

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Administración y Servicios
Sistema de Gestión de Calidad

ÁREA
Sistema de Gestión de Calidad

IARS - Informe ANUAL de Resultados

Año

2024

Periodo del INFORME
Enero a Diciembre

Aprobado

Comité de Calidad del SGC

Fecha del Informe

jueves, 13 de marzo de 2025

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 los 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 operativas sean necesarias para alcanzar los objetivos estratégicos de la UAL.

El **ámbito** queda circunscrito a la administración y servicios de la Universidad de Almería, que es el alcance de la actual certificación ISO 9001.

Todos los **Informes de Revisión del Sistema de Gestión de Calidad** por parte de las áreas y SGC se encuentran publicados en la siguiente dirección en el servidor "escullos": `\\escullos\Hosting\SGC\COMUN\Año\4.IARS`

2. Alcance en el INFORME

El presente informe recoge y analiza los resultados del IARS de las Áreas incluidas en el alcance del SGC.

CódARE	Denominación	Peso
AAG	Apoyo a Áreas de Gobierno	3,48
ADEP	Apoyo a Departamentos	2,42
AREC	Apoyo a Rectorado	2,61
ATDI	Apoyo Técnico a Docencia e Investigación	3,20
ARCH	Archivo General	2,80
ATIC	Area de Tecnologías de la Información y la Comunicación	5,16
CL	Centro de Lenguas de la UAL	2,86
DAGE	Dirección del Área de Gestión Académica y Apoyo al Estudiante	1,64
GJ	Gabinete Jurídico	2,04
SRI	Servicio Admon. Electrónica, Registro e Información General	6,29
RRHH	Servicio de Gestión de Recursos Humanos	3,60
SAE	Servicio de Asistencia al Estudiante	3,67
SBU	Servicio de Biblioteca Universitaria	6,13
SCUL	Servicio de Cultura	3,49
SDEP	Servicio de Deportes	4,28
SUE	Servicio de Empleabilidad, Políticas Sociales y Sostenibilidad	4,39
SPEC	Servicio de Evaluación y Calidad	3,32
SCTR	Servicio de Gestión de Contratación Pública	2,99
SGI	Servicio de Gestión de la Investigación	4,05
SGE	Servicio de Gestión Económica	4,05
SGEA	Servicio de Gestión Expediente Académico	4,96
RRII	Servicio de Movilidad y Promoción Internacional	4,09
SOD	Servicio de Planes de Estudio y Ordenación Académica	2,87
SPOF	Servicio de Posgrado y Formación Continua	3,46
SINF	Servicio Gestión de las Infraestructuras	3,81
PRL	Servicio Prevención de Riesgos Laborales	2,73
GC	Unidad de Comunicación	2,09
INT	Unidad de Control Interno	1,79
EVA	Unidad de Enseñanza Virtual	1,75

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 top-down los distintos **Planes Operativos** en 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. Un segundo input para el despliegue lo encontramos en la declaración de la **Política de Calidad** que es, dentro del Sistema de Gestión de Calidad, guía 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 inputs necesarios para el correcto análisis de los resultados y propuestas de mejora.

Estos **INPUT's**, con carácter general, son los 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 operativa de los procesos.

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

- **Oportunidades de Mejora**

Mejoras como consecuencia del análisis propuestas para ser implementadas en el próximo PAC

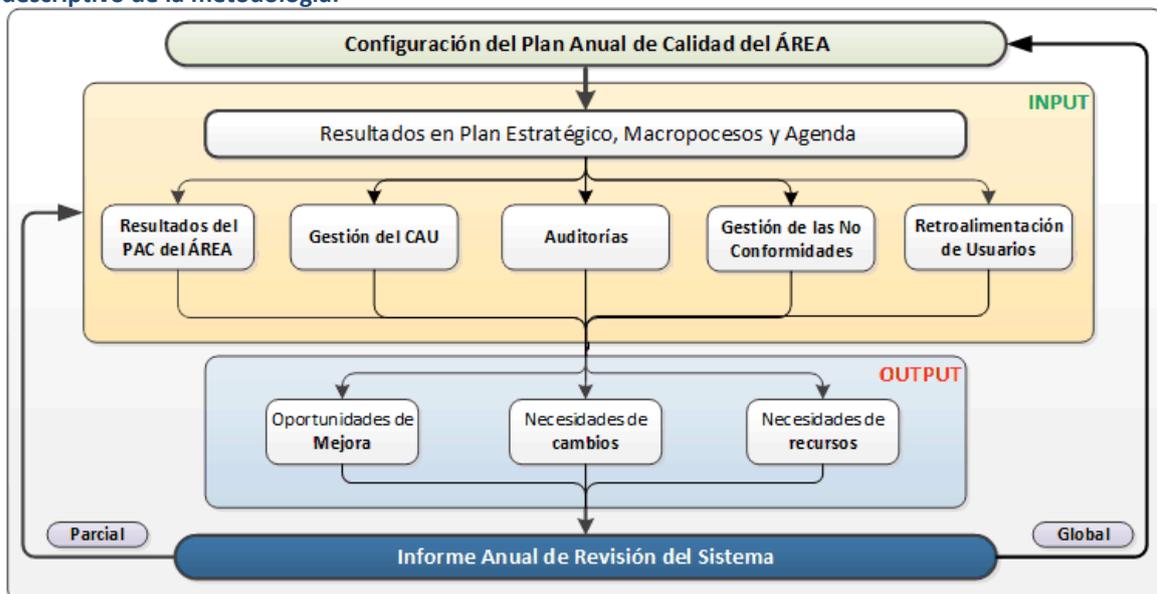
- **Necesidad de cambios en el SGC**

Propuestas de modificaciones en el Sistema. Por ejemplo, cambios en el repositorio documental, modificación de alcance, procesos, ...

- **Necesidades de recursos**

Necesidad de más o mejores instrumentos para las operativas (humanos, materiales, infraestructura,...)

Cuadro descriptivo de la metodología:



Forma de proceder en los análisis de cada uno de los input's

- **Parcial** **Capacidad de gestión del Riesgo:** según número de mediciones parciales (tanto de indicadores como de acciones) y, en su caso, acciones preventivas asociadas
Motivos de bajos niveles de cumplimiento y, en su caso, de ejecución (dentro de periodo del 1er semestre)
- **Final** **Previamente** tienen que estar efectuadas **TODAS las mediciones** de acciones e indicadores
Motivos de hallazgo, en su caso, de acciones correctivas (No Conformidades):
 - Bajos niveles de cumplimiento y, en su caso, de ejecución (dentro TODO el año -control FINAL-)
 - 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 de recursos 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** en las **ÁREAS**.

Puntos de control del Sistema de Gestión de Calidad en el ámbito de Administración y Servicios

- **Semestral:** análisis de resultados, tanto generales como particulares del **ÁREA**, en el primer semestre. Para este propósito, hay que realizar las mediciones según planificación (acciones/indicadores) previstas en este periodo, así como aquellas otras **parciales** (mes de julio)
- **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 **voluntaria** en caso de incumplimientos en mediciones **parciales** de indicadores **ÁREA** así como consecuencia de las 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 tratamiento** 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 Sistema 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 el **ÁREA**, potestativamente, podrá interponer una acción preventiva.

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

4. 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 de despliegue y consecución de los resultados esperados en el Plan Anual de Calidad. A continuación se detalla resultados y análisis de cada uno de ellos.

4.1 Ejecución de la planificación de la Agenda de Calidad

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

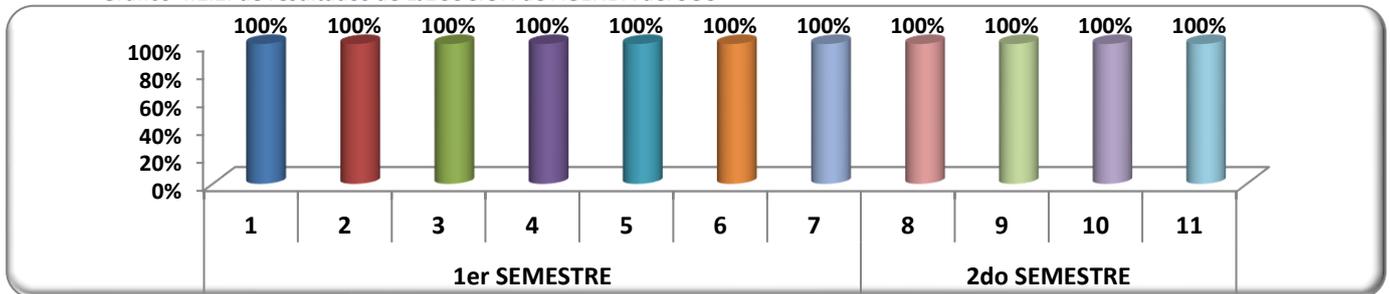
Nº	Operación de agenda	Desde	Hasta	✓
1	Elaborar el Manual de Calidad	07-feb-24	08-mar-24	✓
2	Elaborar Plan Anual de Calidad	07-feb-24	08-mar-24	✓
3	Elaborar o revisar la Carta de Servicios	07-feb-24	08-mar-24	✓
4	Enterado con resultados de AUDITORÍA EXTERNA	02-abr-24	30-abr-24	✓
5	1er Check Resultados Parciales	16-may-24	31-may-24	✓
6	Medición PARCIAL de Indicadores y Acciones	01-jul-24	19-jul-24	✓
7	Elaborar Informe SEMESTRAL de Resultados	01-jul-24	19-jul-24	✓
8	2do Check Resultados Parciales	01-nov-24	15-nov-24	✓
9	Enterado de resultados de AUDITORÍA INTERNA	01-oct-24	30-nov-24	✓
10	Medición ANUAL de Indicadores y Acciones	08-ene-25	31-ene-25	✓
11	Elaborar Informe ANUAL de Resultados	08-ene-25	31-ene-25	✓

También se muestra el detalle de cumplimiento de agenda por **ÁREA** según las acciones planteadas:

CódARE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Ejecuta	Final
AAG	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
ADEP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
AREC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
ATDI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
ARCH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
ATIC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
CL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
DAGE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
GJ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SRI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
RRHH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SAE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SBU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓

SCUL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SDEP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SUE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SPEC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SCTR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SGI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SGE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SGEA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
RRII	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SOD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SPOF	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SINF	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
PRL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
GC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
INT	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
EVA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓
SGC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100%	✓

Gráfico 4.1.1. de resultados de EJECUCIÓN de AGENDA del SGC



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 1er Semestre

Este semestre todas las áreas han cumplido con la ejecución de la agenda, aunque se han producido ciertos retrasos en el SGEA y SDEP por motivos sobrevenidos.

Análisis de causas de posibles incidencias en ejecución de AGENDA 2do Semestre

Todas las áreas han cumplido con la Agenda, no habiendo incidencias debido a que las áreas nuevas han consolidado el conocimiento de los compromisos de calidad

4.2 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	Áreas	%Cump
OE1.1 Mejorar la satisfacción integral del estudiante	8	83%
OE1.2 Aumentar la empleabilidad de los estudiantes y fomentar su desarrollo profesional mediante la formación conti	1	93%
OE1.3 Incrementar el grado de internacionalización de la comunidad universitaria	1	100%
OE1.4 Incrementar el compromiso de la comunidad universitaria con la cultura	1	100%
OE1.5 Apoyar el desarrollo personal y profesional de los RRHH	0	
OE1.6 Atraer, reclutar y retener personas con talento	0	
OE1.7 Incrementar las prácticas saludables y deportivas en la comunidad universitaria	1	59%
OE1.8 Digitalizar los procesos administrativos y de gestión más importantes	9	63%
OE1.9 Mejorar la comunicación interna	7	62%
OE2.1 Actualizar y mejorar el mapa de titulaciones en términos de atracción de estudiantes, formación integral y empl	1	100%
OE2.2 Promover la internacionalización del currículum y del proceso enseñanza-aprendizaje	0	
OE2.3 Integrar la cultura como elemento transversal de la formación	0	
OE2.4 Fomentar la igualdad de oportunidades, la diversidad y la inclusión	0	
OE2.5 Mejorar la digitalización de la formación y transferencia de conocimiento	8	66%
OE3.1 Mejorar los procesos de gestión de la investigación	1	67%
OE3.2 Mejorar los resultados de investigación en los ámbitos estratégicos	0	
OE3.3 Incrementar la oferta de actividades y la cultura científica en la comunidad universitaria y la sociedad	0	
OE3.4 Incrementar la captación de recursos financieros externos, particularmente para la investigación, la transferenc	0	
OE4.1 Mejorar el posicionamiento internacional en docencia, investigación y transferencia	1	100%
OE4.2 Mejorar la comunicación y aumentar la colaboración con el tejido empresarial, social e institucional	1	39%
OE4.3 Aumentar la implicación del colectivo ALUMNI con la universidad	0	
OE4.4 Mejorar la contribución de la Universidad de Almería a los objetivos de desarrollo sostenible	2	10%

OE4.5	Enriquecer la vida cultural de los ciudadanos de nuestro entorno	1	100%
OE4.6	Incrementar el número y la participación en alianzas y redes internacionales	0	
OE5.1	Aumentar la presencia de la sociedad y la comunidad universitaria en los eventos culturales de nuestro campus	1	100%
OE5.2	Mejorar los espacios físicos y entornos virtuales para la vida universitaria	2	100%
OE5.3	Potenciar la conexión digital con la sociedad	1	100%
OE5.4	Alcanzar un campus sostenible y mejorar el compromiso de la comunidad universitaria con la sostenibilidad	0	

Gráfico 4.2.1. de tendencias de cumplimiento con el Plan Estratégico

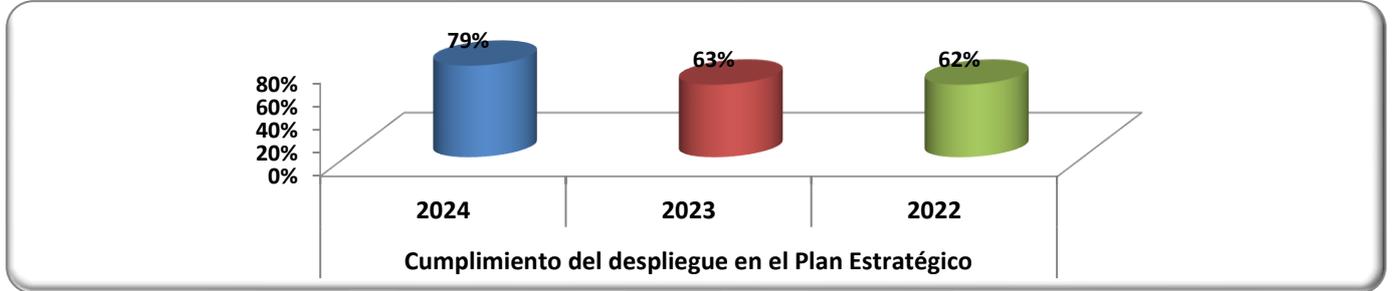
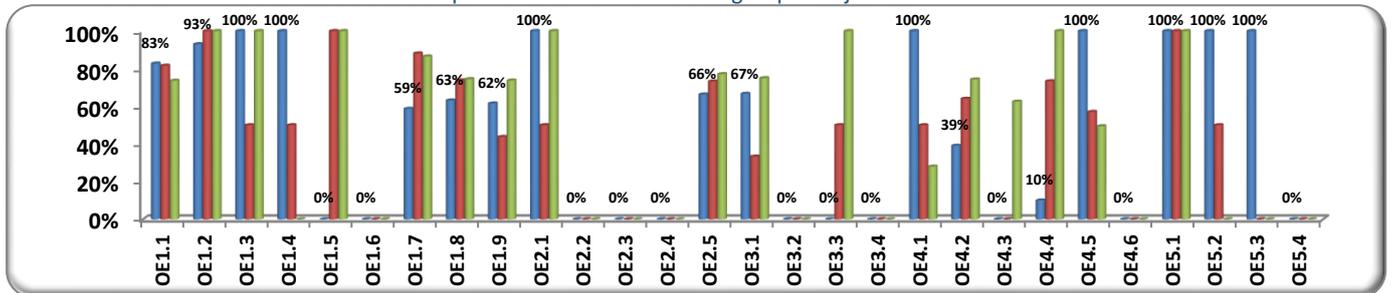


Gráfico 4.2.2. de tendencias de cumplimiento con el Plan Estratégico por Objetivos



En la zona de análisis siguiente se describirá la capacidad de despliegue y cumplimiento del conjunto de ÁREAS en lo referente al Plan Estratégico.

Análisis del despliegue y cumplimiento en Objetivos Estratégicos

Las tendencias han sido más favorables con respecto años anteriores. Ha subido al 79% de cumplimiento cuando el año anterior fue de 63%

En este año 2025 se ha elaborado un nuevo plan estratégico

4.3 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

Para 2025 se va a revisar la política de calidad donde se incluye la mejora continua y el desarrollo profesional con la nueva carrera horizontal donde incluye la evaluación del desempeño

4.4 MacroProcesos

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

MacroProceso

MP-01	Gestión económica, de la contratación, del patrimonio e inventario
MP-02	Gestión de las infraestructuras, espacios, instalaciones y equipamientos
MP-03	Gestión de los procesos selectivos, del desarrollo y seguimiento de la actividad profesional y de los derechos laborales
MP-04	Gestión de los recursos documentales, de la información y del conocimiento, y el asesoramiento técnico de naturaleza especializada
MP-05	Gestión del apoyo administrativo para el ejercicio de la actividad docente e investigadora y de transferencia de resultados
MP-06	Gestión del apoyo técnico para el ejercicio de la actividad docente e investigadora
MP-07	Gestión administrativa y de prestación de servicios de apoyo para el desarrollo de la actividad académica
MP-08	Gestión del apoyo administrativo a cargos académicos y órganos de gobierno, organización de eventos y de la comunicación
MP-09	Gestión administrativa de actividades universitarias extra-académicas y servicios complementarios a la comunidad universitaria

9 MacroProcesos

Tabla donde se muestra el despliegue del **número de PROCESOS por ÁREA en los MacroProcesos**

CódARE	MP-01	MP-02	MP-03	MP-04	MP-05	MP-06	MP-07	MP-08	MP-09	Total
AAG	0	1	1	0	0	0	0	4	2	8
ADEP	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
AREC	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
ATDI	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
ARCH	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
ATIC	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
CL	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
DAGE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
GJ	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
SRI	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
RRHH	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5
SAE	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
SBU	0	1	1	8	0	0	0	0	0	10
SCUL	0	0	0	2	0	0	0	0	3	5
SDEP	0	1	0	0	0	0	0	0	4	5
SUE	0	0	0	1	0	0	0	0	7	8
SPEC	0	0	1	6	0	0	2	0	0	9
SCTR	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4
SGI	0	0	0	0	7	1	0	0	0	8
SGE	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
SGEA	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
RRII	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4
SOD	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
SPOF	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
SINF	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
PRL	0	0	4	2	0	0	0	0	0	6
GC	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
INT	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EVA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Otro aspecto interesante para analizar es el impacto de la trazabilidad en la declaración de los **Mapas de Registros** en las Áreas. En la tabla siguiente se presenta resumen de las **salidas** que son **entradas** de otros MacroProcesos según **trazabilidad** declarada en los Mapas.

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	3	0	0	1	0	0	0	6	0	10
MP-02	3	0	0	1	0	0	0	1	0	5
MP-03	4	0	5	1	0	0	0	7	0	17
MP-04	0	0	1	8	0	0	0	5	0	14
MP-05	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
MP-06	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
MP-07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-08	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4
MP-09	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
9 MacPro	13	0	7	13	0	0	0	22	0	55

Despliegue de los MacroProcesos en las ÁREAS

Los macroprocesos son los mismos que el año anterior pero al crearse nuevas área se han añadido nuevos registros de entrada a otros procesos

5. Resultados en el Plan Anual de Calidad

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

5.1 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.

Despliegue de resultados

CódARE	Cantidades			RESULTADO Parcial		EJECUCIÓN Final			CUMPLIMIENTO Final				
	Objet.	Ind.	Acc.	Med.	%Eje	%Cum	2024	2023	2022	2024	2023	2022	
AAG	2	2	8	0			100%	85%	80%	0	100%	40%	67%
ADEP	1	1	4	0			100%	25%	100%	0	100%	100%	100%

AREC	2	2	4	0		100%	100%	100%	✓	0	100%	100%	100%
ATDI	4	4	11	4	100%	100%	100%	100%	✓	0	100%	99%	100%
ARCH	2	2	9	0		88%	18%		✓	0	50%	0%	
ATIC	2	3	8	3	30%	50%	100%	95%	60%	0	100%	60%	0%
CL	3	3	13	0		100%	88%	100%	✓	0	80%	50%	100%
DAGE	4	9	32	1	60%	100%	83%		✓	0	100%		
GJ	2	2	4	0		100%	100%	100%	✓	0	100%	100%	100%
SRI	3	3	8	1		80%	70%		✓	0	26%		
RRHH	1	2	4	2		50%	50%	80%	60%	0	81%	100%	91%
SAE	3	4	9	0			78%		✓	0	67%		
SBU	6	7	7	7	39%	33%	76%	88%	76%	0	59%	77%	66%
SCUL	3	3	8	0	68%		100%	50%	70%	0	100%	80%	9%
SDEP	6	7	10	0			75%	100%	95%	0	67%	88%	87%
SUE	5	7	21	1		100%	100%	100%	95%	0	50%	54%	78%
SPEC	8	8	25	4	100%	100%	97%	77%	96%	0	100%	85%	88%
SCTR	1	1	2	0			100%	100%	100%	0	100%	90%	100%
SGI	3	3	8	3	88%	0%	84%	52%	55%	0	70%	15%	100%
SGE	4	4	15	0			92%	89%	33%	0	15%	23%	0%
SGEA	7	14	30	1		7%	51%			0	26%		
RRII	1	1	4	0			100%	67%	100%	0	100%	50%	40%
SOD	6	6	16	6	60%	50%	83%	63%	36%	0	83%	63%	36%
SPOF	1	1	3	0	67%		77%			0	77%		
SINF	1	1	3	1		0%	50%	13%	100%	0	20%	0%	100%
PRL	1	1	3	0			100%	78%	100%	0	0%	100%	100%
GC	1	1	2	0			100%	100%	100%	0	100%	75%	50%
INT	2	2	6	0			0%	0%	100%	0	100%	81%	25%
EVA	2	2	7	2	100%	50%	83%	83%	71%	0	50%	75%	75%
SGC	87	106	284	36	71%	55%	84%	78%	75%	0	69%	67%	63%

Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.1.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

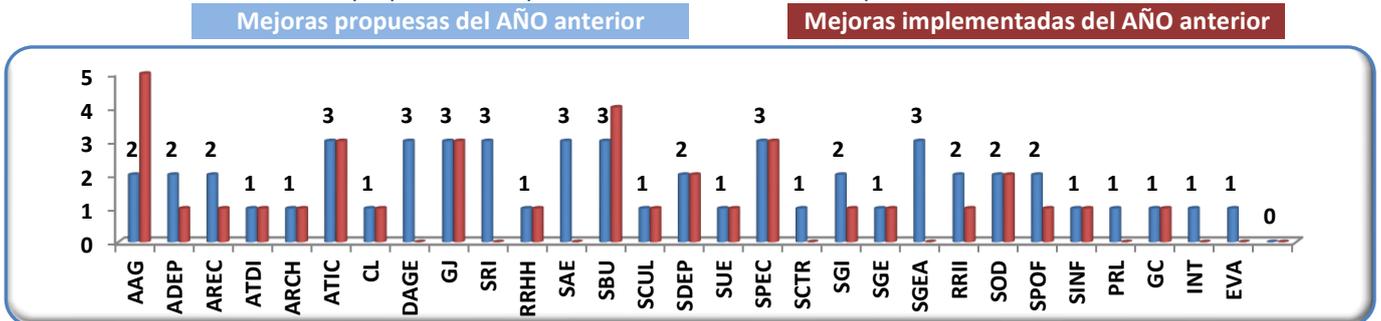


Gráfico 5.1.2 Resultados de MEDICIONES PARCIALES realizadas en el SGC

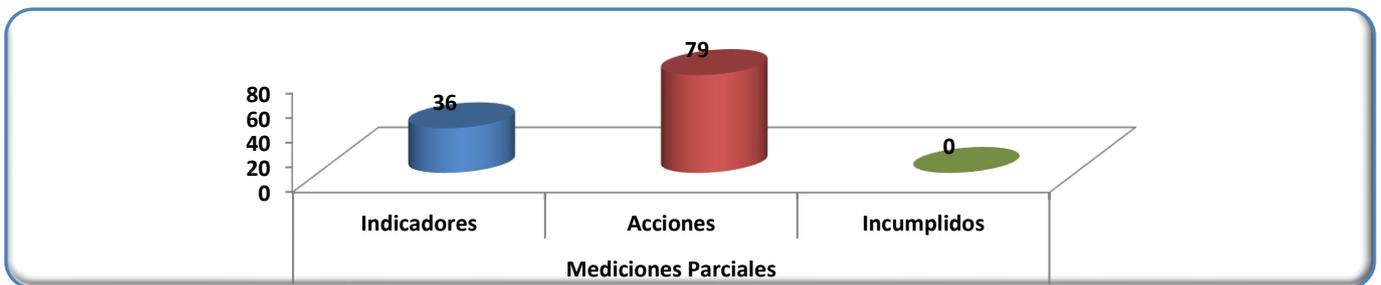


Gráfico 5.1.3 PORCENTAJE del número de MEDICIONES parciales en INDICADORES sobre las totales en ÁREAS

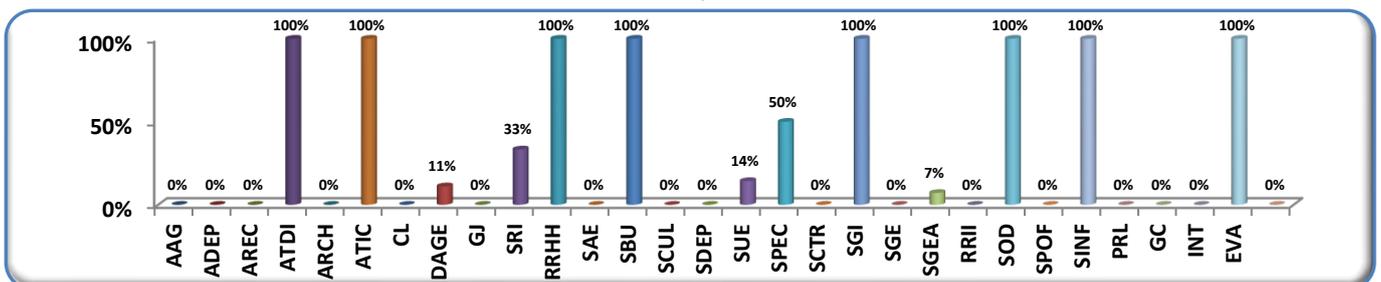
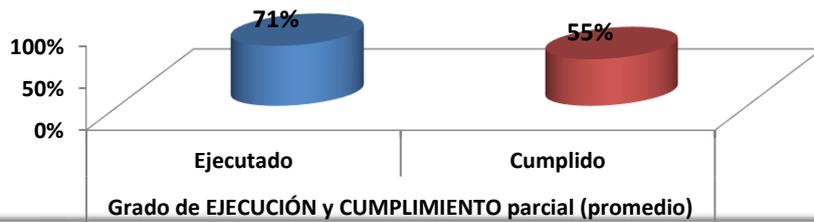


Gráfico 5.1.4 Resultados de EJECUCIÓN y CUMPLIMIENTO parcial en el SGC



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Este año se han realizado 87 propuestas de mejora con 284 acciones asociadas, muy similar al año anterior. En cuanto a su ejecución ha sido del 76 % y cumplimiento del 53 %, algo superior al año anterior. Debido a que los objetivos en su mayor parte, son anuales, el cumplimiento suele ser bajo o ninguno en la mayoría de las áreas.

Algunas tienen un 100% como ATDI, ATIC, RRHH, SBU, SGI, SOD, SIN y EVA

Otros resultados agregados FINALES

Gráfico 5.1.5 MEJORAS propuestas en el IARS para el SIGUIENTE año por ÁREAS

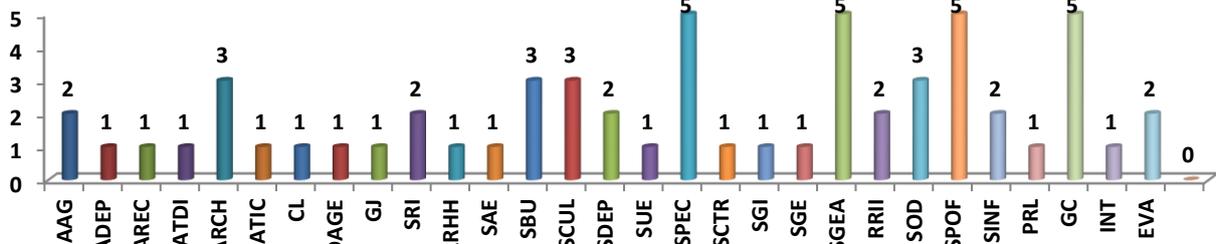


Gráfico 5.1.6 Resultados de número de MEDICIONES FINALES realizadas en el SGC



Gráfico 5.1.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC con tendencias



Análisis de resultados FINALES

Debido a la nueva RPT se han creado otras áreas y eliminado otras. Ha decrecido el nº de objetivos de 94 a 87, indicadores de 110 a 106, acciones de 293 a 284.

La ejecución ha sido mayor con un 84%, respecto al 78% del año anterior y el cumplimiento igualmente ha subido dos puntos al 69%

Hay que animar a las áreas a realizar más propuestas de mejora en sus planes anuales de calidad. Encontramos que de 29 áreas hay 15 con una sola propuesta

5.2 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.

Despliegue de resultados										
CódARE	Cantidades		MEDICIÓN Parcial				CUMPLIMIENTO Final			
	Procesos	Indicadores	Mediciones	✓	⚠	%Cumplido	2024	2023	2022	
AAG	8	12	12	0	0	95%	0	96%	100%	100%
ADEP	1	4	4	0	0	100%	0	100%	100%	100%
AREC	4	6	6	0	0	100%	0	100%	100%	100%
ATDI	2	10	10	0	0	78%	0	100%	100%	87%
ARCH	4	6	6	2	0	50%	2	50%	50%	
ATIC	3	10	10	0	0	100%	0	100%	84%	100%
CL	2	3	3	0	0	25%	0	100%	100%	100%
DAGE	1	1	1	0	0	100%	0	100%		
GJ	2	3	3	0	0	100%	0	100%	100%	100%
SRI	4	8	8	2	0	81%	2	77%		
RRHH	5	12	12	0	0	100%	0	100%	100%	84%
SAE	4	13	13	0	0	50%	0	100%		
SBU	10	31	31	3	0	70%	3	90%	100%	80%
SCUL	5	15	15	0	0	83%	0	100%	100%	100%
SDEP	5	19	19	1	0	100%	1	95%	95%	100%
SUE	8	9	9	1	0	56%	1	87%	86%	86%
SPEC	9	18	18	0	0	94%	0	97%	68%	94%
SCTR	4	7	7	0	0	96%	0	100%	100%	100%
SGI	8	14	14	0	0	100%	0	100%	94%	100%
SGE	3	6	6	0	0	100%	0	100%	100%	100%
SGEA	3	15	15	4	0	75%	4	73%		
RRII	4	12	12	0	0	90%	0	96%	100%	80%
SOD	3	9	9	1	0	79%	1	80%	97%	98%
SPOF	1	2	2	0	0	100%	0	100%		
SINF	3	7	7	0	0	100%	0	93%	100%	100%
PRL	6	8	8	2	0	100%	2	68%	100%	100%
GC	1	4	4	1	0	100%	1	75%	100%	100%
INT	1	3	3	0	0	92%	0	92%	93%	92%
EVA	1	4	4	0	0	100%	0	100%	100%	100%
SGC	115	271	271	17	0	87%	17	92%	94%	92%

Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.2.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

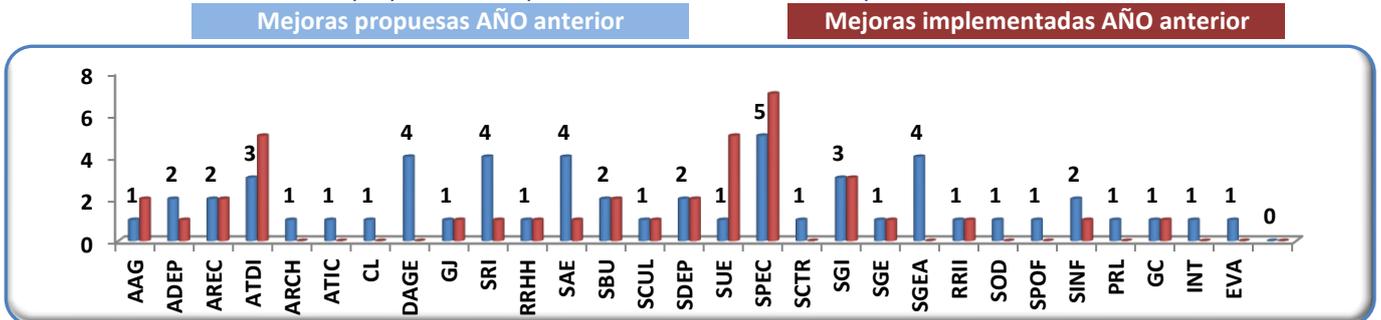


Gráfico 5.2.2 Resultados de MEDICIONES PARCIALES en el SGC

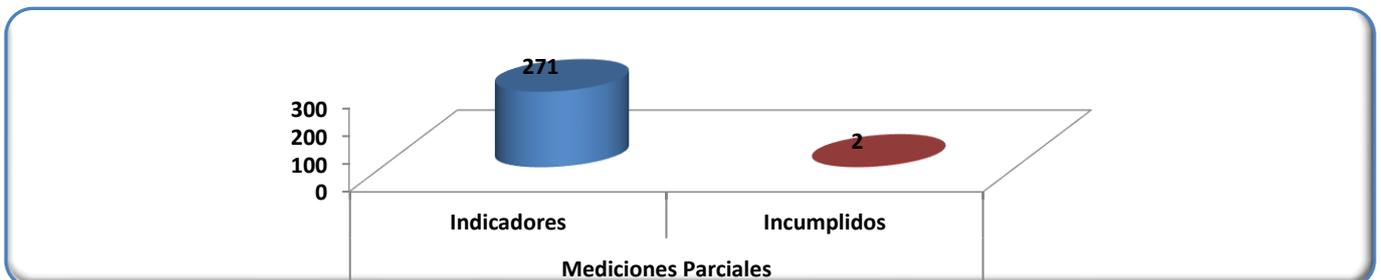


Gráfico 5.2.3 PORCENTAJE de MEDICIONES parciales en INDICADORES sobre las totales por ÁREAS

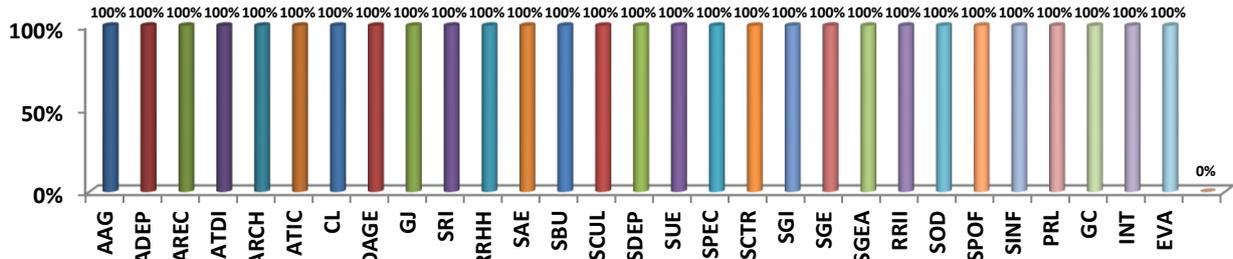
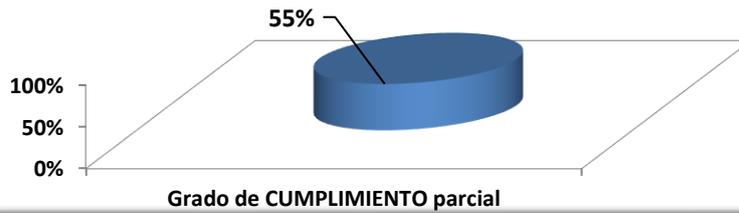


Gráfico 5.2.4 Resultados de CUMPLIMIENTO parcial del SGC



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Como viene ocurriendo en todo lo referente al Plan de Control se muestra un alto grado de cumplimiento. Se han medido todos los indicadores y solo se ha encontrado un incumplimiento. El cumplimiento parcial es bastante alto con el 87% de las mediciones aunque menor con respecto del año anterior que fue el 94%.

El Centro de Lenguas es el área con menor ejecución con un 25% ya que sus indicadores van orientados al nº total de alumnos por año.

Otros resultados agregados FINALES

Gráfico 5.2.5 MEJORAS propuestas en el IARS para el SIGUIENTE año por ÁREAS

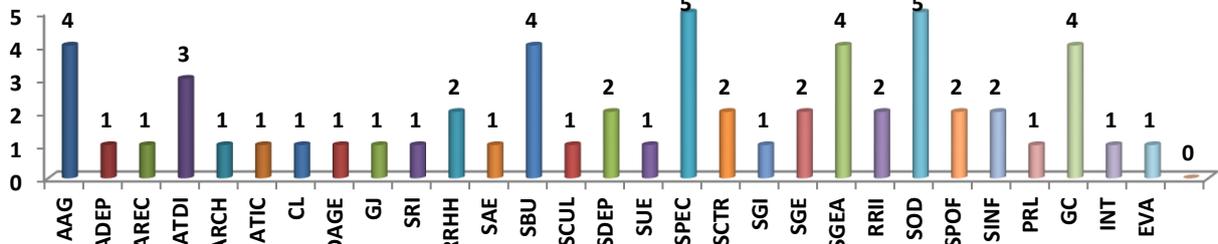


Gráfico 5.2.6 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



Gráfico 5.2.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



Análisis de resultados FINALES

Como de costumbre en el plan de control hay un alto grado de cumplimiento con el 92% similar a años anterior

Hay que revisar el aspecto de los incumplimientos que han subido considerablemente de 8 a 17 incumplimientos. Seguramente por la falta de previsión en los nuevos responsables de calidad en las nuevas áreas creadas.

5.3 Carta de SERVICIOS

El control de los COMPROMISOS es piedra angular de nuestra manifestación pública efectuada a través de la Carta de Servicios. Se pone especial atención a este apartado, ya que éste análisis forma parte del **Informe de Resultados Finales de la Carta de Servicios**, y que también hay que publicar.

Despliegue de resultados

CódARE	Cantidades		MEDICIÓN Parcial				Controles de FECHAS			CUMPLIMIENTO Final				
	Compromisos	Ind.	Med.	Med.	%Cum	Elabora	InfTéc	Aprob.	2024	2023	2022			
AAG	5	5	5	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
ADEP	3	3	3	✓	0	100%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
AREC	4	4	4	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
ATDI	3	3	3	✓	0	67%	mar-23	abr-23	may-23	✓	0	100%	100%	100%
ARCH	4	4	4	✓	0	100%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
ATIC	8	8	8	✓	0	100%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	75%	100%
CL	4	4	4	✓	0	56%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	81%	88%	94%
DAGE	1	1	1	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%		
GJ	2	2	2	✓	0	100%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
SRI	5	6	6	✓	0	85%	abr-24	abr-24	may-24	⚠	1	65%		
RRHH	3	3	3	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	80%
SAE	4	4	4	✓	0	0%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%		
SBU	8	8	8	⚠	1	86%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
SCUL	10	10	10	✓	0	63%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
SDEP	7	12	12	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	⚠	1	83%	86%	100%
SUE	7	7	7	✓	0	66%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	83%	67%
SPEC	8	8	8	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	68%	100%
SCTR	5	6	6	✓	0	80%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
SGI	7	7	7	✓	0	100%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
SGE	7	7	7	✓	0	83%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
SGEA	7	7	7	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	⚠	2	70%		
RRII	5	5	5	✓	0	92%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	91%	100%	52%
SOD	3	3	3	✓	0	87%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	86%	100%	100%
SPOF	1	1	1	✓	0	100%	abr-24	abr-24	may-24	✓	0	100%		
SINF	5	5	5	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
PRL	3	3	3	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
GC	4	4	4	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	⚠	1	75%	100%	100%
INT	2	3	3	✓	0	94%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	94%	93%	92%
EVA	3	3	3	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
SGC	138	146	146	1	88%				5	94%	95%	93%		

Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.3.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

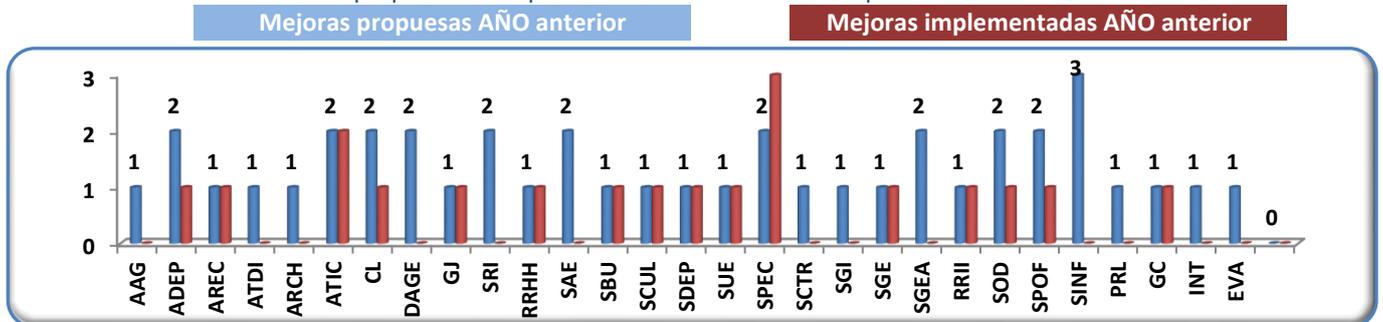


Gráfico 5.3.2 MODIFICACIONES en Cartas de Servicios en presente año y que precisan nueva aprobación

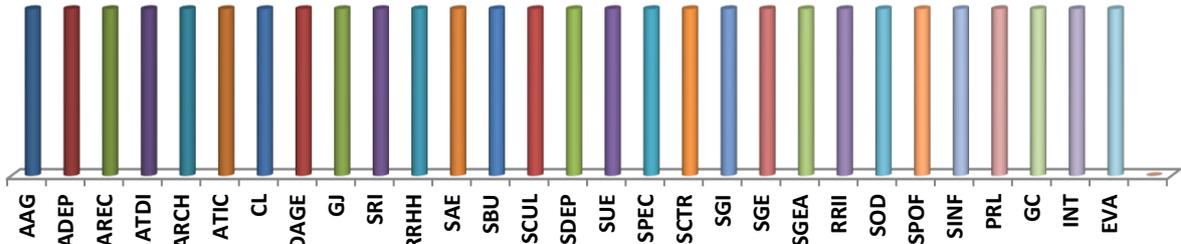


Gráfico 5.3.3 Resultados de MEDICIONES PARCIALES en el SGC

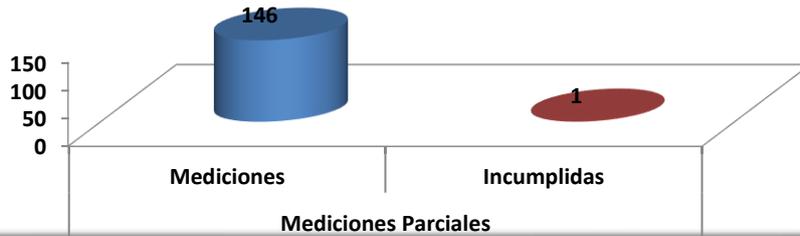


Gráfico 5.3.4 PORCENTAJE de MEDICIONES parciales en INDICADORES sobre las totales por ÁREAS

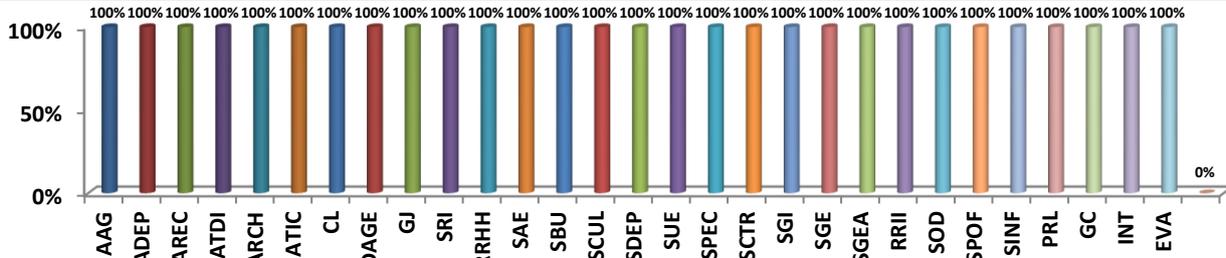
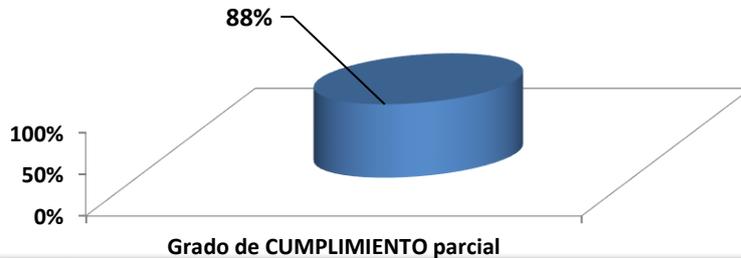


Gráfico 5.3.5 Resultados de CUMPLIMIENTO parcial del SGC



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Como viene ocurriendo en todo lo referente al Plan de Control se muestra un alto grado de cumplimiento de los compromisos de la Carta de Servicios. Este año se han modificado algunas Cartas de Servicio y se ha elevado para su aprobación en Consejo de Gobierno. De los 138 compromisos establecidos se han cumplido un 89%, habiéndose encontrado solo un incumplimiento. Aparece de nuevo CL con una ejecución del 56% por los motivos comentados anteriormente.

Otros resultados agregados FINALES

Gráfico 5.3.6 MEJORAS propuestas en el IARS para el SIGUIENTE año por ÁREAS

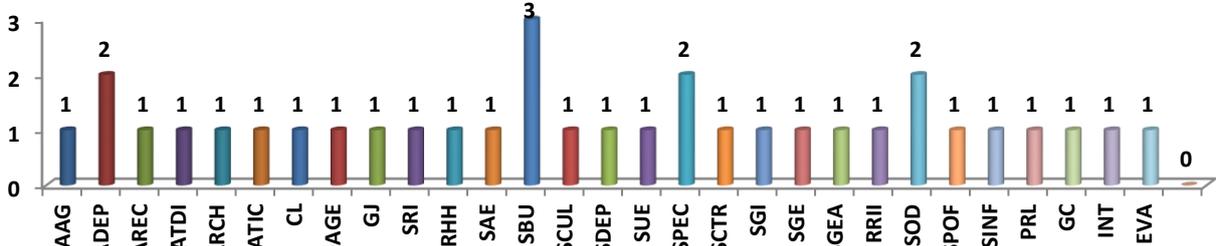
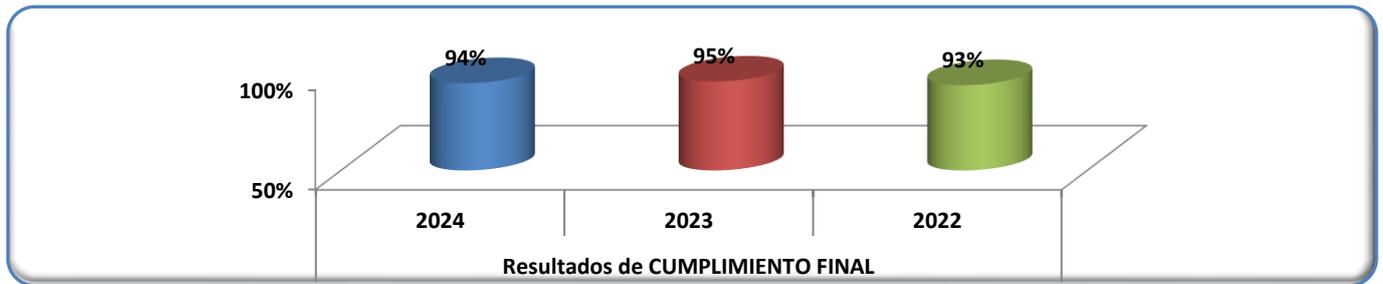


Gráfico 5.3.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC

Gráfico 5.3.8 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC


Análisis de resultados FINALES

Similar a lo comentado al plan de control, tiene un alto grado de cumplimiento. Los incumplimientos es igual al año anterior 5 NC que habrá que tener atención ya que afectan a la satisfacción de los usuarios.

5.4 Plan de CONTINGENCIAS (gestión de Riesgos)

Los gestión y control de los **RIESGOS** en la consecución de los objetivos y estándares establecidos ha tomado relevancia en la nueva declaración de la norma ISO 9001:2015. Además de lo ofrecido con el análisis de mediciones parciales (y con la generación, en su caso, de acciones preventivas) para el control de Riesgos, hacemos un estudio concreto de los RIESGOS derivados del análisis de contexto (DAFO).

Despliegue de resultados

CódARE	Cantidades			MEDICIÓN Parcial		EJECUCIÓN Final			CUMPLIMIENTO Final				
	Riesgos	Ind.	Acc.	Med.	%Eje	%Cum	2024	2023	2022	!	2024	2023	2022
AAG	5	5	19	0			100%	95%	100%	0	100%	80%	69%
ADEP	7	7	30	0			100%	22%	100%	0	100%	100%	75%
AREC	7	7	28	1	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
ATDI	7	7	24	5	100%	80%	100%	100%	94%	0	95%	94%	80%
ARCH	3	3	13	0			40%	50%		0	84%	50%	
ATIC	1	1	3	0	30%		47%	89%	64%	0	50%	91%	64%
CL	3	3	11	0			100%	100%	100%	0	84%	74%	100%
DAGE	9	9	41	0	61%		75%			0	58%		
GJ	4	4	13	4	100%	75%	100%	94%	96%	0	75%	80%	100%
SRI	7	7	12	0			50%			5	35%		
RRHH	8	8	11	8		100%	80%	96%	85%	0	85%	96%	85%
SAE	13	14	34	0			83%			1	93%		
SBU	5	6	10	6	82%	40%	72%	85%	77%	0	66%	79%	68%
SCUL	6	6	20	0			68%	75%	75%	1	60%	75%	75%
SDEP	4	4	12	0			100%	97%	65%	0	71%	100%	70%
SUE	7	8	25	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SPEC	14	15	40	6	94%	100%	94%	83%	79%	0	100%	58%	85%
SCTR	4	4	8	1		0%	75%	46%	100%	0	100%	100%	100%
SGI	6	6	24	6	98%	98%	89%	85%	80%	1	60%	84%	70%
SGE	3	3	13	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SGEA	9	10	16	0			77%			1	53%		
RRII	2	2	8	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	90%
SOD	5	5	9	2	48%	53%	85%	48%	40%	0	60%	12%	37%
SPOF	2	2	8	0	100%		88%			0	100%		
SINF	5	5	19	2		100%	80%	100%	100%	1	80%	100%	100%
PRL	3	3	12	0			100%	100%	100%	1	70%	100%	100%
GC	4	4	14	0			100%	100%	100%	0	100%	75%	78%
INT	3	3	8	0			85%	53%	63%	0	70%	35%	50%
EVA	4	4	14	4	100%	68%	100%	100%	100%	0	93%	93%	90%
SGC	160	165	499	45	83%	74%	83%	86%	84%	11	78%	80%	79%

Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.4.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

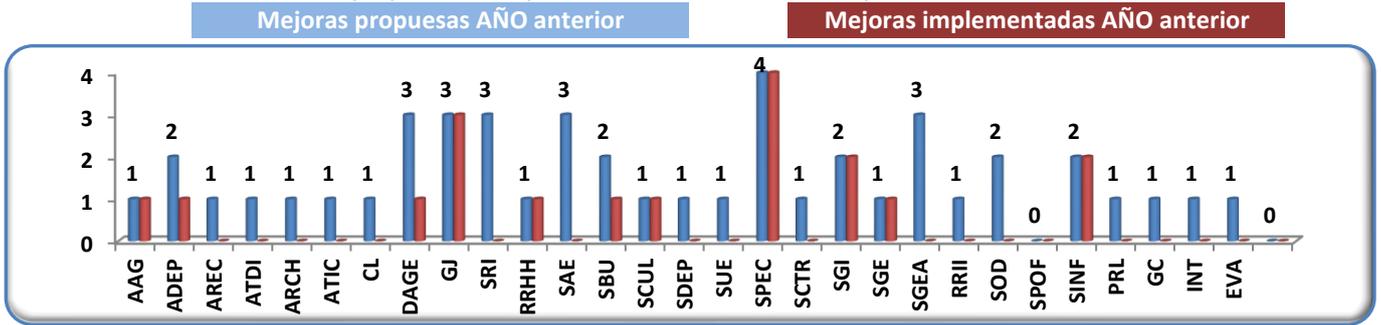


Gráfico 5.4.2 Resultados de MEDICIONES PARCIALES en el SGC

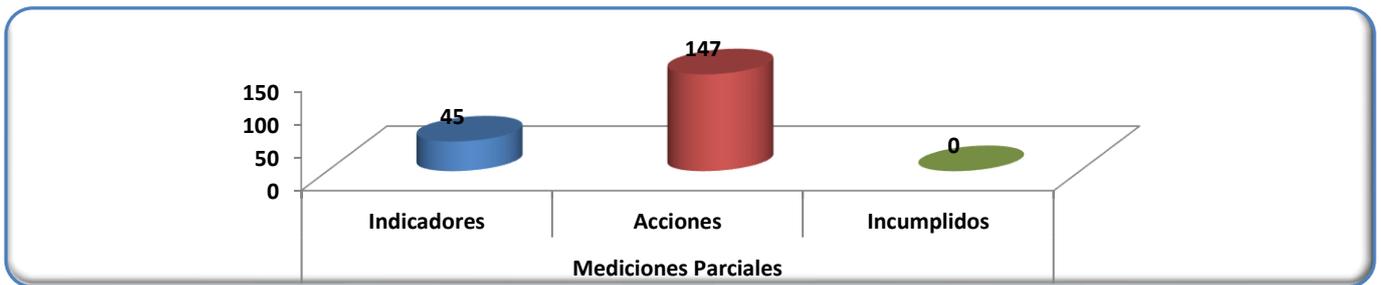


Gráfico 5.4.3 PORCENTAJE de MEDICIONES parciales en INDICADORES sobre las totales por ÁREAS

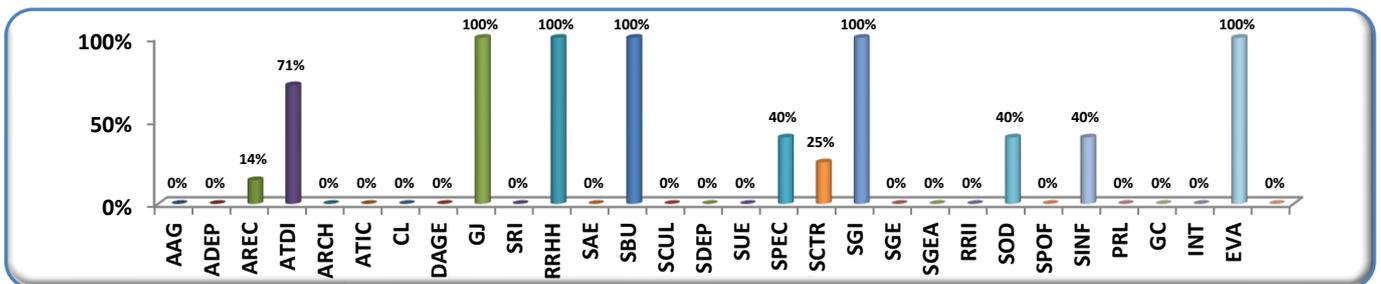
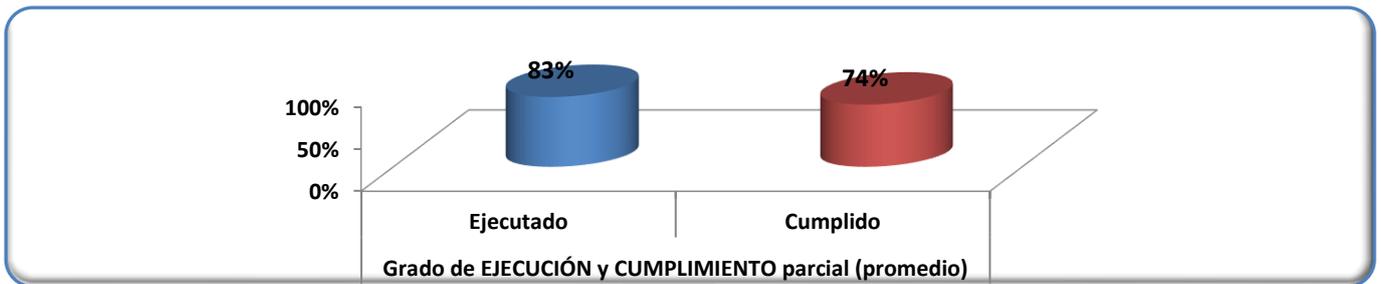


Gráfico 5.4.4 Resultados de EJECUCIÓN y CUMPLIMIENTO parcial en el SGC



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Como se ha ido realizando años anterior hay un indicador por cada riesgo detectado en el DAFO. Por lo que hemos descrito el riesgo con sus acciones e indicadores que evidencia la reducción, mitigación o eliminación del riesgo real.

Ha aumentado ligeramente los riesgos de 145 a 160, habiéndose propuesto 499 acciones a realizar y 165 indicadores. Como indica el gráfico se ha ejecutado el 84% de las acciones y con un cumplimiento aceptable de 75% similar al año anterior

Destacar las siguientes áreas por realizar las mediciones parciales de sus indicadores, ATDI 5 de 7, RRHH 8 de 8, SBU 6 de 6 y SPEC 6 de 15. Por el contrario hay muchas áreas sin medir como SGEA 0 de 10 y SAE 0 de 14.

Otros resultados agregados FINALES

Gráfico 5.4.5 MEJORAS propuestas en el IARS para el SIGUIENTE año por ÁREAS

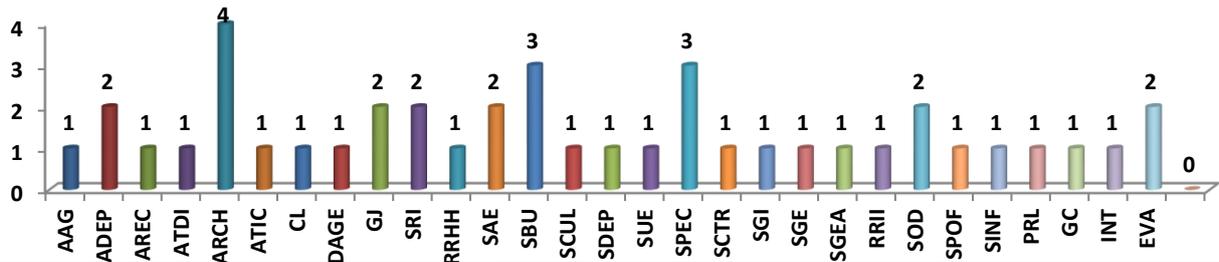


Gráfico 5.4.6 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



Gráfico 5.4.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



Resultados de EJECUCIÓN y CUMPLIMIENTO FINALES

Análisis de resultados FINALES

Este año hemos aumentado ligeramente el número de riesgos, indicadores. Riesgos 145 ->160. Indicadores 151->165. aunque se bajado en el nuevo de acciones a realizar. Acciones 512->499

Se han incumplido 11 objetivos, muy superior al año anterior con solo 3. Suponemos que como hemos comentado a la creación de nuevas áreas y con responsables nuevos.

5.5 Plan de COMUNICACIÓN

La gestión de la comunicación cobra énfasis en la medida que una adecuada estrategia permita a nuestros usuarios conocer y saber de 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 posterior.

Despliegue de resultados

CódARE	Cantidades			MEDICIÓN Parcial		EJECUCIÓN Final			CUMPLIMIENTO Final				
	Comun.	Ind.	Acc.	Med.	%Eje	%Cum	2024	2023	2022	!	2024	2023	2022
AAG	2	2	11	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
ADEP	2	2	6	0			100%	13%	100%	0	100%	100%	100%
AREC	2	2	8	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
ATDI	2	2	8	2	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
ARCH	2	2	9	0			100%	100%		0	100%	100%	
ATIC	2	2	10	2	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
CL	2	2	5	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
DAGE	2	2	8	0			100%			0	100%		
GJ	2	2	5	2	100%	100%	100%	100%	100%	0	51%	1%	1%
SRI	2	2	14	0			0%			0	0%		
RRHH	2	2	9	2		100%	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SAE	2	2	10	0			100%			0	100%		
SBU	2	2	15	2	49%	49%	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SCUL	2	2	11	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SDEP	2	2	10	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SUE	2	2	15	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SPEC	2	2	36	2	100%	88%	100%	100%	100%	0	86%	100%	100%

SCTR	2	2	10	0	100%	31%	100%	✓	0	100%	1%	100%	
SGI	2	2	13	2	100%	100%	100%	✓	0	100%	100%	100%	
SGE	2	2	8	0	100%	100%	100%	✓	0	100%	100%	100%	
SGEA	2	2	15	0	100%			✓	0	100%			
RRII	2	2	24	0	100%	100%	100%	✓	0	100%	100%	100%	
SOD	2	2	8	2	88%	88%	100%	✓	0	100%	98%	100%	
SPOF	2	2	8	0	100%			✓	0	100%			
SINF	2	2	10	2	100%			✓	0	100%	100%	100%	
PRL	2	2	11	0	100%	100%	100%	⚠	2	0%	100%	100%	
GC	2	2	7	0	100%	100%	100%	✓	0	100%	100%	100%	
INT	2	2	9	0	100%	100%	100%	✓	0	100%	100%	100%	
EVA	2	2	8	2	100%	1%	100%	✓	0	100%	100%	100%	
SGC	58	58	321	20	92%	73%	94%	96%	98%	2	90%	95%	90%

Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.5.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

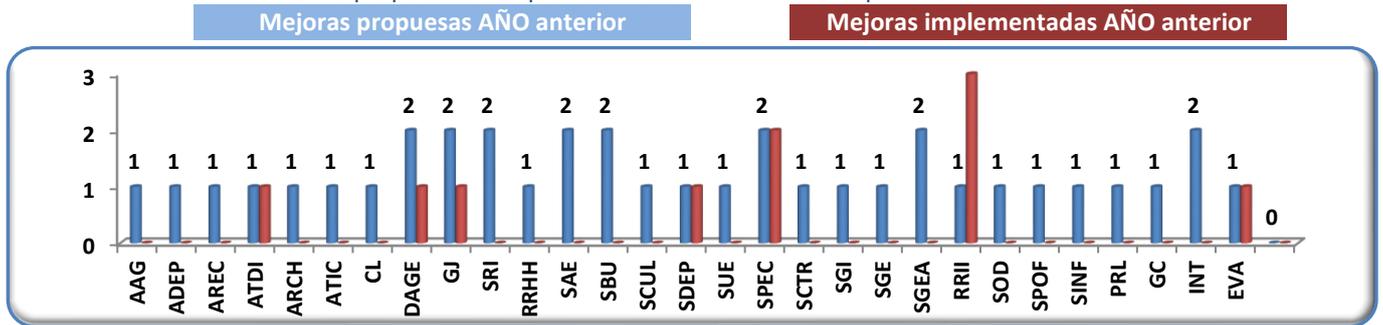


Gráfico 5.5.2 Resultados de MEDICIONES PARCIALES en el SGC

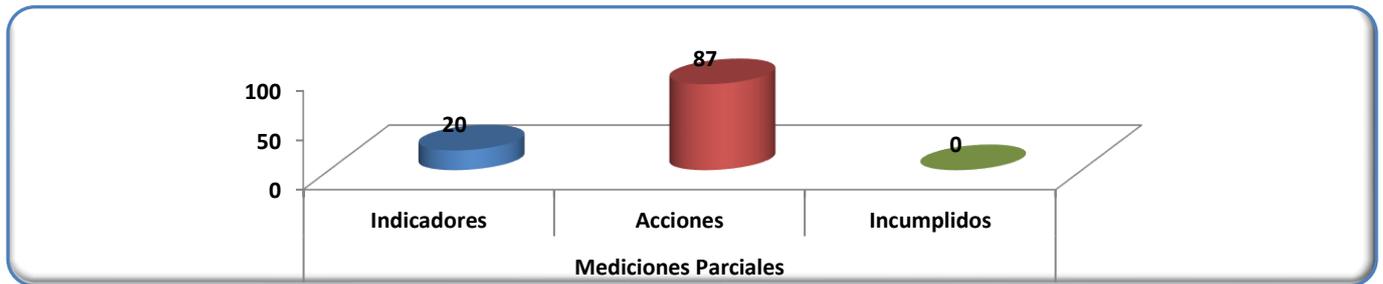


Gráfico 5.5.3 PORCENTAJE de MEDICIONES parciales en INDICADORES sobre las totales por ÁREAS

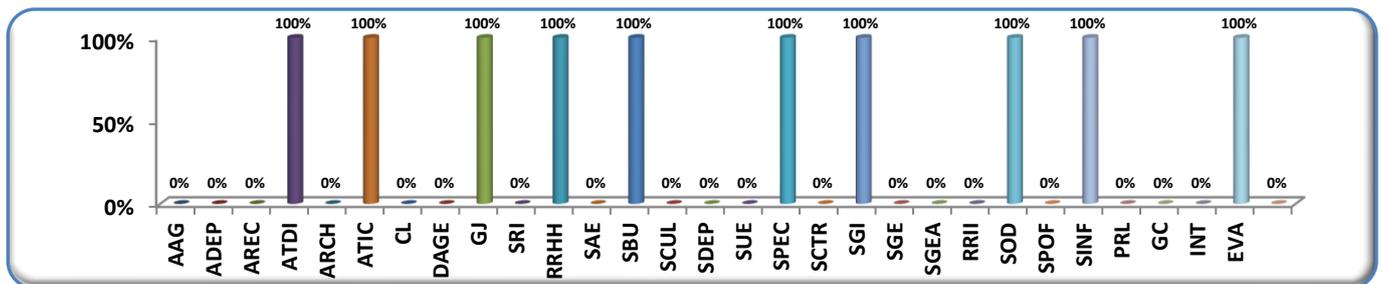
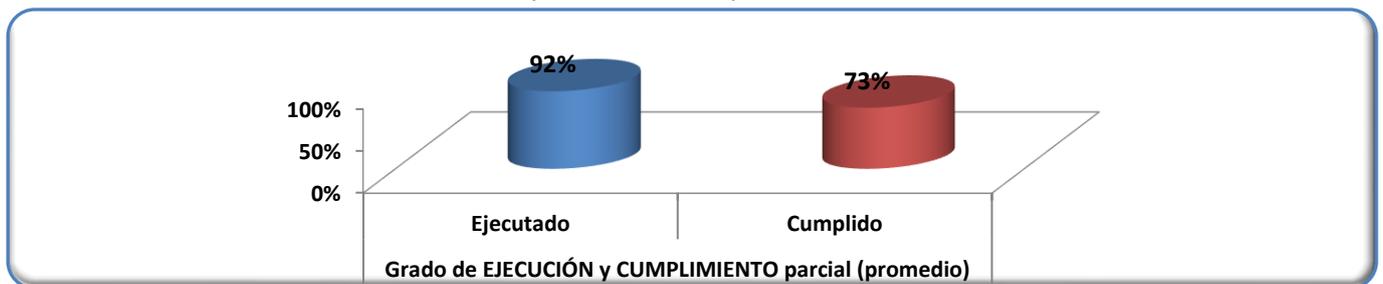


Gráfico 5.5.4 Resultados de EJECUCIÓN y CUMPLIMIENTO parcial en el SGC



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

El plan de comunicación se desglosa en Interna y Externa por lo que genera dos indicadores de cumplimiento parcial por cada área. De las acciones planteadas se han ejecutado el 92% y un 73% de los indicadores.

Destacamos que solo 8 áreas han medido sus acciones parciales de comunicación. Hay que tomar conciencia que los planes de comunicación son esenciales para la visibilidad de nuestros procesos.

Otros resultados agregados FINALES

Gráfico 5.5.5 MEJORAS propuestas en el IARS para el SIGUIENTE año por ÁREAS

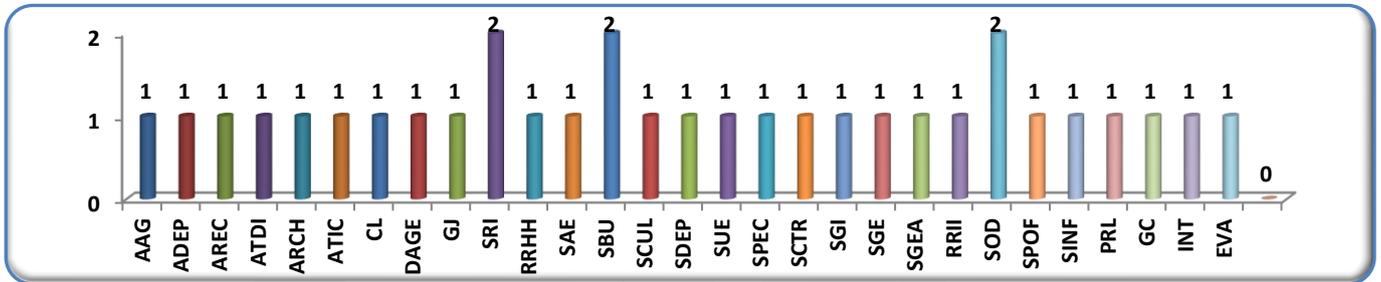


Gráfico 5.5.6 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC

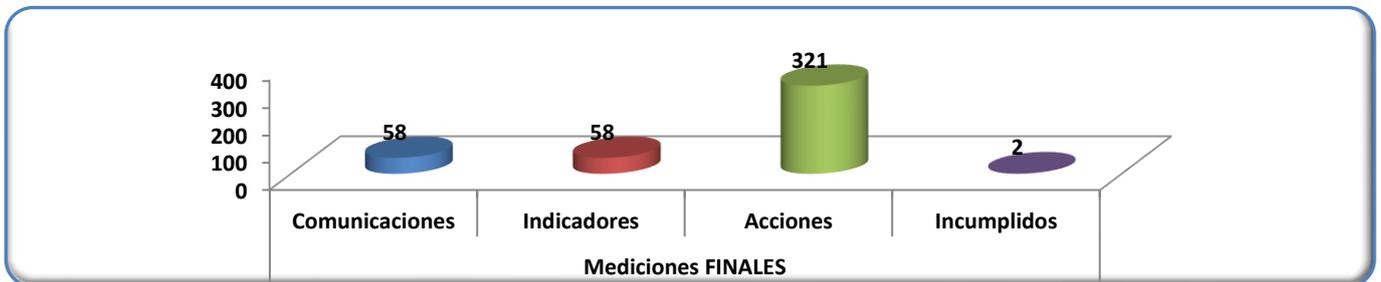


Gráfico 5.5.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



Análisis de resultados FINALES

El plan de comunicación es muy similar que años anteriores respecto a sus acciones. Teniendo indicadores estándar por cumplimiento de acciones, su ejecución y cumplimiento es muy elevado con un 94% y 90%, respectivamente. Este año se ha producido 2 incumplimientos, no habitual en este plan.

5.6 Cuestiones ESPECÍFICAS del ÁREA

Además de los Planes anteriormente analizados, existen aspectos específicos que el ÁREA que, tras su declaración efectuada en el Manual de Calidad, hay que proceder a su análisis. 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.

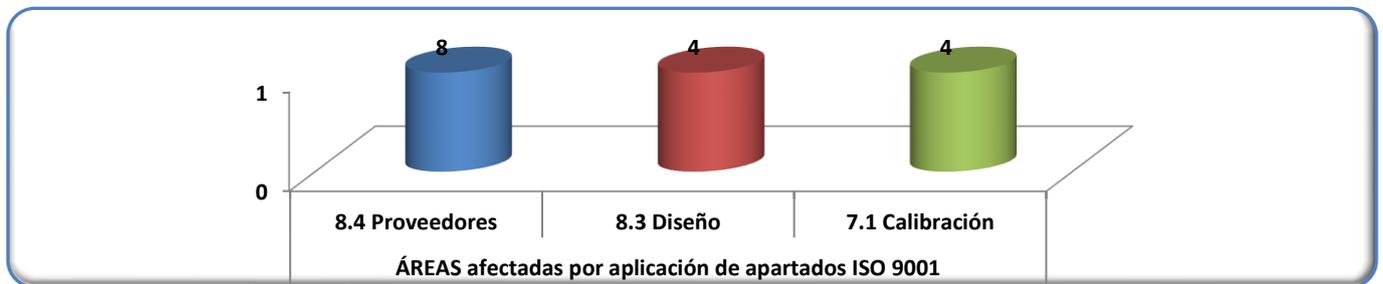
Despliegue de resultados

Afectación de apartados de norma ISO 9001:2015 específicos

CódARE	Apdo. 8.4 Gestión de Proveedores	Apdo. 8.3 Gestión de Diseño	Apdo. 7.1 Gestión de Calibración
AAG			
ADEP			
AREC			
ATDI			Si
ARCH			
ATIC			
CL	Si	Si	
DAGE			
GJ			
SRI			
RRHH			

SAE			
SBU	Si	Si	
SCUL	Si		
SDEP	Si	Si	Si
SUE			
SPEC			
SCTR			
SGI			Si
SGE			
SGEA			
RRII			
SOD	Si		
SPOF	Si		
SINF	Si		
PRL	Si	Si	Si
GC			
INT			
EVA			
SGC	8 Si	4 Si	4 Si

Gráfico 5.6.1 Resultados del número de ÁREAS afectadas por ciertos Apartados de norma ISO 9001:2015



Análisis de la aplicación de ciertos aspectos de norma ISO 9001:2015 en las ÁREAS

Los resultados son similares al año anterior. Reseñamos que en cuanto a los proveedores ha aumentado de 7 a 8 y en calibración de 3 a 4 (PRL). Estos casos son debidos al cambio de estructura de la RPT

6. 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** que son medidos y controlados por la Administración del SGC.

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 y 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**

6.1 Producto No Conforme

El Producto No Conforme es un proceso descrito en un Procedimiento General que controla el conjunto de inputs-outputs 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.

Despliegue de resultados

CóIND	INDICADORES GENERALES	Umbral	Meta	Tendencia
IQ(05)	IQ(05) - Producto No Conforme - Tiempo máx. de Tratamiento	15	0	Centinela
IQ(24)	IQ(24) - Producto No Conforme - Tiempo máx. de Cierre	40	0	Centinela

CódARE	Aspectos sobre el TRATAMIENTO					Aspectos sobre el CIERRE					Otros aspectos		
	Tratadas	Días	IQ(05)	2023	2022	Cerradas	Días	IQ(24)	2023	2022	Leve	Control	Eficaz
AAG	1	6	100%	100%	0%	1	0	100%	100%	100%	1	1	1
ADEP	0	Sin Valor				0	Sin Valor				0	0	0

AREC	2	15	100%	100%	100%	2	61	0%	0%	0%	2	2	2
ATDI	0	Sin Valor	100%			0	Sin Valor	100%			0	0	0
ARCH	5	27	0%	0%	100%	1	0	100%	0%	100%	5	5	1
ATIC	3	0	100%	100%	100%	1	0	100%	100%	100%	2	3	1
CL	2	13	100%	100%	100%	1	0	100%	100%	100%	2	2	1
DAGE	0	Sin Valor				0	Sin Valor				0	0	0
GJ	1	0	100%	100%		2	0	100%			0	0	2
SRI	2	19	0%			1	0	100%			2	0	1
RRHH	0	Sin Valor		100%	100%	0	Sin Valor		100%	100%	0	0	0
SAE	0	Sin Valor				0	Sin Valor				0	0	0
SBU	7	7	100%	100%	100%	7	9	100%	100%	100%	5	4	7
SCUL	2	0	100%	100%	100%	0	Sin Valor		100%	100%	2	2	0
SDEP	2	2	100%	100%	0%	2	10	100%	100%	100%	2	1	2
SUE	3	10	100%	100%	100%	3	3	100%	100%	100%	3	1	1
SPEC	2	12	100%		100%	2	0	100%		100%	2	2	2
SCTR	1	12	100%	100%	100%	0	Sin Valor		100%	100%	1	1	0
SGI	2	13	100%	100%	100%	2	46	0%	100%	100%	2	2	0
SGE	1	4	100%	100%	100%	0	Sin Valor		100%	100%	1	1	0
SGEA	1	0	100%			0	Sin Valor				1	1	0
RRII	1	10	100%	100%	100%	2	0	100%	0%		0	1	2
SOD	2	11	100%	100%	100%	3	14	100%	100%	100%	2	2	2
SPOF	2	10	100%			1	0	100%			2	2	1
SINF	0	Sin Valor				0	Sin Valor				0	0	0
PRL	1	7	100%		100%	0	Sin Valor			100%	1	1	0
GC	2	4	100%	100%	0%	0	Sin Valor		100%		2	2	0
INT	1	2	100%			1	0	100%			1	0	0
EVA	2	0	100%	100%	100%	3	34	100%	100%	100%	2	2	2
SGC	48	27	89%	97%	81%	35	61	89%	81%	86%	43	38	28

Otros resultados agregados

Gráfico 6.1.1 Datos de controles de No Conformidades

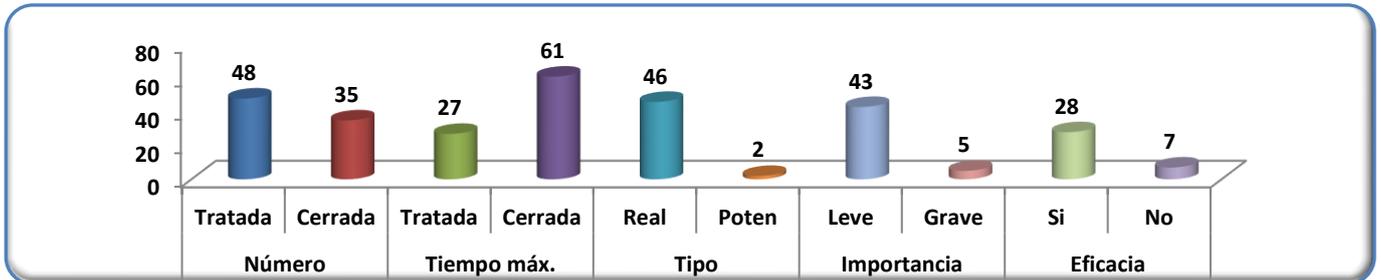


Gráfico 6.1.2 Datos según fuente de detección de No Conformidades

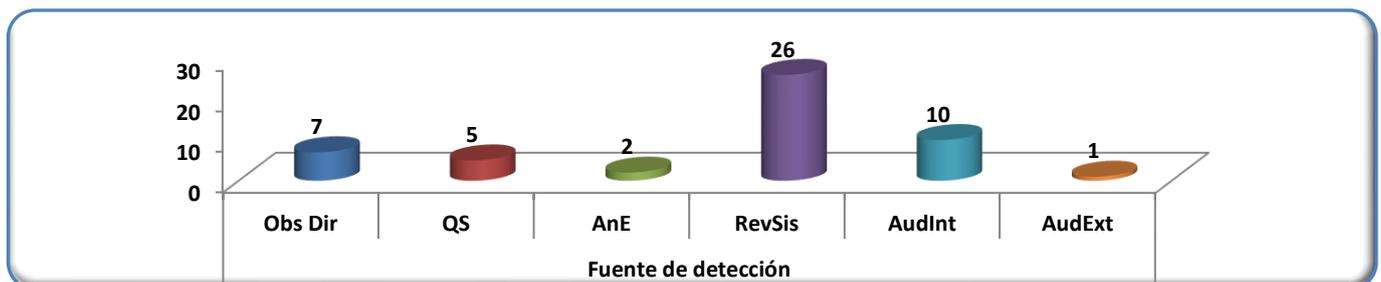
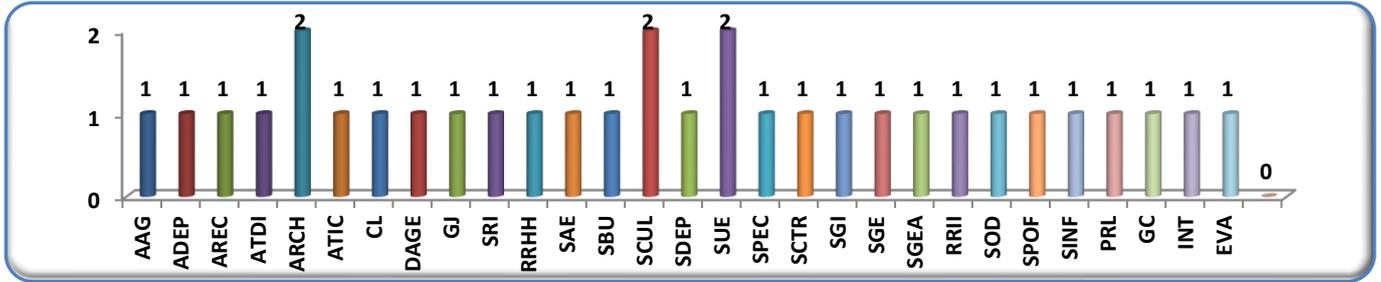


Gráfico 6.1.3 Datos según calidad afectada en las No Conformidades



Gráfico 6.1.4 Datos de número de propuestas de MEJORA derivado del análisis IARS para año siguiente



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

El nº de no conformidades ha bajado enormemente de 44 a 31. El sistema de calidad demuestra su consolidación por la fuertemente implicación de los Servicios.

De las 31 NC se han cerrado 17 con un tiempo máximo de tratamiento de 27 días (Archivo), las demás área han cumplido en plazo en su umbral correspondiente. En cuanto al tiempo de cierre, 1 NC no se han cerrado en su umbral siendo el área de SGI con un máximo de 46 días/40 del umbral.

De las 31 NC, 23 se levantan por la revisión del sistema en las auditorías internas siendo la eficiencia y la innovación las cualidades más afectadas.

Análisis de resultados FINALES

Volvemos a bajar enormemente en el nº de no conformidades de 70 a 48. Demuestra la madurez del sistema y el cumplimiento del sistema.

Hay que valorar la bajada de media de días de tratamiento de 418 a 27 días, siendo ARCH y SRI las áreas que han superado por pocos días el umbral de 15 días

Con respecto a las NC cerradas han sido 35 con respecto del total de 48. La media de días ha sido de 61 cuando el umbral es de 40 días. Han sido las áreas SGI y AREC las que lo han superado con 46 y 61 días respectivamente.

En resumen solo dos áreas son las que habrá que advertir, en particular.

6.2 Quejas y Sugerencias

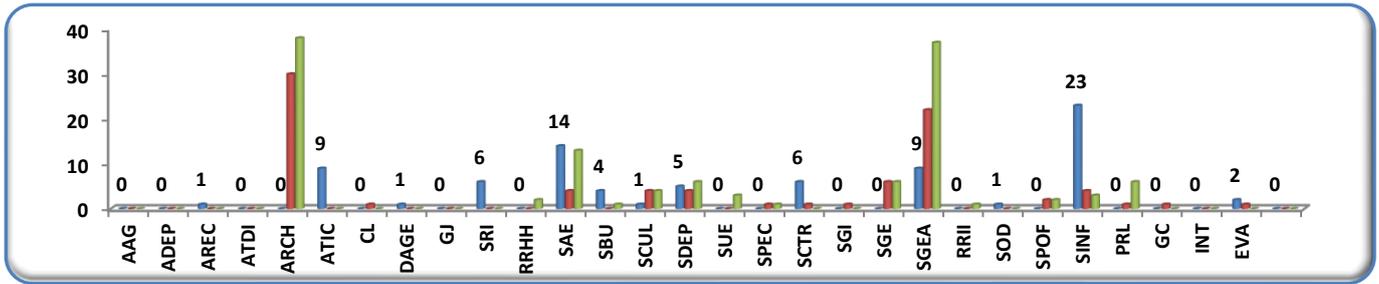
Las Quejas y Sugerencias, junto con las Encuestas de Satisfacción, son input's fundamentales en lo que consideramos la RETROALIMENTACIÓN de los Usuarios. De ellas, más allá de ser una manifestación del estado de satisfacción de nuestros usuarios, son indicativo de planteamientos futuros de mejora.

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

Despliegue de resultados

CóIND	INDICADORES GENERALES	Umbral	Meta	Tendencia
IQ(07)	IQ(07) - Quejas y Sugerencias - Tiempo máximo	15	0	Centinela
IQ(08)	IQ(08) - Quejas y Sugerencias - Número de Quejas con NC	Raiz(P)/10	0	Centinela
IQ(11)	IQ(11) - Quejas y Sugerencias - Satisfacción con Respuesta	3	5	Centinela

CódARE	Tiempo máximo de respuesta en Q/S			Número de Quejas con NC				Satisfacción con la respuesta Q/S					
	Asume	Días	IQ(07)	2023	2022	Quejas	IQ(08)	2023	2022	Satisf	IQ(11)	2023	2022
AAG	0	Sin Valor				0	100%	100%	100%				
ADEP	0	Sin Valor				0	100%	100%	100%				
AREC	1	16	0%	100%		0	100%	100%	100%				
ATDI	0	Sin Valor				0	100%	100%	100%				
ARCH	0	Sin Valor		0%		0	100%	100%	100%				
ATIC	9	11	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%	4,50	100%	100%	100%
CL	0	Sin Valor		100%		0	100%	100%	100%			0%	
DAGE	1	11	100%			0	100%			5,00	100%		
GJ	0	Sin Valor		100%		0	100%	100%	100%				
SRI	7	8	100%			2	100%			3,63	100%		
RRHH	1	3	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%	4,00	100%		
SAE	14	9	100%			0	100%			4,00	100%		
SBU	6	1	100%	100%	100%	3	100%	100%	100%	3,00	100%	0%	0%



• Detalle de los **resultados GLOBALES** de la **SATISFACCIÓN** con la **RESPUESTA** dada a las **QS's**:

- **Ítem 1:** Valore su nivel de satisfacción con el tiempo que se ha tardado en contestar su Q/S.
- **Ítem 2:** Valore su nivel de satisfacción con la respuesta recibida.
- **Valoración:** 1=muy insatisfecho hasta 5=muy satisfecho.

Gráfico 6.2.6 Datos según resultados de encuesta sobre satisfacción con la respuesta dada en Q/S

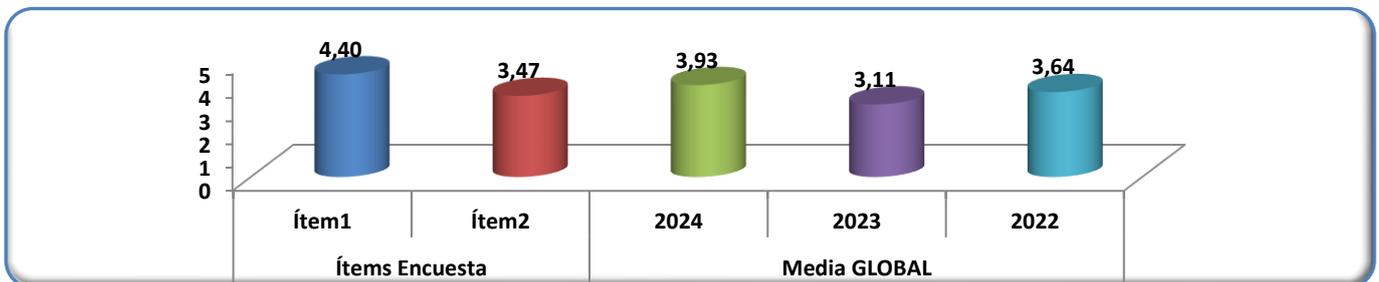
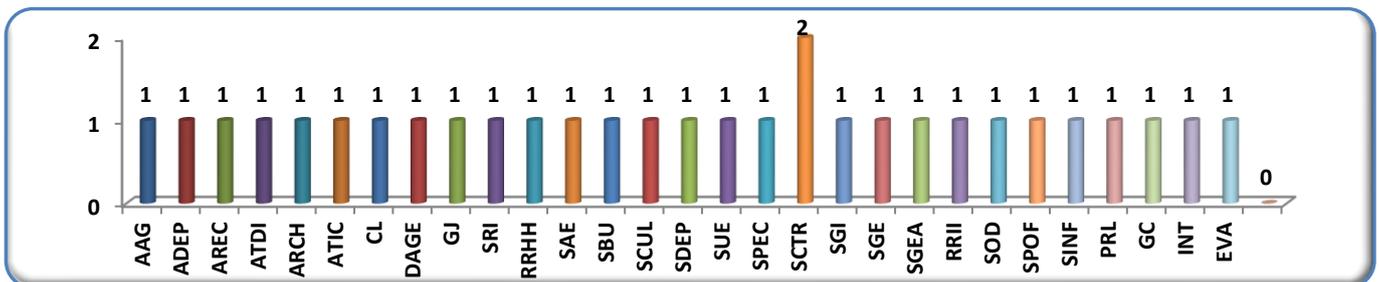


Gráfico 6.2.7 Datos de número de propuestas de MEJORA derivado del análisis IARS para año siguiente



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

El número quejas este semestre ha sido de 48 con respecto a las 54 del año anterior, siendo el sector estudiantes el más activo con 36. Las áreas más afectadas son SINF (ARA) (29). Ha sido la eficiencia la calidad más afectada.

El tiempo para asumir la queja ha sido el correcto, a excepción de AREC y SOD con 16 días, uno por encima. Ha habido 2 Quejas que ha conllevado una NC (SBU y SOD). En cuanto a la satisfacción a la respuesta se ha obtenido una media por encima del umbral con 3,98 sobre 5.

Análisis de resultados FINALES

El nº de quejas ha bajado ligeramente de 107 a 99. El sector que pone más quejas es el sector alumnos con 69. las áreas más afectadas son SINF (27), SAE (14) y SGEA(11).

El tiempo de respuesta ha sido el adecuado. Hay dos áreas que han superado los 15 días (AREC y SOD con 16 días)

Este año si que ha aumentado el nº de NC por las Quejas. Hemos pasado de 2 a 7 NC, siendo SBU con 3NC la que más a tratado sus quejas como un incumplimiento de norma.

En el aspecto de la satisfacción de la respuesta recibida hemos aumentado de 3,11 al 3,93, cerca del 4 que es muy buena noticia

6.3 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 en el INSTRUMENTO: la **VÁLIDEZ** de valoraciones en las respuestas y en la **FIABILIDAD** en su elaboración

Hay dos índices estadísticos que nos muestran la **fiabilidad y validez** del instrumento utilizado: los ítems declarados en la encuesta (fiabilidad) y de los valores obtenidos en las respuestas (validez). Con la configuración de ítems realizada y las respuestas obtenidas se obtienen los siguientes resultados:

FIABILIDAD del instrumento <div style="font-size: 24px; font-weight: bold; text-align: center;">0,943</div>	$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$	VALIDEZ de la respuestas <div style="font-size: 24px; font-weight: bold; text-align: center;">0,944</div>
---	--	---

El cuestionario propuesto es **CORRECTO**

Los datos obtenidos son **VALIDOS**

Resultados en la MUESTRA y VALORACIONES (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

CÓIND	INDICADORES GENERALES	Umbral	Meta	Tendencia
IQ(06)	IQ(06) - Satisfacción - Encuestas OnLine	7,5	10	Centinela
IQ(21)	IQ(21) - Satisfacción - Confianza en la Encuesta	85	100	Centinela
IQ(22)	IQ(22) - Porcentaje de Usuarios Satisfechos >= 7,5	75	100	Centinela

	PAS	PDI	EST	TIT	FUT	EMP	PRO	DEM	OTR	
Población declarada	2583	7053	54894	1265	5050	200	101	1040	2464	74650
Muestra Propuesta	530	1464	2099	140	130	10	59	61	137	4630
Encuestas recibidas	1133	2023	4109	218	109	821	51	444	680	9588

CódARE	Pobla.	USUARIOS Satisfechos				Resultados en la CONFIANZA				Resultados en la VALORACIÓN			
		>=7,5	IQ(22)	2023	2022	Confian	IQ(21)	2023	2022	Satisf.	IQ(06)	2023	2022
AAG	325	97	100%	100%	100%	81%	0%	100%	100%	8,75	100%	100%	100%
ADEP	880	190	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%	9,55	100%	100%	100%
AREC	45	46	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	9,89	100%	100%	100%
ATDI	370	211	100%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	9,56	100%	100%	100%
ARCH	26	25	100%	100%	100%	99%	100%	0%	0%	9,41	100%	100%	100%
ATIC	16274	460	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	9,53	100%	100%	100%
CL	806	226	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	8,21	100%	100%	100%
DAGE	240	10	100%			25%	0%			9,80	100%		
GJ	27	24	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	9,30	100%	100%	100%
SRI	14350	205	100%			88%	100%			8,61	100%		
RRHH	150	240	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,65	100%	100%	100%
SAE	9170	297	100%			94%	100%			8,90	100%		
SBU	5337	495	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	8,98	100%	100%	100%
SCUL	986	903	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,65	100%	100%	100%
SDEP	1900	266	100%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	9,16	100%	100%	100%
SUE	5000	2774	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	8,52	100%	100%	100%
SPEC	205	172	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,35	100%	100%	100%
SCTR	115	54	100%	100%	100%	77%	0%	0%	100%	8,76	100%	100%	100%
SGI	284	134	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%	9,33	100%	100%	100%
SGE	190	242	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,08	100%	100%	100%
SGEA	14350	276	100%			93%	100%			9,07	100%		
RRII	490	146	100%	100%	100%	91%	100%	100%	100%	8,60	100%	100%	100%
SOD	845	36	100%	100%	100%	48%	0%	0%	0%	9,50	100%	100%	100%
SPOF	1205	131	100%			80%	0%			9,23	100%		
SINF	335	172	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	9,33	100%	100%	100%
PRL	245	253	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,19	100%	100%	100%
GC	75	40	100%	100%	100%	71%	0%	0%	100%	8,71	100%	100%	100%
INT	25	21	0%	0%	100%	99%	100%	100%	0%	7,39	0%	100%	100%
EVA	400	196	100%	100%	100%	96%	100%	100%	0%	9,54	100%	100%	100%
SGC	74650	8,95	98%	98%	100%		83%	81%	89%	8,95	98%	100%	100%

Otros resultados agregados

Gráfico 6.3.1 Datos de Satisfacción y Expectativas con tendencias

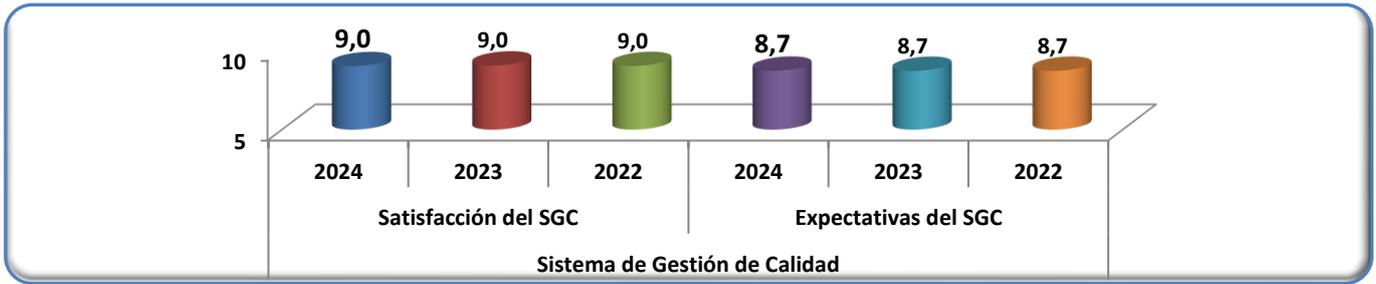


Gráfico 6.3.2 Datos de **Desviación Estándar** en Encuestas de Satisfacción por AREAS

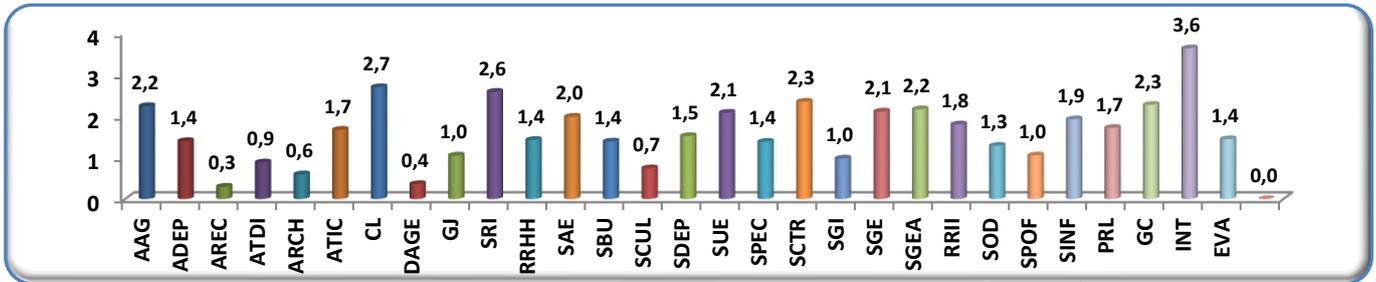


Gráfico 6.3.3 Datos de **Confianza** en la muestra obtenida en Encuestas de Satisfacción

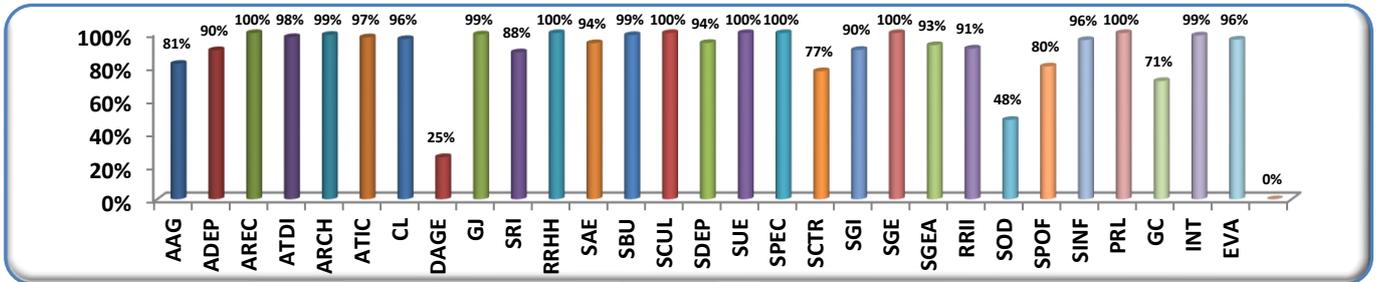


Gráfico 6.3.4 Datos de número de **propuestas de MEJORA** por parte de USUARIOS según CUALIDAD

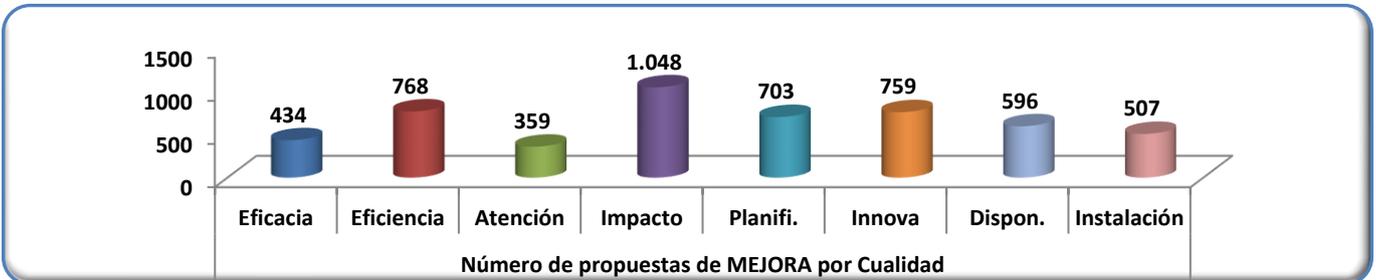
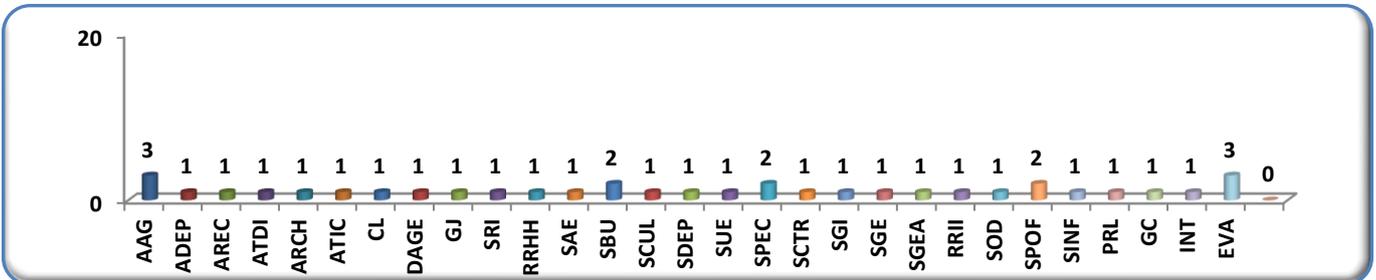


Gráfico 6.3.5 Datos de número de **propuestas de MEJORA** por ÁREA del análisis IARS para **año siguiente**



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

La satisfacción de nuestros usuarios ha sido similar al año pasado 9,24 y por ello hay que felicitarlos, habiendo muchas áreas con valores muy altos. Además un 94% de áreas están por encima del 7,5. En la parte contraria están SGI e INT. Debido a las fechas que estamos todavía estamos en una confianza del 39%, inferior al año pasado 51%.

Hay que reseñar que el SGI ha obtenido una media de 6,61 de valoración y una confianza del 14%. Por el contrario AREC ha obtenido una valoración 10 de una confianza de 26%.

En cuanto a la cualidad más valorada es el impacto, seguida de planificación

Análisis de resultados FINALES

Advertimos pocos círculos rojos en este 2024. La población ha sido muy superior al año anterior de 56512 a 74650 por lo que el esfuerzo por la recogida de encuestas es mucho mayor.

La satisfacción ha sido muy similar a años anteriores con una valoración del 8,95, sobresaliente.

La confianza es un tema recurrente en algunas áreas que no consiguen llegar al 85% de recogida de encuestas. AAG, DAGE, SCTR, SOD, SPOF, GC

En este apartado destacamos el área de INT que debido a su condición de intervención su valoración ha sido muy baja del 7,39 puntos, por debajo del 7,5 mínimo que tenemos establecido como umbral. En 2025 esta área va a ser absorbida por el área AAG.

6.4 Atención al USUARIO (CAU)

Los medios telemáticos cada vez más están sustituyendo 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**

Despliegue de resultados

Leyenda

- **Cola** Número 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
- **SinNE** Total de CAU sin NOTA EXTERNA
- **CAU2** Total de CAU que deberían tener una NOTA EXTERNA

CóIND	INDICADORES GENERALES	Umbral	Meta	Tendencia
IQ(01)	IQ(01) - CAU - % de CAU con Respuesta <=35h	5C-95%	100	Centinela
IQ(02)	IQ(02) - CAU - % de CAU con Nota EXTERNA	Rango	100	Centinela

CódARE	Colas	Notas EXTERNAS =<35h					CAU con Notas EXTERNAS						
		=<35h	CAU1	%	IQ(01)	2023	2022	SinNE	CAU2	%	IQ(02)	2023	2022
AAG	7	902	902	100,0%	100%	100%	100%	0	1073	100,0%	100%	100%	0%
ADEP	2	5	5	100,0%	100%	100%	100%	0	26	100,0%	100%	100%	100%
AREC	1	207	207	100,0%	100%	100%	100%	0	221	100,0%	100%	100%	100%
ATDI	0	0	0					0	0				100%
ARCH	0	0	0					0	0				100%
ATIC	0	0	0					0	0				100%
CL	1	228	228	100,0%	100%	100%	100%	0	241	100,0%	100%	100%	100%
DAGE	1	354	354	100,0%	100%			0	397	100,0%	100%		
GJ	0	0	0					0	0				100%
SRI	4	7500	7500	100,0%	100%			17	7850	99,8%	100%		
RRHH	3	8833	8833	100,0%	100%	100%	100%	0	9192	100,0%	100%	100%	100%
SAE	3	8709	8709	100,0%	100%			30	9581	99,7%	100%		
SBU	1	970	970	100,0%	100%	100%	100%	0	999	100,0%	100%	100%	100%
SCUL	2	81	81	100,0%	100%			0	83	100,0%	100%		
SDEP	1	674	674	100,0%	100%	100%	100%	0	665	100,0%	100%	100%	100%
SUE	2	161	161	100,0%	100%	100%	100%	0	169	100,0%	100%	100%	100%
SPEC	2	598	598	100,0%	100%	100%	100%	0	601	100,0%	100%	100%	100%
SCTR	4	1424	1424	100,0%	100%	0%	100%	0	1476	100,0%	100%	100%	100%
SGI	2	2287	2287	100,0%	100%	0%	100%	0	2686	100,0%	100%	100%	100%
SGE	1	11199	11199	100,0%	100%	100%	100%	0	10940	100,0%	100%	100%	100%
SGEA	14	11267	11267	100,0%	100%			1	12614	100,0%	100%		
RRII	2	9120	9120	100,0%	100%	100%	100%	3	9182	100,0%	100%	100%	67%
SOD	1	801	801	100,0%	100%	100%	100%	0	819	100,0%	100%	100%	100%
SPOF	2	1668	1668	100,0%	100%			0	1736	100,0%	100%		
SINF	2	4778	4778	100,0%	100%			0	5012	100,0%	100%		
PRL	1	676	676	100,0%	100%	100%	100%	0	694	100,0%	100%	100%	100%
GC	0	0	0					0	0				100%
INT	0	0	0					0	0				100%
EVA	1	1915	1915	100,0%	100%	100%	100%	2	1960	99,9%	100%	100%	95%
SGC	60	74357	74357	100,0%	100%	78%	42%	53	78217	99,9%	100%	100%	100%

Otros resultados agregados

Gráfico 6.4.1 Datos de CAU referidos a aspectos de la Nota EXTERNA

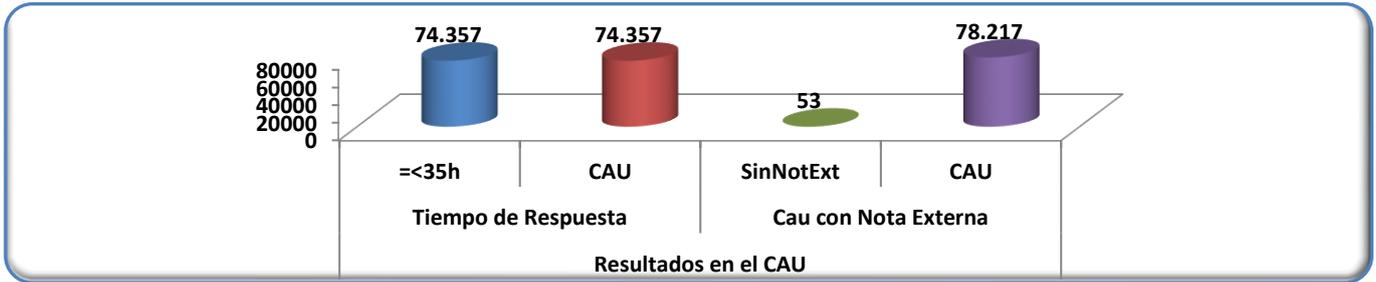
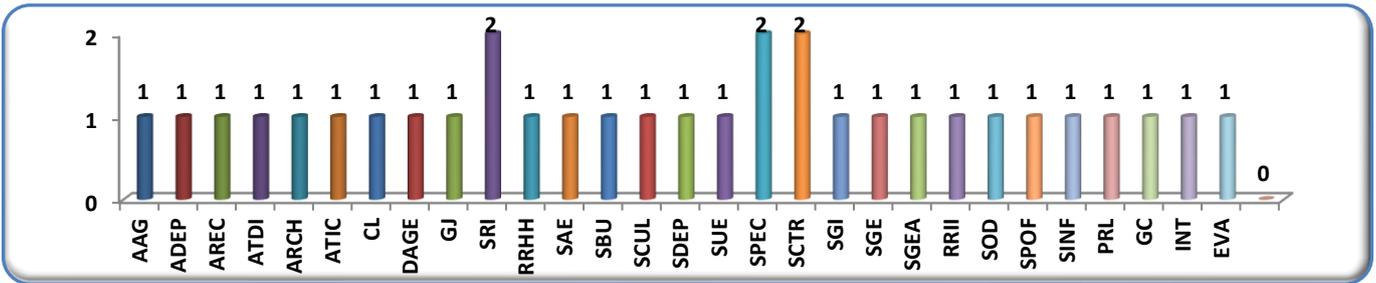


Gráfico 6.4.2 Datos de número de **propuestas de MEJORA** del análisis IARS para año siguiente



Análisis de resultados 1er SEMESTRE

El total de CAU recibidos han sido de 34824. Se destaca el alto nivel de cumplimiento de "IQ(01) CAU Tiempo de Respuesta <35h", con un 100%

También el IQ(2) ha conseguido un alto cumplimiento con el 99,9%. Ha habido 31 CAUs sin nota externa, SAE (25) y SPEC (4), normalmente son tickets mezclados y por errores del correo interno de comunicación con el usuario.

Análisis de resultados FINALES

Los resultados son excelentes en el IQ1 tiempo de respuesta <35 ha sido de un 100%. No ha habido ningún tickets por encima de este umbral. En cuanto al IQ2, algunos tickets sin nota externa es debido a que son mezclados con otros y no es necesaria su nota externa. Sus resultados son de 99,9% otra valoración muy buena.

Este nuevo año se va a eliminar el indicador IQ1 y se va a proponer a las áreas que pongan un indicador por subcola del área. Inicialmente se va a exigir que al menos tenga uno y progresivamente se configuren todos.

6.5 Grupos de DISCUSIÓN

La Encuesta de Satisfacción se ha declarado como instrumento estándar en la vía de entrada en la retroalimentación de los usuarios. No obstante, se ofrece esta **otra vía (Grupos de DISCUSIÓN)** que también puede ayudar a esta tarea del proceso de mejora continua.

Despliegue de resultados

CódARE	Gestión de Grupo de Discusión presente año			Aportaciones año anterior
	Gestión de Grupo	Conclusiones	Mejoras propuestas	Mejoras incorporadas anteriores
AAG	No	0	0	0
ADEP	No	0	0	0
AREC	No	0	0	0
ATDI	No	0	0	0
ARCH	No	0	0	0
ATIC	No	0	0	0
CL	Si	8	1	0
DAGE	Si	1	1	0
GJ	No	0	0	0
SRI	No	0	0	0
RRHH	No	0	0	0
SAE	No	0	0	0
SBU	No	0	0	0
SCUL	No	0	0	0
SDEP	Si	1	1	0
SUE	No	0	0	0

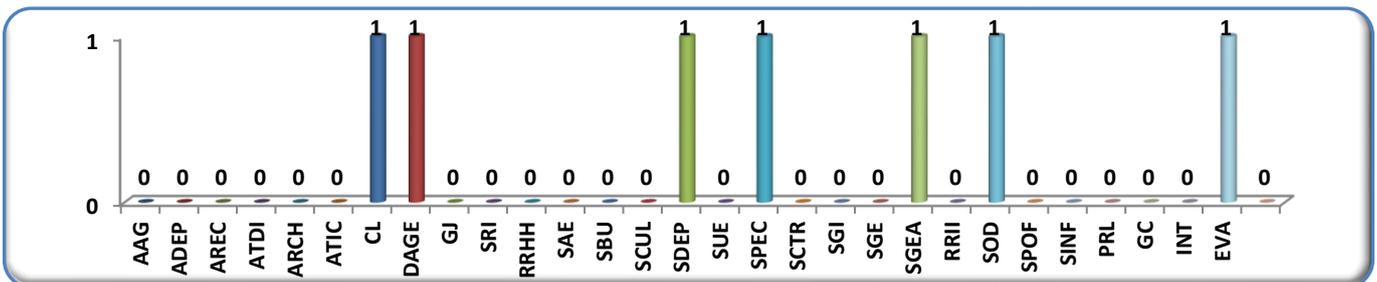
SPEC	Si	2	1	1
SCTR	No	0	0	0
SGL	No	0	0	0
SGE	No	0	0	0
SGEA	Si	1	1	0
RRII	No	0	0	0
SOD	Si	1	1	0
SPOF	No	0	0	0
SINF	No	0	0	0
PRL	No	0	0	0
GC	No	0	0	0
INT	No	0	0	0
EVA	Si	1	1	0
SGC	7 Si	15	7	1

Otros resultados agregados

Gráfico 6.5.1 Datos de la **gestión de Grupos de Discusión** con tendencias



Gráfico 6.5.2 Datos de número de **propuestas de MEJORA** del análisis IARS para año siguiente



Análisis de resultados 1er SEMESTRE (Aportaciones año anterior)

En lo que llevamos de semestre se han realizado 4 grupos de discusión por parte del Centro de Lenguas. El segundo semestre es más fácil organizar nuevos grupos por el inicio del curso.

Análisis de resultados FINALES (Propuestas año siguiente)

El procedimiento operativo de Gestión de Grupos de Discusión lo tenemos que poner en práctica y se ha propuesto realizar los grupos de discusión por sectores en este 2025

7. Resultados en AUDITORÍA

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

7.1 Auditoría EXTERNA

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

Una vez evacuado el informe final de resultados por parte de la empresa certificadora (AENOR), se procede a declarar su inclusión en la zona COMÚN de evidencias en su carpeta correspondiente:

iAE-Informe de Auditoría Externa.pdf disponible

Si

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

Despliegue de resultados

Gestión del PLAN			Número de No Conformidades			Mejoras
CódARE	Rango de fechas	Incluida en Plan	2024	2023	2022	Propuestas
AAG	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	2
ADEP	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	2
AREC	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
ATDI	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
ARCH	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
ATIC	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
CL	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
DAGE	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
GJ	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
SRI	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	2
RRHH	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
SAE	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	2
SBU	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	5
SCUL	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	2
SDEP	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	3
SUE	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
SPEC	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	4
SCTR	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	2
SIGI	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
SGE	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
SGEA	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
RRII	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
SOD	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	4
SPOF	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	3
SINF	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	5
PRL	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	1	0	0	1
GC	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	1
INT	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	2
EVA	18-mar-24 al 22-mar-24	Si	0	0	0	2
SGC		29 Si	1	0	0	55

Otros resultados agregados

Gráfico 7.1.1. Evolución de la inclusión de las ÁREAS en el Plan de Auditoría Externa



Gráfico 7.1.2 Datos de los hallazgos encontrados en Apartados de ISO 9001:2015

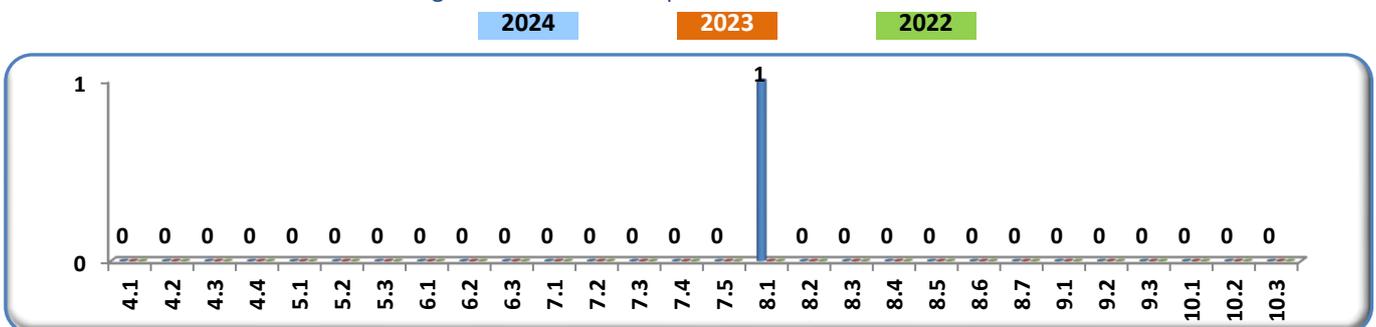


Gráfico 7.1.3. Datos de tendencias de No Conformidades de Auditoría Externa

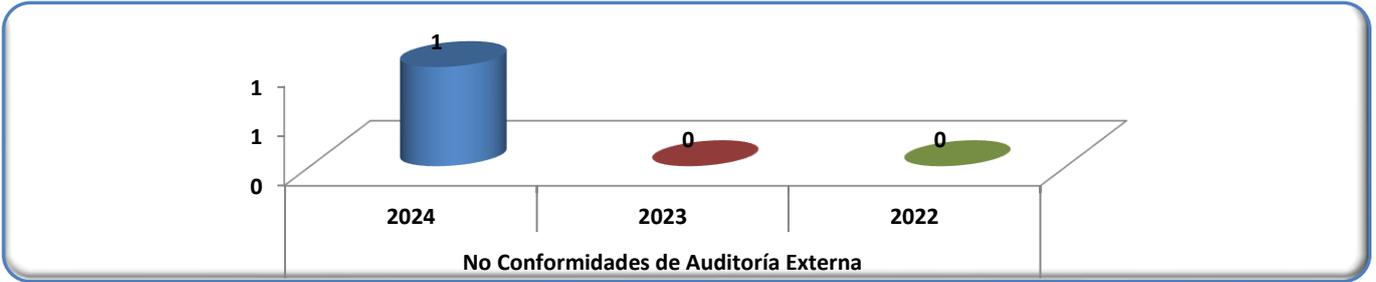


Gráfico 7.1.4 Datos de No Conformidades por Areas

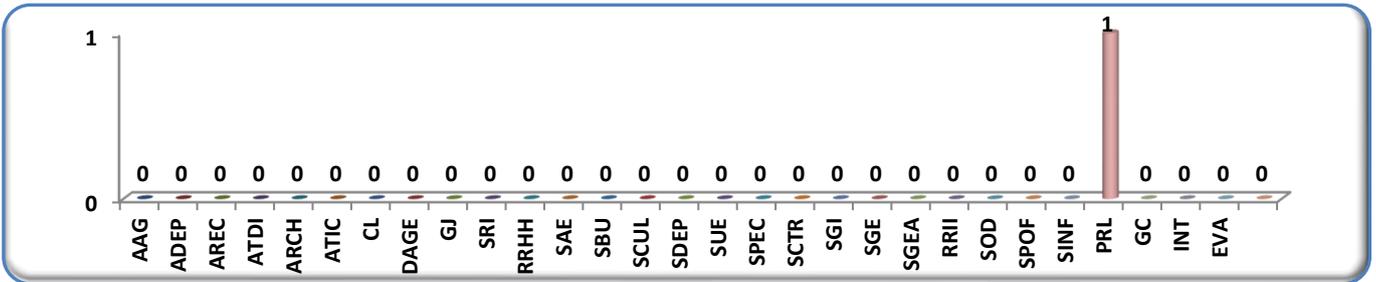
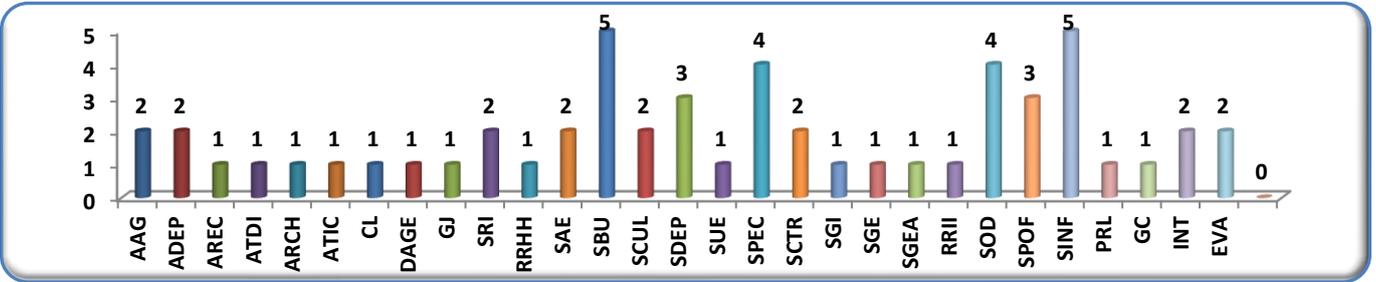


Gráfico 7.1.5 Datos de número de propuestas de MEJORA derivado del análisis IARS para año siguiente



Análisis de resultados FINALES

En el pasado mes de abril se realizó la auditoría externa por parte de AENOR, este año correspondía una Auditoría de Renovación por lo que se han visto implicadas todas las áreas de calidad. Ha sido un total de 29 áreas auditadas. En esta revisión solo se ha detectado una NC en el Servicio de Prevención por los planes de autoprotección en los edificios en situaciones de emergencia.

7.2 Auditoría INTERNA

Por último, al igual que el apartado anterior, la **Auditoría INTERNA** se evidencia como fuente importante para tener referentes de mejora continua. Entre otros motivos, porque este proceso suele ser más exhaustivo.

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

Despliegue de resultados

CódARE	Plan de Auditoría INTERNA			Ejecución del Plan		No Conformidades			Mejoras
	Fecha	Hora	VºBº	VºBº	Fecha	2024	2023	2022	Propuestas
AAG	15/oct/2024	9:30	✓	✓	15/oct/2024	1	0	1	3
ADEP	17/oct/2024	9:15	✓	✓	17/oct/2024	0	0	0	3
AREC	18/oct/2024	9:15	✓	✓	26/nov/2024	0	0	0	3
ATDI	22/oct/2024	9:15	✓	✓	21/oct/2024	0	0	0	3
ARCH	15/oct/2024	9:00	✓	✓	06/nov/2024	2	0	9	5
ATIC	24/oct/2024	9:00	✓	✓	25/oct/2024	0	2	0	1
CL	28/oct/2024	9:00	✓	✓	28/oct/2024	1	0	0	1
DAGE	29/oct/2024	12:00	✓	✓	29/oct/2024	0	0	0	2
GJ	15/oct/2024	9:15	✓	✓	15/oct/2024	0	1	0	2
SRI	23/oct/2024	9:30	✓	✓	23/oct/2024	0	0	0	2
RRHH	06/nov/2024	12:00	✓	✓	12/nov/2024	0	0	0	2
SAE	30/oct/2024	9:00	✓	✓	15/nov/2024	0	0	0	2
SBU	31/oct/2024	12:00	✓	✓	31/oct/2024	0	0	0	5
SCUL	30/oct/2024	9:00	✓	✓	30/oct/2024	2	1	0	2
SDEP	14/nov/2024	9:00 h	✓	✓	14/nov/2024	0	0	0	3

SUE	23/oct/2024	9:15	✓	✓	24/oct/2024	0	0	0	1
SPEC	29/nov/2024	9:15	✓	✓	29/11/2024	0	0	0	3
SCTR	20/nov/2024	9:00	✓	✓	20/nov/2024	0	1	1	3
SGI	05/nov/2024	9:00	✓	✓	05/nov/2024	0	1	1	5
SGE	13/nov/2024	9:00	✓	✓	13/nov/2024	1	0	1	1
SGEA	27/nov/2024	9:00	✓	✓	27/nov/2024	0	0	0	4
RRII	31/oct/2024	9:00	✓	✓	10/dic/2024	1	1	0	3
SOD	21/nov/2024	9:15	✓	✓	21/nov/2024	0	0	0	5
SPOF	08/nov/2024	9:15	✓	✓	08/nov/2024	1	0	0	4
SINF	13/nov/2024	9:00	✓	✓	13/nov/2024	0	0	0	5
PRL	18/nov/2024	9:15	✓	✓	28/nov/2024	0	0	0	2
GC	05/nov/2024	9:15	✓	✓	15/nov/2024	1	0	0	4
INT	07/nov/2024	9:15	✓	✓	07/nov/2024	0	0	0	1
EVA	20/nov/2024	9:00	✓	✓	22/nov/2024	0	0	1	4
SGC			29 Ok	29 Ok		10	7	14	84

Otros resultados agregados

Gráfico 7.2.1. Datos de los hallazgos encontrados en Apartados de ISO 9001:2015

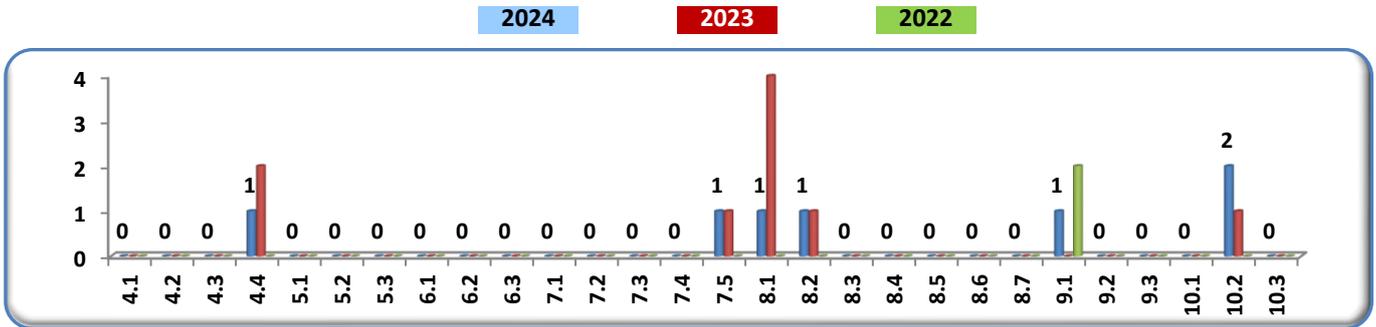


Gráfico 7.2.2. Datos de tendencias de No Conformidades de Auditoría Interna en SGC



Gráfico 7.2.3. Datos de No Conformidades por Areas

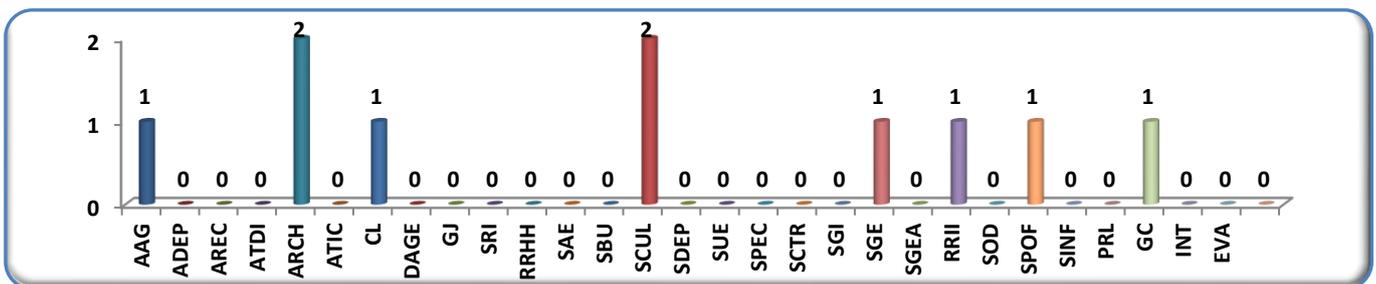
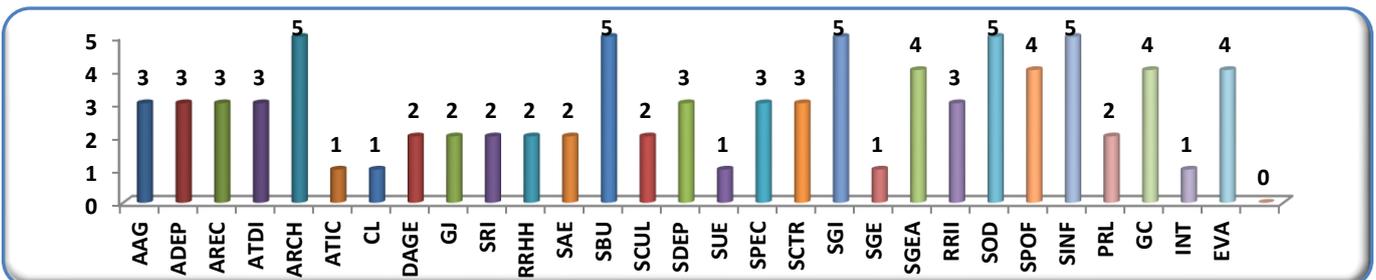


Gráfico 7.2.4 Datos de número de propuestas de MEJORA derivado del análisis IARS para año siguiente



Análisis de resultados FINALES

Entre octubre y diciembre se han desarrollado las auditorías internas de las áreas.
Las no conformidades levantadas han sido similares a años anteriores (10)

El cuadro de hallazgos se ha vuelto a resumir para que sea más ágil la auditoría.

Este año se ha elevado a 84 propuestas de mejora, superior al 2023 con 65. Ha sido muy variado entre todas las áreas, con 5 propuestas encontramos ARCH, SBU, SGI, SDO y SINIF.

Fecha aprobación de los resultados SEMESTRALES (Seguimiento)

lunes, 22 de julio de 2024

Fecha aprobación de los resultados FINALES

jueves, 13 de marzo de 2025