

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

**CENTRO UNIVERSITARIO  
SAGRADA FAMILIA  
UNIVERSIDAD DE JAÉN**

Fecha de emisión de informe: 07/12/2023

V01

### RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

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 Agencia Andaluza (ACCUA). 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 es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo. No obstante, en este informe de auditoría se indican 5 Observaciones Generales al SGC y 18 Oportunidades de Mejora. No se han detectado No-conformidades.

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que la Comisión de Garantía de Calidad del Centro está compuesta 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 6 y 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.

#### 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 ( <a href="mailto:jcruiz@ujaen.es">jcruiz@ujaen.es</a> ) y Consuelo Burgos Bolós ( <a href="mailto:magisterio@safa.edu">magisterio@safa.edu</a> ).

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Nº Informe: 2023/03 Fecha: 07/12/2023
---	--	--

Norma de aplicación de referencia	<a href="#">Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas.</a> <a href="#">Programa IMPLANTA-SGCC</a> (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V04).
Fecha de la auditoría	28 de noviembre de 2023

Equipo auditor
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auditor Jefe: Jacinto Fernández Lombardo. Universidad de Jaén.</li> <li>▪ Auditor: Alfonso Miguel Chico Medina. Universidad de Jaén.</li> <li>▪ Auditor: Francisco José Espinosa Montoro. Universidad de Jaén.</li> </ul>

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

Objetivos de la auditoría interna
<p>Los objetivos de la auditoría son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría.</li> <li>▪ 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).</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.</li> </ul>

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

**Desarrollo de la auditoría**

El Plan de Auditoría Interna del Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la Universidad de Jaén (año 2023), de fecha 20/03/2023, 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 28 de noviembre de 2023, mediante reunión celebrada 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 la entrevista programada. Previamente, el equipo auditor había revisado la documentación que había sido aportada por el Centro al equipo auditor.

Dado que esta es la segunda auditoría interna al Sistema de Garantía de Calidad del Centro Universitario Sagrada Familia de Úbeda y cuenta ya con la experiencia de haber cerrado ya un ciclo de gestión, esta auditoría interna se ha centrado principalmente en los registros/evidencias generadas por el Sistema de Garantía de Calidad (SGC) en el ciclo de gestión anterior y en el actual ciclo de gestión hasta el día de la fecha.

La visita de auditoría ha consistido en mantener una entrevista con la Comisión de Garantía de Calidad del Centro, 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 la entrevista programada, 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 la entrevista programada, el equipo auditor pudo obtener evidencias de auditoría, principalmente por observación de los registros mostrados en pantalla y 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	
<b>1. Información pública.</b>	<b>No Conf.</b>	<b>2. Política de aseguramiento de la calidad.</b>	<b>No Conf.</b>
1.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información		2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad.	

actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.		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.	
<b>3. Personal docente e investigador.</b>	<b>No Conf.</b>	<b>4. Gestión de recursos materiales y servicios.</b>	<b>No Conf.</b>
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.	
<b>5. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.</b>	<b>No Conf.</b>		
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
<b>OBS1</b>	El documento Manual del Sistema de Garantía de Calidad del Centro (registro R-PE01-4) no se encuentra elaborado a fecha de auditoría, siendo este un documento fundamental del sistema.	PE01
<b>OBS2</b>	El Centro no dispone de un cuadro de indicadores del Sistema de Garantía de Calidad del Centro integrado con el sistema de gestión de la SAFA (certificado por ISO 9001:2015).	PA01
<b>OBS3</b>	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
<b>OBS4</b>	El Informe Global de Resultados del Centro (registro R-PA01-6 ) del ciclo de gestión 2022/23 está pendiente de elaboración a fecha de auditoría. Asimismo, está pendiente de elaboración a fecha de auditoría el Informe	PA01 PE01

	de Revisión Anual del SGC del Centro (registro R-PE01.6) del ciclo de gestión 2022/23.	
<b>OBS5</b>	El documento con la Sistemática de Rendición de Cuentas del Centro (registro R-PE01-9) no se encuentra elaborado a fecha de auditoría.	PE01

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA (excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)</b>		
<b>Nº</b>	<b>Descripción</b>	<b>SGC Centro / Criterio IMPLANTA</b>
<b>OM1</b>	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
<b>OM2</b>	Se recomienda publicar las actas de la Comisión de Garantía de Calidad en la web del Centro.	General
<b>OM3</b>	Se recomienda identificar en los puntos del orden del día de las actas (de la Comisión de Garantía de Calidad y de la Junta de Centro) las principales actividades de los procedimientos que se tratan en la reunión.	General
<b>OM4</b>	Se recomienda revisar y aprobar el perfil idóneo de ingreso al título para cada curso académico, así como tenerlo publicado en la web correspondiente.	PC02
<b>OM5</b>	Se recomienda añadir en el Documento de Planificación, Desarrollo y Seguimiento del SGC todas las revisiones de enlaces web que figuran como registros en los distintos procedimientos.	General
<b>OM6</b>	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
<b>OM7</b>	Se recomienda sistematizar la obtención de los resultados de créditos reconocidos por título, así como comprobar la información del alumnado con créditos reconocidos y la adecuación del procedimiento seguido en cada uno de los títulos.	PC02
<b>OM8</b>	Se recomienda incorporar en la carpeta de evidencias "Resultados obtenidos de la gestión de los TFT de los títulos del Centro" un breve informe sobre el análisis de la gestión de la calidad de los trabajos fin de título (funcionamiento adecuado del apartado 4.8 del procedimiento PC02).	PC02
<b>OM9</b>	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
<b>OM10</b>	Se recomienda seguir avanzando en la realización de actuaciones para conseguir un mayor conocimiento operativo de los previsto en la	General

	documentación del SGC por parte de los diferentes grupos de interés, con la profundidad y detalle adecuados a cada caso.	
<b>OM11</b>	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
<b>OM12</b>	Se recomienda publicar el Plan de Mejora del Centro (registro R-PE01-7) en la web del Centro.	PE01
<b>OM13</b>	Se recomienda añadir al documento de Política de Calidad (registro R-PE01-1) una referencia a la fecha de aprobación/revisión y al órgano que lo hizo.	PE01
<b>OM14</b>	Se recomienda incluir en el documento “Acuerdo con la información que precisa publicar el Centro” (registro R-PE02-3) la fecha del acuerdo y el acta en que se aprueba. Asimismo, se recomienda que en la toma de decisiones en relación con la revisión de este Acuerdo se tenga en cuenta la participación, la utilidad de la información y las necesidades detectadas de los diferentes grupos de interés (especialmente alumnado y egresados).	PE02
<b>OM15</b>	Se recomienda avanzar en la elaboración de los registros Información sobre la suficiencia y adecuación del personal docente (R-PA02-6) e Información sobre la suficiencia de infraestructuras, recursos materiales y prestación de servicios (R-PA03-2).	PA02 PA03
<b>OM16</b>	Se recomienda sistematizar el proceso para la detección de necesidades del personal académico.	PA02
<b>OM17</b>	Se recomienda sistematizar el proceso que sigue el Centro para analizar los resultados de la evaluación de la calidad docente del profesorado.	PA02
<b>OM18</b>	Se recomienda identificar claramente en cada procedimiento del SGC del Centro cuáles son los grupos de interés relevantes del mismo, con objeto de ser más precisos a la hora de establecer su participación, comunicación e información facilitada. Por ejemplo, podría hacerse una matriz de grupos de interés del SGC e incluirla en el Manual del SGC.	General

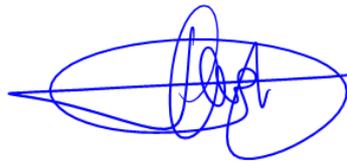
#### FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC

- **PF1:** Se observa una alta implicación y orientación hacia la mejora continua de los miembros de la Comisión de Garantía de Calidad.
- **PF2:** Se aprecia el avance y esfuerzo de mejora en la gestión del sistema durante el periodo transcurrido desde la auditoría interna del curso anterior y la de este.

**PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>PUESTO</b>	<b>MODO</b> (presencial / online)
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 – Coordinación.	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 Infantil.	Presencial
Manuel Lucena Zurita	CGC – Coordinador Grado Educación Primaria.	Presencial
Rosa María Perales Molada	CGC – Representante Profesorado.	Presencial
Nuria Ruiz Garrido	CGC – Representante Alumnado	Presencial
José Carlos Gómez Poisón	CGC – Representante PAS	Presencial

En Jaén, a 7 de diciembre de 2023



Jacinto Fernández Lombardo. Auditor Jefe.

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Nº Informe: 2023/03 Fecha: 07/12/2023
---	--	--

**ANEXO I**

	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA CENTRO UNIVERSITARIO SAGRADA FAMILIA</b>	PAI-SGCC 13/10/2023
---	---	------------------------

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 ( <a href="mailto:jcruiz@ujaen.es">jcruiz@ujaen.es</a> ), Consuelo Burgos Bolós ( <a href="mailto:magisterio@safa.edu">magisterio@safa.edu</a> )
Norma de aplicación de referencia	<a href="#">Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC</a> (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V04).
Fecha de la auditoría	28 de noviembre de 2023
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 / <a href="mailto:jafernan@ujaen.es">jafernan@ujaen.es</a>	UJA – Servicio de Planificación y Evaluación
Auditor	Alfonso Miguel Chico Medina	<a href="mailto:amchico@ujaen.es">amchico@ujaen.es</a>	UJA – Servicio de Gestión de las Enseñanzas
Auditor	Francisco José Espinosa Montoro	<a href="mailto:espinosa@ujaen.es">espinosa@ujaen.es</a>	UJA – Servicio de Gestión de las Enseñanzas

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 2022/23) 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
28/11/2023	09:30 – 12:00	Comisión de Garantía de Calidad del Centro	Miembros de la Comisión de Garantía de Calidad	Sala de reuniones
28/11/2023	12:30 – 12:45	Reunión de cierre	Representantes del Centro / Representantes de la Comisión de Garantía de Calidad	Sala de reuniones

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.