

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Administración y Servicios
Sistema de Gestión de Calidad

ÁREA
Apoyo a Áreas de Gobierno

iCS Informe-Acta de Resultados de la Carta de Servicios

Año

2022

Periodo del INFORME

Anual

Elaborado y aprobado

Comité Interno de Calidad del Área

Fecha del Informe

lunes, 23 de enero de 2023



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 | Gestión de Ayudas de Acción Social |
| Pr-02 | Gestión de Documentos y asistencia administrativa al cargo |
| Pr-03 | Gestión de Convocatorias de Órganos Colegiados |
| Pr-04 | Ejecución del Plan de Auditoría y Control Interno. |
| Pr-05 | Emisión de Informes Sociales |
| Pr-06 | Emisión de Informes Jurídicos |
| Pr-07 | Gestión de la secretaría del Consejo Social |
| Pr-08 | Gestión de programas de relaciones con la sociedad |
| Pr-09 | Gestión de Indicadores estratégicos |

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.

Éste 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

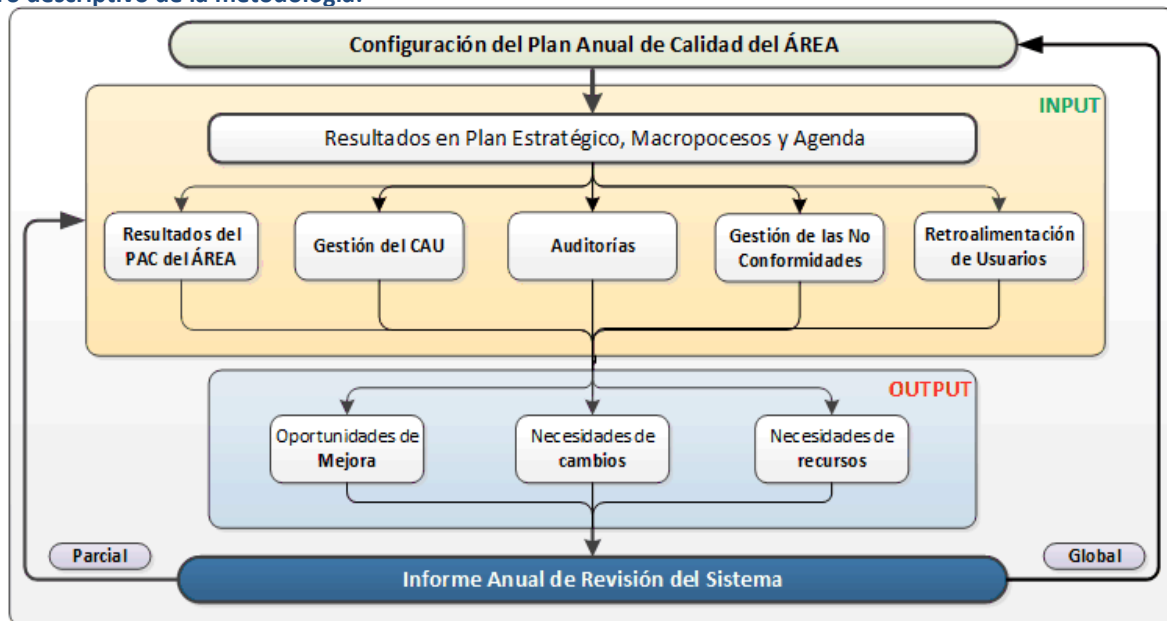
Cuestiones, entre otras, a tener en cuenta al proceder al análisis de cada uno de las ENTRADAS según el momento

- **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. Se tiene que haber realizado las mediciones **anuales** según planificación (acciones/indicadores) previstas en este periodo, así como aquellas otras **parciales** en el Plan de Control (**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 a la hora de gestionar la **No Conformidad**:



- **Acción preventiva (potencial):** de manera **voluntaria** en caso de incumplimientos en mediciones **parciales** de indicadores **ÁREA**, así como desviaciones de **ejecución** de los Planes de Acción previstos en el PAC.
- **Acción correctiva (real):** de manera **obligatoria** en caso de incumplimientos en mediciones **anuales** de indicadores propios del Área en el **Plan de Control y Carta de Servicios**. Voluntariamente en el resto. En ambos casos, es la **propia ÁREA** quien **procede a la detección y tratamineto** de la pertinente No Conformidad. La fuente de detección sería:
 - 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

Carolina Jiménez (representante)
Grupo AAG (miembros del área)

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

Carolina

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 | 1/mar | 18/mar | ✓ |
| Elaborar Plan Anual de Calidad | 1/mar | 18/mar | ✓ |
| Elaborar o revisar la Carta de Servicios | 1/mar | 18/mar | ✓ |
| Enterado con resultados de AUDITORÍA EXTERNA | 1/abr | 17/may | ✓ |
| 1er Check Resultados Parciales | 16/may | 31/may | ✓ |
| Medición PARCIAL de Indicadores y Acciones | 1/jul | 18/jul | ✓ |
| Elaborar Informe SEMESTRAL de Resultados | 1/jul | 18/jul | ✓ |
| 2do Check Resultados Parciales | 1/nov | 15/nov | ✓ |
| Medición ANUAL de Indicadores y Acciones | 9/ene | 31/ene | ✓ |
| Elaborar Informe ANUAL de Resultados | 9/ene | 31/ene | ✗ |
| Enterado de resultados de AUDITORÍA INTERNA | 1/feb | 20/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

Se han ejecutado todas las acciones de la agenda de calidad sin niunguna incidencia

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 Mejorar la satisfacción integral del estudiante | | | |
| OE1.2 Aumentar la empleabilidad de los estudiantes y fomentar su desar | | | |
| OE1.3 Incrementar el grado de internacionalización de la comunidad univ | | | |
| OE1.4 Incrementar el compromiso de la comunidad universitaria con la c | | | |



| | | | | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--------|--|
| OE1.5 | Apoyar el desarrollo personal y profesional de los RRHH | | | | |
| OE1.6 | Atraer, reclutar y retener personas con talento | | | | |
| OE1.7 | Incrementar las prácticas saludables y deportivas en la comunidad | | | | |
| OE1.8 | Digitalizar los procesos administrativos y de gestión más importantes | | | | |
| OE1.9 | Mejorar la comunicación interna | | | | |
| OE2.1 | Actualizar y mejorar el mapa de titulaciones en términos de atractivo | | | | |
| OE2.2 | Promover la internacionalización del currículum y del proceso enseñanza-aprendizaje | | | | |
| OE2.3 | Integrar la cultura como elemento transversal de la formación | | | | |
| OE2.4 | Fomentar la igualdad de oportunidades, la diversidad y la inclusión | | | | |
| OE2.5 | Mejorar la digitalización de la formación y transferencia de conocimientos | 1 | ● 100% | ● 69% | |
| OE3.1 | Mejorar los procesos de gestión de la investigación | | | | |
| OE3.2 | Mejorar los resultados de investigación en los ámbitos estratégico y científico | | | | |
| OE3.3 | Incrementar la oferta de actividades y la cultura científica en la comunidad | | | | |
| OE3.4 | Incrementar la captación de recursos financieros externos, particularmente de la Unión Europea | | | | |
| OE4.1 | Mejorar el posicionamiento internacional en docencia, investigación e innovación | 1 | ● 20% | ● 0% | |
| OE4.2 | Mejorar la comunicación y aumentar la colaboración con el tejido empresarial | | | | |
| OE4.3 | Aumentar la implicación del colectivo ALUMNI con la universidad | | | | |
| OE4.4 | Mejorar la contribución de la Universidad de Almería a los objetivos de desarrollo sostenible | | | | |
| OE4.5 | Enriquecer la vida cultural de los ciudadanos de nuestro entorno | 1 | ● 100% | ● 100% | |
| OE4.6 | Incrementar el número y la participación en alianzas y redes internacionales | | | | |
| OE5.1 | Aumentar la presencia de la sociedad y la comunidad universitaria en la vida universitaria | 1 | ● 100% | ● 100% | |
| OE5.2 | Mejorar los espacios físicos y entornos virtuales para la vida universitaria | | | | |
| OE5.3 | Potenciar la conexión digital con la sociedad | | | | |
| OE5.4 | Alcanzar un campus sostenible y mejorar el compromiso de la comunidad | | | | |

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 así como su estado

Con carácter general se han ejecutados y conseguido todos los objetivos relacionados con la estrategia de la UAL. Tan solo señalar que el objetivo del área del Plan Estratégico ha postpuesto para el año siguiente el objetivo planteado para el presente.

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

Una vez revisada no se ha propuesto de modificación de la actual 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 | Gestión de Ayudas de Acción Social | Clave | MP-03 |
| Pr-02 | Gestión de Documentos y asistencia administrativa al cargo | Clave | MP-08 |
| Pr-03 | Gestión de Convocatorias de Órganos Colegiados | Clave | MP-08 |
| Pr-04 | Ejecución del Plan de Auditoría y Control Interno. | Clave | MP-08 |
| Pr-05 | Emisión de Informes Sociales | Clave | MP-09 |
| Pr-06 | Emisión de Informes Jurídicos | Clave | MP-09 |
| Pr-07 | Gestión de la secretaría del Consejo Social | Clave | MP-08 |
| Pr-08 | Gestión de programas de relaciones con la sociedad | Clave | MP-09 |
| Pr-09 | Gestión de Indicadores estratégicos | Clave | MP-04 |

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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MP-03 | Gestión de los procesos selectivos, del desarrollo y seguimiento de la actividad profesoral | 1 | 7 | 2 | 8 |
| MP-04 | Gestión de los recursos documentales, de la información y del conocimiento, y el asesoramiento | 0 | 1 | 0 | 4 |
| MP-05 | Gestión del apoyo administrativo para el ejercicio de la actividad docente e investigadora | 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 actividad | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MP-08 | Gestión del apoyo administrativo a cargos académicos y órganos de gobierno, organ | 3 | 8 | 6 | 15 |



| | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|----|
| MP-09 | Gestión administrativa de actividades universitarias extra-académicas y servicios con | 0 | 3 | 8 | 9 |
| Totales (75 registros) | | 4 | 19 | 16 | 36 |

| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MP-03 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 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 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| MP-09 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |

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

Hay que revisar para el próximo año la declaración de registros en el Manual de Calidad por la incorporación del área del Plan Estratégico y la salida (jubilación) de la gestión de convenidos. Como consecuencia se revisará las posibles conexiones entre procesos.

5.5 Análisis del Contexto: DAFO

El análisis de organización realizado a inicio de año esta sujeto al devenir del Área, y como consecuencia puede quedar afectado en su contexto a lo largo del año. En este sentido, se refleja en síntesis posibles cuestiones que hayan afectado de manera sobreenvenida al citado análisis y que deberán ser tenidas en cuenta para el siguiente año.

Análisis de cuestiones que afectan a la próxima revisión del Análisis del Contexto

Se debe revisar más profundamente el DAFO para el próximo año debido a la desaparición de situación de pandemia.

5.6 Partes Interesadas

Igualmente, la declaración de las Partes Interesadas ha podido quedar desfasada a lo largo del año. En siguiente apartado se analizará causas de dicho desfase y posibles propuestas de modificación para el próximo año.

Análisis de cuestiones que afectan a la declaración de las Partes Interesadas

Las declaraciones de partes interesadas no ha sufrido cambio

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.

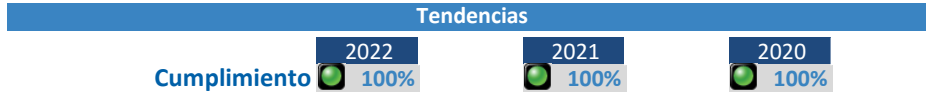
6.3 Carta de SERVICIOS

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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|-------|
| Cp-01 Los documentos estarán a disposición de Órganos Colegiados en una media | | | | 100% |
| 1000 Eficiencia. Tiempo de ejecución de Servicios - Documentos - | 0,65 | 10 | 0 | 100% |
| Cp-02 Subiremos a la web la documentación en un promedio menor de 1 días háb | | | | 100% |
| 1001 Eficiencia. Tiempo de ejecución de Servicios - Web - | 0,17 | 1 | 0 | 100% |
| Cp-03 Los informes sociales estarán evacuados en un promedio menor de 1 días h | | | | 100% |
| 1003 Eficiencia. Tiempo de ejecución de Servicios - Informe - | 0,4 | 1 | 0 | 100% |
| Cp-04 Poner a disposición de los Presidentes las actas en un máximo de 4 días des | | | | 100% |
| 1011 SC 02 Tiempo máximo de entrega de Actas a los Presidentes | 1 | 4 | 0 | 100% |
| Cp-05 Realizamos y publicamos en la web la Memoria Anual de Actuaciones del C | | | | 100% |
| 1013 Realización y difusión de la Memoria Anual de actuaciones del Consejo So | 1 | 1 | 1 | 100% |
| Cp-06 Damos difusión de los Premios del Consejo Social por tres o más vías difere | | | | 100% |
| 1012 Difusión premios Consejo Social | 4 | 3 | 10 | 100% |
| Cp-07 No tendremos más de 6 errores reclamados en CP Centros/Dptos que sean | | | | 100% |
| 1018 Nivel de reclamaciones imputables en indicadores estratégicos | 0 | 6 | 0 | 100% |



| Cód | Cumplimiento PARCIAL INDICADORES | | | | | Cumplimiento FINAL INDICADORES | | | | |
|----------|----------------------------------|----------|------------|----------|----------|--------------------------------|----------|-------------|----------|--|
| | Total | Mdos | %Cum | Incident | Total | Mbles | Mdos | %Cum | nc | |
| Cp-01 | 1 | 1 | 100% | 0 | 1 | 0 | 1 | 100% | 0 | |
| Cp-02 | 1 | 1 | 100% | 0 | 1 | 0 | 1 | 100% | 0 | |
| Cp-03 | 1 | 1 | 100% | 0 | 1 | 0 | 1 | 100% | 0 | |
| Cp-04 | 1 | 1 | 100% | 0 | 1 | 0 | 1 | 100% | 0 | |
| Cp-05 | 1 | 1 | 100% | 0 | 1 | 0 | 1 | 100% | 0 | |
| Cp-06 | 1 | 1 | 0% | 0 | 1 | 0 | 1 | 100% | 0 | |
| Cp-07 | 1 | 1 | 100% | 0 | 1 | 0 | 1 | 100% | 0 | |
| 7 | 7 | 7 | 83% | 0 | 7 | 0 | 7 | 100% | 0 | |



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Los cumplimientos de la Carta de Servicios están alineados con los indicadores del Plan de Control. Por lo tanto, el análisis anterior es válido para este apartado.

Análisis de resultados FINALES

Todos los compromisos se han cumplido al 100%. También, una vez revisadas las tendencias de los indicadores se detectan posibles mejoras para el próximo año que conllevarán modificaciones en los respectivos compromisos.

- Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad (Introducir solo 1 por línea)**
- Mejorar estándares de indicadores 1000 (de 10 a 7)
 - Mejorar estándares de indicadores 1003 (de 1 a 0,90)
 - Mejorar estándares de indicadores 1011 (de 1 a 3)
 - Mejorar estándares de indicadores 1018 (de 6 a 5)

Fecha aprobación de los resultados SEMESTRALES (seguimiento)

lunes, 18 de julio de 2022

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

lunes, 23 de enero de 2023

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

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