

 	<b>INFORME DE NO CONFORMIDAD</b>	
	<b>PROCEDENTE DE:</b> Auditoría de 2º seguimiento de certificación Nº: 01C/2019	<b>R.[PD 04]-01</b> <b>R.[PD 05]-01</b>
	<b>Expediente AENOR:</b> 2010/0248/ER/03	<b>Nº No Conformidad: 1</b>  <b>Fecha:</b> <b>16 de mayo de 2019</b>

<b>IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD</b>	
<b>PROCESO / S:</b>	
<b>DESCRIPCIÓN:</b>	
Respecto al requisito de seguimiento, medición, análisis y evaluación: ... <i>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.</i> ...	
<b>Categoría N.C. Menor</b>	
<b>CAUSA:</b>	
El déficit de personal de que ha dispuesto y dispone el Servicio durante este curso académico ha provocado una excesiva y desproporcionada carga de trabajo entre los miembros de este en general y del Comité de Calidad interno en particular, que ha llevado a los miembros del mismo a acometer la mayoría de trabajos relacionados con el ciclo de gestión a marchas forzadas y aceleradamente, con el fin de garantizar al menos el cumplimiento de las exigencias mínimas & básicas de este. De igual forma, la falta de evidencias anteriores dentro del Servicio respecto a plasmar por escrito el análisis de la causa de valores por debajo del límite de control nos hacía partir de la idea de que con el proceder habitual establecido hasta entonces, de analizar estos resultados en reunión común con los responsables de las áreas de trabajo de manera consensuada sin evidencias de registros por escrito de las conclusiones, podría seguir siendo suficiente para consumir el proceso de análisis. De esta manera, dejar constancia de que dicho análisis de los datos se realizó en reunión del Servicio en la segunda quincena de enero, si bien como proceder habitual no se dejó constancia del mismo, lo que requiere subsanación con las actuaciones que a continuación se establecen.	
<b>DETECTADA POR:</b>	<b>FIRMA RESPONSABLE PROCESO AUDITADO:</b>
Informe de auditoría de certificación de fecha 24/04/2019 (Expediente AENOR: 2010/0248/ER/03).	
<b>Auditor Jefe:</b>	<b>Nombre</b>
La firma procede en caso de no conformidades identificadas en auditorías o seguimientos realizados por auditores internos	
<b>Observación:</b>	

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS			
PROCEDE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS:	Sí	X	No
JUSTIFICACIÓN, EN SU CASO, DE LA NO PROCEDENCIA DE ACCIONES			
<p><b>DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LA SOLUCIÓN O ACCIONES TOMADAS</b></p> <p>Con el fin de poner solución a este proceder, en una primera acción se va a rehacer el citado informe, completando este con el análisis de las causas de valores por debajo del límite de control que se hicieron en su día. Igualmente se va a articular una instrucción técnica para la elaboración de informe de satisfacción de usuarios. Todo esto quedaría plasmado en las siguientes acciones:</p> <p>Acción correctiva nº 1. Elaboración de la edición 2 del informe “Encuesta General de Usuarios”, en el que se incorpora el análisis de la causa de los valores por debajo del límite de control establecido, tomados de las conclusiones de la reunión celebrada en la segunda quincena de enero entre los responsables de áreas del Servicio.</p> <p>Acciones correctiva nº 2. Creación de una instrucción técnica para la elaboración de Informes de Satisfacción de Usuarios, en el cual, entre otras, se indiquen las partes mínimas de las que ha de constar estos, entre las que se incluirá el análisis general del resultado de la encuesta y el análisis de causa de los valores por debajo del límite de control.</p>			

FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS		
Nº	ACCIÓN/ES PROPUESTA/S:	IMPLANTACIÓN
1	<p><b>ACCIÓN:</b></p> <p>Elaboración de la edición 2 del informe “Encuesta General de Usuarios”, en el que se incorpora el análisis de la causa de los valores por debajo del límite de control establecido.</p>	<p><b>RESPONSABLE:</b></p> <p>Director Técnico del Servicio</p>
		<p><b>FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN:</b></p> <p>Junio de 2019</p>
		<p><b>FIRMA DEL RESPONSABLE:</b></p>
	<p><b>PROPUESTA POR:</b> Comité de Calidad del SDEP.</p>	

**FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS**

<b>Nº</b>	<b>ACCIÓN/ES PROPUESTA/S:</b>	<b>IMPLANTACIÓN</b>
2	<b>ACCIÓN:</b> Creación de una instrucción técnica para la elaboración de Informes de Satisfacción de Usuarios, en el cual, entre otras, se indiquen las partes mínimas de las que ha de constar estos, en las cuáles se incluirá el análisis general del resultado de la encuesta y el análisis de causa de los valores por debajo del límite de control.  <b>PROPUESTA POR:</b> Comité de Calidad del SDEP.	<b>RESPONSABLE:</b> Director Técnico del Servicio  <b>FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN:</b> Junio de 2019  <b>FIRMA DEL RESPONSABLE:</b>

**CONTROL DE AUTORIZACIONES**

<b>FIRMA DEL GERENTE, O FIRMA DEL RESPONSABLE DE CALIDAD</b>	
--	--

<b>FICHA DE VERIFICACIÓN</b>	
<b>RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN:</b>	<b>FECHA PREVISTA DE VERIFICACIÓN:</b>
<b>MÉTODO DE VERIFICACIÓN:</b>	
<b>EVIDENCIAS Y REGISTROS CONSTATADOS:</b>	
<b>FIRMA DE RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN:</b>	<b>FECHA CIERRE DE LA VERIFICACIÓN:</b>
<b>OBSERVACIONES:</b>	