



Cátedra
de Calidad
Ciudad de Tudela



INFORME DEFINITIVO DE CERTIFICACIÓN DEL SGICG-CA

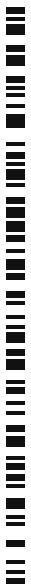
- Exp: 062-I-01-C
- Ed. Guía: Ed 6. v2 Nivel I
Implantación
- Nivel 1
- Fecha: 25 de enero de 2017
- Autor: Ángel Minondo Urzainqui

Informe definitivo de certificación del Sistema de Garantía de Calidad en la Gestión de Centros Asociados de la UNED SGICG-CA (Nivel 1)

Nº de certificación:
Emisión del certificado: 25 de enero de 2017
Periodo de vigencia: 3 años

Centro asociado: UNED Bizkaia
Web: www.unedbizkaia.es
Alcance (sedes auditadas): Bizkaia

nXQ+Q6B5URex



Con fecha 24-1-2017 el Comité de Certificación del SGICG-CA (Nivel 1) para el Centro Asociado UNED Bizkaia asignado al efecto por la Cátedra de Calidad de la UNED "Ciudad de Tudela" ha formulado y aprobado su informe definitivo de Certificación.

VALORACIÓN DE LOS MACROPROCESOS

El Comité de Certificación, una vez analizado el informe de auditoría funcional, elaborado por la Comisión de Evaluación y los documentos verificados, así como los escritos procedentes presentado por el Centro, conforme a los criterios descritos en el proceso público de certificación emite una valoración definitiva **Favorable**, otorgando las siguientes valoraciones específicas a cada uno de los macroprocesos del SGICG-CA del Centro (Nivel 1).

Macroprocesos	Valoración
1.-Planificación y liderazgo	Satisfactorio
2.-Difusión y relación externa	Satisfactorio
3.-Relación con estudiantes	Suficiente
4.-Enseñanza aprendizaje	Suficiente
5.-Extensión universitaria	Suficiente
6.-Estructura y análisis de la calidad	Satisfactorio
7.-Tecnología de información y comunicación	Suficiente
8.-Recursos materiales	Suficiente
9.-Personal	Suficiente
10.-Organización docente	Suficiente

JUSTIFICACIÓN

La valoración del sistema de gestión se ha basado en el cumplimiento de las directrices presentadas por el Centro Asociado para cada uno de los procesos que figuran en la Guía del SGICG-CA (Nivel 1) y de los soportes de trabajo vinculados a ellas.

Tras el análisis de la información contrastada se aprecian las siguientes fortalezas, mejoras necesarias y mejoras recomendables.

Puntos fuertes

1.1.1 - Estrategia

El Centro utiliza el Cuadro de Mando Integral e indicadores cuantitativos propios como herramienta de gestión, cumplimenta los objetivos con carácter cuatrimestral / anual y son utilizados para medir los objetivos establecidos en la estrategia del Centro.

1.2.1 - Imagen y difusión externa

El Centro dispone de una página web bilingüe que actualiza periódicamente y que es reflejo de la sensibilización e integración del Centro en la sociedad en la que está establecido.

1.2.3 - Relaciones institucionales

El Centro lleva a cabo un seguimiento de las acciones derivadas de las reuniones de la Junta Rectora a través de un registro sistematizado, elaborado al efecto, que facilita conocer el cumplimiento de las mismas.

3.2.1 - Documentación del Sistema de Calidad en la Gestión

El Centro Asociado dispone de un sistema documental correctamente protocolizado, con acceso a todas las personas implicadas en los procesos. Además, el Centro ha desarrollado sus propias directrices en todos los procesos, buscando que estas se adecuen mejor a su estructura y funcionamiento.

No conformidades

No se aprecian actualmente no conformidades en los procesos auditados de la certificación del SGICG-CA.

Áreas de mejora

1.1.3 - Liderazgo

Aunque existen registros de reuniones de los órganos colegiados del Centro, podría ser interesante valorar la necesidad y utilidad de disponer de alguna forma de documentación en relación a las cuestiones más importantes que se tratan en otro tipo de reuniones como las del equipo de dirección y/o de equipos de trabajo a efectos de facilitar el despliegue y seguimiento de los distintos planes.

1.1.3 - Liderazgo

Aunque se lleva a cabo la autoevaluación y evaluación de liderazgo sobre un conjunto de estándares, el Plan de Mejora de Liderazgo está basado en aquellos estándares que no han alcanzado los objetivos deseables en las encuestas de satisfacción y la valoración es bienal, con seguimiento anual, es recomendable que exista una forma más explícita de comunicación de los resultados de la evaluación y la "VALORACIÓN periódica del cumplimiento de acciones y resultados", de acuerdo con la directriz del centro.

2.2.1 - Realización de tutorías

Si bien el profesorado tutor conoce que ha de incorporar en el foro de tutoría el Plan de Acción Tutorial (PAT) para darlo a conocer a sus estudiantes, con el objeto de asegurar la accesibilidad del PAT por parte de todos los estudiantes del Centro, se recomienda un control sistematizado de incorporación de los PAT elaborados por el profesorado tutor.

3.2.2 - Protección de datos personales

A pesar de que el personal de Administración y Servicios del Centro (PAS) muestra conocer de manera informal los ficheros del Centro y ha manifestado de forma verbal la voluntad de cumplir la LOPD, se recomienda el uso del correspondiente registro documental con el fin de asegurar el conocimiento y cumplimiento de todos los miembros del PAS.

3.3.1 - Tecnología

Aunque el Centro dispone de un Manual de políticas y estándares de seguridad informática que está a disposición del PAS en la Intranet del Centro para su consulta, se recomienda el registro documental de la recepción y compromiso de cumplimiento a efectos de asegurar el correcto conocimiento para la utilización de las TIC.

4.1.1 - Compras

Si bien el Centro manifiesta que realiza un registro y seguimiento informal de los proveedores clave, se recomienda el registro documental y seguimiento periódico con criterios y estándares objetivos preestablecidos, a efectos de contribuir a asegurar la correcta selección en cada servicio que precisa el Centro.

5.1.5 - Salud laboral

Aunque el Centro dispone de un Plan de Emergencias y un Plan de Prevención de Riesgos Laborales y se ofertan las revisiones obligatorias de salud laboral, se recomienda que se planifique un seguimiento explícito del cumplimiento del Plan de Prevención de Riesgos Laborales, que el PAS reciba formación periódica relacionada con su puesto de trabajo, que se documente la renuncia a la revisión anual de salud que ofrece el Centro y se establezca un seguimiento sistematizado del mismo. Así mismo, se recomienda una reflexión interna sobre la idoneidad, aplicabilidad y las implicaciones legales de la forma de llevar a cabo la evaluación de riesgos y el Plan de Prevención.

5.2.1 - Participación

Si bien el Centro dispone de una directriz de Participación interna de personas y se aplican distintas acciones de manera verbal y/o informal, se recomienda disponer de un registro que documente las distintas acciones incluidas en la directriz elaborada por el Centro.

5.3.1 - Formación

Aunque el Centro dispone de un Plan de Formación anual de Personal de Administración y Servicios (PAS) donde se recogen iniciativas y se comunica, ambas de manera verbal, se recomienda la comunicación sistematizada del Plan, con la finalidad de asegurar que llegue a todas las personas del PAS.

5.3.2 - Desempeño

Si bien el Centro ha iniciado la evaluación de desempeño de alguna persona del PAS, se recomienda que se extienda la evaluación de desempeño, desplegando el modelo actual a todas las personas del PAS.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN PRESENTADA

Tras las auditorías realizadas por la Comisión de Evaluación asignada al efecto, se ha observado una aplicación adecuada y acorde con los requisitos del SGICG-CA (Nivel 1), en todos los procesos exigidos por la Guía.

Se aprecia, además, que en 3 áreas de gestión, se han desarrollado algunos procesos más allá de los requisitos exigidos por la Guía del SGICG-CA (Nivel 1).

No se ha identificado ningún incumplimiento de suficiente entidad como para ser calificado de No Conformidad.

Se han identificado, asimismo, 4 Puntos Fuertes y 10 Áreas de Mejora de aplicación recomendable.

PROPUESTA

Como consecuencia de la información anterior la propuesta de certificación es **Favorable**.

El mantenimiento de la certificación durante el periodo de vigencia conlleva la realización de una auditoría de los procesos dinamizadores del Sistema de Garantía Interna de Calidad en la Gestión (Nivel 1), así como de la valoración de la eficacia de las acciones correctoras, si las hubo, durante el proceso de Certificación, y de las mejoras voluntarias relacionadas con las principales áreas de mejora.

En Tudela, a 25 de enero de 2017

Firmado

Luis Fernández Rodríguez

José Manuel Ortega Muruzábal

Comité - Presidente

Comité - Secretario

Ana Rivas García-Soto

Ángel Minondo Urzainqui

Comité - Vocal

Comité - Vocal