

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTROAUDITADO

Universidad	Universidad de Extremadura
Centro	Facultad de Educación y Psicología
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todos los procesos incluidos dentro del alcance de su Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	6 de octubre de 2023

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría	<input type="checkbox"/>	Inicial	<input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------	-------------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	María Mercedes Macías García
Cargo	Vicerrectora de Calidad y Estrategia
Tfno. y correo	vrcalidad@unex.es

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	Carlos Arias Martín	Institución	Univ. de Sevilla
Auditor	Ana Esther Cruz	Institución	Univ. de la Laguna
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Los objetivos de la auditoría se han logrado sin incidencias. La auditoría se llevó a cabo de forma virtual a través de Zoom, asignando una sala específica para cada grupo de interés entrevistado, aunque también estaba disponible un espacio en Microsoft Teams por si surgía algún problema técnico. Esta modalidad permitió una comunicación efectiva durante el desarrollo del proceso evaluador.

Es importante resaltar la participación activa, la disposición y la colaboración de las personas que asistieron a las entrevistas programadas. Su compromiso y cooperación fueron fundamentales para el éxito de la auditoría, ya que brindaron información valiosa y respondieron de manera diligente a todas las preguntas y requerimientos.



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Agradecer a la Facultad y a la Universidad de Extremadura (UEX) las facilidades proporcionadas al Equipo Auditor durante el desarrollo de la auditoría. Su apoyo y compromiso fueron elementos clave para llevar a cabo las actividades de manera efectiva.

Teniendo en cuenta que el SAIC de la UEX tiene naturaleza mixta y los procesos y procedimientos están estructurados en dos bloques (los que son responsabilidad del Rectorado-Servicios, comunes a toda la UEX, y los que son propios de los Centros), el día 05/10/2023 se mantuvo una reunión de auditoría con los responsables institucionales siguientes: D^a. Mercedes Macías García, Vicerrectora de Calidad y Estrategia, D^a. Cristina Vicente Chicote, Directora de Calidad para Programas institucionales, D^a. Antonia Ciudad Sánchez, Directora de Estrategia, D. José Luis Bonal Zazo, Director de Calidad para Programas de Centros y Títulos, D^a. Rosa María Villalobos Murillo, Directora de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad, D. Germán Trinidad Ruiz, Jefe de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad, D^a. Aurora Rodero Rodríguez, Gestora de Calidad de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad, y D. Juan José Clavero Sánchez, Gestor de Calidad de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad. Los citados responsables participaron en las sesiones de la agenda de visita de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, si bien afecta, de igual forma, a la auditoría de la Facultad de Educación y Psicología, desarrollada el día 06/10/2023.

También la sesión del personal técnico de gestión y administración y servicios (PTGAS) se realizó conjuntamente. En este caso, el personal adscrito a la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud se incorporó en la agenda de la Facultad de Educación y Psicología, en la fecha anteriormente indicada.



RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras no conformidades además de las indicadas en el presente informe.

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES:		<ul style="list-style-type: none"> • Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas 			

(Sigue)

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)	No Conf.	7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados		8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC		8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)

(1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
- No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC *(excluyendo las no conformidades)*

OM1. Revisar y actualizar los procesos y procedimientos del SAIC vinculados al Rectorado/Servicios en la temporalidad establecida. Algunos datan de 2014 o 2015, sea el caso del proceso de gestión de la orientación profesional (P/CL006), gestión del servicio de prevención (P/SO001), gestión de información y atención administrativa (P/SO002), etc. Asimismo, actualizar las referencias a la normativa universitaria que ha sido modificada en los diferentes procesos y procedimientos, incorporando aquellas que procedan: Ley Orgánica del Sistema Universitario (2023), Real Decreto 822/2021, Real Decreto 640/2021, etc.

OM2. Incluir de manera explícita en el SAIC y sus procesos/procedimientos la referencia a los protocolos de apoyo a los procesos de verificación, seguimiento y acreditación de títulos (Ciclo VSMA) existentes en la UEX y velar por el cumplimiento con las distintas directrices recogidas en el criterio 2 del programa AUDIT. Por ejemplo, en el proceso de Diseño y aprobación de los planes de estudio oficiales (P/CL001) debería hacerse referencia y remitir al protocolo de apoyo UEX a las actividades de evaluación externa para la verificación de títulos oficiales, al tiempo que debería comprobarse que dicho protocolo da respuesta a las diferentes directrices del criterio "garantía de calidad de los programas formativos".

OM3. En el proceso de formación del PAS (P/CL005), apartado 5.6, se indica que "a final de año se elabora un informe/memoria" (P/CL005_D017), si bien se ha comprobado que la temporalidad no siempre es anual. A su vez, en el diagrama de flujo se indica indistintamente anual y plurianual, con lo que no queda clara su periodicidad. Sería oportuno proceder a su ajuste en los distintos apartados del proceso para guardar coherencia.

OM4. Especificar en el procedimiento de auditorías internas (P/SO100) su periodicidad y alcance. En el histórico del proceso, 2ª Edición, se indica "Supresión del carácter anual en la programación de las auditorías internas". Sin embargo, en el diagrama de flujo de la edición vigente se habla del plan anual de auditoría. Asimismo, en el alcance se recoge que es de aplicación a los procesos y procedimientos del SAIC de los centros y servicios de la UEX. Sería oportuno incluir también la referencia al rectorado.

OM5. En el alcance del procedimiento de extinción (PR/CL001) se alude al proceso de garantía de calidad de los programas formativos. A su vez, en la descripción (apartado 5.4) se hace referencia al procedimiento de difusión de información de titulaciones. No obstante, ninguno de ellos se recoge en el mapa de procesos. Actualizar la información que corresponda en la documentación del SAIC.

OM6. Explicitar de manera más concreta en el Manual de Calidad o en los distintos procesos y procedimientos la sistemática de rendición de cuentas, identificando, por ejemplo, los documentos/información que se va a utilizar para la rendición de cuentas, quién se encarga, cuáles son los grupos de interés a los que se va a rendir cuentas, y cuándo (Directrices 1.7, 2.6, 3.5, 4.7, 5.6, ...).

OM7. Revisar y ajustar los indicadores establecidos en los procesos y procedimientos y los recogidos en las diferentes fuentes de datos. Por ejemplo, se ha detectado que en

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC *(excluyendo las no conformidades)*

el proceso se establecen indicadores que no siempre coinciden con los recogidos en la pestaña "indicadores" de la web, con el catálogo de indicadores del centro y/o los del OBIN. Asimismo, con los que luego se analizan en los informes vinculados a los procesos del SAIC. Debe existir coherencia entre los indicadores de los procesos/procedimientos y los que se recogen en el resto de fuentes y están destinados a comprobar el funcionamiento, el seguimiento y los resultados de estos.

OM8. Incluir los indicadores del proceso de gestión de la orientación profesional (P/CL006) en el catálogo de indicadores de la UEX y/o del Centro o, en su caso, actualizar el proceso y ajustar la información para que sea coincidente. Del mismo modo, valorar la incorporación de indicadores en el procedimiento de preinscripción para el acceso a los estudios de grado (PR/CL403) teniendo en cuenta que, en el OBIN, se dispone de un bloque denominado "Demanda universitaria" que incluye indicadores relacionados. Lo mismo con los indicadores sobre recursos y servicios. Valorar su inclusión teniendo en cuenta que la UTEC gestiona las reclamaciones y sugerencias y que dichos indicadores podrían aportar información valiosa al Centro sobre el funcionamiento del proceso y sus resultados.

OM9. Recoger en la página web de la Universidad lo establecido en los procesos o procedimientos del SAIC que son responsabilidad del Rectorado/Servicios:

- La memoria/informe de las actuaciones de orientación profesional (P/CL006_D008), siguiendo con lo establecido en el proceso.
- Los indicadores de satisfacción general del estudiantado con la titulación. En la página web de la UTEC, a excepción del último curso, las bases de datos son de acceso restringido y los informes no contienen todos los resultados. Según se indicó, las bases de datos contienen opiniones no susceptibles de publicación. Una opción es dejar la información de las opiniones para el trabajo interno de las comisiones y publicar los indicadores de carácter cuantitativo para su conocimiento por los distintos grupos de interés.

OM10. Revisar, actualizar y/o incluir en la página web del Centro los contenidos correspondientes:

- La denominación del Centro en los apartados "incidencias" y "reservas de espacio" de la pestaña "instalaciones", que aparecen como Facultad de Educación y no como Facultad de Educación y Psicología.
- La información que se pretende ofrecer de cada profesor/a en el apartado de "Profesores", donde buena parte de los currículums vitae aparecen como no disponibles.
- La información sobre el personal técnico de gestión y de administración y servicios (PTGAS) vinculado al centro, en la pestaña "PAS", especificando, al menos, el puesto de trabajo y en su caso el perfil.
- La información sobre salidas profesionales del Grado en Educación Primaria, que se muestra sin contenido.
- La información en la pestaña "actualidad", que da acceso a noticias y eventos, carece de contenido.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC *(excluyendo las no conformidades)*

- Destacar la versión vigente del "Manual de Calidad", pasando el resto a la carpeta de históricos. Las versiones 1 y 2 de dicho Manual no tienen fecha ni firma.
- La denominación de los procesos/procedimientos utilizada en la web no siempre coincide en su totalidad con la de la ficha correspondiente. Por ejemplo, el proceso de gestión de reclamaciones (P/CL012) es designado en la web como proceso de reclamaciones.
- Los enlaces erróneos de algunos procesos/procedimientos del SAIC o de determinadas evidencias. Por ejemplo, el proceso de análisis de los resultados (P/ES005) lleva a la ficha del proceso de gestión de recursos materiales y servicios (P/SO005). Por su parte, el enlace de la pestaña "informe de seguimiento" del procedimiento del desarrollo de TFE (PR/CL001), conduce al informe de seguimiento del proceso para definir la política y objetivos de calidad (P/ES004_FEyP).
- Evitar la publicación de las carpetas de evidencias de los procesos y procedimientos del Centro que no contengan documentación para no generar confusión. Por ejemplo, las carpetas del curso 2023-2024 se muestran vacías.
- Unificar en la información web del sistema la denominación de los procesos y procedimientos atendiendo a sus correspondientes fichas. Por ejemplo, el proceso de gestión de reclamaciones (P/CL012) es designado de reclamaciones.

OM11. En la próxima revisión y mejora del SAIC y su documentación:

- Revisar y actualizar la denominación del Centro, Facultad de Educación y Psicología, pues en algunos documentos sigue haciéndose referencia a la Facultad de Educación.
- Designar de una única manera a los mismos órganos, responsables, comisiones..., para que no lleve a confusión. Por ejemplo, debe actualizarse la denominación de la Comisión de Aseguramiento Interno de la Calidad de la Facultad en las diferentes fuentes de información del SAIC (Manual de Calidad, procesos/procedimientos, página web, etc.), pues aparece nombrada como Comisión de Garantía de Calidad de Centro, Comisión de Aseguramiento Interno de la Calidad del Centro, etc.
- Actualizar el mapa de procesos y ajustar la denominación y codificación de los procesos y procedimientos para guardar coherencia. Por ejemplo, el PR/CL001_FEyP se denomina en la ficha del procedimiento "Desarrollo de los trabajos fin de estudios" mientras que el mapa se recoge como "Gestión y exposición del TFG/TFM" (CL500), apareciendo además con codificaciones distintas. Asimismo, se recomienda eliminar del mapa aquellos que no forman parte del SAIC del Centro, sea el caso del denominado "Mantenimiento de la página web" (P/SO500).
- Revisar el alcance del proceso para "Definir la política y objetivos de calidad" (P/ES004), pues recoge la descripción del proceso, difiriendo notablemente del resto de procesos y procedimientos. En caso contrario, revisar el alcance de los demás procesos y homogeneizar.
- Especificar si existe diferencia entre los objetivos de calidad y los objetivos específicos de calidad, o bien, unificar su denominación en los diferentes documentos del SAIC para que no conlleve a error.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC *(excluyendo las no conformidades)*

- Establecer indicadores asociados a los objetivos de calidad que permitan hacer un seguimiento de su consecución.
- Especificar en el proceso para "Definir la política y objetivos de calidad" (P/ES004) quien elabora, revisa y aprueba la política de calidad, pues no siempre quedan claras las responsabilidades.
- Aclarar en el proceso para "Definir la política y objetivos de calidad" (P/ES004) la periodicidad de la elaboración y publicación de los informes sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de calidad (D005) y cumplir con esta.
- Corregir en el proceso de gestión de los recursos materiales y servicios propios (P/SO005), apartado de seguimiento (9.1), la referencia al proceso de gestión de reclamaciones, pues debe aludir al proceso de gestión de recursos materiales y servicios. Del mismo modo, en el procedimiento de evaluación de la actividad docente del profesorado (PR/SO007) actualizar, en el apartado 12, la alusión al proceso de gestión de los recursos materiales y servicios propios (P/SO005), pues debe referirse a la evaluación docente del profesorado.
- Ajustar el alcance del procedimiento para la elaboración de los informes anuales de calidad del Centro y de las titulaciones (PR/SO005) de forma que recoja los informes de calidad a nivel de Centro. Asimismo, actualizar la propuesta del modelo de informe en el apartado 5.1.3, que incluye indicadores como la satisfacción de los usuarios, o el modelo de informe anual de calidad del Centro (5.2.2), que recoge los elementos identificativos de la Facultad y estos no se consideran en el citado informe.
- Revisar que tanto en la tabla de unidades implicadas y tareas, así como en el diagrama de flujo de la ficha de cada proceso/procedimiento, se recoja la información relevante explicitada en la descripción.
- Corregir en el procedimiento de evaluación de la actividad del profesorado (PR/SO007) la acción 3 del listado de comprobación "La Comisión de Evaluación de la Docencia del Centro ha elaborado el informe de cargo académico del Centro". Según el apartado 5.2 del citado procedimiento el informe lo elabora la persona responsable del decanato del centro, mientras que la comisión de evaluación de la docencia se encarga de su aprobación.
- Actualizar la descripción del apartado 5.2.1 del procedimiento para el control de documentación y registro (PR/SO008) donde se indica que "La Hoja de Control de Registros de la FEyP podrá ser consultada por los responsables de calidad de la UEx y por agentes autorizados para la realización de auditorías o actividades de control a través del repositorio SIGEAA". La citada evidencia está disponible en la web de centro, junto al resto de la documentación del sistema, por lo que se entiende que es de acceso público y puede ser consultada por los distintos grupos de interés.
- Valorar la incorporación al SAIC de un documento donde se indiquen los roles o permisos para el acceso al repositorio SIGEAA o bien incluir este contenido en el procedimiento para el control de la documentación (PR/SO008).
- Incluir en el sistema las encuestas de satisfacción realizadas por las titulaciones a través de los delegados y delegadas, sea el caso de las aplicadas en el Grado en Psicología.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC (*excluyendo las no conformidades*)

- Valorar la inclusión de indicador de satisfacción de los usuarios en el proceso de gestión de los recursos materiales y servicios (P/SO005) teniendo en cuenta la importancia de estos resultados para la mejora y para garantizar el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Valorar la inclusión de un indicador sobre el número de seguidores en las redes sociales en el proceso de publicación de la información sobre titulaciones (P/ES006), teniendo en cuenta que en el último informe anual de calidad disponible (21-22) se incluyó una acción relacionada con mejorar la información ofrecida al alumnado a través de diversas fuentes y la necesidad de implementar el número de seguidores en las redes sociales.

OM12. En la elaboración de los próximos informes vinculados al SAIC y sus procesos/procedimientos (calidad de centro, calidad de las titulaciones, cumplimiento de objetivos...) tener en cuenta:

- Incorporar en el análisis del informe anual de calidad del Centro los indicadores relativos a los Trabajos de Fin de Máster, siguiendo lo realizado para los grados, teniendo en cuenta que son indicadores recogidos en el procedimiento para el desarrollo de los Trabajos de Fin de Estudios (PR/CL001).
- Incluir en el análisis de las titulaciones los datos de satisfacción e inserción laboral que deberían estar disponibles atendiendo a la periodicidad recogida en los correspondientes procesos y procedimientos.

OM13. Disponer de un plan de mejoras integral como documento independiente de la memoria de calidad y de los informes anuales de titulaciones para que sea más fácil su manejo y actualización periódica. Dicho plan debería incluir información completa sobre la fuente u origen de la acción de mejora, las tareas asociadas, su priorización, así como la inclusión de indicadores, entre otras. Esta herramienta facilitaría a los responsables de Centro y titulaciones el seguimiento de la consecución de acciones y su grado de cumplimiento.

OM14. Avanzar en la aprobación de la actualización de la carta de servicios de la Facultad en la que se ha estado trabajando. La que está disponible en la web data de 2013 y contiene información obsoleta, entre ella, la referencia a la Facultad de Educación y no a la Facultad de Educación y Psicología.

OM15. Valorar el desarrollo de acciones (impartición de cursos de formación, por ejemplo) dirigidas al PTGAS de nueva incorporación por parte de la UEX. Según se comentó en la audiencia del PAS, resulta complejo formar *ad hoc* a las nuevas compañeras y compañeros, que en muchos casos vienen sin los conocimientos previos del trabajo a realizar en el servicio. Esta situación se complica cuando se ha trasladado mediante concurso la mayor parte de las personas del servicio y debe combinarse formación con actividades diarias del servicio.



FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SAIC (en su diseño e/o implementación)

PF1: Alta implicación del Equipo Directivo y de los miembros de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad del Centro y de las Comisiones de Calidad de Título en el despliegue de la cultura de calidad y la orientación hacia la mejora continua.

PF2: Importancia, en la estructura de gestión del Centro, de la figura de la responsable del SAIC, que desempeña una labor fundamental en el impulso, la coordinación y el desarrollo del sistema y sus procesos/procedimientos.

PF3: El liderazgo y la participación de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad en la aportación de datos e indicadores que facilitan el análisis, la reflexión y la elaboración de la memoria de calidad del Centro y los informes anuales de las titulaciones.

PF4: El papel y la participación de los y las delegadas y del Consejo de Estudiantes en la difusión de la información del Centro y sus titulaciones.

PF5: La agenda del estudiante es puesta en valor por el profesorado como un documento que contribuye a la mejora de la planificación y coordinación de la actividad docente, y para evitar la sobrecarga de los y las alumnas en determinados periodos del curso.

PF6: El contacto directo y la cercanía y la atención del profesorado, aspecto muy bien valorado por las personas asistentes a la audiencia de estudiantes y egresados, así como las mejoras percibidas en la página web en los últimos años.

PF7: Importancia de la cohesión, la colaboración y el trabajo en equipo de los distintos colectivos (equipo directivo, profesorado, personal técnico de gestión y de administración y servicios -administración, conserjería, etc.-) para garantizar el adecuado funcionamiento del Centro, teniendo en cuenta que es la Facultad de la UEX con mayor número de estudiantes.

PF8: El profesorado que asiste a las sesiones valora la importancia que se atribuye a la docencia y no sólo a la investigación, así como el esfuerzo realizado para la formación de profesorado.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D ^a . Mercedes Macías García	Vicerrectora de Calidad y Estrategia
D. Luis Manuel Casas García	Decano
D ^a . Ana Caballero Carrasco	Vicedecana de Ordenación Académica
D ^a . M ^a Guadalupe Martínez Borreguero	Vicedecana de Prácticas e Infraestructuras
D ^a . Ana M ^a Piquer Píriz	Vicedecana de Estudiantes
D ^a . Irene Olga Castellano Risco	Vicedecana de Relaciones Institucionales y Movilidad
D ^a . Ana Belén Borrachero Cortés	Secretaria Académica
D ^a . María Jesús Fernández Sánchez	Responsable de Calidad del Centro
D ^a . Rosa María Villalobos Murillo	Directora de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad
D. José Luis Bonal Zazo	Director de Calidad para Programas de Centros y Títulos
D ^a . M ^a Guadalupe Lucas Milán	Rep. CCT Grado en Educación Infantil
D ^a . M ^a José Godoy Merino	Rep. CCT Grado en Educación Primaria
D ^a . Karmele Mendoza Pérez	Rep. CCT Grado en Psicología
D. Isaac Corbacho Cuello	Rep. CCT del MUI en la Enseñanza y el Aprendizaje de las Ciencias Experimentales, Sociales y Matemáticas
D. Héctor Archilla Segade	Rep. CCT del Máster Universitario de Formación del Profesorado de Educación Secundaria
D. Adrián Gordillo Merino	Rep. CCT del MUI en Formación del Profesorado y Tecnología Educativa
D. Rafael Alejo González	Rep. de la CCT del Máster Universitario en Enseñanza Bilingüe en Inglés para la Educación Primaria y Secundaria
D. Juan de Dios Martínez Agudo	Rep. CCT del MUI en Ciencias Sociales
D ^a . Rosa M ^a Amo Cacho	Administradora del Centro. Facultad de Educación y Psicología
D. José Hurtado Masa	Responsable de la web. Facultad de Educación y Psicología
D ^a . Leonor Moreno Pons	Rep. de la Conserjería. Facultad de Educación y Psicología



D ^a . Marta Paz de la Fuente Muñoz	Rep. de la Biblioteca. Facultad de Educación y Psicología
D ^a . M ^a del Mar Cercas Galán	Rep. Puesto base alumnado en Secretaría. Facultad de Educación y Psicología
D. Christian Gragera Rodríguez	Jefe de Negociado de Gestión Económica. Facultad de Educación y Psicología
D ^a . María del Pilar Calderón de Prado	Rep. de la Secretaría. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
D ^a . Yolanda Mejías García	Responsable de la Biblioteca. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
D ^a . María del Mar Ojeda Pilo	Coordinadora de Servicios Comunes. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
D. Daniel Lázaro Martín	MUI en Formación del Profesorado y Tecnología Educativa
D ^a . Lucía Silveiro Rosado	Egresada del Grado en Educación Infantil
D. Miguel Ángel Durán Vinagre	Grado en Psicología
D ^a . María Calderón Poves	Egresada del MU en Enseñanza Bilingüe en Inglés para la Educación Primaria y Secundaria
D ^a . Lucía Pérez Vera	Egresada del MUI en la Enseñanza y Aprendizaje en las Ciencias Experimentales, Sociales y Matemáticas
D ^a . Ana Paredes Espinosa	Egresada del MUI en Ciencias Sociales
D ^a . Angélica Cuadrado López	Egresada MU en Formación del Profesorado de Educación Secundaria
D ^a . M ^a Teresa Becerra Traver	Grado en Educación Primaria
D ^a . María José Merchán García	Grado en Educación Infantil
D. Raúl Márquez Zamora	Grado en Psicología
D ^a . Fátima Rosado Castellano	MUI en Ciencias Sociales
D. Manuel Lucero Fustes	MUI en Formación del Profesorado y Tecnología Educativa
D. Jesús Sánchez Martín	MUI en la Enseñanza y Aprendizaje en las Ciencias Experimentales, Sociales y Matemáticas
D. Francisco Luis Naranjo Correa	MU en Formación del Profesorado en Educación Secundaria
D ^a . Ana M ^a Piquer Píriz	MU en Enseñanza Bilingüe en Inglés para la Educación Primaria y Secundaria
D ^a . Ana Caballero Carrasco	Coordinadora de la CCT del MUI en Enseñanza y Aprendizaje de las Ciencias Experimentales, Sociales y Matemáticas



D ^a . María José López Rey	Coordinadora de la CCT e Intercentro del Grado en Educación Infantil.
D ^a . Lina Viviana Melo Niño	Coordinadora de la CCT e Intercentro del Grado en Educación Primaria.
D. Juan Manuel Moreno Manso	Coordinador de la CCT del Grado en Psicología.
D ^a . Inmaculada Sánchez Casado	Coordinadora de la CCT del MU en Formación del Profesorado en Educación Secundaria
D ^a . Mercedes Lozano Candela	Técnica de Calidad

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D. Álvaro Carmona Rivero	Estudiante del Grado en Educación Primaria

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)



FAVORABLE



DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SAIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor.**
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

En Sevilla, a 11 de octubre de 2023

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª.
Cargo: Auditor/a Jefe