

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Administración y Servicios
Sistema de Gestión de Calidad

ÁREA
Servicio de Deportes

iCS Informe-Acta de Resultados de la Carta de Servicios

Año

2025

Periodo del INFORME

Anual

Elaborado y aprobado

Comité Interno de Calidad del Área

Fecha del Informe

lunes, 16 de febrero de 2026



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	Competiciones Internas
Pr-02	Actividades
Pr-03	Competiciones Externas
Pr-04	Comunicación
Pr-05	Gestión de instalaciones deportivas
Pr-06	Gestión de ayudas a estudiantes deportistas

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

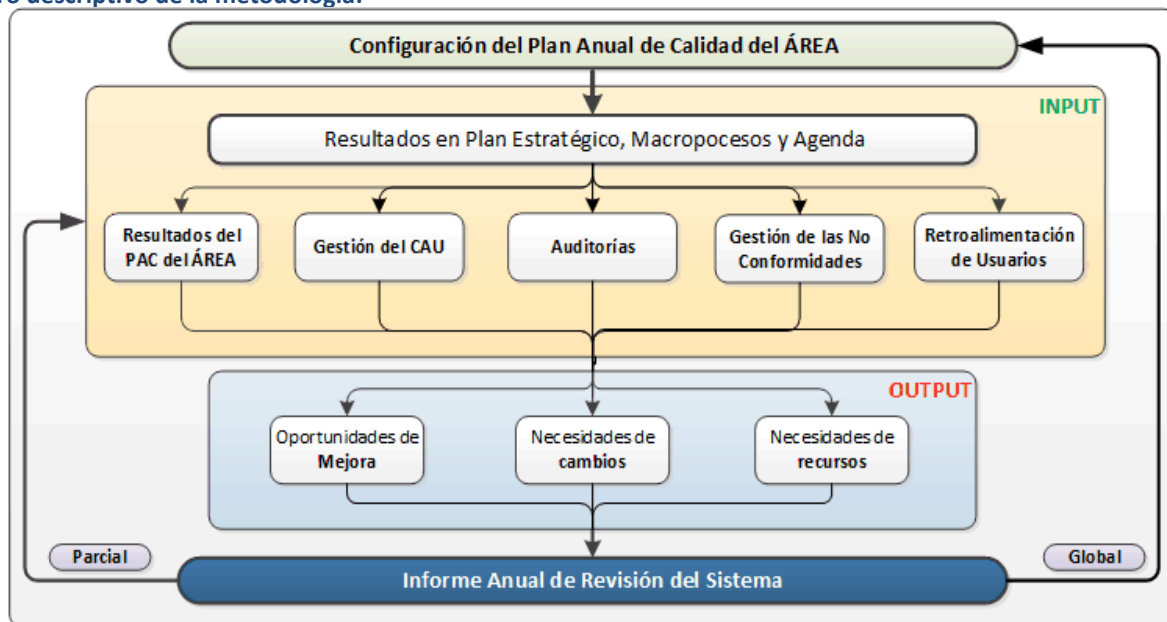
Cuestiones, entre otras, a tener en cuenta al proceder al análisis de cada uno de las ENTRADAS según el momento

- **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 y Carta de Servicios (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 (**mese de enero 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 tratamieneto** 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

Pablo Martínez Martínez
Pedro J. Nuñez Teruel
Manuel J. Rodríguez Rodríguez
Manuel Calvo Gonzalez

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

Pablo Martínez Martínez
Pedro J. Nuñez Teruel
Manuel J. Rodríguez Rodríguez
Manuel Calvo González

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	10/feb	7/mar	✓
Elaborar Plan Anual de Calidad	10/feb	7/mar	✓
Elaborar o revisar la Carta de Servicios	10/feb	7/mar	✓
Enterado con resultados de AUDITORÍA EXTERNA	1/abr	30/abr	✓
1er Check Resultados Parciales	19/may	30/may	✓
Medición PARCIAL de Indicadores y Acciones	1/jul	18/jul	✓
Elaborar Informe SEMESTRAL de Resultados	1/jul	18/jul	✓
2do Check Resultados Parciales	3/nov	14/nov	✓
Enterado de resultados de AUDITORÍA INTERNA	1/oct	28/nov	✓
Medición ANUAL de Indicadores y Acciones	7/ene	16/feb	✓
Elaborar Informe ANUAL de Resultados	7/ene	16/feb	✓

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

Análisis de causas de posibles incidencias en ejecución de AGENDA

La Agenda de Calidad se ha cumplido en todos tus items y fechas

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 Avanzar hacia la plena implantación de políticas relacionadas con			
OE1.2 Mejorar y aumentar las oportunidades y medidas en materia de ig	1	100%	11%
OE1.3 Fomentar el sentimiento de pertenencia y cercanía de la UAL con s	1	100%	100%
OE1.4 Generar un Campus modelo de desarrollo integral, sostenible y efi			

OE1.5 Potenciar los hábitos saludables, la prevención, el bienestar físico	3	82%	17%
OE2.1 Impulsar el liderazgo social y cultural de la UAL en toda la provincia			
OE2.2 Aumentar y mejorar la transferencia e intercambio de conocimientos			
OE2.3 Mejorar la empleabilidad de los estudiantes y egresados incrementando			
OE2.4 Fomentar la cultura emprendedora en la comunidad universitaria			
OE3.1 Aumentar y modernizar el mapa de titulaciones oficiales y propias			
OE3.2 Incrementar el compromiso con la innovación docente y mejorar la			
OE3.3 Posicionar a la UAL como referente en su entorno para la formación			
OE3.4 Promover la formación del PDI para garantizar la excelencia docente			
OE3.5 Adecuar y mejorar los recursos para docentes y estudiantes a las necesidades			
OE4.1 Incrementar la captación de recursos, tanto mediante proyectos como			
OE4.2 Reforzar el protagonismo de la Biblioteca como elemento clave en la			
OE4.3 Simplificar y mejorar la gestión integral de la investigación			
OE4.4 Potenciar y reconocer la excelencia, interdisciplinariedad y el reconocimiento			
OE5.1 Implementar y desarrollar los proyectos contemplados por UNIGRA			
OE5.2 Mejorar la oferta de movilidad académica y profesional internacional			
OE5.3 Aumentar y mejorar la presencia de la UAL en redes internacionales			
OE5.4 Fomentar la proyección internacional bidireccional de los estudiantes			
OE6.1 Situar a las personas en el centro de la toma de decisiones de la UAL			
OE6.2 Aumentar la eficiencia y eficacia de los procesos administrativos y			
OE6.3 Avanzar hacia el modelo Smart Campus mediante la consolidación			

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

Se ha mantenido el mismo despliegue en OE que en el periodo anterior. Se mantiene la situación de déficit de personal que impide la implantación de algunas de las medidas previstas.

5.3 Política de Calidad

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

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

No se detecta ninguna posible mejora a la Política de Calidad.

5.4 MacroProcesos

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

Proceso		Tipo	MacPro
Pr-01	Competiciones Internas	Clave	MP-09
Pr-02	Actividades	Clave	MP-09
Pr-03	Competiciones Externas	Clave	MP-09
Pr-04	Comunicación	Clave	MP-09
Pr-05	Gestión de instalaciones deportivas	Clave	MP-02
Pr-06	Gestión de ayudas a estudiantes deportistas	Clave	MP-09

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	3	2	5
MP-03	Gestión de los procesos selectivos, del desarrollo y seguimiento de la actividad profesional	0	0	0	0
MP-04	Gestión de los recursos documentales, de la información y del conocimiento, y el asesoramiento	0	0	0	0
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, organigramas	0	0	0	0
MP-09	Gestión administrativa de actividades universitarias extra-académicas y servicios con	0	15	19	45
Totales (89 registros)		0	18	21	50

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	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Se ha mantenido el mismo despliegue de los MacroProcesos que en el periodo anterior.

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 sobrevenida 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

No se producido ninguna nueva situación o situación sobrevenida que haya afecto al análisis del contexto.

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

No hay variación en cuanto a la declaración de las Partes Interesadas.

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**.

	Valor	Umbral	Meta	%Cump
Carta de SERVICIOS				
Cp-01 Publicar la programación cuatrimestral de actividades deportivas a 15 de se				100%
2430 31. Publicación del Prog. AFD	0	10	0	100% ✓
Cp-02 Alcanzar una valoración de la satisfacción de las actividades de al menos 8 :				67%
2423 24. Valoración de las actividades en Competiciones Internas	9,28	8	10	100% ✓
2442 43. Valoración de las actividades de Naturaleza	4,73	8	10	0% ✓
2425 26. Valoración de las actividades en competiciones externas	8,85	8	10	100% ✓
2435 36. Valoración de las actividades de formación deportiva	9,2	8	10	100% ✓
NC 2443 44. Valoración de las actividades de Salud	7,69	8	10	0% ✓
2444 45. Valoración de las actividades de Aprendizaje Deportivo	10	8	10	100% ✓
Cp-03 Informar sobre las actividades ofertadas en al menos 12 publicaciones men				100%
2445 46. Número medio de publicaciones mensuales por redes sociales	13,5	12	22	100% ✓
Cp-04 Responder las solicitudes de reserva de instalaciones en un plazo inferior a				100%
2426 27. Tratamiento de solicitudes de reservas ID	0,54	3	0	100% ✓
Cp-05 Habilitar una media de mas de 2 horas diarias de tarde en cada espacio dep				0%
NC 2446 47. Horas de reserva libre diarias realizadas en las instalaciones	32,26	9	18	0% ✓
Cp-06 Ofertar al menos 3 programas de actividades que permitan la convalidaciór				56%
2433 34. Programas que permiten la convalidación por créditos	7	3	10	100% ✓
2416 11. Valoración de becas y ayudas (créditos, ayudas y otros)	7,22	7	9	11% ✓
Cp-07 Alcanzar una participación femenina de al menos un 40% en competiciones				0%
NC 2413 40. % de participación femenina en competiciones externas	39,1	40	60	0% ✓



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	6	6	83%	1	6	0	6	80%	1	
Cp-03	1	1	0%	1	1	0	1	100%	0	
Cp-04	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0	
Cp-05	1	1	0%	1	1	0	1	0%	1	
Cp-06	2	2	56%	0	2	0	2	56%	0	
Cp-07	1	1	0%	0	1	0	1	0%	1	
7	13	13	48%	3	13	0	13	60%	3	

Tendencias			
Cumplimiento	2025	2024	2023
	60%	83%	86%

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Nos encontramos con 3 incidencias, que paso a detallar. En el caso del Ind 43 es debido a que sólo se ha recibido 1 encuestas, por lo que el valor no es significativo. En el siguiente periodo se incrementará la recogida.

Sobre las otras dos incidencias se han abierto 2 NC. Una referida al Ind 47 ya indicada anteriormente, y otra referida al Ind 40, debido a motivos deportivos de clasificación al CEU.

Análisis de resultados FINALES

El grado de cumplimiento ha sido del 60%, debido fundamentalmente a los mismos indicadores expuestos en el apartado de Plan de Control (se aperturan NC). Además el Ind 40 de participación femenina, se ha visto afectado por la circunstancia de clasificación para CEU solo de equipos masculinos y ninguno femenino.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad (Introducir solo 1 por línea)

Eliminar Ind 43 al no disponer de actividades en naturaleza durante 25/26

Eliminar Ind 11 por la dificultad de medición.

Se modifica el Ind 47, que se eliminar, para pasar a medir tiempos de resolución de reservas.

Fecha aprobación de los resultados SEMESTRALES (seguimiento)

jueves, 10 de julio de 2025

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, 16 de febrero de 2026

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

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