

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Administración y Servicios
Sistema de Gestión de Calidad

ÁREA
Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad

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

viernes, 6 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	Gestión y Administración del Sistema de Gestión de Calidad de los Servicios
Pr-02	Evaluación de la Actividad Docente (DOCENTIA)
Pr-03	Seguimiento y renovación de la Acreditación de los Títulos Oficiales
Pr-04	Gestión y Administración de los Sistemas de Garantía de Calidad Académica
Pr-05	Administración de las Quejas y Sugerencias
Pr-06	Gestión del Conocimiento
Pr-08	Tramitación de Solicitudes de Información (Unidad de Datos)
Pr-09	Gestión de Grupos de Discusión

3. Método de control y análisis de datos

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

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

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

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

A partir de aquí, teniendo como referentes al **Plan Estratégico y la Política de Calidad** del SGC, el Área reunirá el conjunto de entradas necesarias para el correcto análisis de los resultados y propuestas de mejora.

Estos **ENTRADAS**, con carácter general, son las siguientes:

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

- **CAU: Centro de Atención al Usuario**
Conjunto de datos referidos a notas externas y tiempos de gestión de CAU.

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

- **Oportunidades de Mejora**
Mejoras como consecuencia del análisis de datos para ser implementadas en el próximo PAC
- **Necesidad de cambios en el SGC**
Propuestas de modificaciones en el SGC; por ejemplo, cambios en el repositorio documental, modificación de alcance, procesos, ...
- **Necesidad de recursos**
Necesidad de recursos ya sean humanos, materiales o de infraestructura para el óptimo desempeño

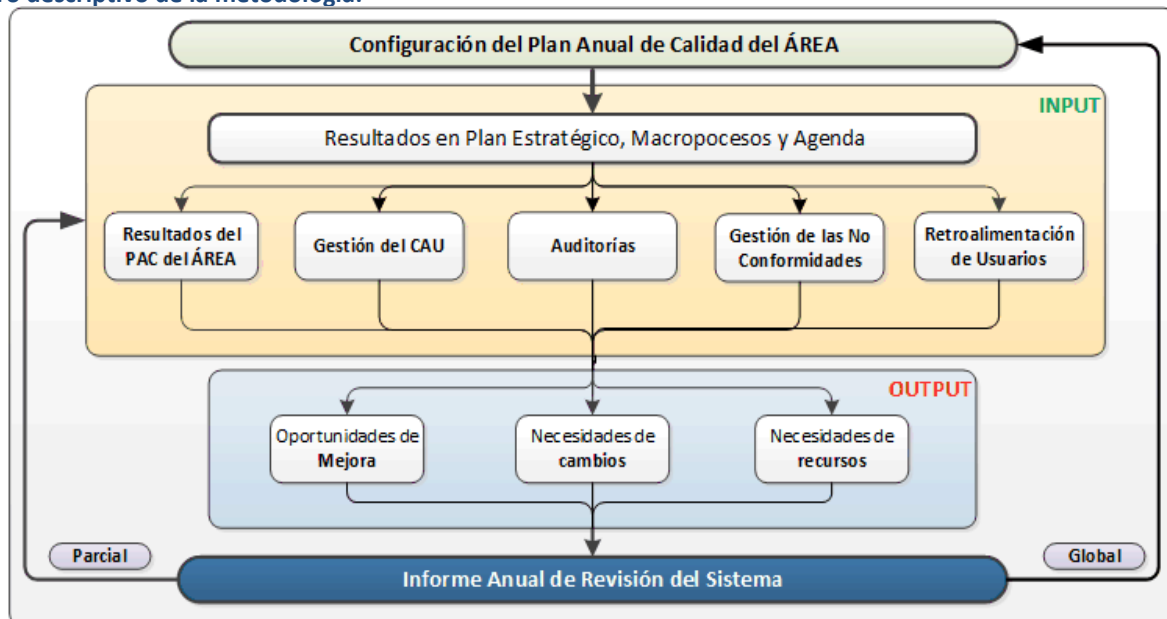
Cuestiones, entre otras, a tener en cuenta al proceder al análisis de cada uno de las ENTRADAS según el momento

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

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

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

Cuadro descriptivo de la metodología:



Puntos de control del Sistema de Gestión de Calidad

- **1er Check:** toma de conciencia de resultados generales: NC, QS, CAU y Satisfacción (**mes de abr-may**)
- **Semestral:** análisis de resultados, tanto generales como particulares del ÁREA, en el primer semestre. 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 tratamineto** de la pertinente No Conformidad. La fuente de detección sería:

- **Acción preventiva:** por **OBSERVACIÓN DIRECTA**
- **Acción correctiva:** por **REVISIÓN DEL SISTEMA**

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

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

4. Comité Interno de Calidad del ÁREA

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

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

Carmen Cruz
Miguel Ángel García
M^a Soledad Zamora
Isabel Calvo
Manuel Linares
Emilio del Castillo
Jorge Márquez
Carmen Martín
Ramón Iglesias

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

Carmen Cruz
Miguel Ángel García
M^a Soledad Zamora
Isabel Calvo
Manuel Linares
Emilio del Castillo
Jorge Márquez
Carmen Martín
Ramón Iglesias

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

Se ha cumplido con todos los items's de la agenda. No se propone cambios de fechas al SGC.

Hay que señalar que por indicación de la administración del SGC se esta procediendo a medir y analizar los resultados después del despliegue del PAC 2026.



Para el año 2026 sería conveniente controlar la ejecución de tareas de agenda a nivel de DpO.

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			
OE1.3 Fomentar el sentimiento de pertenencia y cercanía de la UAL con			
OE1.4 Generar un Campus modelo de desarrollo integral, sostenible y efi			
OE1.5 Potenciar los hábitos saludables, la prevención, el bienestar físico			
OE2.1 Impulsar el liderazgo social y cultural de la UAL en toda la provinci			
OE2.2 Aumentar y mejorar la transferencia e intercambio de conocimien			
OE2.3 Mejorar la empleabilidad de los estudiantes y egresados incremen			
OE2.4 Fomentar la cultura emprendedora en la comunidad universitaria			
OE3.1 Aumentar y modernizar el mapa de titulaciones oficiales y propias	3	100%	100%
OE3.2 Incrementar el compromiso con la innovación docente y mejorar l			
OE3.3 Posicionar a la UAL como referente en su entorno para la formaci			
OE3.4 Promover la formación del PDI para garantizar la excelencia docer			
OE3.5 Adecuar y mejorar los recursos para docentes y estudiantes a las r			
OE4.1 Incrementar la captación de recursos, tanto mediante proyectos c			
OE4.2 Reforzar el protagonismo de la Biblioteca como elemento clave en			
OE4.3 Simplificar y mejorar la gestión integral de la investigación			
OE4.4 Potenciar y reconocer la excelencia, interdisciplinariedad y el reco			
OE5.1 Implementar y desarrollar los proyectos contemplados por UNIgre			
OE5.2 Mejorar la oferta de movilidad académica y profesional internacio			
OE5.3 Aumentar y mejorar la presencia de la UAL en redes internaciona			
OE5.4 Fomentar la proyección internacional bidireccional de los estudian			
OE6.1 Situar a las personas en el centro de la toma de decisiones de la U			
OE6.2 Aumentar la eficiencia y eficacia de los procesos administrativos y	3	69%	0%
OE6.3 Avanzar hacia el modelo Smart Campus mediante la consolidación	1	100%	0%

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

Ha habido pocos objetivos con resultados que nos puedan llevar a un análisis y toma de decisiones. Por lo tanto, el impacto en el PE ha sido mínimo.

Para el año 2026, con la entrada de la DpO, se podrá conseguir un mayor impacto en el PE ya que los Objetivos que aquí se asocian tienen que ejecutarse sí o sí.

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

Se propone al SGC adecuar la Política de Calidad a la entrada de la DpO en 2026.

5.4 MacroProcesos

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

Proceso	Tipo	MacPro
Pr-01 Gestión y Administración del Sistema de Gestión de Calidad de los Servicios	Clave	MP-04
Pr-02 Evaluación de la Actividad Docente (DOCENTIA)	Clave	MP-03
Pr-03 Seguimiento y renovación de la Acreditación de los Títulos Oficiales	Clave	MP-07
Pr-04 Gestión y Administración de los Sistemas de Garantía de Calidad Académica	Clave	MP-07



Pr-05	Administración de las Quejas y Sugerencias	Clave	MP-04
Pr-06	Gestión del Conocimiento	Apoyo	MP-04
Pr-08	Tramitación de Solicitudes de Información (Unidad de Datos)	Clave	MP-04
Pr-09	Gestión de Grupos de Discusión	Clave	MP-04

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

MacroProceso	Traza	Entrada	Interno	Salida	
MP-01	0	0	0	0	
MP-02	0	0	0	0	
MP-03	1	8	0	2	
MP-04	1	14	19	23	
MP-05	0	0	0	0	
MP-06	0	0	0	0	
MP-07	0	27	3	36	
MP-08	0	0	0	0	
MP-09	0	0	0	0	
Totales (134 registros)		2	49	22	61

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	1	0	0	0	0	0	1
MP-04	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
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	1	0	0	0	1	0	2

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

No ha habido ampliación del alcance en los procesos. Por lo tanto se mantiene estable los Registros (entrada-internos-salida) y las relaciones entre MacroProcesos.

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 sobrenvenida 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

El contexto del SPEC puede verse afectado por la entrada de la DpO. Esto puede generar Amenazas o Debilidades que antes NO existían. También, puede afectar na nueva versión de la ISO 9001. Será conveniente revisar estos aspectos en el PAC 2026.

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 se ha modificado 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**.

Carta de SERVICIOS	Valor	Umbral	Meta	%Cump
--------------------	-------	--------	------	-------



Cp-01 Resolvemos el 90% de las consultas por CAU sobre SGC de Servicios en me					100%	
3200 Número de CAU's gestionados en tiempo (Calidad de los Servicios)	96,3	90	100		100%	✓
Cp-02 Presentamos los informes al Comité Calidad de los Servicios con 3 días de a					100%	
3204 Disposición de documentación Comité de Calidad	3	0	3		100%	✓
Cp-03 Enviamos el Informe Anual de Satisfacción de Usuarios a las áreas antes del					100%	
3209 Disposición de informe de resultados satisfacción	3	0	20		100%	✓
Cp-04 Enviamos los Autoinformes revisados de Seguimiento/Renovación antes de					100%	
3229 Tiempo de envío de Autoinformes revisados de Acreditación/ Seguimient	3,89	6	0		100%	✓
Cp-05 Enviamos los Informes Individuales de Satisfacción con la labor docente ant						
3228 Tiempo de entrega de Informes Individuales PDI deTítulo Oficiales		15	0			SV ✓
Cp-06 Asignamos las Quejas /Sugerencias a las áreas en un máximo de 3 días hábi					100%	
3246 Tiempo máximo de asignación de Quejas/Sugerencias	3	3	0		100%	✓
Cp-08 Respondemos a peticiones de datos en una media de 8 días y de 14 como n					100%	
3211 Solicitudes de información tramitadas en plazo -Udatos-	93,26	92	100		100%	✓
3215 Tiempo medio de resolución de CAUs en Unidad de Datos	2,9	8	0		100%	✓
Cp-09 Gestionamos al menos 1 Grupos de Discusión para las Áreas					100%	
3206 Grupos de Discusión gestionados	1	1	10		100%	✓
Cp-10 Atendemos a incidencias en DOCENTIA en un plazo medio de 4 días					100%	
3216 Tiempo medio de resolución de CAUs en DOCENTIA	0,53	4	0		100%	✓

Cód	Cumplimiento PARCIAL INDICADORES				Cumplimiento FINAL INDICADORES				
	Total	Mdos	%Cum	Incident	Total	Mbles	Mdos	%Cum	nc
Cp-01	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0
Cp-02	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0
Cp-03	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0
Cp-04	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0
Cp-05	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0
Cp-06	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0
Cp-08	2	2	100%	0	2	0	2	100%	0
Cp-09	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0
Cp-10	1	1	100%	0	1	0	1	100%	0
9	10	10	100%	0	10	0	10	100%	0

Tendencias			
Cumplimiento	2025	2024	2023
	100%	100%	68%

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

No remitimos a lo manifestado en el Plan de Control.

Análisis de resultados FINALES

Con carácter general se han conseguido todos los estándares establecidos a excepción: Ind. 3228--> SV. debido a la baja laboral de larga duración de Carmen Cruz que era la persona que llevaba directamente este proceso. Las tareas fueron asumidas por personal del SPEC pero se ha resentido y no se dispone de registros de control sobre la entrega de informes al PDI (fecha). Se sabe que el proceso se ha concluido pero no de la fecha.

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

- Control particularizado de evidencias para el control de indicadores
- Mejorar, en su caso, los umbrales-meta de los indicadores que muestren recorrido

7.6 Estado de la Dirección por Objetivos

La Dirección por Objetivos en el área ofrece resultados segmentados por grupos de personas de los objetivos colectivos planteados. Estos resultados se alimentan de los ya obtenidos en el Plan Anual de Calidad, tanto a nivel de indicadores como de acciones. Por lo tanto, el análisis que se propone pretende encontrar cuestiones específicas más allá de lo ya analizado en el PAC.

DpO en datos...	
Número de trabajadores	9
Número de Grupos de Trabajadores	7
Número de Objetivos planteados	11
Estado actual de la DpO	1
Incidencias	✓
Número de trabajadores de consecución BAJA	0
Número de trabajadores de consecución MEDIA	0



Número de trabajadores de consecución ALTA	0
Fecha de conformidad del Responsable	12-mar
Fecha de conformidad de la Gerencia	15-mar
Fecha de control del Seguimiento de la DpO	16-jul
Fecha de control Anual de la DpO	06-feb

1ra Toma de conciencia de resultados parciales de la Dirección por Objetivos

Fecha de la 1ra toma de conciencia

miércoles, 21 de mayo de 2025

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

X

Análisis de resultados 1er SEMESTRE de la Dirección por Objetivos

No hay dirección por objetivos aún. El modelo e instrumento sufrirán cambios en el 2do semestre.

2da Toma de conciencia de resultados parciales de la Dirección por Objetivos

Fecha de la 2da toma de conciencia

miércoles, 5 de noviembre de 2025

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

Se espera realizarlo en la siguiente anualidad

Fecha aprobación de los resultados SEMESTRALES (seguimiento)

miércoles, 16 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

viernes, 6 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