4.1 + 4.2 + 6.1 + 6.2 + 7.1 + 7.4 + 7.5 + 8.1 + 8.2 + 8.4 + 8.5 + 8.6 + 8.7 + 9.1.1 + 9.1.3

5. RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DE AUDITORÍA

5.1. Cambios significativos que hayan podido afectar al sistema de gestión desde la anterior auditoría y otras consideraciones del equipo auditor:

No hay cambios significativos en el Sistema de Gestión de la Calidad implantado.

5.2 Confirmación de la realización de auditoría, conclusiones sobre el grado de implantación y eficacia, capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y los resultados esperados:

De acuerdo a la planificación acordada, se ha llevado a cabo la 2ª Auditoría de Seguimiento al Sistema Integrado de Gestión de la Calidad implantado en los Servicios y Unidades Administrativas de la UNIVERSIDAD DE JAÉN (SIGC_SUA) en base a los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2015 y a los propios de la documentación del Sistema y externos aplicables, considerándose que se encuentra eficazmente implantado.

Respecto a los procesos de auditoría interna y revisión del Sistema por la Dirección:

- Se confirma la eficacia del proceso de auditoría interna como instrumento de seguimiento y control del Sistema de Gestión implantado. Se comprueba su desarrollo completo al SIGC_SUA, considerando tanto la evaluación del cumplimiento de los requisitos aplicables como el avance en los planes de acción tanto de mejora como derivados de otros procesos de auditoría.

- La Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad considera los distintos elementos de entrada y salida propuestos por la norma de referencia, demostrándose su eficacia con el contenido tanto de la memoria de análisis de desempeño que sirve de entrada, como con los acuerdos y directrices que se derivan del propio acta de Revisión del sistema por la Dirección que sirven de marco para el establecimiento de los objetivos.

5.3 Puntos fuertes:

CON CARÁCTER GENERAL Y ESTRATÉGICO:

- La implicación, interés y colaboración de todos los participantes en la auditoría.
- El análisis integrado en relación al Contexto, los riesgos y oportunidades y las acciones propuesta para abordarlos considerados por las distintas áreas del SIGC_SUA, que puede resultar muy útil como información de entrada a la revisión estratégica de la UJA. Se anima a
- El esfuerzo realizado en la propuesta, y en su caso implantación de mejoras a partir de las distintas auditorías (interna/externa), aprovechando la misma por herramienta para mejorar la gestión.
- En general, se ha realizado un esfuerzo relevante en conseguir una mayor representatividad en las encuestas de satisfacción, favoreciendo la veracidad de la información recogida.

GESTIÓN PRESUPUESTARIA, ECONÓMICA, CONTABLE Y FISCAL (PC01):

- El esfuerzo realizado en garantizar una medición precisa de los tiempos de pago, así como el seguimiento de dicho resultado, en todo momento por encima del valor establecido de 25 (superior a los 30 días legales). SAE. Pese a la puesta en marcha de la factura electrónica de forma global en enero 2018 y los cambios que conlleva, la satisfacción ha descendido poco, pasando de 4,44 a 4,03. SAE.
- El esfuerzo realizado en el Manual de Preguntas frecuentes, con un relevante esfuerzo en poner de manifiesto la versión vigente y cambios de versiones. SAE.

GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y DEL INVENTARIO (PC02):

- Se destaca el esfuerzo realizado en la puesta en marcha de la licitación electrónica desde comienzos de 2018. SCPA.

GESTIÓN DE ESPACIOS (PC03):

- El número total de participantes en campeonatos de Andalucía y de España universitarios ha tenido un crecimiento relevante en los últimos años, pasando de 118 en 2014 a 266 en 2018, si bien se estima va a ser complejo mantener dichos resultados (durante el último año han sido organizadores de campeonatos). SDEP.

GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO (PC04)

- La alineación de los planes de mejora con los riesgos y oportunidades identificados. UT.
 - El detallado análisis realizado ante el incumplimiento del objetivo relacionado con los tiempos de finalización de trabajos correctivos, y la consiguiente consideración para la toma de decisiones. UT.
- La redundancia de avisos ante instalaciones críticas como ultracongeladores con el Servicio de Seguridad.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO (PC06):

- La iniciativa piloto de evaluar la experiencia usuario en determinados servicios de BIBL.
- La realización de estudio bienal de cargas de trabajo, con enfoque monográfico de Atención al usuario. BIBL.

GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN (PC07):

- El alto grado de satisfacción tanto en encuestas de carácter general como postservicio. Sin Quejas registradas y 95 felicitaciones. SGI.
- El esfuerzo en conseguir una mayor visibilidad de los grupos de investigación. OTRI-SGI.
- El desarrollo de la Escuela de Verano sobre pilares 2 y 3 de H2020: Semana Europea en la UJA con 123 asistentes. SGI.

- El impacto de la OFIPI se evidencia con un incremento en las participaciones en proyectos europeos: 9 en 2017, 10 en 2018. SGI.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO CIENTÍFICO/TÉCNICO (PC08):

- Los informes de satisfacción basados en reuniones con usuarios, tanto en CICT como en CPEA.
- El análisis de sostenibilidad económica que se realiza en la memoria anual del CICT.
- La accesibilidad a conocer el estado de los animales que tiene el investigador. CPEA.
- El tanto por ciento de objetivos conseguidos ha pasado del 23% al 80% en 2018, como parte del esfuerzo en realizar una planificación más realista de objetivos. SINF.
- El aplicativo Easyvista permite realizar un seguimiento detallado de peticiones y facilita datos sobre el cumplimiento de plazos. Adicionalmente, se ha planteado un total de más de 50 mejoras. SINF.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS AL ESTUDIANTE, DE LA MOVILIDAD Y DE LA COOPERACIÓN (PC10):

- Se destaca el esfuerzo realizado en incorporar indicadores nuevos sobre tiempos de espera para ser atendidos. Ahora el servicio conoce datos precisos para su gestión. SAE.
- Por lo general, para el año 2019 se han planteado 5 objetivos de mejora, siendo una constante la propuesta de numerosos objetivos todos los años. SAE.

GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE ACTOS Y EVENTOS, COMUNICACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES (PC11):

- El elevado número de actividades desarrolladas con fuerte incremento en 2018, con más de 230 eventos. UACU.
- El uso de Drive como repositorio de coordinación con otras áreas o agentes interesados en los eventos. UACU.

GESTIÓN DOCUMENTAL (PC12):

- La adaptación de la infraestructura del SIAG a tenor de la legislación de procedimiento administrativo: escaner, accesibilidad del servicio (ordenadores, sala).

5.4 Oportunidades de mejora:

CON CARÁCTER GENERAL Y ESTRATÉGICO:

- Sería conveniente realizar de manera más explícita la evaluación del cumplimiento con las necesidades y expectativas identificadas para los distintos grupos de interés.
- Se anima a realizar un mapa con la sistemática utilizada para evaluar la satisfacción de los clientes/usuarios a nivel de subprocesos, de manera que sirva para facilitar la revisión de las metodologías establecidas para evaluar el cumplimiento con las necesidades y expectativas: encuestas generales, encuestas post servicio, grupos de discusión, entrevistas, análisis de experiencia de cliente, ...
- 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. Así, se podría incluir un apartado en el Informe de seguimiento del proceso. En base a esta evaluación, se recomienda ir revisando y actualizando tanto el análisis DAFO como los riesgos y oportunidades determinados.
- Se recomienda potenciar el análisis oportuno para tratar de invertir la tendencia negativa en el grado de implantación de las acciones de mejora propuestas (53,37 % en 2018, 48,75 % en 2017).
- 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.
- Acorde a algunas propuestas de mejora evidenciadas, se anima a revisar y adaptar los distintos procesos de acuerdo a cambios como la introducción de nueva RPT, administración electrónica, nuevos servicios,...
- Podría resultar interesante y útil extender el uso de plataformas informáticas, que algunos Servicios ya disponen, para agilizar la gestión de los distintos trámites tanto al usuario como al propia área administrativa.

GESTIÓN PRESUPUESTARIA, ECONÓMICA, CONTABLE Y FISCAL (PC01):

- Se anima a la organización, en línea con lo detectado en la auditoría interna, a incluir una pregunta específica sobre facturación electrónica en las encuestas de satisfacción. SAE.
- Debido a la envergadura de algunos objetivos de calidad, podría ser de utilidad incluir algunas columnas que permitan especificar hitos y responsables para su consecución. SAE.

GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y DEL INVENTARIO (PC02):

- Sería aconsejable dejar constancia más precisa de los hitos o metas para la consecución de objetivos, así como de los recursos relevantes requeridos y responsables. SCPA.

GESTIÓN DE ESPACIOS (PC03):

- Sería conveniente perfeccionar el análisis de riesgos y oportunidades del servicio, estableciendo acciones más precisas y marcando un mayor énfasis en la relación riesgo/proceso. SDEP.
- Se recomienda establecer indicadores para medir el volumen de desbordamiento en ciertos horarios de la sala de la "Sala de Musculación y Cardio", con el fin de gestionar la misma y promover el uso de otras franjas horarias menos demandadas. SDEP.
- El "Índice de Actividad en la ocupación de los complejos deportivos" para Linares no alcanza el 43% en los últimos tres años, por lo que se anima a trabajar este indicador como objetivo. SDEP.
- Se recomienda incorporar algún indicador sobre el volumen de reservas a través de la APP, con el fin de fomentar su uso y difusión. SDEP.

GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO (PC04)

- Se podría considerar la utilidad de incluir un procedimiento de gestión de proyectos para las obras de mantenimiento modificativo, y potenciar el PC06 para obras nuevas (muy poco desarrollado) con idea aumentar el control sobre estos procesos. UT.

GESTIÓN INTEGRADA DE RRHH (PC05):

- Se recomienda sigue trabajando para cumplir el indicador de "porcentaje expedición de órdenes de pago de la nómina hasta el 25 de cada mes". El valor se considera muy exigente debido a la existencia de días no laborables. Hasta el momento no se ha conseguido su cumplimiento, aunque se considera pudiera alcanzarse mantenimiento la línea de trabajo actual. SPOD

- Para los tres objetivos planteados en 2019, se recomienda estables acciones o hitos intermedios para su consecución más precisos. SPOD.

- Se detecta en la encuesta de satisfacción con la formación, que el rango para considerarse satisfecho es de 3 a 5 en escala 1-5. Pudiera aportar información más que 3 se considerase indiferente y 4-5 satisfecho. SPOD.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO (PC06):

- Sería conveniente realizar un análisis más profundo y concreto de las causas que motivan determinados incumplimientos de indicadores de proceso. BIBL.

- Se anima a recuperar impulsos anteriores que permitan un mayor avance en el cumplimiento de los objetivos de mejora propuestos. BIBL.

GESTIÓN DE APOYO A LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y A LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN (PC07):

- Se anima a consolidar la tendencia positiva del indicador relativo al número de convocatorias de colaboradores resueltas en 45 días que en 2018 se situó en 62,63 % (frente al 39,74 % en 2017 pero venían de más del 90 % en 2016 y años anteriores). SGI.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO CIENTÍFICO/TÉCNICO (PC08):

- Sería conveniente ir actualizando el DAFO según se acometen las acciones y son eficaces. CICT.

- Se anima a definir más concretamente las acciones derivadas del análisis de riesgos y oportunidades, no dejándolas abiertas a recibir quejas o sugerencias, que apenas se reciben. UTLA.

- Se recomienda seguir avanzando en la implantación del ENS, si bien se ha iniciado la implantación y sólo una universidad en Andalucía lo tiene actualmente implantado (Granada), debiera priorizarse avanzar en esta temática. SINF.

GESTIÓN ACADÉMICA ADMINISTRATIVA (PC09):

- Se recomienda detallar los flujogramas recogidos en el PC 09 "Gestión Académica Administrativa", con el fin de reflejar de forma más precisa la realidad de la actividad realizada respecto al procedimiento.

- Debido a los cambios recientes en el "Servicio de Gestión de la Enseñanza", se recomienda revisar y actualizar la carta de servicios en el momento en el que se consolide la nueva estructura. SGE.

- Para el indicador I.[PC 09.3]-01, Porcentaje de solicitudes de devolución de tasas y precios públicos tramitadas en un plazo no superior a 20 días desde su solicitud, se recomienda medir el tiempo medio en días, en lugar del porcentaje de cumplimiento. SGE.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS AL ESTUDIANTE, DE LA MOVILIDAD Y DE LA COOPERACIÓN (PC10)::

- Se recomienda recoger en el flujograma relativo al PC 10.32 los aspectos derivados de la puesta en marcha de UMove. SAEE.

GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE ACTOS Y EVENTOS, COMUNICACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES (PC11):

- Dado el elevado número de actividades desarrolladas, sería interesante establecer un estudio de cargas de trabajo al objeto de facilitar la adaptación a la nueva organización de RPT con los recursos previstos, y la actividad creciente. UACU.

- Sería conveniente dejar más explícitos los requisitos para obtener el certificado de aprovechamiento de los cursos desarrollados en las comunicaciones a clientes. UACU.

GESTIÓN DOCUMENTAL (PC12):

- Dados los problemas para asegurar una información fiable y representativa de la percepción de los usuarios, se anima a adaptar la forma de recopilarla: Grupos Focales o Discusión, Entrevistas personalizadas, encuesta postservicio simplificada, etc. SIAG.

- Sería conveniente potenciar la adaptación de los procesos (sistema) a la nueva RPT, recién publicada sobre todo en lo relativo a Administración electrónica. SIAG.

5.5 No conformidades:

Nº	DESCRIPCIÓN	PTO. NORMA	CATEGORIA
1	<p>Respecto al requisito de seguimiento, medición, análisis y evaluación:</p> <p>A) En algunos casos no se muestra el origen de los datos evidenciados en los indicadores de procesos. Ejemplos: Indicadores en BIBL (tiempos de atención a consultas sobre producción científica), UACU (tiempos de emisión de certificados e informes).</p> <p>B) Se detecta la existencia de defectos leves procedentes de las inspecciones OCA de ascensores sin cerrar en los plazos establecidos en las correspondientes actas de inspección. Ejemplos: 154310, 154311, 1543112. Tampoco se han cerrado las deficiencias graves derivadas de inspecciones REBT en el plazo en el 6 meses (164251, 164252). UT.</p> <p>C) El Análisis de datos correspondiente a la "Encuesta General de Usuarios" de 2018 en SDEP no analiza la causa de valores por debajo de límite de control establecido de 3, en contra de lo establecido en la norma de referencia. Ejemplos: Item 8 y 12 (Sala polivalente de Linares) con valoración de 2,00; Item 11 (Sala musculación y Cardio Jaén) con 2,71.</p> <p>D) No se está evaluando el grado de satisfacción de los asistentes a las actividades programadas y con control de asistencia de las actividades gestionadas por la UACU, siendo un requisito de calidad derivado de las necesidades y expectativas de los grupos de interés establecido en el Anexo VI del PC 11.</p>	UNE-EN ISO 9001:2015 9.1	Menor

5.6 Observaciones:

Nº	DESCRIPCIÓN	NORMA
1	El indicador correspondiente a "Número de modificaciones con posterioridad a la asignación de espacios planificados" no presenta medición durante 2017, si bien el mismo se ha propuesto para su eliminación. SDEP.	UNE-EN ISO 9001:2015
2	La UT tiene pendiente de abrir un informe de No Conformidad interno por la incidencia en grupo electrógeno que supuso un corte en el CPD recientemente.	UNE-EN ISO 9001:2015
3	La No Conformidad del año anterior, relativa a un sistema de evaluación de la formación, se encuentra pendiente de resolución, al haberse incluido un mecanismo de evaluación de competencia en el nuevo Plan Integral de Formación del PAS (evaluación de la transferencia de la formación). Está en Junta de Formación desde el 13 de junio de 2018. SPOD.	UNE-EN ISO 9001:2015
4	La tasa de repuestas en las encuestas de satisfacción en SIAG es muy baja, salvo para el servicio de certificados digitales, no haciéndose públicos los resultados en la web.	UNE-EN ISO 9001:2015
5	Se observa que el indicador de Operatividad de CICT (con resultado de 97,5 %) se ha calculado considerando 130 equipos en explotación, habiéndose contabilizado en auditoría en último mes y en recursos 122 (ninguno no disponible). Habría que confirmar que esto se debe a los denominados "dormidos", en cuyo caso no deberían considerarse para el cálculo del indicador.	UNE-EN ISO 9001:2015
6	A fecha de auditoría el CPEA mantiene en estudio los datos de indicadores, sin haber fijado unos valores límite de control que faciliten el análisis de eficacia.	UNE-EN ISO 9001:2015
7	Se detectan indicadores nuevos que aún no han sido medidos (5 primeros indicadores PC 09). Se está esperando al momento adecuado en el que se disponga el dato. SGE.	UNE-EN ISO 9001:2015
8	El indicador relativo a Incidencias que se producen en los plazos de matrícula ha obtenido un valor superior al 20% en 2018 frente al valor de control del 5% establecido. Si bien el indicador es nuevo, se recomienda analizar su valor normal de funcionamiento. SGE.	UNE-EN ISO 9001:2015
9	No hay datos Encuestas postservicio de OTRI Comercialización. Sería oportuno plantear la realización de grupos de discusión o focales tanto con empresas como con grupos de investigación.	UNE-EN ISO 9001:2015
10	Se observa un bajo índice de planes de mejora implementados en SGI. Actualmente solo se han planteado dos propuestas.	UNE-EN ISO 9001:2015

Nº	DESCRIPCIÓN	NORMA
11	Con carácter general, se han mantenido el análisis del Contexto y los Riesgos y Oportunidades identificados, sin actualizar en función de la eficacia de las acciones implementadas para abordarlos o por la aparición de nuevos riesgos/ oportunidades derivados del desempeño operativo. SIGC_SUA.	UNE-EN ISO 9001:2015
12	Se observa poco avance en el desarrollo de las acciones y propuestas de mejora planteadas para 2018, siendo algunas de ellas sin mucha capacidad de actuación según la propia Unidad. UACU.	UNE-EN ISO 9001:2015

5.7 Cuestiones para sistemas de gestión adaptados a la estructura de alto nivel

Comprensión del contexto de la organización

La organización ha mantenido la sistemática de determinar las cuestiones externas e internas a su actividad mediante la realización de un análisis DAFO que abarca tanto el SIGC_SUA como los distintos Procesos/ Subprocesos, desde el punto de vista de los Servicios y Unidades Administrativas.

Se ha hecho este año un análisis muy interesante de agregación de los distintos análisis DAFO y de riesgos y oportunidades de área, así como de los planes de acción propuestos, al objeto de buscar correlaciones y plantear acciones de carácter estratégico.

Con respecto a las partes interesadas, se mantienen también las tablas con las necesidades y expectativas (atributos de calidad) de las partes interesadas tanto a nivel de SIGC_SUA como de Proceso y subproceso, así como los requisitos derivados.

Enfoque a riesgos y oportunidades

La organización sigue determinando los riesgos y oportunidades a partir de la reflexión realizada en el análisis DAFO y la determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Cada Área ha evaluado los riesgos y oportunidades al objeto de priorizar el planteamiento de acciones para abordarlos, utilizando mayoritariamente el Plan de Mejora anual para plantear dichas actuaciones. En pocas ocasiones se ha hecho una revisión profunda de los riesgos y oportunidades vigentes tras acometer los planes de mejora.

Liderazgo

El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestran mediante el establecimiento de la Estrategia y su participación activa en el Comité de Calidad, que sirve de instrumento de planificación, coordinación, seguimiento y análisis del SIGC_SUA. Asimismo, la disposición y participación durante el proceso de auditoría son un reflejo de su implicación.

5.8 Cuestiones para auditorías ISO 9001

Información sobre satisfacción del cliente

Se mantienen distintas herramientas para evaluar la percepción de las partes interesadas en los procesos y servicios incluidos en el Alcance de Certificación:

- Encuestas de carácter general a los clientes de los servicios.
- Encuestas postservicio: orientadas a las distintas partes interesadas, en función del servicio y el área administrativa.
- Encuestas de Clima Laboral: de carácter bienal de las mismas.
- Grupos Focales (aplicados en varios servicios). Se anima a seguir apostando por estas técnicas.

En líneas generales la percepción de los grupos de interés se encuentra en unos altos índices de satisfacción, habiéndose hecho gran esfuerzo en mejorar la representatividad de la información analizada.

El SIAG mantiene la sistemática de coordinación de la gestión de las quejas y sugerencias recibidas por la Universidad de Jaén en relación a los distintos Servicios y Unidades Administrativas con el objeto de asegurar la respuesta en tiempo y forma según los compromisos preestablecidos, manteniéndose unos buenos datos de cumplimiento.

Enfoque a procesos

Dentro del enfoque a procesos, se constata la planificación de los distintos procesos y su seguimiento mediante una batería de indicadores orientados tanto a evaluar la eficacia de la gestión como a controlar la capacidad de trabajo de los distintos Servicios y Unidades Administrativas.

Se anima a revisar y adaptar tanto el Mapa de Procesos como el despliegue de cada uno de los procesos y subprocesos de acuerdo a la nueva RPT y evolución de la administración electrónica.

AENOR

6. ASISTENCIA DE PARTICIPANTES EN LA AUDITORÍA

NOMBRE	CARGO/ÁREA	FIRMA (si aplica)	REUNIÓN INICIAL	DESARROLLO AUDITORIA	REUNIÓN FINAL
LISTADO AENXO.					

7. DISPOSICIONES FINALES

- Se entrega a la Organización, copia de este informe. Las observaciones y no conformidades descritas han sido aclaradas y entendidas.
- El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.
- Las No Conformidades se refieren a incumplimientos de los requisitos de la Norma de referencia, estándares aplicables, o de los documentos del Sistema de Gestión de la Organización. Las Observaciones reflejarán aquellas circunstancias o aspectos de la auditoría cuya evolución podría generar una no conformidad y por tanto, deben ser consideradas por la Organización para evitar que puedan constituir no conformidades en posteriores auditorías
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría. En la definición de las acciones correctivas, debe indicarse para cada no conformidad, el estudio de sus causas, las acciones propuestas para el cierre de las no conformidades, las acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades, los plazos de implantación (para cada una de las acciones) y los responsables de dicha implantación (*Ver Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*). **(Para ISO TS 16949 ver disposiciones finales específicas para esta norma)**. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR, a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR. Así mismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR, debe ser remitida a la siguiente dirección calidad@aenor.com
- Durante la auditoría se ha verificado la corrección de las distintas no conformidades y observaciones identificadas en la anterior visita (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo). En caso de que no hayan sido corregidas forman parte de este informe. Los comentarios del equipo auditor al respecto son los siguientes:

Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.

- A la vista de los resultados de la auditoría, el auditor jefe acuerda con la organización las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría y realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:

Nº SUBEXPEDIENTE	Nº DE CERTIFICADO	FECHA DE EXPIRACIÓN DEL ACTUAL CERTIFICADO	PROPUESTA DE DECISIÓN
2010/0248/ER/03	ER-0333/2011	2020-04-07	Mantenimiento
Fecha prevista próxima auditoría	Primera quincena de marzo 2020		

No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe): Ninguno.
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.

- Se adjuntan a este informe los siguientes documentos:

- Listado de documentos en vigor
- Listado de legislación aplicable
- Listado de proyectos, obras y/o servicios

- Listado de clientes
- Descripción de procesos (Mapa)
- Análisis de riesgos (Fichas de proceso)
- Tabla de verificación completa (OBLIGATORIA EN TS)
- Otros:

• Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE):

2010/0248/ER/03 - D. FERNANDO QUESADA PAREJA

En Jaén , a 24 de abril de 2019

El representante de la organización

D. Julio TERRADOS CEPEDA - 2010/0248/
ER/03

El equipo Auditor

D. Fernando QUESADA PAREJA