

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

**CENTRO UNIVERSITARIO
SAGRADA FAMILIA
UNIVERSIDAD DE JAÉN**

Fecha de emisión de informe: 07/12/2022

V01

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Esta primera auditoría interna al Sistema de Garantía de Calidad del Centro Universitario Sagrada Familia se considera atípica, ya que la auditoría debería ser una vez transcurrido un ciclo de gestión en el que se ha implementado dicho sistema, y el nuevo SGC objeto de auditoría se ha aprobado muy recientemente, en noviembre de 2022, por lo que apenas ha habido tiempo para ponerlo en marcha. No obstante, se ha considerado de utilidad realizar esta auditoría interna con idea de ayudar al Centro en esta fase inicial de implementación del SGC y poder aclarar los principales requisitos establecidos por el modelo IMPLANTA-SGCC-DEVA para la certificación de sistemas de garantía de la calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas.

El objetivo principal de la auditoría interna ha sido revisar el grado de implantación y detectar desviaciones del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro con respecto a los requisitos del Programa IMPLANTA-SGCC y a los requisitos establecidos por el propio sistema.

El propósito fundamental es aplicar un plan de acciones correctivas a tales desviaciones detectadas (no conformidades) y permitir obtener una situación de partida más favorable ante la futura auditoría de certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de la DEVA. En este sentido, las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas en este informe deberían tratarse como recomendaciones a evaluar y, en su caso, a tener en cuenta por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.


En términos generales, se considera que el SGC diseñado, y que ahora comienza a aplicar el Centro, es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo. No obstante, en este informe de auditoría se indican 3 Observaciones Generales al SGC y 11 Oportunidades de Mejora. No se han detectado No-conformidades.

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que el Equipo de Dirección del Centro está compuesto por personas muy implicadas y claramente orientadas a la mejora continua del Centro, por lo que se espera que impulsarán las acciones correctivas necesarias para mejorar el sistema de garantía de calidad y, por ende, la mejora del propio Centro.

Se anima a los responsables del SGC que valoren y tengan en cuenta las observaciones generales detalladas en la página 7 de este informe, ya que se tratan de recomendaciones de especial seguimiento que podrían eliminar las causas de posibles no conformidades futuras.

Asimismo, las oportunidades de mejora (a partir de la página 7) deben tratarse como recomendaciones que podrían mejorar aspectos del SGC implantado en el Centro Universitario Sagrada Familia.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias.

| | | |
|---|--|--|
|  | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2022/03 Fecha: 07/12/2022 |
|---|--|--|

| Datos del Centro auditado | |
|---|--|
| Universidad | UNIVERSIDAD DE JAÉN |
| Centro | CENTRO UNIVERSITARIO SAGRADA FAMILIA DE ÚBEDA (centro adscrito) |
| Representantes de la Institución auditada | Juan Carlos Ruiz Molina (jcruiz@ujaen.es) y Consuelo Burgos Bolós (magisterio@safa.edu). |
| Norma de aplicación de referencia | Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC – DEVA (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 21/07/2022 – V03). |
| Fecha de la auditoría | 30 de noviembre de 2022 |

| Equipo auditor |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor Jefe: Jacinto Fernández Lombardo. Universidad de Jaén. ▪ Auditor en formación: Alfonso Miguel Chico Medina. Universidad de Jaén. ▪ Auditor en formación: Francisco José Espinosa Montoro. Universidad de Jaén. ▪ Auditora en formación: Antonia Chica Rubio. Universidad de Jaén. |

| Criterios de auditoría |
|---|
| <p>El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC). ▪ Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC). |

| Objetivos de la auditoría interna |
|---|
| <p>Los objetivos de la auditoría son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría. ▪ Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia). ▪ Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC en cada ciclo de gestión. ▪ Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGCC. |

- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.

Alcance de la auditoría interna

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

Los hallazgos de auditoría están vinculados a dicha documentación y procedimientos, especialmente:

- Manual del Sistema de Garantía de SAFA.
- PC01 Procedimiento para el diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos.
- PC02 Procedimiento para la gestión de los procesos de enseñanza-aprendizaje.
- PA01 Procedimiento para la gestión de la información y análisis de resultados.
- PA02 Procedimiento para la gestión de recursos docentes.
- PA03 Procedimiento para la gestión de recursos para el aprendizaje y apoyo al estudiantado.
- PE01 Procedimiento para la planificación, revisión y mejora del SGC.
- PE02 Procedimiento para la gestión Calidad de la información pública.

Desarrollo de la auditoría

El Plan de Auditoría Interna del Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la Universidad de Jaén (año 2022), de fecha 14/03/2022, establece la realización de la presente auditoría interna.

El equipo auditor ha sido nombrado por la Universidad de Jaén.

La visita de auditoría interna ha tenido lugar en el día 30 de noviembre de 2022, mediante reuniones celebradas presencialmente en la sala de reuniones del Centro Universitario Sagrada Familia en Úbeda (Jaén).

Cumpliendo el Programa de Auditoría Interna (anexo I), el equipo auditor ha realizado las entrevistas programadas. Previamente, el equipo auditor había revisado la documentación que había sido aportada por el Centro al equipo auditor.

Esta primera auditoría interna al Sistema de Garantía de Calidad del Centro Universitario Sagrada Familia de Úbeda se considera atípica, ya que la auditoría debería ser una vez transcurrido un ciclo de gestión en el que se ha implementado dicho sistema, y el nuevo SGC objeto de auditoría se ha aprobado muy recientemente, en noviembre de 2022, por lo que apenas ha habido tiempo para ponerlo en marcha. No obstante, se ha considerado de utilidad realizar esta auditoría interna con idea de ayudar al Centro en esta fase inicial de implementación del SGC y poder aclarar los principales requisitos establecidos por el modelo IMPLANTA-SGCC-DEVA para la certificación de sistemas de garantía de la calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas.

La visita de auditoría ha consistido en mantener entrevistas con diferentes órganos y colectivos, en el que el equipo auditor les ha realizado una serie de preguntas con objeto de comprobar, completar o aclarar dudas sobre la información disponible en relación con el grado de implantación del SGC del Centro Universitario Sagrada Familia.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría han sido: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

Cabe destacar la participación activa de las personas que han asistido a las entrevistas programadas, así como las facilidades que el Centro ha proporcionado a este equipo auditor para la realización de la auditoría.

En la parte final de este Informe se incluye la lista de participantes en las entrevistas realizadas durante el día de visita de auditoría.

Durante las entrevistas programadas, el equipo auditor pudo obtener evidencias de auditoría, principalmente a través de declaraciones verbales de las personas presentes.

Los resultados de la evaluación de las evidencias de auditoría recopiladas frente a los criterios de auditoría (hallazgos de auditoría) se describen a continuación en forma de No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad Menor (nc), Observaciones Generales al SGC, Oportunidades de Mejora y Fortalezas detectadas en el SGC.

Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No Conformidad Mayor (NCM): Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGC o de la norma de referencia (IMPLANTA-SGCC).
- No Conformidad Menor (nc): Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGC.

El tratamiento de las No Conformidades (NCM y nc) recogidas en el informe final de auditoría deberá ser documentado en un Plan de Acciones Correctivas.

Cuando ocurra una No Conformidad, la organización debe:

- a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable, tomar acciones para controlarla y corregirla, hacer frente a las consecuencias.
- b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante la revisión y el análisis de la no conformidad; la determinación de las causas de la no conformidad; la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.
- c) Implementar cualquier acción necesaria.
- d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.
- e) Si fuera necesario, hacer los cambios en el sistema de garantía de calidad.

Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Las Observaciones Generales al SGC identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

Las Oportunidades de Mejora identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de mejorar aspectos del SGC implantado en el Centro.

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.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias y que no han quedado cuestiones por resolver a la finalización de esta auditoría.

| Resumen global de la auditoría por cada Criterio/Dimensión IMPLANTA-SGCC | | | |
|---|-----------------|--|-----------------|
| Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC | | Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC | |
| 1. Información pública. | No Conf. | 2. Política de aseguramiento de la calidad. | No Conf. |
| 1.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos. | | 2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad. | |
| | | 2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida continua, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas. | |
| | | 2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos. | |
| 3. Personal docente e investigador. | No Conf. | 4. Gestión de recursos materiales y servicios. | No Conf. |
| 3.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente. | | 4.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes para la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado. | |
| 5. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje. | No Conf. | | |
| 5.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuye a favorecer el aprendizaje del alumnado. | | | |

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

| Nº No Conf. | Categoría (NCM / nc) | Justificación | SGC Centro / Criterio IMPLANTA |
|-------------|----------------------|---------------|--------------------------------|
| - | - | - | - |

**OBSERVACIONES GENERALES AL SGC
(excluyendo las no conformidades)**

| Nº | Descripción | SGC Centro / Criterio IMPLANTA |
|-------------|---|--------------------------------|
| OBS1 | Dado que el SGC que aplica el Centro fue aprobado recientemente (en noviembre de 2022) y aún no ha sido posible implementar un ciclo de gestión completo, los registros identificados en los procedimientos aún no se han podido evidenciar. En este sentido, los responsables del SGC deben garantizar que tales registros se documentan en el SGC conforme a lo establecido en el propio sistema. | General |
| OBS2 | Los responsables del SGC deben garantizar que en la Web del Centro se encuentre publicada y actualizada la información correspondiente, conforme a lo establecido en el Procedimiento para la Gestión de la Información Pública (PE02), procurando distinguir claramente el SGC en vigor del sistema de gestión antiguo. | PE02 |
| OBS3 | El Plan de Mejora del Centro debe contener todas las acciones de mejora que se generen durante el ciclo de gestión del SGC, incluidas las acciones correctivas procedentes de auditorías internas. | General/ PE01 |

OPORTUNIDADES DE MEJORA

(excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)

| Nº | Descripción | SGC Centro / Criterio IMPLANTA |
|------------|--|--------------------------------|
| OM1 | Se recomienda integrar el actual sistema de gestión certificado por las Normas ISO 9001 y 14001 en el Sistema de Garantía de Calidad del Centro Universitario (adaptado a los requisitos IMPLANTA-DEVA), con objeto de que el Centro aplique una única herramienta de gestión para todo el Centro, buscando la optimización del sistema. Se considera que certificar por las Normas ISO este nuevo sistema integrado (ampliación de alcance) aportaría gran valor al SGC del Centro Universitario Sagrada Familia. | General |
| OM2 | Se recomienda establecer una política de calidad específica del SGC, alineada con la actual política de calidad institucional. | PE01 |
| OM3 | Se recomienda sistematizar la periodicidad de las reuniones de coordinación del Centro, así como el registro de las evidencias correspondientes. | General |
| OM4 | Se recomienda mejorar la visibilidad de los informes, publicándolos directamente en la Web del Centro en lugar de enlazar a la Web de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. | PE02 |

| | | |
|-------------|---|---------|
| OM5 | Se recomienda publicar los informes de auditoría del sistema de gestión ISO 9001 y 14001. | PE02 |
| OM6 | Se recomienda aprovechar la aplicación informática de gestión de los procesos para integrar en ella la gestión y el seguimiento del Plan de Mejora del Centro. | General |
| OM7 | Se recomienda explicitar la correspondencia entre objetivos estratégicos y objetivos de calidad, para que quede claro el alineamiento entre ambos. | PE01 |
| OM8 | Se recomienda sistematizar el proceso de acogida al nuevo profesorado. | PA02 |
| OM9 | Se recomienda que en la sistemática de análisis de los valores alcanzados en los indicadores del SGC se realicen comparaciones con otros títulos, Centros o Universidades, con objeto de poder establecer o revisar metas/valores objetivos. En este sentido, se podría aprovechar la red de Universidades jesuitas a la que pertenece la SAFA. | PA01 |
| OM10 | Se recomienda seguir avanzando en la realización de actuaciones para conseguir un mayor conocimiento operativo de los previsto en la documentación del SGC por parte de los diferentes grupos de interés, con la profundidad y detalle adecuados a cada caso. | General |
| OM11 | Se recomienda potenciar la participación de los grupos de interés externos a la comunidad universitaria en los aspectos más relevantes del SGC del Centro (por ejemplo: política y objetivos de calidad, calidad de los programas formativos, gestión y mejora de los recursos y servicios). | General |
| | | |

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC

- **PF1:** Se observa una alta implicación y orientación hacia la mejora continua del Equipo Directivo y de los miembros de la Comisión de Garantía de Calidad.
- **PF2:** Sistema de gestión por procesos maduro e implantado (certificado por la Norma ISO 9001 y la 14001), que tiene en cuentas aspectos como la gestión de riesgos para cada proceso y la mejora del rendimiento y optimización de recursos.
- **PF3:** Aplicación informática para la gestión de los procesos adaptada a las necesidades del Centro y constantemente actualizada.
- **PF4:** Actualización automática del valor del umbral de los indicadores del sistema.
- **PF5:** Las quejas que recibe el Centro se tramitan del mismo modo que las no-conformidades, con un seguimiento exhaustivo.
- **PF6:** Frecuentes reuniones de coordinación con la Facultad de Humanidades y los Departamentos de la Universidad de Jaén.
- **PF7:** Sistema de selección del profesorado cómodo y adecuado a las necesidades del Centro (preselección centralizada de tres candidatos mediante perfil y selección final por el Centro a través de una entrevista personal).

- **PF8:** Planes de formación y de ayuda a la investigación dirigidos al profesorado del Centro.
- **PF9:** El Centro forma parte de una red de Universidades jesuitas.


PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

| NOMBRE Y APELLIDOS | PUESTO | MODO (presencial / online) |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|
| Juan Carlos Ruiz Molina | Director. | Presencial |
| Consuelo Burgos Bolós | Dirección Adjunta. Presidenta de la Comisión de Garantía de Calidad (CGC). | Presencial |
| José Hidalgo Navarrete | Subdirector y Responsable de Calidad del Centro. CGC – Responsable Calidad. | Presencial |
| Isabel Segura Moreno | Secretaria del Centro. CGC – Secretaria. | Presencial |
| Manuel Linares Bernal | Responsable de Calidad de la Institución. | Presencial |
| Elena Moreno Fuentes | CGC – Coordinadora Grado Educación Primaria. | Presencial |
| Daniel de la Cruz Manjón Pozas | CGC – Coordinador Grado Educación Infantil. | Presencial |
| Rosa María Perales Molada | CGC – Representante Profesorado. | Presencial |
| Nuria Ruiz Garrido | CGC – Representante Alumnado | Presencial |
| José Carlos Gómez Poisión | CGC – Representante PAS | Presencial |


En Jaén, a 7 de diciembre de 2022



Jacinto Fernández Lombardo. Auditor Jefe.

| | | |
|---|--|--|
|  | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO | Nº Informe: 2022/03 Fecha: 07/12/2022 |
|---|--|--|

ANEXO I

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA | PAI-SGCC 03/11/2022 |
| | CENTRO UNIVERSITARIO SAGRADA FAMILIA | |

| DATOS DEL CENTRO AUDITADO | |
|-----------------------------------|--|
| Universidad | Universidad de Jaén |
| Centro | Centro Universitario Sagrada Familia de Úbeda (centro adscrito) |
| Representante del Centro | Dirección del Centro: Juan Carlos Ruiz Molina (jcruiz@ujaen.es), Consuelo Burgos Bolós (magisterio@safa.edu) |
| Norma de aplicación de referencia | Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC – DEVA (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 21/07/2022 – V03). |
| Fecha de la auditoría | 30 de noviembre de 2022 |
| Sala de reuniones | Sala de reuniones (a determinar por el Centro) |

| EQUIPO AUDITOR | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---|--|
| Función | Nombre y apellidos | Datos de contacto | Organización de origen |
| Auditor Jefe | Jacinto Fernández Lombardo | 683750154 / jafernan@ujaen.es | UJA – Servicio de Planificación y Evaluación |
| Auditor en formación | Alfonso Miguel Chico Medina | amchico@ujaen.es | UJA – Servicio de Gestión de las Enseñanzas |
| Auditor en formación | Francisco José Espinosa Montoro | espinosa@ujaen.es | UJA – Servicio de Gestión de las Enseñanzas |
| Auditora en formación | Antonia Chica Rubio | achica@ujaen.es | UJA – Servicio de Planificación y Evaluación |

| CRITERIOS DE AUDITORÍA |
|--|
| El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría: |

- Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC).
- Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC).

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría.
- Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia).
- Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC en cada ciclo de gestión.
- Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGCC.
- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN NECESARIAS DURANTE LA AUDITORÍA INTERNA

El Centro facilitará un enlace (y, en su caso, contraseña) que permita al equipo auditor acceder a la documentación e información que comprende el Sistema de Garantía de Calidad implantado del Centro, incluidos sus registros, y que, en su caso, no esté disponible de forma pública en la Web del Centro.

En el análisis de la documentación e información, el equipo auditor tendrá en cuenta los registros generados por el SGCC en el último ciclo de gestión cerrado (curso académico 2021/22) y en el actual. Para ello, podrá:

- Revisar el Manual del SGCC y los Procedimientos del SGCC.
- Revisar la composición y funciones de los órganos que participan en el Sistema de Garantía de Calidad del Centro.

- Revisar los documentos generados por cada procedimiento y, en su caso, formato.
- Revisar las actas de reunión (derivadas de las principales actividades del procedimiento).
- Revisar el cumplimiento de indicadores de cada procedimiento.
- Revisar los registros (evidencias) establecidos en cada procedimiento.

| AGENDA DE ENTREVISTAS DE AUDITORÍA | | | | |
|------------------------------------|---------------|--|--|-------------------------------|
| DÍA | HORA | AUDIENCIA | ASISTENTES ENTREVISTAS (PERFILES) | LUGAR |
| 30/11 | 09:30 – 11:30 | Equipo Directivo del Centro | Representantes del Equipo Directivo del Centro | Sala de reuniones (pendiente) |
| 30/11 | 11:45 – 13:45 | Comisión de Garantía de Calidad del Centro | Miembros de la Comisión de Garantía de Calidad | Sala de reuniones (pendiente) |
| 30/11 | 14:00 – 14:15 | Reunión de cierre | Representantes del Centro. | Sala de reuniones (pendiente) |

La Agenda de entrevistas de auditoría anterior es susceptible de modificación, siempre de común acuerdo entre el/la representante del Centro y el auditor jefe.

El Centro auditado debe contactar con las personas que van a asistir a las distintas audiencias y fijar la fecha, horario y lugar donde se realizará la entrevista.

Una vez cerrado el compromiso con los asistentes, el Centro elaborará la lista de asistentes, que remitirá al equipo auditor antes del comienzo de la visita.

Durante la realización de las auditorías, el equipo auditor recogerá las evidencias necesarias mediante el desarrollo de entrevistas, examen de documentos/registros, observación directa de las actividades realizadas o cualquier otro medio.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Conforme al Procedimiento PAI-SGCC de Auditoría Interna, una vez realizada la auditoría, el equipo auditor realizará un Informe de Auditoría Interna.

El Centro tiene opción a presentar alegaciones en un plazo de 5 días hábiles.

En caso de alegaciones, el equipo auditor revisa y elabora nueva versión del Informe.

En caso de que existan No-conformidades, la Comisión de Garantía de Calidad del Centro elaborará un Plan de Acciones de Mejora en un plazo máximo de 20 días.

El equipo auditor revisará el Plan de Acciones de Mejora y elaborará la versión final del Informe de Auditoría Interna.

El Centro publicará el Informe de auditoría interna en su página web, que servirá de referencia para el Informe Global de Resultados del Centro y Plan de Mejora del Centro, incorporando las recomendaciones de mejora detectadas en el mismo.