

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Administración y Servicios
Sistema de Gestión de Calidad

ÁREA
Servicio de Obras y Mantenimiento

IARS - Informe ANUAL de Resultados

Año

2020

Periodo del INFORME

Año 2020

Elaborado y aprobado

Comité Interno de Calidad del Área

Fecha del Informe

miércoles, 24 de febrero de 2021

1. Introducción

El **Plan Anual de Calidad** del Sistema de Gestión de Calidad (PAC del **SGC**) es un instrumento operativo donde la Universidad despliega sus estrategias en la segmentación de periodos que se establezcan.

En nuestro caso el periodo establecido es el **año natural**, y es dentro del mismo donde se planifican y determinan cuantas acciones y operaciones sean necesarias para alcanzar los objetivos estratégicos de la UAL.

El **ámbito**, en nuestro caso, queda circunscrito al **ÁREA**. En todo el documento el concepto **ÁREA** determina la **unidad en la que se segmenta el SGC** y que, con carácter general, puede ser un Servicio o Unidad.

2. Alcance en los PROCESOS

El alcance determinado por el conjunto de PROCESOS controlados del ÁREA.

CódPro	Procesos CONTROLADOS
--------	----------------------

Pr-01	Mantenimiento, reforma y adecuación de espacios e instalaciones
-------	---

3. Método de control y análisis de datos

Cualquier **estrategia** tiene que dotarse de mecanismos de despliegue para hacerla efectiva dentro de la organización, ya que su visión a varios años debe sustanciarse en planes operativos de menor temporalidad y alcance (en nuestro caso **año natural** en cuanto temporalidad, y el **Servicio/Área** en lo referido al alcance).

En el Sistema de Gestión de Calidad, partiendo del Plan Estratégico de la UAL vigente, se despliega en cascada los distintos **Planes Operativos** de las áreas y que forman el Plan Anual de Calidad (PAC). Una vez elaborado es elevado por el SPEC al **Comité de Calidad del SGC de Administración y Servicios** para su definitiva aprobación.

Este PAC será guía de todas las actuaciones planificadas. En un segundo referente para el despliegue lo encontramos en la declaración de la **Política de Calidad** que es, dentro del Sistema de Gestión de Calidad, base de legitimación de los distintos Planes operativos que se describen en el Servicio/Área (**ÁREA en adelante**).

La Política de Calidad queda concretada, y en su caso **revisada**, en el **Manual de Calidad** del SGC.

A partir de aquí, teniendo como referentes al **Plan Estratégico y la Política de Calidad** del SGC, el Área reunirá el conjunto de entradas necesarias para el correcto análisis de los resultados y propuestas de mejora. Estos **ENTRADAS**, con carácter general, son las siguientes:

- **Resultados de IARS del año anterior**
Resultados en los distintos Planes Operativos en el año anterior (para analizar tendencias)
- **Informe de Quejas y Sugerencias de Servicio/Área**
Detalle de las Q/S en distintas agrupaciones del Área
- **Resultados en el Plan Estratégico**
Conjunto de resultados derivados del Plan de Mejora según los distintos Objetivos del Plan Estratégico.
- **Resultados en el Plan Anual de Calidad vigente**
Grados de cumplimientos y ejecución de los distintos Planes Operativos del PAC
- **Auditoría**
Conjunto de hallazgos encontrados en el proceso de Auditoría, tanto interna como externa, susceptibles de ser mejorados. Hay que poner en valor las **propuestas de mejora que hacen los Auditores**
- **Retroalimentación de los usuarios**
Nuestro SGC dispone de vías de retroalimentación estandarizadas para nuestros usuarios. Los resultados que se ofrecen tienen que ser de manera obligatoria analizados y reflejados en los IARS del ÁREA:
 - **Encuestas de Satisfacción**
 - **Valoración** de los ítems de la encuesta (resultados de la encuesta)
 - **Texto libre** de observaciones (en Informe de Resultados)
 - **Quejas y Sugerencias**
Vía de comunicación estandarizada donde nuestros usuarios expresan su disconformidad o sugerencia de mejora en algún aspecto de la prestación de servicio
 - Otra vía **opcional** de retroalimentación, y muy interesante, es mediante el establecimiento de **Grupos de Discusión** de entre los grupos de interés del ÁREA
- **Producto No Conforme**
Conjunto de acciones preventivas/correctivas aplicadas a los procesos
- **CAU: Centro de Atención al Usuario**
Conjunto de datos referidos a notas externas y tiempos de gestión de CAU.

Por otro lado se generan **OUTPUT's** fruto de análisis realizado sobre la información anterior:

- **Oportunidades de Mejora**
Mejoras como consecuencia del análisis de datos para ser implementadas en el próximo PAC

- **Necesidad de cambios en el SGC**
Propuestas de modificaciones en el SGC; por ejemplo, cambios en el repositorio documental, modificación de alcance, procesos, ...
- **Necesidad de recursos**
Necesidad de recursos ya sean humanos, materiales o de infraestructura para el óptimo desempeño

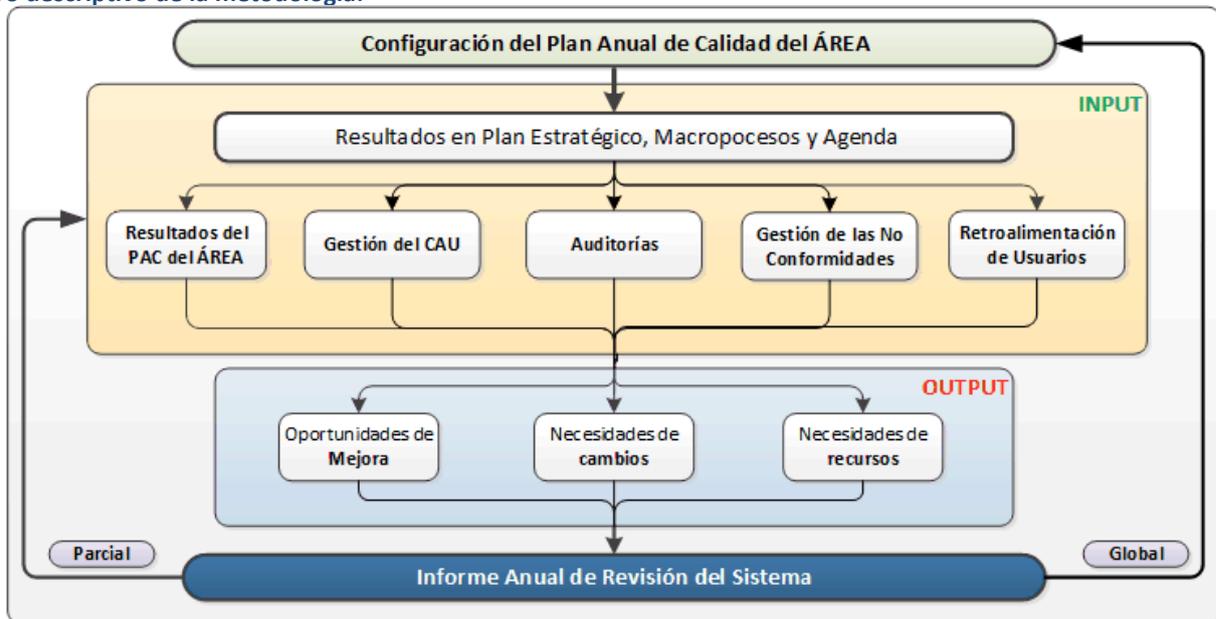
Cuestiones, entre otras, a tener en cuenta al proceder al análisis de cada uno de las ENTRADAS según el momento

- **Parcial**
 - **Capacidad de gestión del Riesgo:** según número de mediciones parciales (tanto de indicadores como, en su caso, de acciones) y, en su caso, acciones preventivas asociadas
 - **Motivos** de bajos niveles de cumplimiento y, en su caso, de ejecución (dentro del 1er semestre)
- **Final**
 - **Previamente** tienen que estar efectuadas **TODAS las mediciones** de acciones e indicadores
 - **Motivos** del hallazgo, en su caso, de acciones correctivas (No Conformidades)
 - **Motivos** de bajos niveles de cumplimiento y, en su caso, de ejecución
 - **Motivos** por posibles cambios de **tendencia** a nivel de cumplimiento y, en su caso, de ejecución
 - **Mejoras:** Una vez analizados los resultados **FINALES**, se procederá según bloque a **realizar propuestas de MEJORA** para que, en su caso, sean incluidas en el siguiente PAC

Como consecuencia de lo anterior, la propuesta de necesidades, tanto materiales como humanos, necesarios para la adecuada implementación de mejoras o mantenimiento de los estándares establecidos vienen descritas en cada uno de los apartados bloques de análisis.

- **Nota:** Los OUTPUT's estarán descritos en cada análisis de las entradas del IARS.

Cuadro descriptivo de la metodología:



Puntos de control del Sistema de Gestión de Calidad

- **1er Check:** toma de conciencia de resultados generales: NC, QS, CAU y Satisfacción (**mes de abr-may**)
- **Semestral:** análisis de resultados, tanto generales como particulares del ÁREA, en el primer semestre. Para este propósito, hay que haber realizado las mediciones según planificación (acciones/indicadores) previstas en este periodo, así como aquellas otras parciales (**mes de julio**)
- **2do Check:** toma de conciencia de resultados generales: NC, QS, CAU y Satisfacción (**mes de oct-nov**)
- **Final:** análisis de resultados, tanto generales como particulares del ÁREA, **de todo el año**. Para este propósito, hay que haber realizado **TODAS las mediciones** según planificación (acciones/indicadores) previstas en el año (**meses de enero-febrero del siguiente año**)

Como consecuencia de lo anterior, el ÁREA evidencia, en su caso, las **acciones preventivas/correctivas** según se deduzca de los resultados. Se procede de la siguiente forma:

- **Acción preventiva:** de manera **obligatoria** en caso de incumplimientos en mediciones **parciales** de indicadores ÁREA, y **potestativamente** como consecuencia de los resultados obtenidos en el **1er Check** y **2do Check**, así como desviaciones de **ejecución** de los Planes de Acción previstos en el PAC.
- **Acción correctiva:** de manera **obligatoria** en caso de incumplimientos en mediciones **anuales** de indicadores del ÁREA.

En ambos casos, es la **propia ÁREA** quien **procede a la detección y tratamineto** de la pertinente No Conformidad. La fuente de detección será:

- Acción preventiva: por **OBSERVACIÓN DIRECTA**

- **Acción correctiva:** por **REVISIÓN DEL SISTEMA**

Solamente cuando se trate de mediciones **anuales** de **INDICADORES GENERALES** del SGC será el **Administrador del SGC (SPEC)** quien levante la pertinente **NC (correctiva)**. Esta circunstancia, en su caso, será comunicada al **ÁREA** debidamente. Por otro lado, cuando se trate de **mediciones parciales** de estos mismos indicadores será el **ÁREA** quien interponga una **acción preventiva** (no es obligatorio).

* **Nota:** esta metodología esta basada en el ciclo **PDCA** de mejora continua.

4. Comité Interno de Calidad del ÁREA

La participación de los Grupos de Interés en la toma de decisiones es elemento fundamental de un adecuado Sistema de Gestión de Calidad. Dentro de estos grupos, significamos a los "**trabajadores**" del **ÁREA**.

Asistentes a **CONVOCATORIA de SEGUIMIENTO** del **Comité Interno de Calidad del ÁREA**

Juan Emilio Gómez Ibáñez, Juan Francisco Pérez Cano y María Teresa Quesada Montoro

Asistentes a **CONVOCATORIA de CONTROL FINAL** del **Comité Interno de Calidad del ÁREA**

Juan Emilio Gómez Ibáñez, Juan Francisco Pérez Cano y María Teresa Quesada Montoro

5. Resultados en la Agenda de Calidad, Plan Estratégico, Política de Calidad y MacroProcesos

No es casualidad que comencemos el análisis de resultados con estos cuatro elementos. Entendemos que son los impulsores del despliegue de acciones y consecución de los resultados esperados en el Plan Anual de Calidad. A continuación se detalla resultados y análisis de cada uno de ellos.

5.1 Ejecución de la planificación de la Agenda de Calidad

La Agenda de Calidad refleja el conjunto de operaciones mínimas obligatorias a realizar que dan evidencia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el **ÁREA**. El resultado es el siguiente:

Operación de agenda	Desde	Hasta	✓
Elaborar el Manual de Calidad	20/feb	15/mar	✓
Elaborar Plan Anual de Calidad	20/feb	15/mar	✓
Elaborar o revisar la Carta de Servicios	20/feb	15/mar	✓
Maquetar, en su caso, la Carta de Servicios	15/mar	30/abr	✓
Conforme con resultados de AUDITORÍA EXTERNA	1/may	30/may	✓
1er Check Resultados Parciales en Indicadores Generales	1/may	30/may	✓
Elaborar Informe Semestral de Revisión del Sistema	1/jul	20/jul	✓
2do Check Resultados Parciales en Indicadores Generales	1/nov	24/nov	✓
Medición de Indicadores y Acciones del ÁREA	1/ene	20/ene	✓
Conforme con resultados de AUDITORÍA INTERNA	21/ene	20/feb	✓
Elaboración del Informe Anual de Resultados	15/ene	26/feb	✓
Elaboración de Informe Resultados de Carta de Servicios	21/feb	26/feb	✓

Las posibles causas que hayan generado incidencia en su ejecución es objeto de análisis en este apartado.

Análisis de causas de posibles incidencias en ejecución de AGENDA

La implementación del nuevo Modulo de Calidad utilizado para la medición del 2º SEMESTRE 2020 ha requerido mayor dedicación de recursos, esfuerzo y tiempo dado que ha sido necesarias sesiones de formación y un número mayor de horas a fin de dominarlo, introducir los registros y realizar los informes correspondientes.

Igualmente, la implantación del Libro del Trabajo y la reciente auditoría COVID-19 han requerido de especial dedicación por parte de nuestro Servicio de Obras y Mantenimiento a fin de llevar ambas a un resultado satisfactorio.

Teniendo en cuenta estos aspectos; resaltar que, sin embargo, los plazos previstos para las tareas programadas en la agenda se han realizando en plazo según la fecha y forma previstas.

5.2 Plan Estratégico

Según queda reflejado en el **apartado 3 del presente IARS**, el Plan Estratégico de la UAL es el **máximo** referente para el despliegue de la mejora en el PAC. Su despliegue, con carácter general, puede quedar evidenciado en cualquiera de los Planes que segmentan el PAC y, con carácter particular en el **Plan de Mejora (Objetivos)**.

Objetivos Estratégicos	Objetivos	% Ejecución	% Cumplimiento
OE1.1 Incrementar la satisfacción integral del estudiante.			
OE1.2 Mejorar los niveles de motivación, compromiso, desarrollo y satisf			
OE1.3 Atraer talento.			
OE2.1 Buscar la excelencia en la calidad docente del profesorado.			
OE2.2 Centrar los esfuerzos docentes e investigadores en la transferenci			
OE2.3 Mejorar la investigación básica y aplicada.			

OE2.4	Adaptar las infraestructuras y campus de la UAL a las necesidades				
OE2.5	Mejorar la organización y coordinación de los servicios generales.	2	●	92%	● 51%
OE2.6	Aumentar la presencia de la UAL en los Parques y Centros Tecnol				
OE3.1	Mejorar el posicionamiento internacional de la UAL.				
OE3.2	Atraer estudiantes de otros países.				
OE3.3	Incrementar la movilidad internacional de los estudiantes, PDI y P/				
OE3.4	Aumentar el nivel de formación en inglés en la UAL.				
OE3.5	Mejorar la cooperación internacional al desarrollo (CUD).				
OE4.1	Intensificar la colaboración con el tejido empresarial, social e instit				
OE4.2	Mejorar la empleabilidad y favorecer el emprendimiento de los es				
OE4.3	Adaptar la oferta formativa a las necesidades específicas de los ser				
OE4.4	Mejorar el compromiso de la comunidad universitaria con la soste	2	●	95%	● 100%
OE4.5	Potenciar el acercamiento y la interacción de la Universidad con lo				
OE5.1	Aplicar los principios de transparencia y participación en todas las				
OE5.2	Utilizar criterios técnicos como base para la toma de decisiones.				
OE5.3	Establecer la eficiencia como principio rector de la gestión econó				
OE5.4	Incrementar la captación de recursos.				

En la zona de análisis siguiente se describirá los motivos del despliegue de la mejora en los objetivos estratégicos seleccionados, ya que se analizarán en el apartado siguiente del Plan de Mejora.

Análisis de los motivos de despliegue en Objetivos Estratégicos

Nuestros objetivos están perfectamente identificados con dos de los objetivos del Plan Estratégico habiendo logrado ejecutarlos en un 92% y 95% respectivamente, si bien el cumplimiento relacionado con el OE2.5 ha sido del 51 %, debido a que uno de los objetivos alineados Obj. 01 ha tenido un cumplimiento del 2%.

Dicho Obj.01 de Aumentar el % de acciones preventivas respecto al mismo semestre del año anterior, ha tenido un valor del 2%, que aunque es positivo, se ha visto afectado a la baja ya que las acciones preventivas realizadas durante este semestre han ido dirigidas a la prevención de la COVID-19 sin haber sido registradas mediante ticket.

5.3 Política de Calidad

Aunque la Política de Calidad es definida por la **Dirección de SGC de Administración y Servicios**, es necesario que el ÁREA, en base a la declaración de la misma efectuada en el Manual de Calidad del SGC, **manifieste posibles mejoras** a tener en cuenta en la siguiente revisión.

Propuesta de mejoras a incluir en la revisión de la POLÍTICA de CALIDAD

No se propone modificación en la Política de Calidad

5.4 MacroProcesos

Los Procesos son las unidades descriptivas de un conjunto de operaciones afines dentro del ÁREA. No obstante, el SGC dispone de agrupaciones de ámbito superior que describen el alcance del SGC. Aunque el análisis de los resultados en los Procesos se realiza en el Plan de Control, es interesante detallar **las causas que determinaron dicha agrupación** en el ÁREA.

Proceso	Tipo	MacPro
Pr-01 Mantenimiento, reforma y adecuación de espacios e instalaciones	Clave	MP-02

También, puede ser objeto de análisis la distribución de elementos del **Mapa de Registros** en MacroProcesos.

MacroProceso	Traza	Entrada	Interno	Salida
MP-01 Gestión económica, de la contratación, del patrimonio e inventario	0	0	0	0
MP-02 Gestión de las infraestructuras, espacios, instalaciones y equipamientos	1	8	5	8
MP-03 Gestión de los procesos selectivos, del desarrollo y seguimiento de la actividad profes	0	0	0	0
MP-04 Gestión de los recursos documentales, de la información y del conocimiento, y el ase	0	0	0	0
MP-05 Gestión del apoyo administrativo para el ejercicio de la actividad docente e investiga	0	0	0	0
MP-06 Gestión del apoyo técnico para el ejercicio de la actividad docente e investigadora	0	0	0	0
MP-07 Gestión administrativa y de prestación de servicios de apoyo para el desarrollo de la	0	0	0	0
MP-08 Gestión del apoyo administrativo a cargos académicos y órganos de gobierno, organi	0	0	0	0
MP-09 Gestión administrativa de actividades universitarias extra-académicas y servicios con	0	0	0	0
Totales (22 registros)	1	8	5	8

MacroProcesos de ENTRADA (trazabilidad)

MacPro	MP-01	MP-02	MP-03	MP-04	MP-05	MP-06	MP-07	MP-08	MP-09	Total
MP-01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-02	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
MP-03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

MP-08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Análisis del despliegue de los MacroProcesos según los Procesos y Registros (trazabilidad)

Nuestros registros están declarados y asignada su trazabilidad para su seguimiento inicio-fin en la operativa de los procesos afectados.

6. Resultados en el Plan Anual de Calidad

Es el objeto principal de nuestro análisis, que en nuestro caso está segmentado por 5 Planes. Uno a uno serán mostrados y analizados, deduciéndose, en su caso, cuantas propuestas de mejora sean necesarias.

6.1 Plan de MEJORA

El Plan de Mejora es la principal evidencia de la implementación del **ciclo de mejora continua** que cualquier modelo de excelencia exige. De su análisis se determina la eficacia de las medidas tomadas.

Plan de MEJORA	Valor	Desde	Hasta	%Eje	%Cump
Aumentar el número de acciones preventivas				● 100%	● 2%
Revisar planificación de las acciones preventivas y comunicarlo al personal del ser	100%	01/ene	30/jul	● 100%	
Porcentaje de acciones preventivas	2,89	1	100		● 2%
Sacar algunos mantenimientos preventivos a concurso según Ley de Contratos				● 83%	● 100%
Colaboración con la asistencia técnica de consultoría	100%	01/ene	31/dic	● 100%	
Redacción del pliego de mantenimiento preventivo	100%	01/ene	31/dic	● 100%	
Licitación, contrato del mantenimiento correspondiente	50%	01/ene	31/dic	● 50%	
Número de contratos de mantenimientos preventivos	3	1	3		● 100%
Explotación de herramientas de control de consumo energético de agua y luz				● 90%	● 100%
Instalación de contadores y software	100%	01/ene	31/mar	● 100%	
Colaboración con empresa externa de la herramienta	100%	01/ene	31/dic	● 100%	
Control y seguimiento diario de luz y agua	100%	01/ene	31/dic	● 100%	
Alertas de fugas	100%	01/ene	31/dic	● 100%	
Realización de informes anuales	50%	01/ene	31/dic	● 50%	
Control de ejecución de las acciones previstas	100	50	100		● 100%
Relización de estudios energéticos de iluminación en aularios				● 100%	● 100%
Colaboración la empresa externa	100%	01/ene	31/dic	● 100%	
Medición de luminosidad de aulas	100%	01/ene	31/dic	● 100%	
Propuestas e informes de sustitución	100%	01/ene	31/dic	● 100%	
Informe de estudio energético de iluminación de aulario	1	1	1		● 100%

Cód	Ejecución PARCIAL de ACCIONES				Cumplimiento PARCIAL de INDICADORES				
	Total	Mbles	Mdas	%Eje	Total	Mbles	Mdos	%Cum	AP
Ob-01	1	0	0	● 100%	1	0	1	● 15%	0
Ob-02	3	0	0	● 83%	1	0	0		0
Ob-03	5	0	0	● 90%	1	0	0		0
Ob-04	3	0	0	● 100%	1	0	0		0
4	12	0	0	● 93%	4	0	1	● 15%	

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

El cumplimiento del Plan de Mejora durante este 1er SEMESTRE arroja un valor del 6,57 % debido a que la mayoría de las acciones incluidas en él son de medición anual y NO habían sido previstas realizarlas durante este período. No obstante, algunas de dichas acciones ya han sido ejecutadas y computadas su medición presentando un valor del Estado de

Cód	Ejecución FINAL en las ACCIONES				Cumplimiento FINAL en los INDICADORES				
	Total	Mbles	Mdas	%Eje	Total	Mbles	Mdos	%Cum	AC
Ob-01	1	0	1	● 100%	1	0	1	● 2%	0
Ob-02	3	0	3	● 83%	1	0	1	● 100%	0
Ob-03	5	0	5	● 90%	1	0	1	● 100%	0
Ob-04	3	0	3	● 100%	1	0	1	● 100%	0
4	12	0	12	● 93%	4	0	4	● 75%	0

Tendencias

	2020	2019	2018
Cumplimiento	● 75%	● 54%	● 90%
Ejecución	● 93%	● 100%	● 74%

Análisis de resultados FINALES

Si bien, los resultados obtenidos en general son muy buenos, el cumplimiento del Objetivo 01 ha sido bajo por lo que ello afecta al cumplimiento total.

Dicho Ob-01 de Aumentar el % de acciones preventivas respecto al mismo semestre del año anterior ha tenido un valor del 2%, que aunque es positivo, se ha visto afectado a la baja ya que las acciones preventivas realizadas durante este semestre han ido dirigidas a la prevención de la COVID-19 sin haber sido registradas mediante ticket.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

- Revisar tiempos de indicadores
- Gestión de actividades preventivas derivadas de COVID-19 mediante CAU

6.2 Plan de CONTROL de los Procesos

La prestación de servicio esta sometida a unos estándares que son objeto de control. Es en este apartado donde se muestran resultados y se analizan.

Plan de CONTROL	Valor	Umbral	Meta	%Cump
Mantenimiento, reforma y adecuación de espacios e instalaciones				100%
Tiempo medio de resolución de una anomalía	13,15	48	0	100%
Tiempo medio de asignación de un parte de anomalía	1,17	90	0	100%
Número de partes de anomalías comunicados	1002	1600	0	100%
Número de acciones preventivas	138	50	500	100%
Informe Anual de Consumos de Agua y Luz	1	1	1	100%

Cód	Cumplimiento PARCIAL INDICADORES				Cumplimiento FINAL INDICADORES				
	Total	Mdos	%Cum	AP	Total	Mbles	Mdos	%Cum	AC
Pr-01	5	4	100%	0	5	0	5	100%	0
1	5	4	100%	0	5	0	5	100%	0

Tendencias

	2020	2019	2018
Cumplimiento	100%	80%	80%

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

El estado del cumplimiento del Plan de Control de PROCESOS presenta un valor del 100 %; se trata del mejor valor conseguido de todos los tiempos fruto del esfuerzo y compromiso por ofrecer un servicio de calidad.

Análisis de resultados FINALES

El cumplimiento de este año 2020 ha sido del 100%, si bien dedicamos todos nuestros esfuerzos a que así sea, para ser justos en el análisis debemos tener en cuenta la situación de pandemia de COVID-19 durante el 2020.

Dicha situación de pandemia ha rebajado la presencialidad en el campus de la Universidad desde marzo de 2020; lo que supone un menor desgaste de uso de los edificios y de la instalaciones, y por lo tanto una menor comunicación de averías, así como la menor presencialidad favorece la resolución de dichas averías en menor tiempo.

Por lo tanto, deberemos tener en cuenta el contexto de pandemia durante el año 2020 y su repercusión en nuestros indicadores ya que se trata de una situación extraordinaria y pudiera distorsionar los datos llevándonos a sacar conclusiones erróneas respecto a tiempos que en un contexto de normalidad con presencialidad del 100 % en el campus no se darían. No obstante, revisaremos y ajustaremos dichos indicadores tal y como se nos recomienda en el Informe de Auditoría Interna recientemente realizado para el próximo PAC 2021, en aras de la mejora .

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

- Ajustar tiempo de resolución de anomalías; teniendo en cuenta contexto de pandemia de 2020
- Ajustar tiempo de asignación de anomalía; teniendo en cuenta contexto de pandemia durante 2020

6.3 Carta de SERVICIOS

El control de los COMPROMISOS es piedra angular de nuestra manifestación pública efectuada a través de la Carta de Servicios. El análisis que aquí se realice formará parte del Informe de Resultados Finales de la Carta de Servicios que también hay que publicar.

Carta de SERVICIOS	Valor	Umbral	Meta	%Cump
Resolver las incidencias comunicadas al servicio en un tiempo medio no superior a:				100%
Tiempo medio de resolución de una anomalía	13,15	48	0	100%
Realizar la asignación de anomalías al técnico cualificado en un tiempo medio no superior a:				100%
Tiempo medio de asignación de un parte de anomalía	1,17	90	0	100%

Tener menos de 1600 incidencias correctivas al semestre solicitadas a través de C		100%
Número de partes de anomalías comunicados	1002	1600
Supervisión, control y análisis de datos relativos al consumo de electricidad y agua:		100%
Informe Anual de Consumos de Agua y Luz	1	1
		100%

Cód	Cumplimiento PARCIAL INDICADORES				Cumplimiento FINAL INDICADORES					
	Total	Mdos	%Cum	AP	Total	Mbles	Mdos	%Cum	AC	
Cp-01	1	1		100%	0	1	0	1		100%
Cp-02	1	1		100%	0	1	0	1		100%
Cp-03	1	1		100%	0	1	0	1		100%
Cp-04	1	0			0	1	0	1		100%
4	4	3		100%	0	4	0	4		100%

Tendencias			
	2020	2019	2018
Cumplimiento	100%	80%	80%

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Analizado el estado de la Carta de Servicios, podemos comprobar que este 1er. SEMESTRE de 2020 presenta un valor del 100% de cumplimiento; fruto del esfuerzo del personal del SOM comprometido con prestar un servicio de calidad al usuario.

Análisis de resultados FINALES

El cumplimiento de este año 2020 ha sido por encima de otros años, si bien dedicamos todos nuestros esfuerzos a que así sea, para ser justos en el análisis debemos tener en cuenta la situación de pandemia de COVID-19.

Dicha situación de pandemia ha rebajado la actividad de los servicios y de la presencialidad en el campus; lo que supone un menor desgaste de uso de los edificios y de la instalaciones, y por lo tanto una menor comunicaciones de averías, lo cual puede haber favorecido los indicadores obtenidos .
No obstante; destacar que el Servicio de Obras y Mantenimiento ha aprovechado dicha situación para realizar actuaciones de mantenimientos preventivo en general y las derivadas de COVID-19.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

Mantenemos los mismos indicadores, si bien, revisaremos los tiempos de alguno de ellos
Incluiremos la gestión de acciones preventivas derivadas de la COVID -19

6.4 Plan de CONTINGENCIAS (gestión de Riesgos)

Los gestión y control de los RIESGOS en la consecución de los objetivos y estándares establecidos ha tomado importancia en la nueva declaración de la norma ISO 9001:2015. En este apartado hacemos un análisis de sus resultados.

Plan de CONTINGENCIAS (Riesgos)	Valor	Desde	Hasta	%Eje	%Cump
Aumenta la insatisfacción de los usuarios					
Derivación del flujo de trabajo a Gestores de Obras y Mantenimiento	100%	01/ene	31/dic		
Efectividad del Plan de Contingencias	100	0	100		
Aumento del número de incidencias en mantenimiento					
Potenciar acciones de conservación y reforma de edificios	100%	01/ene	31/dic		
Efectividad del Plan de Contingencias	100	0	100		
Deterioro en la prestación del servicio					
Realizar un plan de formación por pares con la nueva incorporación	50%	01/ene	31/dic		
Efectividad del Plan de Contingencias	100	0	100		

Cód	Ejecución PARCIAL de ACCIONES				Cumplimiento PARCIAL de INDICADORES				
	Total	Mbles	Mdas	%Eje	Total	Mbles	Mdos	%Cum	AP
Ri-01	1	0	0		100%	1	0	0	0
Ri-05	1	0	0		100%	1	0	0	0
Ri-06	1	0	0		50%	1	0	0	0
3	3	0	0		83%	3	0	0	0

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Las 3 acciones incluidas en el Plan de Contingencias de Riesgos son anuales, por lo que no se contemplan en la presente acta del 1er. SEMESTRE.

Cód	Total	Mbles	Mdas	%Eje	Total	Mbles	Mdos	%Cum	AC
Ri-01	1	0	1	100%	1	0	1	100%	0
Ri-05	1	0	1	100%	1	0	1	100%	0
Ri-06	1	0	1	50%	1	0	1	100%	0
3	3	0	3	83%	3	0	3	100%	0

Tendencias

	2020	2019	2018
Cumplimiento	100%	100%	100%
Ejecución	83%	100%	15%

Análisis de resultados FINALES

La ejecución del Plan de Contingencias asociado al Ri-06 no ha sido posible ejecutarlo al 100% debido a la situación extraordinaria generada por la pandemia; tanto en lo que se refiere a tiempo como a forma; ya que no ha sido posible planificar ni llevar a cabo la formación tal y como se planteó en este PAC 2020.

Sin embargo, el técnico de nueva incorporación ha adquirido los conocimientos necesarios para desempeñar su trabajo sin errores, todo ello mediante tutorización de sus superiores y "formación por pares alternativa" con su compañero de turno de tarde. Además, fruto de la motivación del propio técnico.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

Proponer formación específica o genérica para el Plan Anual de formación de la UAL

6.5 Plan de COMUNICACIÓN

La gestión de la comunicación cobra énfasis en la medida que una adecuada estrategia permite a nuestros usuarios **conocer y saber** cuantas cuestiones les puedan afectar. En nuestro caso, al ser administración pública, es un derecho que hay que sustanciar a través de un Plan y, por consiguiente, con un control asociado.

Plan de COMUNICACIÓN	Valor	Desde	Hasta	%Eje	%Cump
Comunicación EXTERNA				100%	100%
Acciones de comunicación de registros de salida del Proceso Pr-01	100%	01/ene	31/dic	100%	
Efectividad del Plan de Comunicaciones Externas	100	0	100		
Comunicación INTERNA				100%	100%
Convocatoria a reuniones internas (Comité, seguimiento de Procesos, ...)	100%	01/ene	31/dic	100%	
Resultados de de Auditorías (Interna y Externa)	100%	01/ene	31/dic	100%	
Informe de Satisfacción	100%	01/ene	31/dic	100%	
Asignación de Queja/Sugerencia o Plan Correctivo/NC	100%	01/ene	31/dic	100%	
Tarea operativa asociada a Procesos	100%	01/ene	31/dic	100%	
Instrucciones sobre las Personas	100%	01/ene	31/dic	100%	
Información interna del Área/Servicio	100%	01/ene	31/dic	100%	
Efectividad del Plan de Comunicaciones Internas	100	0	100		

Cód	Ejecución PARCIAL de ACCIONES				Cumplimiento PARCIAL de INDICADORES				AP
	Total	Mbles	Mdas	%Eje	Total	Mbles	Mdos	%Cum	
Cm-Int	7	0	0	100%	1	0	0	0	0
Cm-Ext	1	0	0	100%	1	0	0	0	0
2	8	0	0	100%	2	0	0	0	0

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Las 15 acciones del Plan de Comunicación son anuales, por lo tanto en este Acta de 1er. SEMESTRE presenta un valor de ejecución del 57,14%.

Cód	Ejecución en las ACCIONES				Cumplimiento en los INDICADORES				AC
	Total	Mbles	Mdas	%Eje	Total	Mbles	Mdos	%Cum	
Cm-Int	7	0	7	100%	1	0	1	100%	0
Cm-Ext	1	0	1	100%	1	0	1	100%	0
2	8	0	8	100%	2	0	2	100%	0

Tendencias

	2020	2019	2018
Cumplimiento	100%	100%	100%
Ejecución	100%	100%	100%

Análisis de resultados FINALES

Si bien, cumplimos con nuestros planes de comunicación tanto interna como externa; en aras de la mejora, debemos tener en cuenta las recomendaciones de la Auditoría Interna 2020 realizada este mes de febrero en lo que respecta a nuestra página web del Servicio de Obras y Mantenimiento, debiendo actualizar su contenido.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

Actualización de página web del Servicio de Obras y Mantenimiento

6.6 Cuestiones ESPECÍFICAS del ÁREA

Además de los Planes anteriormente analizados existen aspectos específicos que el ÁREA, tras su declaración efectuada en el Manual de Calidad, tiene que realizar. Entre estos podemos encontrar: **Evaluación de Proveedores, Diseño, Calibración, ...**

También, en este apartado el ÁREA podrá incluir **otros temas** de interés que les sean propios y que puedan estar recogidos en su Comité Interno de Calidad.

Análisis de los resultados de la EVALUACIÓN de PROVEEDORES

El Servicio de Obras y Mantenimiento tenemos publicado en la página web los criterios de valoración a proveedores. Según estos criterios han sido evaluados nuestros proveedores a fin de 2020; estando dicho informe en la carpeta de evidencias del PAC del SOM .

Análisis de los resultados de el DISEÑO de Actividades, Protocolos, ...

Las planificación, las actividades y protocolos realizados desde el SOM se han visto afectados este año 2020 de forma extraordinaria por el COVID-19.

Dicha situación de pandemia ha supuesto la suma de nuevas planificaciones, protocolos y actuaciones de gran relevancia y magnitud directamente relacionados con los servicios que desde el SOM prestamos a la comunidad univesitaria y especialmente en lo relativo a obras y mantenimiento.

Otros temas de interés para el ÁREA

Fruto de la COVID-19 y el plan de medidas de la UAL para proteger y prevenir posibles contagios de las personas de la comunidad universitaria; en el Servicio de Obra y Mantenimiento integraremos para el 2021 las correspondientes actuaciones de planificación y control relacionadas con la COVID-19 dentro de los planes ya existentes en nuestro servicio relacionados con las obras y el mantenimiento de instalaciones e infraestructuras.

7. Resultados en INDICADORES GENERALES del SGC de Administración y Servicios

El SGC se ha dotado de una serie de estándares que afectan por igual a todas las ÁREAS. Hasta el momento cada ÁREA, en base a sus procesos, declara y controla sus indicadores específicos. A partir a aquí se muestra resultados en base a dichos INDICADORES GENERALES y donde cada ÁREA recoge a su vez sus resultados.

Hay que tener en cuenta lo siguiente a la hora de actuar **en caso de incumplimiento según momento de la revisión:**

- **Check** Es la **propia ÁREA** la que, en su caso, promueve acciones preventivas por **OBSERVACIÓN DIRECTA**
A lo largo del año se presentan dos momentos **intercomités (mayo-noviembre)** donde se muestra resultados parciales de los INDICADORES GENERALES. Tan solo se indicará la fecha de toma de conciencia de los resultados y, en su caso, la posible adopción de medidas preventivas (por OBSERVACIÓN DIRECTA) como consecuencia de los valores obtenidos
- **Parcial** Es la **propia ÁREA** la que, en su caso, promueve acciones preventivas por **OBSERVACIÓN DIRECTA**
- **Final** Es el **Administrador del SGC (SPEC)** quien promueve acciones correctivas por **REVISIÓN DEL SISTEMA**

7.1 Producto No Conforme

El Producto No Conforme es un proceso descrito en Procedimiento General que controla el conjunto de entradas-salidas que les son propios. En él se establecen una serie de estándares generales de obligado cumplimiento.

El control sobre estos registros NO incide de manera directa sobre la prestación del servicio. Lo que pretende es un aseguramiento de la calidad en el SGC.

Resultados del Producto No Conforme según TIPO de No Conformidad

Gráfico 7.1.1 Datos de controles de No Conformidades

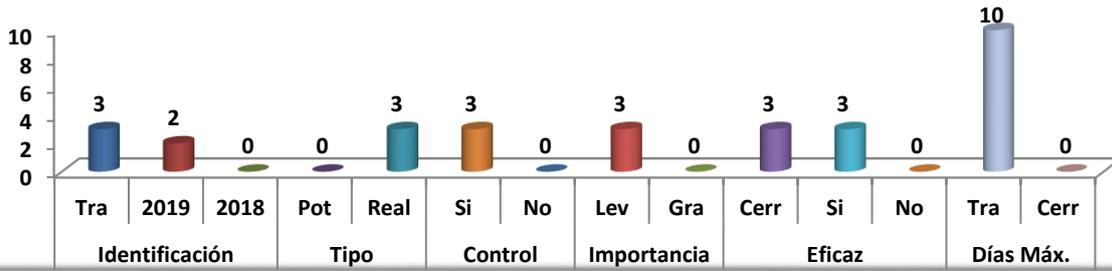


Gráfico 7.1.2 Datos según **fuentes de detección** de No Conformidades

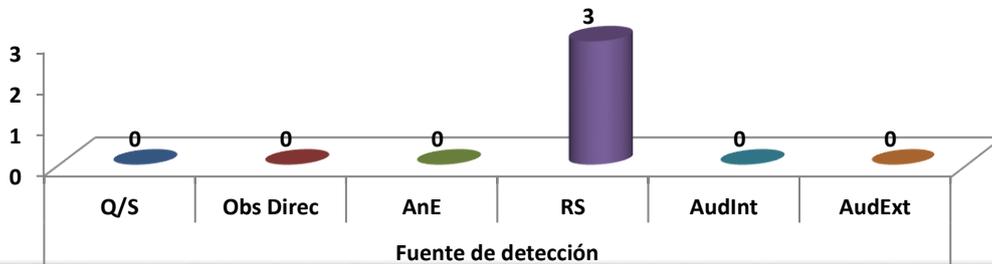
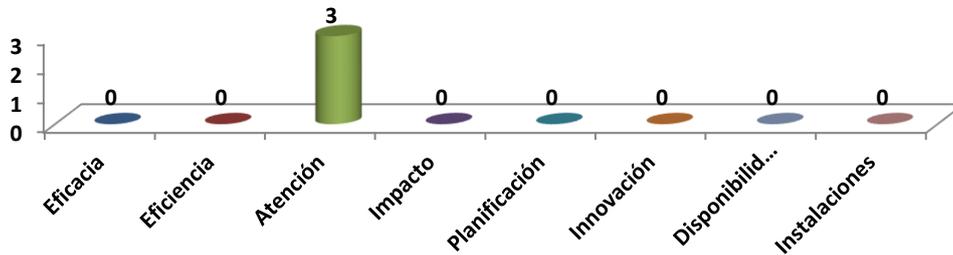


Gráfico 7.1.3 Datos según **CUALIDAD** afectada en las No Conformidades



Consideraciones a la hora de analizar los datos según resultados:

- **Identif.** Cantidad de NC detectadas con respecto a años anteriores (tendencia)
- **Tipo** Indica nuestra capacidad de acción y anticipación antes de tener que proceder a la reacción
- **Control** Nuestra autonomía para acometer y ejecutar las posibles acciones a llevar a cabo
- **Import.** La madurez y robustez de nuestro sistema (lo normal es que todas sean leves)
- **Eficacia** Lo acertado o no de nuestros planteamientos en las acciones preventivas/correctivas
- **Tiempo** son resultados de tiempos máximos en tratamiento y cierre
- **Fuente** La vía preponderante de detección. P.e. a más **potenciales** mayor debería ser por **Observ. Directa**

Por último se presenta datos referidos a mediciones de **INDICADORES GENERALES**

Indicadores Generales del Producto No Conforme	Valor	Umbral	Meta	%	2019	2018
✓ IQ(05) - Producto No Conforme - Tiempo máx. de Tratamiento	10	15	5	50%	70%	
✓ IQ(24) - Producto No Conforme - Tiempo máx. de Cierre	0	40	0	100%	99%	

1ra Toma de conciencia de resultados parciales

Fecha de la 1ra toma de conciencia

viernes, 17 de julio de 2020

Posibles acciones preventivas a tomar con esta 1ra toma de conciencia

No hay propuestas

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Durante el 1er SEMESTRE hemos tenido 2 NC, todas ellas controlables para las cuales hemos puesto en marcha el plan de acción pertinente.

2da Toma de conciencia de resultados parciales

Fecha de la 2da toma de conciencia

martes, 24 de noviembre de 2020

Posibles acciones preventivas a tomar con esta 2da toma de conciencia

Se realizará consulta parcial en Datamart de los indicadores objeto de NC en el semestre pasado, a fin de tomar conciencia del estado actual.

Análisis de resultados FINALES

El producto no conforme en este año 2020 ha sido tratado en tiempo y forma. Si bien, al estar relacionado con la atención, concretamente con el tiempo máximo de respuesta en notas externas, tomamos nota de ello a fin de analizar las circunstancias en que se produjo y establecer las medidas oportunas para no sobrepasar el tiempo establecido.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

Establecer protocolo de control para los Tiempos de Respuesta ≤ 35 horas en tickets.

7.2 Quejas y Sugerencias

Las Quejas y Sugerencias, junto con las Encuestas de Satisfacción, son entradas fundamentales en lo que consideramos la **RETROALIMENTACIÓN** de los Usuarios. De ellas, más allá de ser una manifestación del estado de satisfacción de nuestros usuarios, son indicaciones para futuros planteamientos de mejora.

En este caso, su control y análisis sí puede incidir directamente en nuestra prestación de servicio.

Resultados de las Quejas y Sugerencias

Gráfico 7.2.1 Datos de Quejas y Sugerencias según TIPO y por tendencias

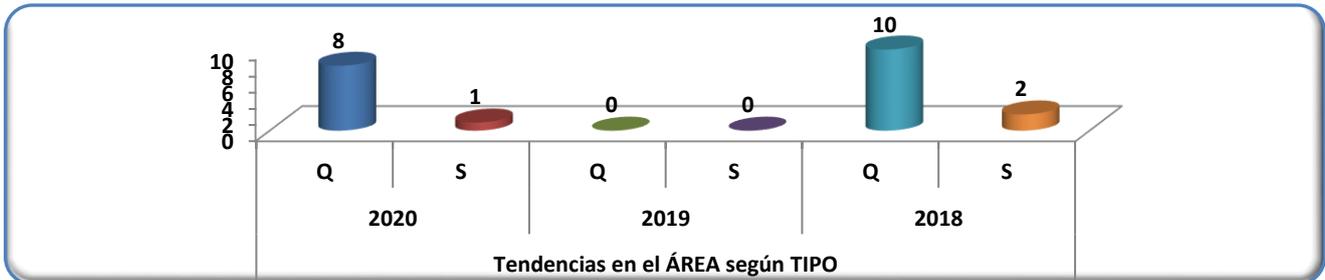


Gráfico 7.2.2 Datos de Quejas y Sugerencias respondidas y acciones correctivas



Gráfico 7.2.3 Datos de Quejas y Sugerencias según COLECTIVO

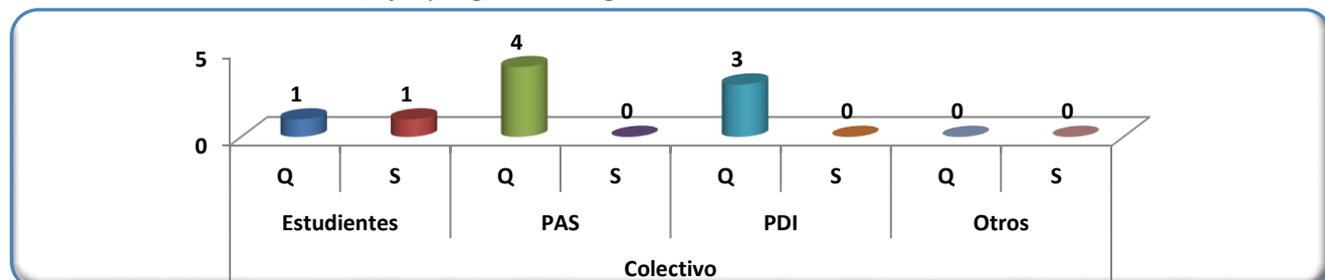


Gráfico 7.2.4 Datos de Quejas y Sugerencias según CUALIDAD afectada

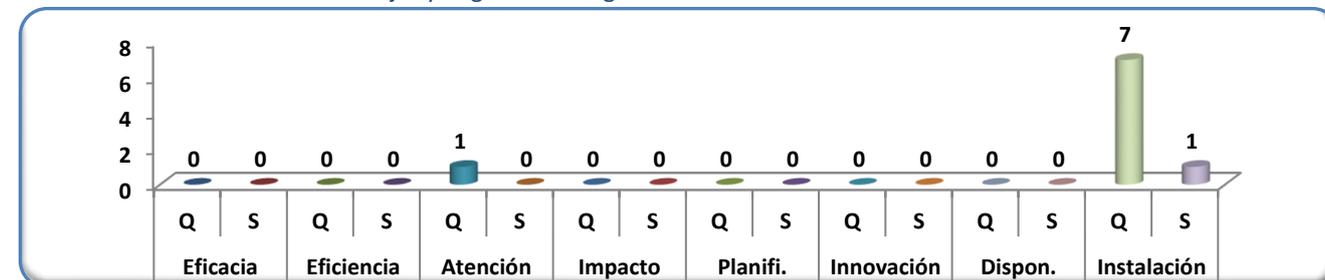


Gráfico 7.2.5 Datos de Quejas y Sugerencias según TIEMPOS de respuesta

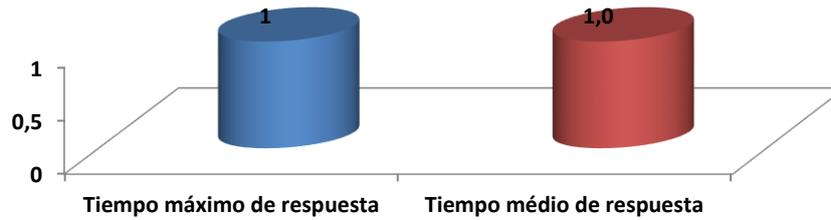


Gráfico 7.2.6 Datos de Quejas y Sugerencias según **SATISFACCION** con la respuesta evacuada al usuario



Consideraciones a la hora de analizar los datos para buscar motivos de los resultados:

- **Tipo** Número de Q/S con comparativa de tendencias
- **Colect.** Comparativa según colectivo que interpone la Q/S
- **Vía** Forma de entrada de la Q/S (hay que fomentar la de Campus Virtua)
- **Rechazo** Capacidad del ÁREA de asumir las Q/S
- **Cualid.** Desglose según cualidad de prestación del servicio
- **Tiempo** Datos de tiempos máximos y medios en la respuesta
- **Satisf.** Una vez evacuada la respuesta, satisfacción del usuario con la respuesta dada

En este apartado el ÁREA dispone, a través del Informe de Quejas y Sugerencias, detalle de todos estos datos, así como propuestas de mejora que directamente les hacen los usuarios. Este informe se encontrará en la carpeta \Evidencias\ y también puede acceder pulsando el siguiente enlace:

[Informe de Quejas y Sugerencias](#)

Hay que tener en cuenta, a la hora de contar las Quejas en lo que se refiere al IQ(8) Número de Quejas, que en el número de Quejas **SOLO computan las que han sido generantes de una No Conformidad.**

Por último se presenta datos referidos a mediciones de **INDICADORES GENERALES**

Indicadores Generales de las Quejas y Sugerencias	Valor	Umbral	Meta	%	2019	2018
✓ IQ(07) - Quejas y Sugerencias - Tiempo máximo	1	15	7	100%	50%	0%
✓ IQ(08) - Quejas y Sugerencias - Número de Quejas con NC	0	25	0	100%	100%	100%
✓ IQ(11) - Quejas y Sugerencias - Satisfacción con Respuesta	3,2	2,4	3,2	100%	34%	2%

1ra Toma de conciencia de resultados parciales

Fecha de la 1ra toma de conciencia

viernes, 17 de julio de 2020

Posibles acciones preventivas a tomar con esta 1ra toma de conciencia

No hay propuestas

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Desde el Servicio de Obras y Mantenimiento hemos asumido y respondido todas las Q/S que nos han llegado; de las cuales 5 han sido quejas y 1 sugerencia. Destacar que hemos sido bastante eficientes en gestionarlas, tardando solamente 1 día; habiendo disminuido este tiempo considerablemente con respecto a otros semestres anteriores fruto de la efectividad de

2da Toma de conciencia de resultados parciales

Fecha de la 2da toma de conciencia

martes, 24 de noviembre de 2020

Posibles acciones preventivas a tomar con esta 2da toma de conciencia

Consultaremos datos parciales con el SPEC a fin de saber las causas

Análisis de resultados FINALES

Desde el Servicio de Obras y Mantenimiento hemos asumido y respondido todas las Q/S que nos han llegado en tiempo y forma.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

No hay propuestas

7.3 Encuestas de Satisfacción

Un SGC debe aprender de las distintas vías de retroalimentación que tiene de sus usuarios. En nuestro caso, ésta es la vía estandarizada de entrada de dichas opiniones o sugerencias. Por lo tanto, es fundamental el análisis y, en su caso, toma de decisiones en base a estos resultados.

Resultados de las Encuestas de Satisfacción

• Resultados en la MUESTRA (número de encuestas recibidas)

Parámetros requeridos para la realización de la encuesta

Confianza Requerida	Desviación Estándar	Error Permissible	Valor Z	Error estándar en media muestral
90%	2,50	5%	1,645	0,152

Con los parámetros anteriores se hace la propuesta de la muestra según población declarada

	PAS	PDI	EST	TIT	FUT	EMP	PRO	DEM	OTR	
Población declarada	150	100	80				20			350
Muestra Propuesta	66	44	35				9			154
Encuestas recibidas	68	42	1	0	0	0	1	0	0	112

Una vez recibidas las respuestas, y según su número comparado con la muestra propuesta, se hace las siguiente afirmaciones:

CONFIANZA en la muestra obtenida



80,06%

El ritmo de recogida de encuestas es DEFICIENTE

• Resultados en la VÁLIDEZ de las respuestas y en la FIABILIDAD en la elaboración de instrumento

Hay dos índices estadísticos que nos muestran la **fiabilidad y validez** del instrumento utilizado (los ítems declarados en la encuesta) y de los valores obtenidos en las respuestas. En base a las valoraciones ofrecidas por los usuarios se obtienen los siguientes resultados:

FIABILIDAD del instrumento

0,946

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

$$r = \frac{\sigma_{XY}}{\sigma_X \times \sigma_Y}$$

VALIDEZ de las respuestas

0,947

El cuestionario propuesto es CORRECTO

Los datos obtenidos son VALIDOS

• Resultados en la RESPUESTAS de los usuarios (Valoraciones)

Gráfico 7.3.1 Datos de Encuestas de Satisfacción y tendencias



DESVIACIÓN estándar

1,59

Satisfacción GLOBAL

9,45

Expectativas

9,11

Variación las respuestas es acusada (>1,5)

Los USUARIOS han recibido lo que esperaban

Gráfico 7.3.2 Datos de Encuestas de Satisfacción por CUALIDADES y GÉNERO

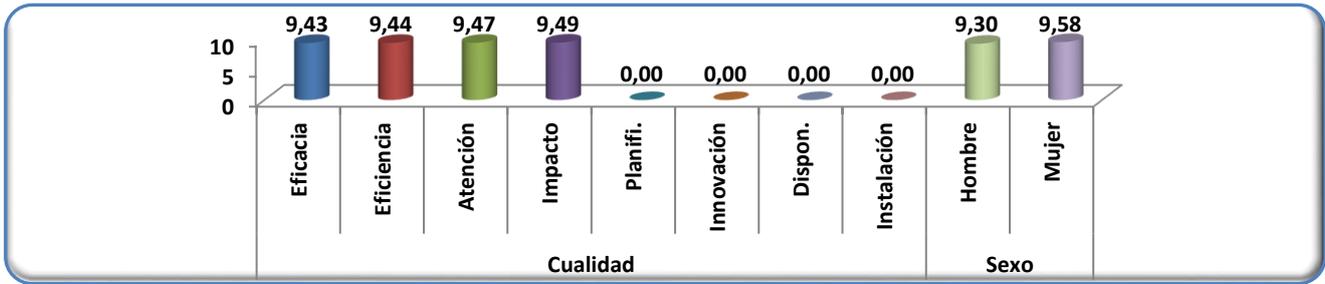


Gráfico 7.3.3 Datos de Encuestas de Satisfacción por TIPO de USUARIO

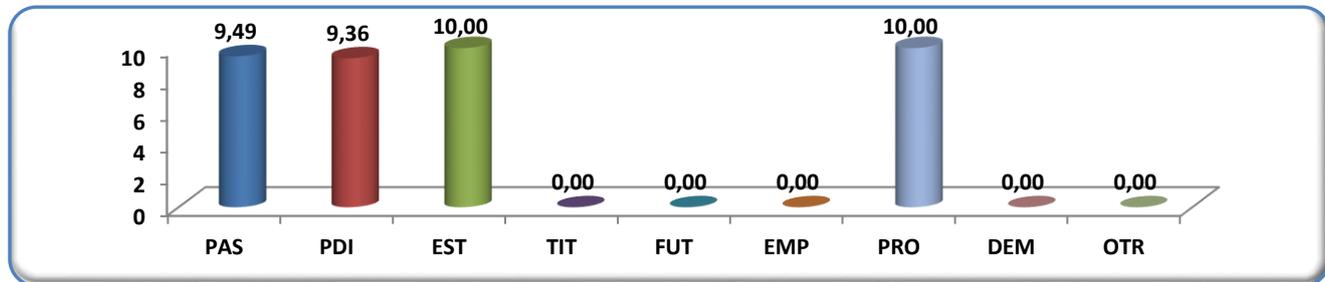


Gráfico 7.3.4 Datos de Encuestas de Satisfacción por SubÁREAS

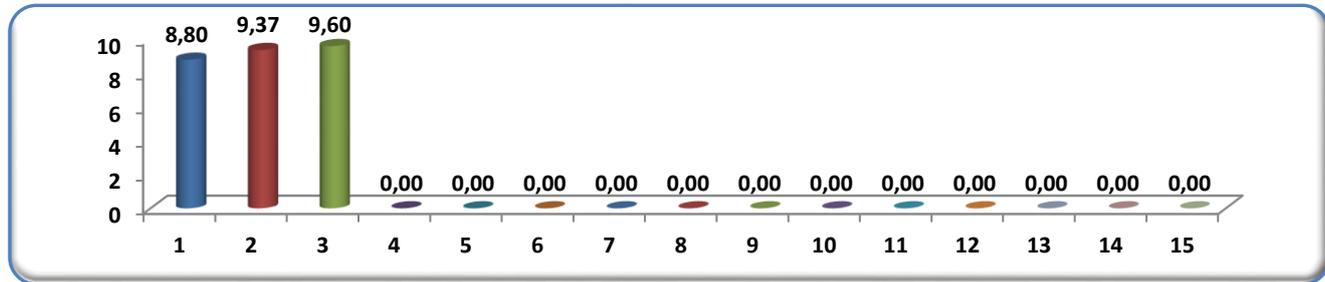


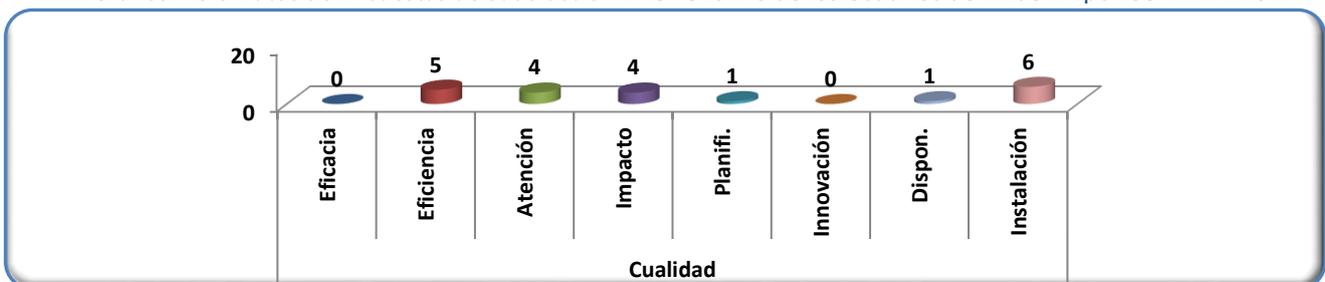
Tabla 7.3.1 Datos de Encuestas de Satisfacción por Subáreas

Cód	Subárea	Obtenidas	Satisfacción
Sa-01	OBRAS	1	8,80
Sa-02	MANTENIMIENTO	69	9,37
Sa-03	SERVICIO DE OBRAS Y MANTENIMIENTO	42	9,60

Tabla 7.3.2 Datos de Encuestas de Satisfacción por agrupaciones de ÍTEMS (CUALIDADES)

Cualidad	Cód	Ítems	Sat
Eficacia	IT1	El personal me ha prestado un servicio sin errores	9,43
Eficiencia	IT4	El personal me ha prestado el servicio solicitado en un tiempo adecuado	9,44
Atención	IT7	El personal me ha atendido amablemente y ha comprendido mis necesidades e intere	9,47
Impacto	IT10	La información que me han proporcionado es correcta	9,49

Gráfico 7.3.5 Datos de Encuestas de Satisfacción PROPUESTAS de los Usuarios de MEJORA por CUALIDADES



Como **ampliación** de esta información el Área dispone de Informe de Satisfacción en la carpeta \Evidencias\. Se quiere destacar que una parte importante de los datos de satisfacción son los comentarios que los usuarios hacen además de sus valoraciones numéricas de los ítems presentados. Para acceder pulse el botón:

[Informe de Satisfacción](#)

Por último se presenta datos referidos a mediciones de **INDICADORES GENERALES**

Indicadores Generales de las Encuestas de Satisfacción	Valor	Umbral	Meta	%	2019	2018
IQ(06) - Satisfacción - Encuestas OnLine	9,5	7,5	9	100%	100%	100%
IQ(21) - Satisfacción - Confianza en la Encuesta	80,064	85	95	0%	77%	100%

1ra Toma de conciencia de resultados parciales

Fecha de la 1ra toma de conciencia

viernes, 17 de julio de 2020

Posibles acciones preventivas a tomar con esta 1ra toma de conciencia

No hay propuestas

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Los resultados de la satisfacción de este 1er.SEMESTRE es de 9,05. Se trata de un valor por encima de 9 pero unas décimas por debajo del valor de otros años y a su vez, por debajo del SGC. Ello, puede deberse a que el ritmo de recogida de encuestas es deficiente, por lo que haremos hincapié en la necesidad de medir la satisfacción de nuestro servicio y por lo

2da Toma de conciencia de resultados parciales

Fecha de la 2da toma de conciencia

martes, 24 de noviembre de 2020

Posibles acciones preventivas a tomar con esta 2da toma de conciencia

Debido al estado de pandemia y la no presencialidad, el ritmo de recogida de encuestas es bajo, por lo que haremos hincapié a nuestros clientes en la necesidad de conocer la satisfacción de nuestro servicio.

Análisis de resultados FINALES

Si bien, la satisfacción de los usuarios es alta, la recogida de encuestas no ha sido la prevista. Debido a la disminución de la presencialidad, medidas de distanciamiento y uso de papel; ya que muchas de nuestras encuestas se realizaban de forma presencial.

Por ello, fomentaremos la recogida de encuestas on-line.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

Incidir en la recogida on-line

7.4 Atención al USUARIO (CAU)

Los medios telemáticos están sustituyendo, cada vez mas, a los presenciales. La atención personal y directa también se está viendo afectada por las tecnologías y, en nuestro caso, por la plataforma CAU que ofrece a nuestros usuarios un servicio **24h/7d**.

Por este motivo hay que controlar y analizar los resultados en **estándares comunes** que nos exigen en unas facetas concretas alcanzar unos valores determinados. Estas facetas son:

- Todas las entradas tienen que tener al menos **una NOTA EXTERNA**
- Que dicha NOTA EXTERNA tiene que ser evacuada en **un intervalo máximo de tiempo**

Resultados de la gestión del CAU

Leyenda

- **Cola** Descripción de las COLAS y SUBCOLAS que controla el ÁREA
- **<35h** Total de CAU que han tenido una NOTA externa antes de 35h
- **CAU1** Total de CAU que deberían tener una NOTA EXTERNA
- **SinNoti** Total de CAU sin NOTA EXTERNA
- **CAU2** Total de CAU que deberían tener una NOTA EXTERNA

Denominación de la COLA	<35h	CAU	%	SinN.Ext	CAU	%
Obras y Mantenimiento	1680	1743	96,4%	0	1785	100,0%
Servicio de Obras y Mantenimiento	1680	1743	96,4%	0	1785	100,0%

Por último se presenta datos referidos a mediciones de **INDICADORES GENERALES**

Indicadores Generales de CAU	Valor	Umbral	Meta	%	2019	2018
! IQ(01) - CAU - % de CAU con Respuesta <=35h	96,3855	100	100	0%	0%	
✓ IQ(02) - CAU - % de CAU con Nota EXTERNA	100	100	100	100%	100%	

1ra Toma de conciencia de resultados parciales

Fecha de la 1ra toma de conciencia

viernes, 17 de julio de 2020

Posibles acciones preventivas a tomar con esta 1ra toma de conciencia

No hay propuestas

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Se analizará a la finalización del Plan Anual de Calidad

2da Toma de conciencia de resultados parciales

Fecha de la 2da toma de conciencia

martes, 24 de noviembre de 2020

Posibles acciones preventivas a tomar con esta 2da toma de conciencia

Consultaremos Datamart a fin de conocer los datos parciales

Análisis de resultados FINALES

El indicador genelas de IQ(01) Tiempo de respuesta ≤ 35 horas tiene un valor por debajo de 100%, por ello tomamos nota de ello y extrayendo los datos correspondientes de DATAMART analizaremos las circunstancias en que se produjo la desviación a fin de establecer las medidas oportunas para no sobrepasar el tiempo establecido.

Atendiendo a este análisis se establecerán los términos del correspondiente Protocolo de Control propuesto como mejora para el PAC 2021.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

Establecer protocolo de control para los Tiempos de Respuesta ≤ 35 horas en tickets.

8. Resultados en AUDITORÍA

Los procesos de AUDITORÍA (Externa/Interna) son considerados también elementos de retroalimentación del SGC. Sus salidas, más allá de las posibles acciones correctivas aparejadas, deben ser consideradas como propuestas de mejora en un sentido de cuasi consultoría.

8.1 Auditoría EXTERNA

La Auditoría EXTERNA, por su ejecución, es el primer elemento de entrada en el proceso de Auditoría que encontramos. A continuación se muestra resultados del Informe para su análisis y propuestas de mejora.

Dada la temporalidad (meses de marzo-abril) en su ejecución, es en la fase de **SEGUIMIENTO** donde se plantea efectuar el análisis y propuestas de mejora.

Resultados de en la Auditoría EXTERNA

Gráfico 8.1.1 Datos de Auditoría EXTERNA por **requisito incumplido**

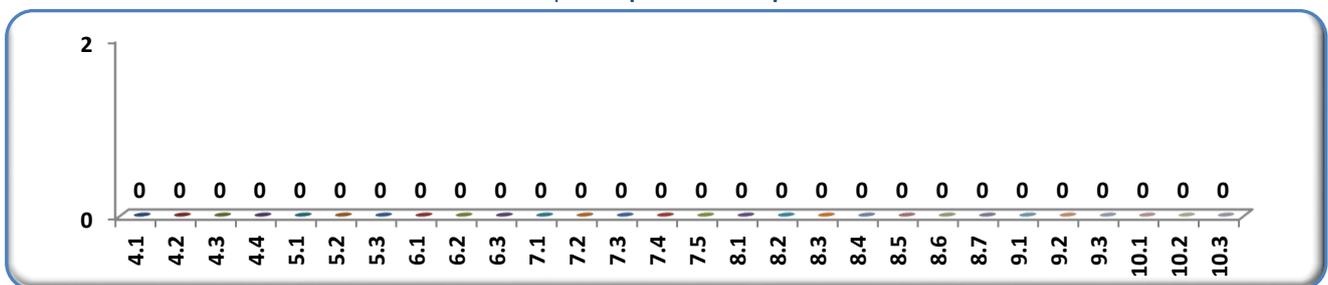
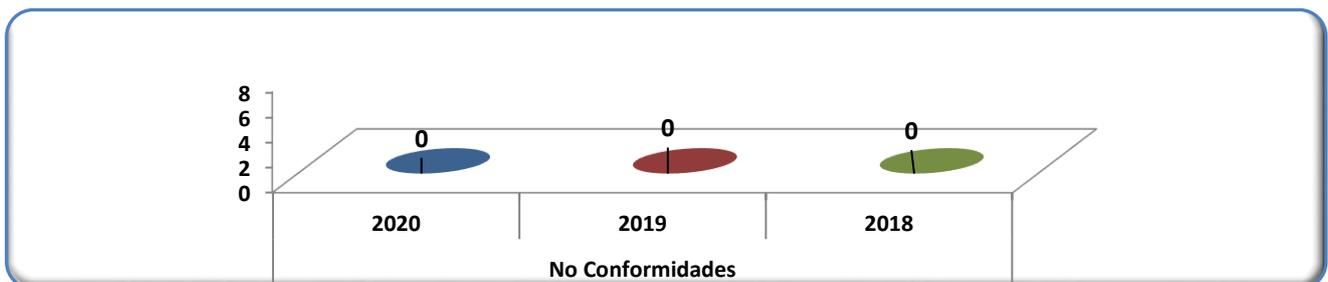


Gráfico 8.1.2 Datos de Auditoría EXTERNA **número de NC con tendencia**



Recomendaciones de la Auditoría EXTERNA

El envejecimiento de edificios y mermas en la disponibilidad horario requieren una próxima buena planificación.

Análisis de RECOMENDACIONES

Las recomendaciones serán analizadas e implementadas a la finalización del PAC

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

Según de lo derivado del informe de Auditoría Externa

8.2 Auditoría INTERNA

Por último, la Auditoría INTERNA se evidencia como fuente importante como referente de mejora continua. Entre otros motivos, este proceso suele ser más exhaustivo que la Auditoría Externa y muy centrado en el ÁREA.

En este caso, la temporalidad (meses de enero-febrero siguiente al año de calidad) de su ejecución, es en la fase **FINAL** donde se plantea efectuar el análisis.

Resultados de en la Auditoría INTERNA

Gráfico 8.2.1 Datos de Auditoría INTERNA por **requisito incumplido**

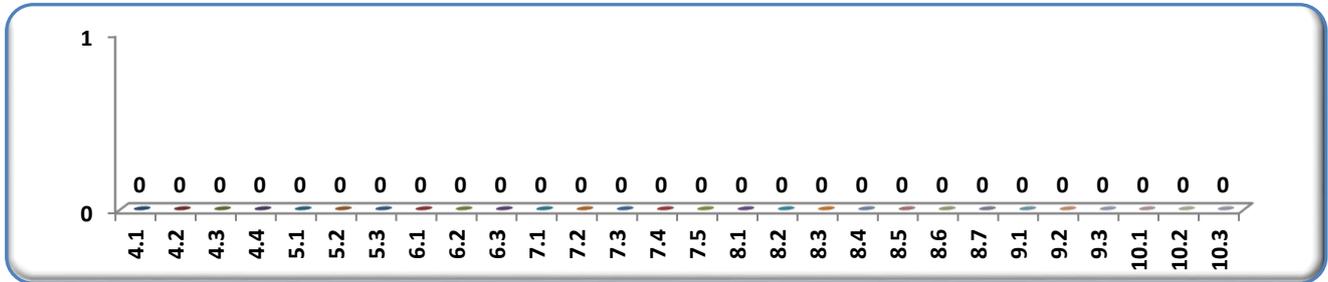


Gráfico 8.2.2 Datos de Auditoría INTERNA **número de NC con tendencia**



Recomendaciones de la Auditoría INTERNA

Establecer un protocolo de control para que los tickets del CAU no superen las 35 horas en su tiempo de primera respuesta. Los planes de acción no han sido efectivos ya que en este último semestre ha habido 20 tickets por encima de las 35 horas.

Establecer una planificación de revisión de los sistemas de aires acondicionados

Se recomienda la actualización de la información ofrecida en la web. "Que ofrecemos"

Publicar la Carta de Servicios 2020 en la página web

Revisar los umbrales de los indicadores "Tiempo medio de asignación de anomalía" 90 horas cuando es 1,17

Aumentar el número de acciones preventivas a fin de minimizar los riesgos y bajar el indicador de partes

Análisis de RECOMENDACIONES

Atendiendo a las recomendaciones de la auditoría interna, todas ellas se han tenido en cuenta de forma expresa o implícita en las diferentes propuestas de mejora de los correspondientes apartados.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad

Establecer protocolo de control para los Tiempos de Respuesta <= 35 horas en tickets.

Planificación y control de revisiones de aires acondicionados

Actualización de página web

Revisar umbrales de indicadores relacionados con tiempos de asignación de anomalía

Registrar y controlar las acciones preventivas realizadas por la COVID-19

Fecha aprobación de los resultados SEMESTRALES (seguimiento)

viernes, 17 de julio de 2020

Una vez terminados TODOS los informes semestrales se procede a elaborar el del SGC (enlace):

[Informe de Semestral de Resultados del Sistema](#)

Fecha aprobación de los resultados FINALES

miércoles, 24 de febrero de 2021

Una vez terminados TODOS los informes anuales se procede a elaborar el del SGC (enlace):

