

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Administración y Servicios  
Sistema de Gestión de Calidad

ÁREA  
Sistema de Gestión de Calidad

IARS - Informe ANUAL de Resultados

Año  
**2025**

Periodo del INFORME  
**Enero a Diciembre**

Aprobado

Comité de Calidad del SGC

Fecha del Informe

viernes, 20 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 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	3,97
ADEP	Apoyo a Departamentos	2,37
AREC	Apoyo a Rectorado	2,59
ATDI	Apoyo Técnico a Docencia e Investigación	3,22
ARCH	Archivo General	2,82
ATIC	Area de Tecnologías de la Información y la Comunicación	5,09
CL	Centro de Lenguas de la UAL	2,86
DAGE	Dirección del Área de Gestión Académica y Apoyo al Estudiante	1,44
GJ	Gabinete Jurídico	2,06
SRI	Servicio Admon. Electrónica, Registro e Información General	6,11
RRHH	Servicio de Gestión de Recursos Humanos	3,69
SAE	Servicio de Asistencia al Estudiante	3,93
SBU	Servicio de Biblioteca Universitaria	5,89
SCUL	Servicio de Cultura	3,60
SDEP	Servicio de Deportes	4,32
SUE	Servicio de Empleabilidad y Políticas Sociales	4,60
SPEC	Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad	3,09
SCTR	Servicio de Gestión de Contratación Pública	3,06
SGI	Servicio de Gestión de la Investigación y Proyectos	4,47
SGE	Servicio de Gestión Económica	4,24
SGEA	Servicio de Gestión Expediente Académico	5,11
RRII	Servicio de Movilidad y Promoción Internacional	4,35
SOD	Servicio de Planes de Estudio y Ordenación Académica	3,16
SPOF	Servicio de Posgrado y Formación Continua	3,66
SINF	Servicio Gestión de las Infraestructuras	3,76
PRL	Servicio Prevención de Riesgos Laborales	2,70
GC	Unidad de Comunicación	2,09
EVA	Unidad de Enseñanza Virtual	1,74

### 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:

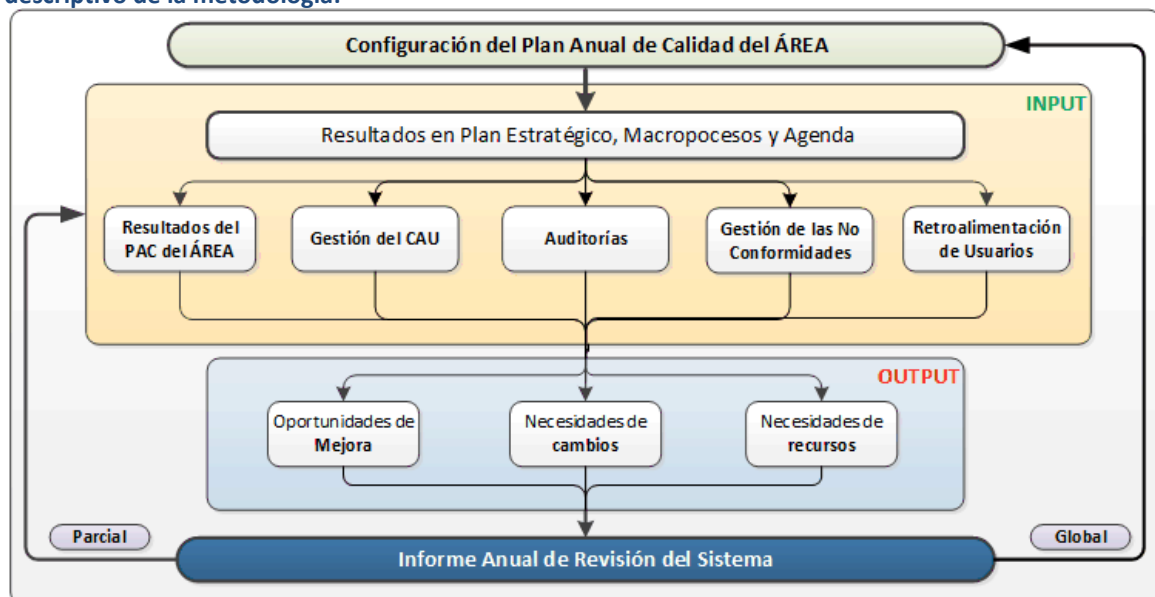
- **Resultados de IARS del año anterior**  
Resultados en los distintos Planes Operativos en el año anterior (para analizar tendencias)
- **Informe de Quejas y Sugerencias de Servicio/Área**  
Detalle de las Q/S en distintas agrupaciones del Área
- **Resultados en el Plan Estratégico**  
Conjunto de 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:

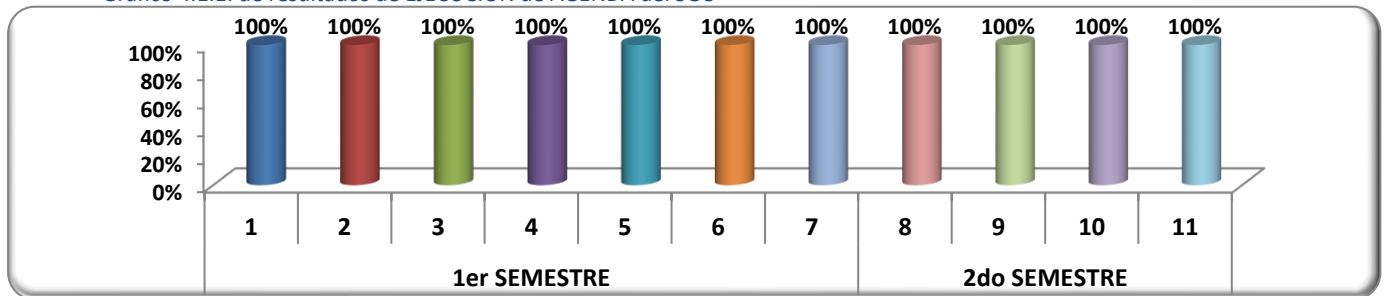
Nº	Operación de agenda	Desde	Hasta	✓
1	Elaborar el Manual de Calidad	10-feb-25	07-mar-25	✓
2	Elaborar Plan Anual de Calidad	10-feb-25	07-mar-25	✓
3	Elaborar o revisar la Carta de Servicios	10-feb-25	07-mar-25	✓
4	Enterado con resultados de AUDITORÍA EXTERNA	01-abr-25	30-abr-25	✓
5	1er Check Resultados Parciales	19-may-25	30-may-25	✓
6	Medición PARCIAL de Indicadores y Acciones	01-jul-25	18-jul-25	✓
7	Elaborar Informe SEMESTRAL de Resultados	01-jul-25	18-jul-25	✓
8	2do Check Resultados Parciales	03-nov-25	14-nov-25	✓
9	Enterado de resultados de AUDITORÍA INTERNA	01-oct-25	28-nov-25	✓
10	Medición ANUAL de Indicadores y Acciones	07-ene-26	16-feb-26	✓
11	Elaborar Informe ANUAL de Resultados	07-ene-26	16-feb-26	✓

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%	✓
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

En este semestre se ha cumplido, por las áreas, el 100% todas las acciones programadas. En este semestre es cuando se realizan la mayor parte del diseño de nuestro sistema y tenemos que destacar que en este periodo de julio hay muchas áreas con mucha carga de trabajo y agrader su esfuerzo por cumplir plazos.

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

Todas las áreas han cumplido la agenda de calidad sin incidentes. Este año ha habido un cambio de fechas debido a la DPO, habiendose aumentado las mediciones del 31 de enero habitual al 16 de febrero de 2026.

## 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 Avanzar hacia la plena implantación de políticas relacionadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la ac	2	50%
OE1.2 Mejorar y aumentar las oportunidades y medidas en materia de igualdad, inclusión, diversidad y conciliación	1	11%
OE1.3 Fomentar el sentimiento de pertenencia y cercanía de la UAL con sus grupos de interés a través de una comunic	3	94%
OE1.4 Generar un Campus modelo de desarrollo integral, sostenible y eficiente en infraestructuras, movilidad y calidad	1	90%
OE1.5 Potenciar los hábitos saludables, la prevención, el bienestar físico y emocional y fomentar y facilitar la práctica d	1	17%
OE2.1 Impulsar el liderazgo social y cultural de la UAL en toda la provincia y reforzar el papel protagonista del estudian	2	83%
OE2.2 Aumentar y mejorar la transferencia e intercambio de conocimiento y la divulgación científica	1	94%
OE2.3 Mejorar la empleabilidad de los estudiantes y egresados incrementando los recursos destinados a las prácticas y	1	64%
OE2.4 Fomentar la cultura emprendedora en la comunidad universitaria	1	0%
OE3.1 Aumentar y modernizar el mapa de titulaciones oficiales y propias acorde a las necesidades y demandas de nue	1	100%
OE3.2 Incrementar el compromiso con la innovación docente y mejorar los métodos de evaluación	0	
OE3.3 Posicionar a la UAL como referente en su entorno para la formación a lo largo de toda la vida	0	
OE3.4 Promover la formación del PDI para garantizar la excelencia docente y científica	1	100%
OE3.5 Adecuar y mejorar los recursos para docentes y estudiantes a las necesidades presentes y futuras	3	84%
OE4.1 Incrementar la captación de recursos, tanto mediante proyectos competitivos nacionales e internacionales com	1	0%
OE4.2 Reforzar el protagonismo de la Biblioteca como elemento clave en la docencia, la investigación y la transferenci	2	13%
OE4.3 Simplificar y mejorar la gestión integral de la investigación	1	100%
OE4.4 Potenciar y reconocer la excelencia, interdisciplinariedad y el reconocimiento internacional de nuestra activida	1	100%
OE5.1 Implementar y desarrollar los proyectos contemplados por UNIGreen	0	
OE5.2 Mejorar la oferta de movilidad académica y profesional internacionales	1	100%
OE5.3 Aumentar y mejorar la presencia de la UAL en redes internacionales y promover la cooperación internacional	0	
OE5.4 Fomentar la proyección internacional bidireccional de los estudiantes y el personal de la UAL, aumentando las c	0	
OE6.1 Situar a las personas en el centro de la toma de decisiones de la UAL fomentando la transparencia	1	100%

OE6.2	Aumentar la eficiencia y eficacia de los procesos administrativos y de gestión incrementando su valor añadido	<b>14</b>	<span style="color: green;">■</span> <b>70%</b>
OE6.3	Avanzar hacia el modelo Smart Campus mediante la consolidación digital de la UAL	<b>1</b>	<span style="color: red;">■</span> <b>0%</b>

Gráfico 4.2.1. de tendencias de cumplimiento con el Plan Estratégico

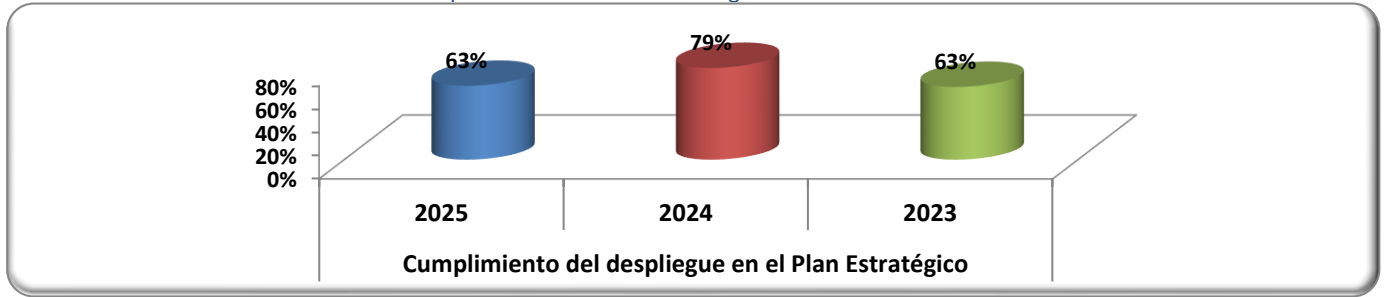
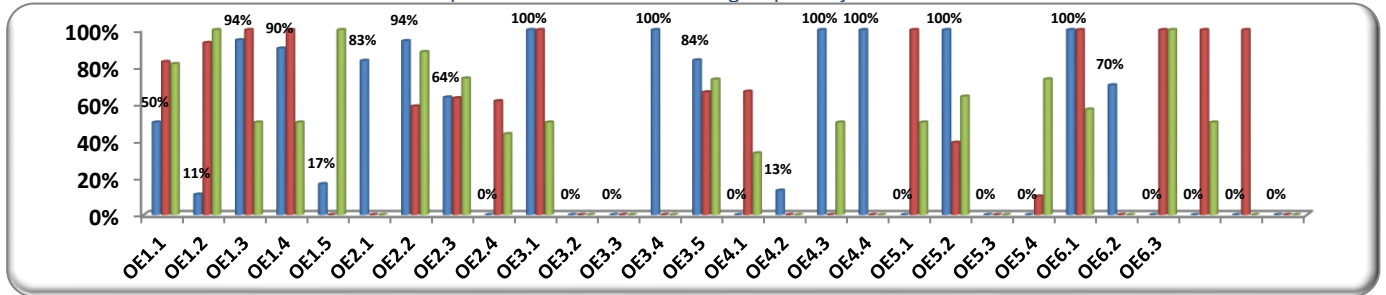


Gráfico 4.2.2. de tendencias de cumplimiento con el Plan Estratégico por Objetivos



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

Debido al cambio de plan estratégico se ha observado que se ha bajado del 79% al 63% el número de objetivos estratégico utilizados y siendo efectivos en su ejecución. Habrá que incentivar el cumplimiento de los objetivos de mejora para el año 2026 con la nueva dirección por objetivos

### 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

Con la puesta en marcha de la carrera horizontal del personal se ha abierto nuevos procesos que engloba la calidad de los servicios administrativos

### 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

<b>MP-01</b>	Gestión económica, de la contratación, del patrimonio e inventario
<b>MP-02</b>	Gestión de las infraestructuras, espacios, instalaciones y equipamientos
<b>MP-03</b>	Gestión de los procesos selectivos, del desarrollo y seguimiento de la actividad profesional y de los derechos laborales
<b>MP-04</b>	Gestión de los recursos documentales, de la información y del conocimiento, y el asesoramiento técnico de naturaleza especializada
<b>MP-05</b>	Gestión del apoyo administrativo para el ejercicio de la actividad docente e investigadora y de transferencia de resultados
<b>MP-06</b>	Gestión del apoyo técnico para el ejercicio de la actividad docente e investigadora
<b>MP-07</b>	Gestión administrativa y de prestación de servicios de apoyo para el desarrollo de la actividad académica
<b>MP-08</b>	Gestión del apoyo administrativo a cargos académicos y órganos de gobierno, organización de eventos y de la comunicación
<b>MP-09</b>	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	1	1	1	2	0	0	0	4	2	11
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	5	6
SUE	0	0	0	1	0	0	0	0	8	9
SPEC	0	0	1	5	0	0	2	0	0	8
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	3	1	0	4
SPOF	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
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
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	2	0	0	6	0	12
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	1	0	0	0	2	0	4
MP-09	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
9 MacPro	13	0	7	14	2	0	0	21	0	57

### Despliegue de los MacroProcesos en las ÁREAS

Sigue la misma trazabilidad entre procesos de las áreas. Para 2026 se han incorporado dos nuevas áreas OPEI y OTRI

## 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	2025	2024	2023	2025	2024	2023	
AAG	4	4	14	0	50%		100%	100%	85%	0	67%	100%	40%
ADEP	2	2	8	0			65%	100%	25%	0	25%	100%	100%
AREC	2	2	4	2	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
ATDI	2	2	5	2	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	100%	99%
ARCH	2	2	5	0			89%	88%	60%	0	78%	50%	0%
ATIC	2	2	6	2	98%	100%	100%	100%	18%	0	100%	100%	60%
CL	2	2	8	2	100%	100%	100%	100%	83%	0	100%	80%	50%
DAGE	4	9	32	0			66%	83%		0		100%	
GJ	3	3	5	3		100%	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SRI	3	3	13	1			52%	70%		0	72%	26%	
RRHH	3	3	6	3	85%	51%	89%	50%	78%	0	94%	81%	100%

SAE	3	3	9	0	67%	78%	0	34%	67%				
SBU	3	13	13	13	44%	4%	73%	76%	100%	77%			
SCUL	5	5	12	1	58%	100%	83%	100%	100%	80%			
SDEP	6	7	10	2	55%	5%	81%	75%	100%	88%			
SUE	5	7	21	2	100%	0%	100%	100%	52%	54%			
SPEC	7	7	36	4	100%	100%	82%	97%	80%	85%			
SCTR	2	2	3	0	75%	25%	75%	100%	89%	90%			
SGI	4	4	11	4	75%	25%	98%	84%	13%	15%			
SGE	5	5	17	0	56%	92%	56%	92%	95%	23%			
SGEA	4	6	32	6	50%	81%	92%	51%	0	26%			
RRII	2	2	5	0	100%	100%	100%	100%	63%	50%			
SOD	6	6	12	4	77%	63%	86%	83%	77%	63%			
SPOF	4	4	11	4	78%	78%	79%	77%	0	77%			
SINF	2	2	5	0	50%	98%	50%	100%	0	0%			
PRL	1	1	3	0	100%	67%	100%	100%	0	100%			
GC	3	3	5	0	100%	100%	100%	100%	50%	75%			
EVA	2	2	7	0	67%	83%	67%	88%	0	75%			
<b>SGC</b>	<b>93</b>	<b>113</b>	<b>318</b>	<b>55</b>	<b>76%</b>	<b>67%</b>	<b>84%</b>	<b>84%</b>	<b>78%</b>	<b>0</b>	<b>69%</b>	<b>69%</b>	<b>67%</b>

Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.1.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

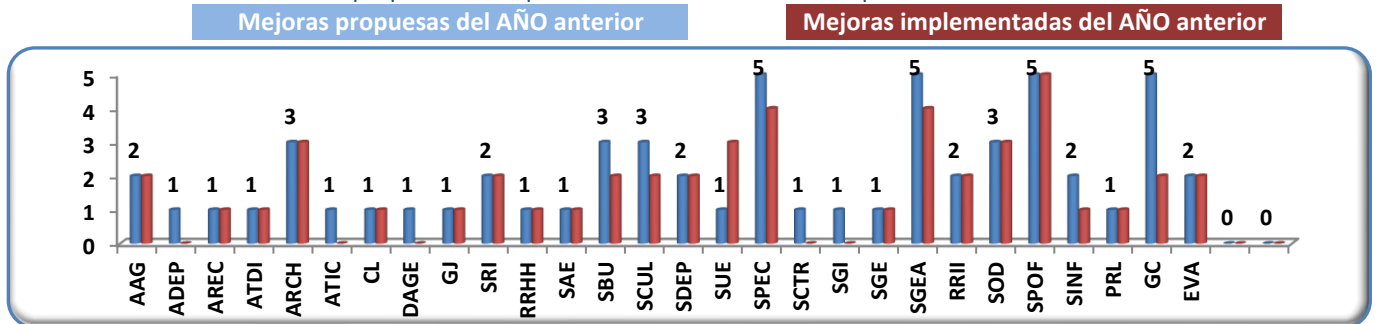


Gráfico 5.1.2 Resultados de MEDICIONES PARCIALES realizadas en el SGC



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

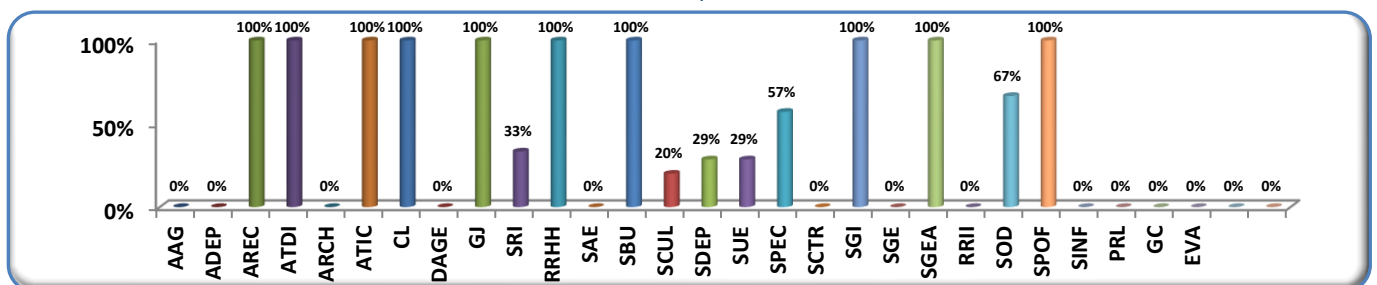
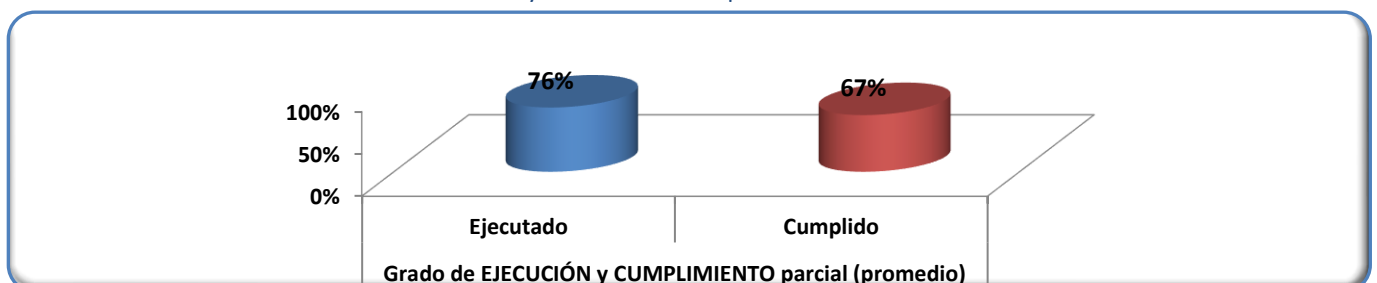


Gráfico 5.1.4 Resultados de EJECUCIÓN y CUMPLIMIENTO parcial en el SGC



Este año se han implementado más objetivos de mejora que el año anterior de 87 a 93 por lo que han aumentado las acciones e indicadores correspondientes. En esta medición parcial se ha ejecutado un 74% algo superior al año pasado.

En cuanto al cumplimiento también hemos mejorado con un 63% superior al año pasado que obtuvimos un 55%.

### Otros resultados agregados FINALES

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

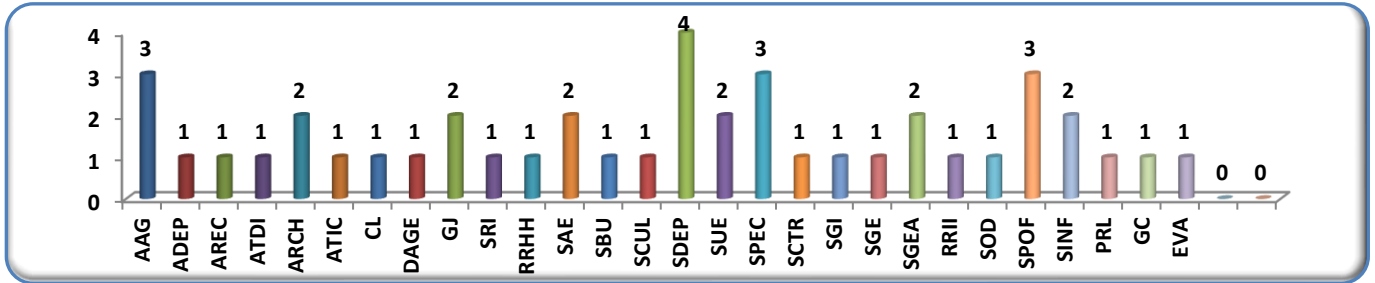


Gráfico 5.1.6 Resultados de número de MEDICIONES FINALES realizadas en el SGC

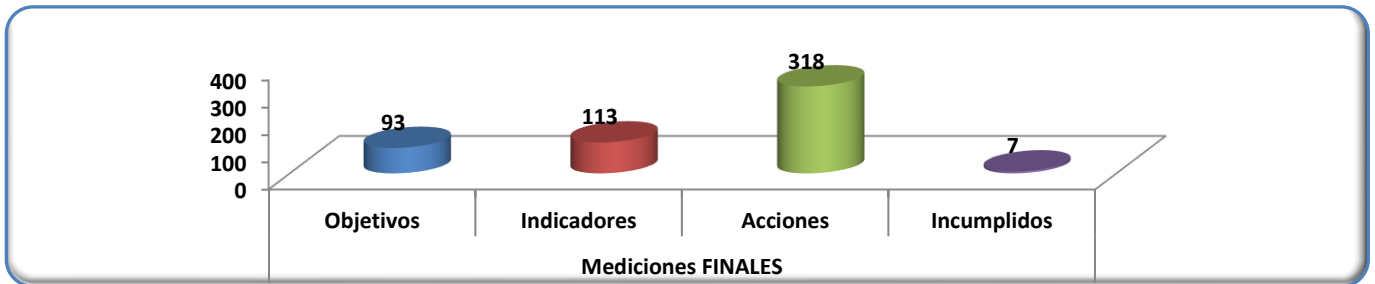
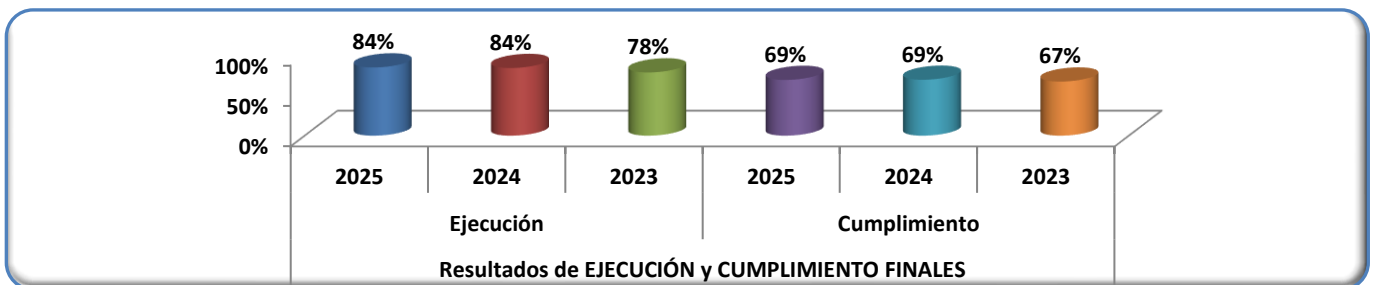


Gráfico 5.1.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC con tendencias



### Análisis de resultados FINALES

Este año ha aumentado el nº de objetivos, acciones e indicadores con respecto 2024 aunque la ejecución de las acciones y cumplimiento de los indicadores han resultado el mismo porcentaje de 84% y 69%, respectivamente.

Hay muchas áreas con el planteamiento de un solo objetivo de mejora para el curso siguiente esto cambiará por la introducción de la DPO

## 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	2025	2024	2023
AAG	11	19	19	97%	94%	96%	100%
ADEP	1	4	4	100%	100%	100%	100%
AREC	4	7	7	100%	100%	100%	100%
ATDI	2	10	10	100%	100%	100%	100%
ARCH	4	7	7	100%	100%	50%	50%
ATIC	3	10	10	83%	100%	100%	84%
CL	2	5	5	83%	100%	100%	100%

DAGE	1	2	2	2	0%	2	0%	100%	
GJ	2	3	3	0	100%	0	100%	100%	
SRI	4	8	8	1	100%	1	85%	77%	
RRHH	5	13	13	0	93%	0	100%	100%	
SAE	4	10	10	2	75%	2	81%	100%	
SBU	10	31	31	4	66%	4	80%	90%	
SCUL	5	16	16	1	96%	1	96%	100%	
SDEP	6	20	20	2	70%	2	74%	95%	
SUE	9	16	16	0	74%	0	78%	87%	
SPEC	8	19	19	0	100%	0	100%	97%	
SCTR	4	11	11	0	87%	0	98%	100%	
SGI	8	18	18	0	100%	0	100%	94%	
SGE	3	8	8	1	67%	1	83%	100%	
SGEA	3	11	11	1	100%	1	85%	73%	
RRII	4	11	11	0	100%	0	96%	96%	
SOD	4	9	9	0	100%	0	100%	80%	
SPOF	2	5	5	0	100%	0	100%	100%	
SINF	3	7	7	1	80%	1	93%	93%	
PRL	6	8	8	0	100%	0	100%	68%	
GC	1	4	4	0	100%	0	100%	75%	
EVA	1	4	4	0	100%	0	100%	100%	
<b>SGC</b>	<b>120</b>	<b>296</b>	<b>296</b>	<b>15</b>	<b>88%</b>	<b>15</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>	<b>94%</b>

Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.2.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

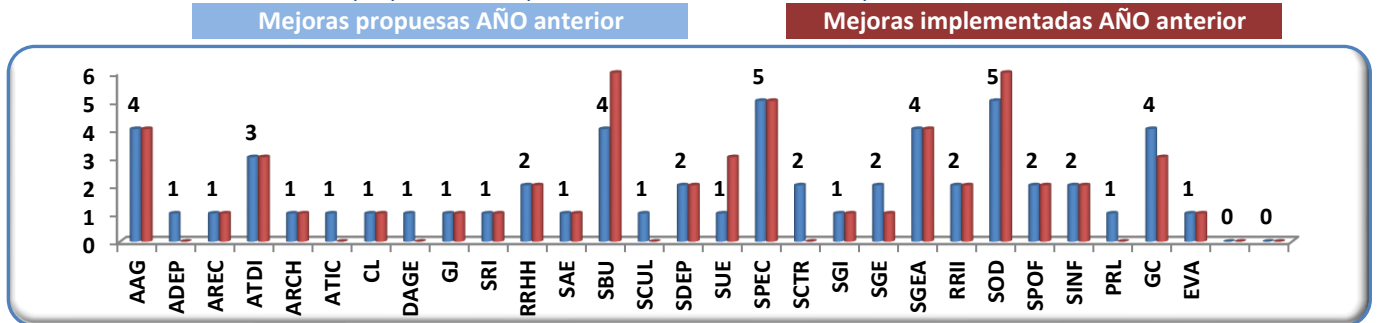


Gráfico 5.2.2 Resultados de MEDICIONES PARCIALES en el SGC

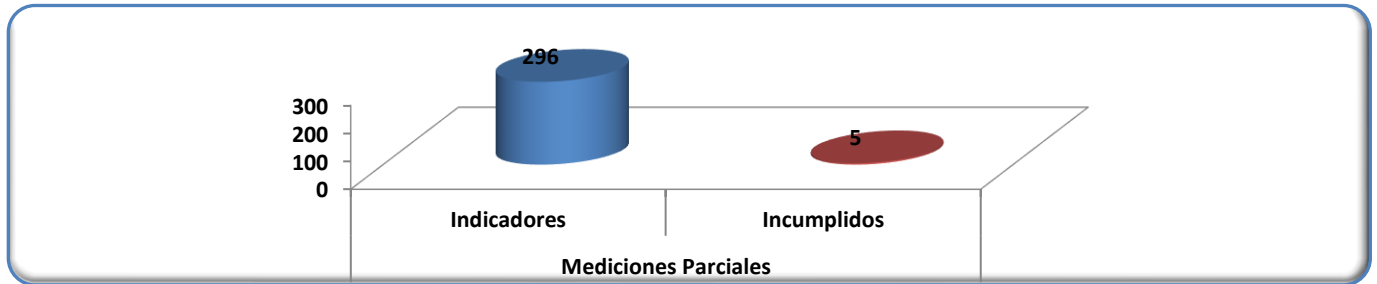


Gráfico 5.2.3 PORCENTAJE de MEDICIONES parciales en INDICADORES sobre las totales por ÁREAS

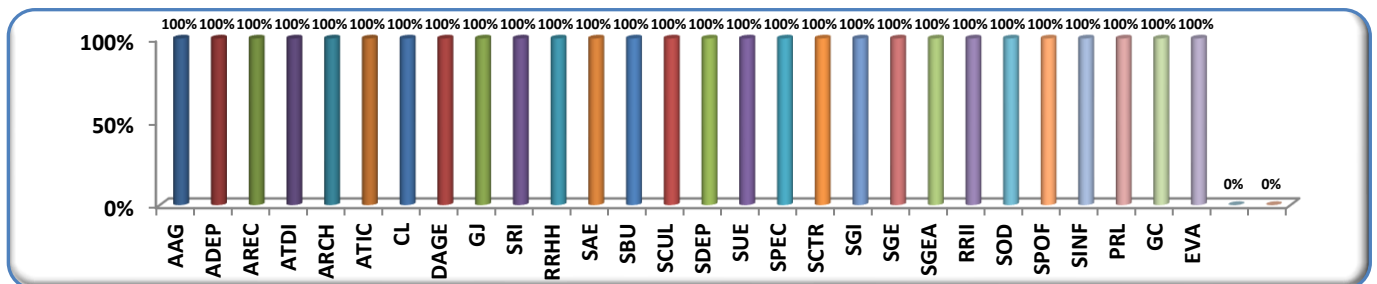
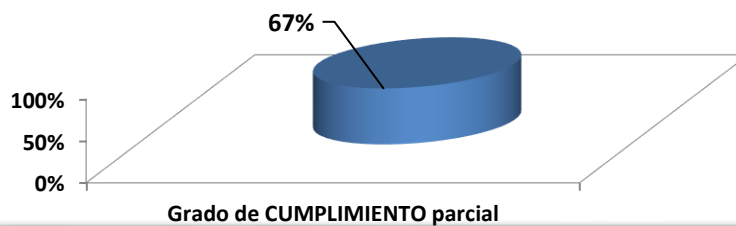


Gráfico 5.2.4 Resultados de CUMPLIMIENTO parcial del SGC



### Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Como viene ocurriendo en todo lo referente al Plan de Control se muestra un alto grado de cumplimiento parcial de un 88 y solo 4 NC debido a el incumplimiento de sus indicadores respectivos. El año anterior fue del 87% por lo que seguimos en buena dirección.

Habrà que esperar a la medición anual para determinar la eficacia de los indicadores específicos de las áreas

### Otros resultados agregados FINALES

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

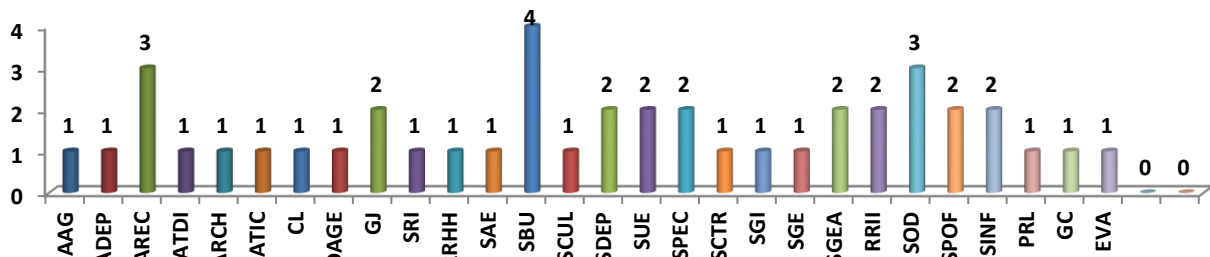
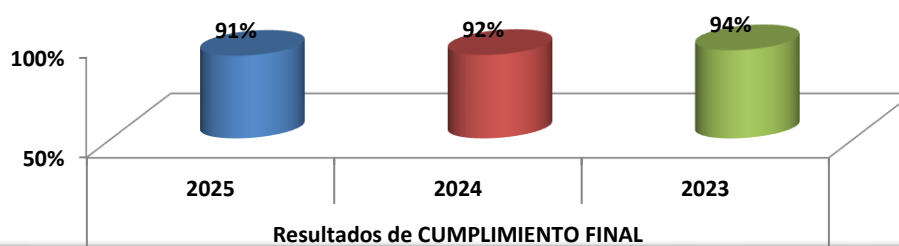


Gráfico 5.2.6 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



Gráfico 5.2.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



### Análisis de resultados FINALES

Como viene ocurriendo habitualmente, el plan de control tiene un alto grado de cumplimiento muy similar a años anteriores. Ha aumentado de 115 a 120 los procesos y de 271 a 296 los indicadores a medir

En cuanto a los incumplimientos hemos bajado algo de 17 a 15. Son datos a considerar aunque muchos de ellos son de tiempos de resolución de Cau que hemos implantado este año 2025

### 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.	🚩	%Cum	Elabora	InfTéc	Aprob.	🚩	2025	2024	2023		
AAG	7	7	7	✓	0	97%	feb-25	abr-25	may-25	✓	0	82%	100%	100%
ADEP	3	3	3	✓	0	100%	feb-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	100%
AREC	4	4	4	✓	0	100%	feb-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	100%
ATDI	3	3	3	✓	0	100%	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	88%	feb-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	75%
CL	4	4	4	✓	0	55%	mar-25	abr-25	may-25	✓	0	80%	81%	88%
DAGE	2	2	2	✓	0	0%	feb-25	abr-25	may-25	🚩	2	0%	100%	
GJ	2	2	2	✓	0	100%	feb-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	100%
SRI	5	6	6	✓	0		mar-25	abr-25	may-25	🚩	1	75%	65%	
RRHH	4	4	4	✓	0	100%	feb-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	100%
SAE	4	4	4	✓	0	100%	mar-25	abr-25	may-25	🚩	1	75%	100%	
SBU	8	8	8	✓	0	100%	mar-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	100%
SCUL	10	10	10	✓	0	89%	mar-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	100%
SDEP	7	13	13	🚩	3	48%	mar-25	abr-25	may-25	🚩	3	60%	83%	86%
SUE	7	7	7	✓	0	86%	mar-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	83%
SPEC	9	10	10	✓	0	100%	feb-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	68%
SCTR	5	6	6	✓	0	99%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	99%	100%	100%
SGI	7	7	7	✓	0	100%	mar-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	100%
SGE	7	7	7	✓	0	100%	mar-25	abr-25	may-25	🚩	1	85%	100%	100%
SGEA	6	6	6	✓	0	100%	feb-25	abr-25	may-25	🚩	1	84%	70%	
RRII	6	6	6	✓	0		mar-25	abr-25	may-25	✓	0	92%	91%	100%
SOD	4	4	4	✓	0	100%	mar-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	86%	100%
SPOF	2	2	2	✓	0	100%	feb-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	
SINF	5	5	5	🚩	1	60%	feb-25	abr-25	may-25	🚩	1	80%	100%	100%
PRL	3	3	3	✓	0	100%	mar-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	100%	100%
GC	4	4	4	✓	0	100%	mar-25	abr-25	may-25	✓	0	100%	75%	100%
EVA	3	3	3	✓	0	100%	mar-24	abr-24	may-24	✓	0	100%	100%	100%
<b>SGC</b>	<b>143</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>4</b>	<b>🚩</b>	<b>89%</b>				<b>10</b>	<b>🚩</b>	<b>90%</b>	<b>94%</b>	<b>95%</b>

### Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.3.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

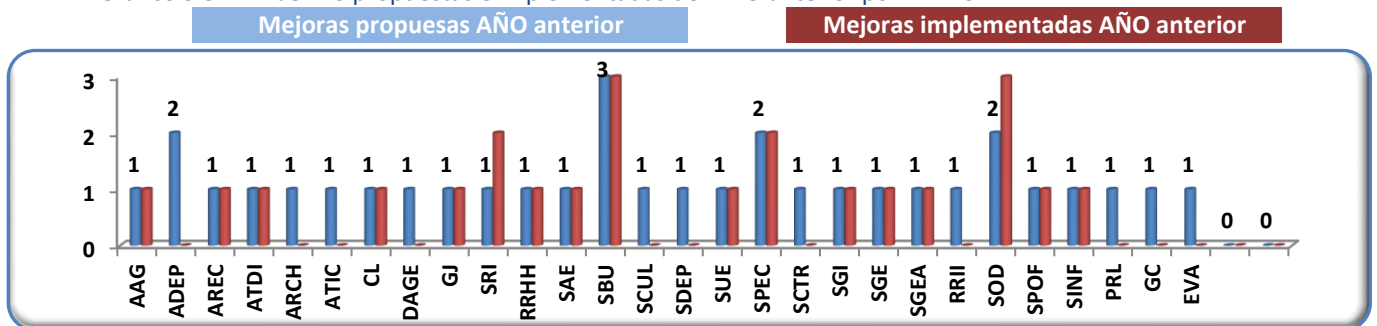


Gráfico 5.3.2 MODIFICACIONES en Cartas de Servicios en presente año y que precisan nueva aprobación

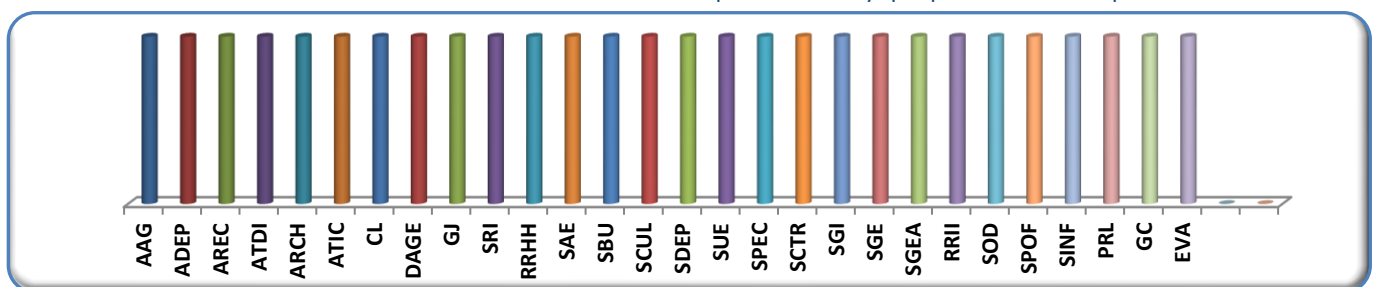


Gráfico 5.3.3 Resultados de MEDICIONES PARCIALES en el SGC

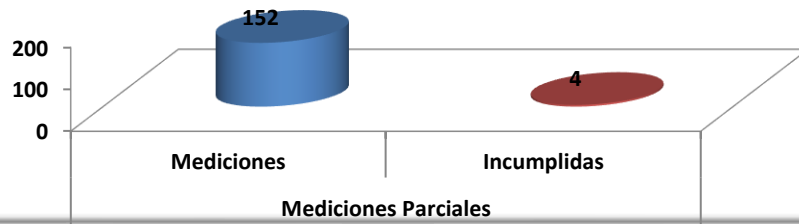


Gráfico 5.3.4 PORCENTAJE de MEDICIONES parciales en INDICADORES sobre las totales por ÁREAS

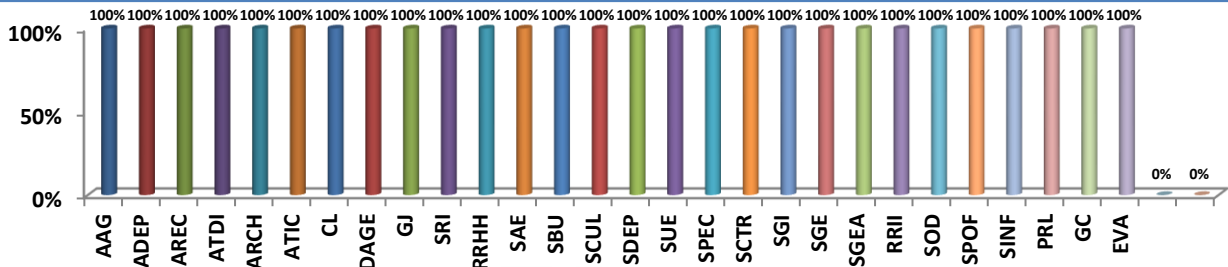
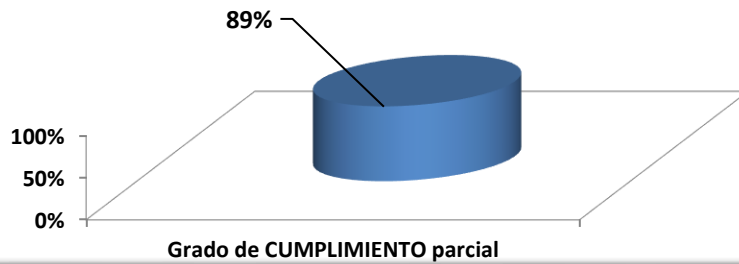


Gráfico 5.3.5 Resultados de CUMPLIMIENTO parcial del SGC



### Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Como viene ocurriendo habitualmente si hay un eficaz cumplimiento en el Plan de Control encontramos 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 (23 sobre 28 totales). De los 138 compromisos establecidos se han cumplido un 89%.

### Otros resultados agregados FINALES

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

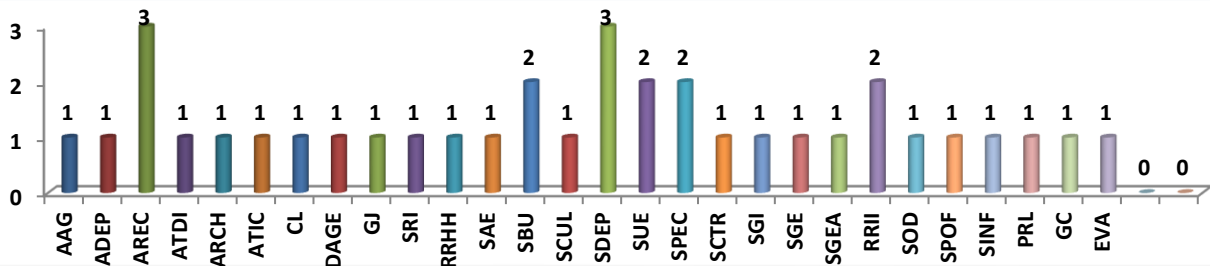
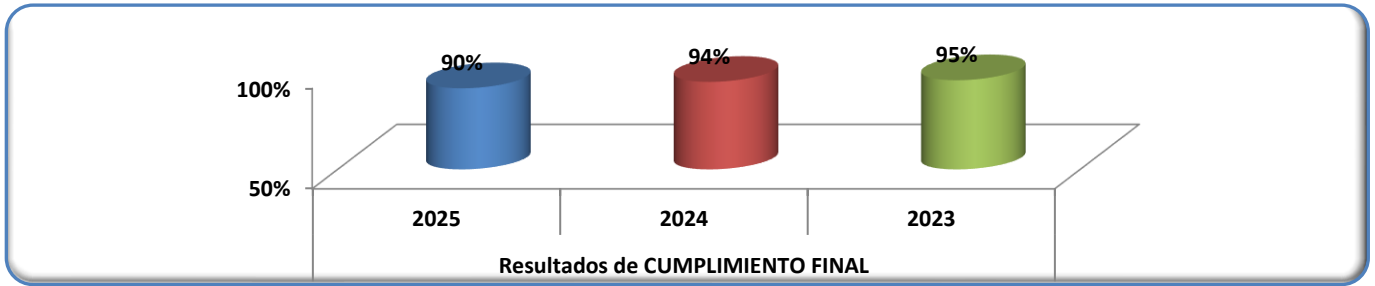


Gráfico 5.3.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



Gráfico 5.3.8 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



### Análisis de resultados FINALES

Al igual que el plan de control tiene un alto grado de cumplimiento algo inferior al año pasado. Ha habido 10 indicadores incumplidos y esto debemos de tener mucho cuidado ya que afecta directamente al usuario.

### 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	2025	2024	2023		2025	2024	2023	
AAG	5	5	19	0		100%	100%	95%	0	77%	100%	80%	
ADEP	6	6	25	0		100%	100%	22%	0	100%	100%	100%	
AREC	7	7	28	0		100%	100%	100%	0	100%	100%	100%	
ATDI	7	7	24	5	100%	100%	100%	100%	0	95%	95%	94%	
ARCH	2	2	9	0		66%	40%	71%	1	35%	84%	50%	
ATIC	2	4	6	4	63%	100%	95%	47%	50%	100%	50%	91%	
CL	1	1	3	0		100%	100%	100%	0	100%	84%	74%	
DAGE	10	10	42	0		86%	75%		0	28%	58%		
GJ	4	4	13	4	100%	75%	100%	100%	0	100%	75%	80%	
SRI	4	4	6	0		50%	50%		0	75%	35%		
RRHH	8	8	11	0		84%	80%	100%	0	89%	85%	96%	
SAE	9	10	23	0		95%	83%		0	90%	93%		
SBU	5	6	12	6	57%	40%	100%	72%	100%	1	80%	66%	79%
SCUL	6	6	20	0		68%	68%	46%	1	60%	60%	75%	
SDEP	6	8	15	2		83%	100%	97%	1	50%	71%	100%	
SUE	8	9	29	0		100%	100%	85%	0	75%	100%	100%	
SPEC	14	15	41	7	93%	71%	100%	94%	96%	1	88%	100%	58%
SCTR	3	3	3	1		100%	79%	75%	100%	0	31%	100%	100%
SGI	7	7	23	7	50%	29%	96%	89%	100%	4	25%	60%	84%
SGE	3	3	13	0		100%	100%	89%	0	100%	100%	100%	
SGEA	3	5	12	5		100%	97%	77%	0	100%	53%		
RRII	2	2	8	0		100%	100%	48%	0	100%	100%	100%	
SOD	3	3	7	0	70%		72%	85%	83%	0	56%	60%	12%
SPOF	4	4	13	3	67%	50%	100%	88%	0	100%	100%		
SINF	5	5	20	2	67%	100%	89%	80%	100%	1	79%	80%	100%
PRL	3	3	12	0		100%	100%	100%	1	65%	70%	100%	
GC	3	3	13	0		100%	100%	75%	0	100%	100%	75%	
EVA	3	3	10	0		100%	100%	100%	1	60%	93%	93%	
<b>SGC</b>	<b>143</b>	<b>153</b>	<b>460</b>	<b>46</b>	<b>74%</b>	<b>74%</b>	<b>91%</b>	<b>83%</b>	<b>86%</b>	<b>12</b>	<b>78%</b>	<b>78%</b>	<b>80%</b>

#### Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.4.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS



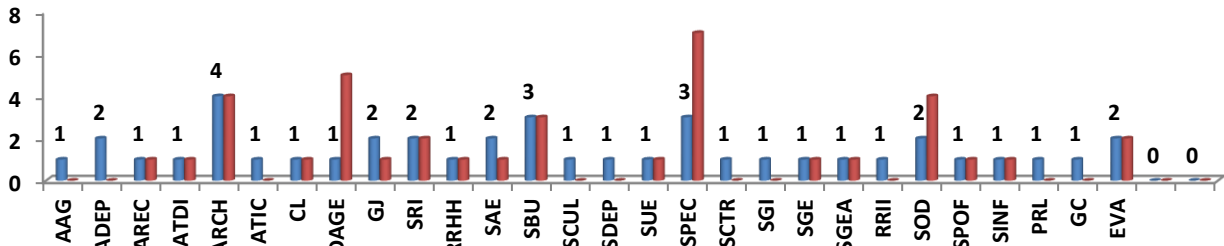


Gráfico 5.4.2 Resultados de MEDICIONES PARCIALES en el SGC



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

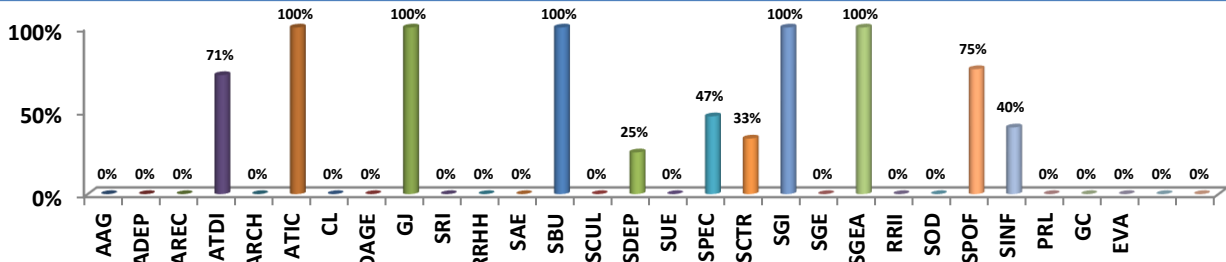
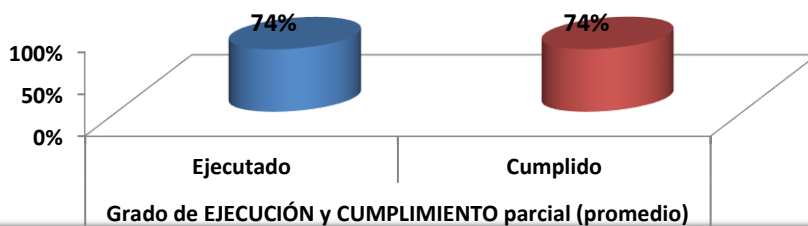


Gráfico 5.4.4 Resultados de EJECUCIÓN y CUMPLIMIENTO parcial en el SGC



### 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.

Se ha mantenido el nº de riesgos de 143 sobre 160 año anterior, habiéndose propuesto 460 acciones a realizar y 153 indicadores. Como indica el gráfico se ha ejecutado el 74% de las acciones y con un cumplimiento aceptable de 74% similar al año anterior. Se observa una tendencia a eliminar riesgos encontrados en el DAFO.

### Otros resultados agregados FINALES

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

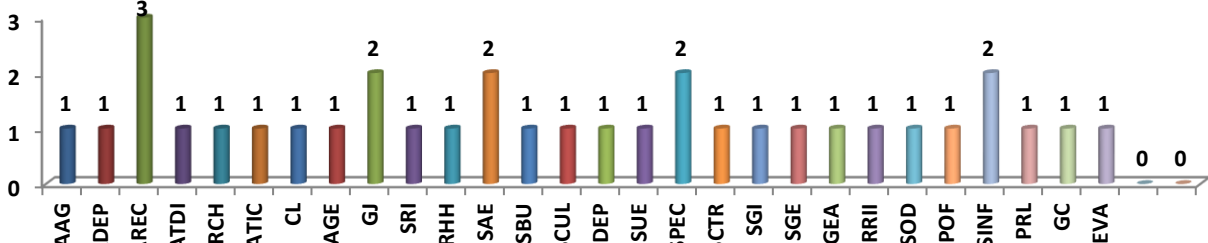


Gráfico 5.4.6 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC

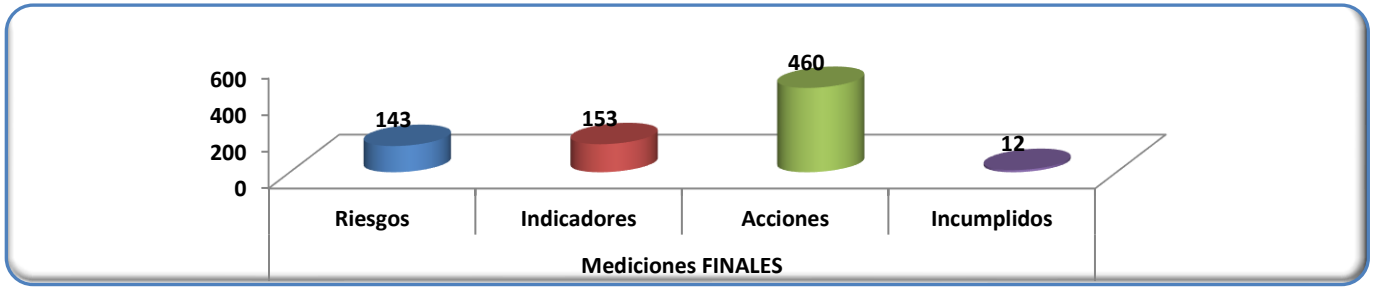
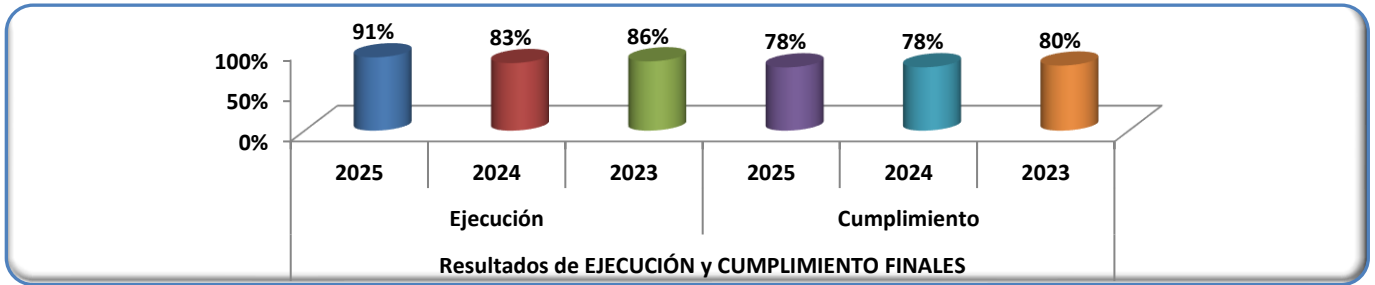


Gráfico 5.4.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



### Análisis de resultados FINALES

Observando los gráficos el cumplimiento es muy similar al año anterior. Si que tenemos que destacar es la ejecución de acciones que ha sido muy superior con el 91% sobre el 83% de 2024.

Sobre los 143 riesgos detectados solo se han incumplido 12, uno más que en 2024.

Estamos algo relajados con este plan ya que los DAFOS son reiterativos con sus acciones y se supone que ha bajado el nivel de riesgos en las áreas

## 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	2025	2024		2023	2025	2024	2023
AAG	2	2	15	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
ADEP	2	2	6	0			100%	100%	13%	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%	99%	0	100%	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%	100%		0	100%	100%	
GJ	2	2	5	2	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	51%	1%
SRI	2	2	14	0			100%	0%		0	100%	0%	
RRHH	2	2	8	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SAE	2	2	10	0			100%	100%		0	100%	100%	
SBU	2	2	15	2	50%	50%	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SCUL	2	2	11	0			100%	100%	31%	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	37	2	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	86%	100%
SCTR	2	2	10	0			31%	100%	100%	0	1%	100%	1%
SGI	2	2	13	2	50%	25%	100%	100%	100%	0	1%	100%	100%
SGE	2	2	8	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%
SGEA	2	2	5	1		100%	100%	100%		0	100%	100%	
RRII	2	2	24	0			100%	100%	98%	0	100%	100%	100%
SOD	2	2	8	2	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	100%	98%
SPOF	2	2	8	0			100%	100%		0	100%	100%	
SINF	2	2	10	0			100%	100%	100%	0	100%	100%	100%

PRL	2	2	11	0	95%	100%	100%	✓ 0	100%	0%	100%		
GC	2	2	7	0	100%	100%	100%	✓ 0	100%	100%	100%		
EVA	2	2	8	1	100%	100%	100%	✓ 0	31%	100%	100%		
<b>SGC</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>306</b>	<b>16</b>	<b>86%</b>	<b>86%</b>	<b>98%</b>	<b>94%</b>	<b>96%</b>	<b>0</b>	<b>91%</b>	<b>90%</b>	<b>95%</b>

Otros resultados agregados 1er SEMESTRE

Gráfico 5.5.1 MEJORAS propuestas e implementadas del AÑO anterior por ÁREAS

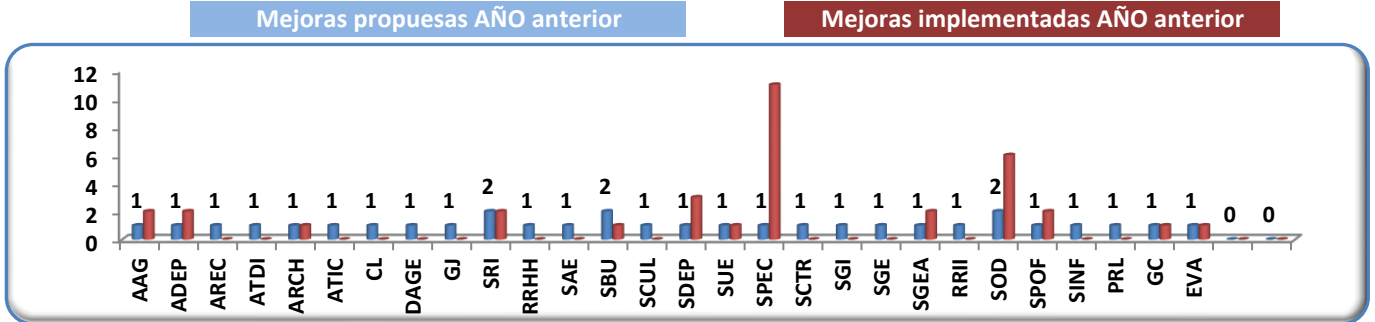


Gráfico 5.5.2 Resultados de MEDICIONES PARCIALES en el SGC

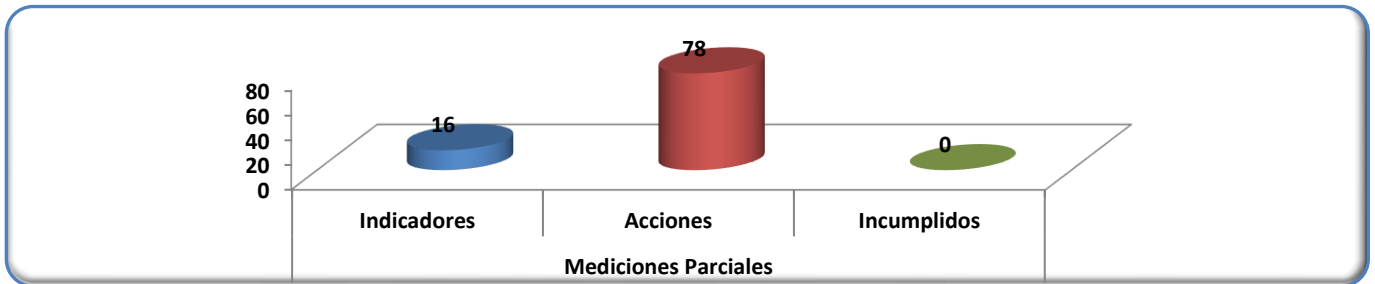


Gráfico 5.5.3 PORCENTAJE de MEDICIONES parciales en INDICADORES sobre las totales por ÁREAS

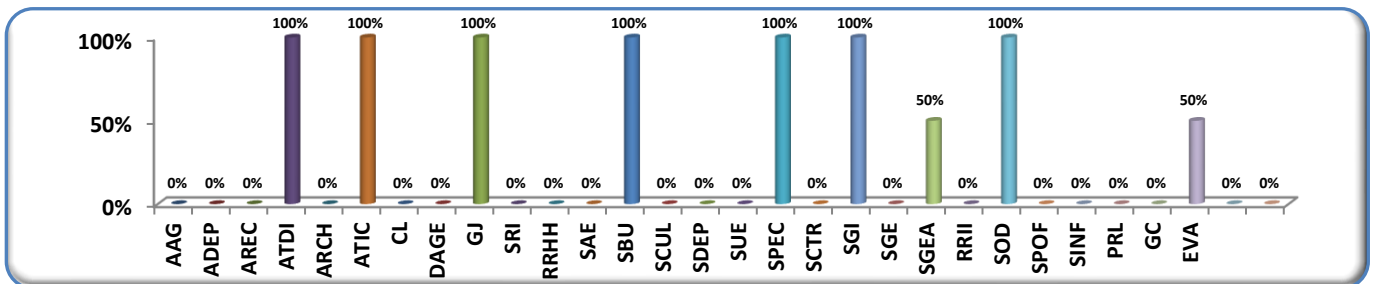
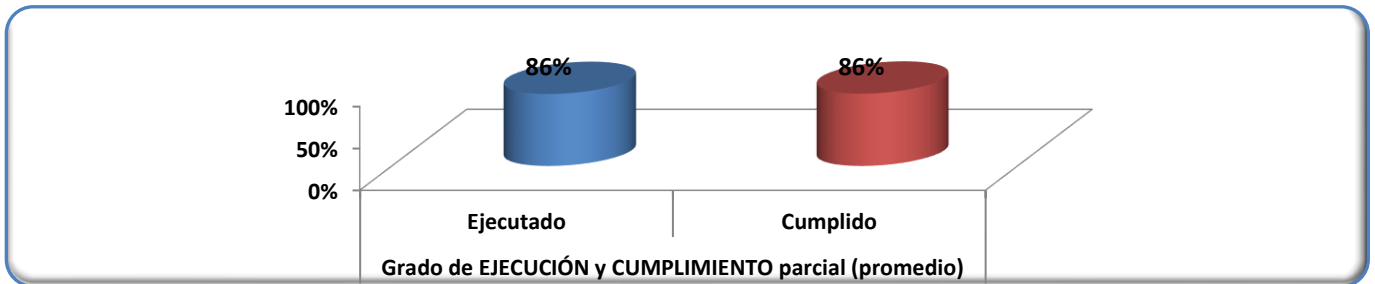


Gráfico 5.5.4 Resultados de EJECUCIÓN y CUMPLIMIENTO parcial en el SGC



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 86% y un 83% de los indicadores.

Destacamos que solo 9 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

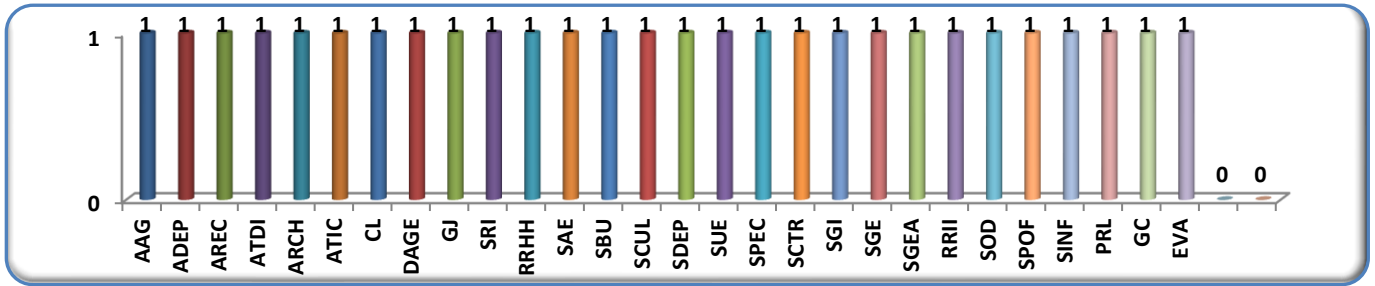


Gráfico 5.5.6 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC

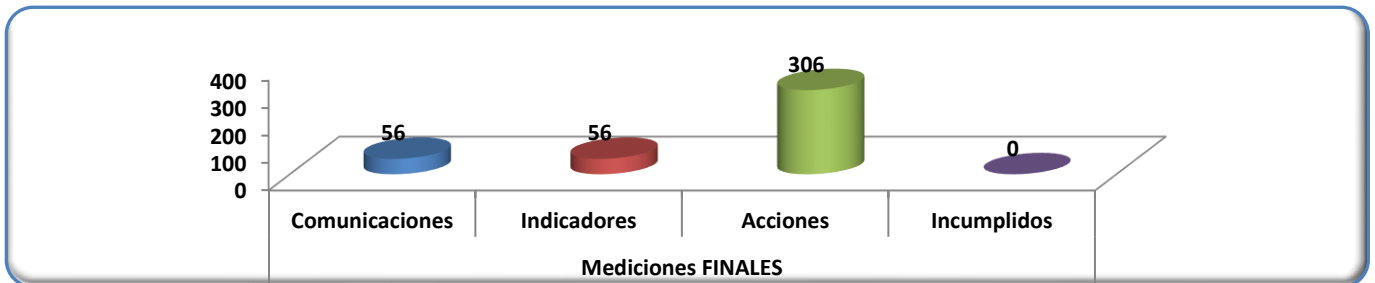
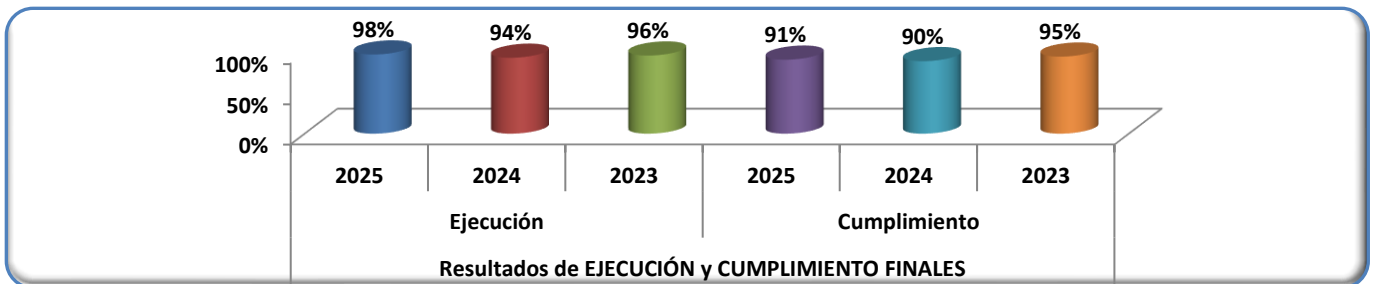


Gráfico 5.5.7 Resultados de MEDICIONES FINALES en el SGC



### 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 98% y 91%, respectivamente. Este año se ha producido 0 incumplimientos que esta muy bien.

### 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.

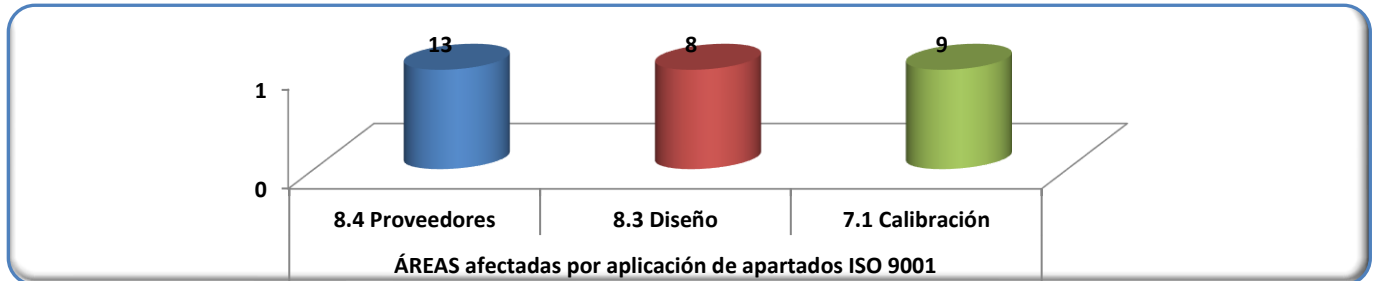
### Despliegue de resultados

#### Afectación de apartados de norma ISO 9001:2015 específicos

CódARE	Apdo. 8.4 Proveedores	Apdo. 8.3 Diseño	Apdo. 7.1 Calibración	Cambio Climático
AAG				
ADEP				
AREC				
ATDI			Si	
ARCH				Si
ATIC				Si
CL	Si	Si		
DAGE				
GJ				Si
SRI				
RRHH	Si			
SAE				
SBU	Si	Si		
SCUL	Si			Si
SDEP	Si	Si	Si	
SUE				
SPEC				
SCTR				
SGI			Si	

SGE				
SGEA				
RRII				
SOD	Si			
SPOF	Si			
SINF	Si			Si
PRL	Si	Si	Si	
GC				
EVA				
<b>SGC</b>	<b>13 Si</b>	<b>8 Si</b>	<b>9 Si</b>	

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



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

Reseñamos que los datos son similares al año pasado, proveedores, diseño y calibración. Ha podido haber pocas modificaciones según el cambio de estructura de la RPT.

Destacar que tenemos un nuevo apartado de cambio climático que han sido 5 áreas las que en sus procesos pueden reducir efectos que afecten al cambio climático.

## 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 de aquí se muestran 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 muestran 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

CódIND	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)	2024	2023	Cerradas	Días	IQ(24)	2024	2023	Leve	Control	Eficaz
AAG	1	8	100%	100%	100%	1	22	100%	100%	100%	1	1	1
ADEP	0	Sin Valor				0	Sin Valor				0	0	0
AREC	2	8	100%	100%	100%	1	12	100%	0%	0%	2	2	1
ATDI	0	Sin Valor				0	Sin Valor			100%	0	0	0
ARCH	4	2	100%	0%	0%	6	0	100%	100%	0%	4	4	5
ATIC	0	Sin Valor		100%	100%	1	0	100%	100%	100%	0	0	1
CL	2	7	100%	100%	100%	1	0	100%	100%	100%	2	2	1

DAGE	0	Sin Valor				0	Sin Valor				0	0	0
GJ	0	Sin Valor				0	Sin Valor				0	0	0
SRI	3	12	100%	100%	100%	4	0	100%	100%		3	2	4
RRHH	1	0	100%		100%	1	0	100%		100%	1	1	1
SAE	2	5	100%			2	5	100%			2	2	2
SBU	7	7	100%	100%	100%	8	19	100%	100%	100%	6	5	8
SCUL	0	Sin Valor				2	0	100%		100%	0	0	2
SDEP	1	0	100%	100%	100%	1	114	0%	100%	100%	1	1	1
SUE	3	10	100%	100%	100%	4	0	100%	100%	100%	3	0	4
SPEC	0	Sin Valor				0	Sin Valor			100%	0	0	0
SCTR	2	2	100%	100%	100%	1	231	0%		100%	2	2	1
SGI	3	134	0%	100%	100%	4	69	0%	0%	100%	3	3	0
SGE	0	Sin Valor				1	37	100%		100%	0	0	1
SGEA	3	10	100%	100%		2	37	100%			2	2	2
RRII	1	0	100%	100%	100%	0	Sin Valor			100%	1	1	0
SOD	2	10	100%	100%	100%	1	175	0%	100%	100%	2	2	0
SPOF	1	2	100%	100%		1	0	100%	100%		1	0	1
SINF	1	2	100%			0	Sin Valor				1	1	0
PRL	0	Sin Valor				1	32	100%			0	0	1
GC	1	10	100%	100%	100%	2	14	100%		100%	1	1	1
EVA	0	Sin Valor				0	Sin Valor			100%	0	0	0
<b>SGC</b>	<b>40</b>	<b>134</b>	<b>94%</b>	<b>89%</b>	<b>97%</b>	<b>45</b>	<b>231</b>	<b>81%</b>	<b>89%</b>	<b>81%</b>	<b>38</b>	<b>32</b>	<b>38</b>

### Otros resultados agregados

Gráfico 6.1.1 Datos de controles de No Conformidades

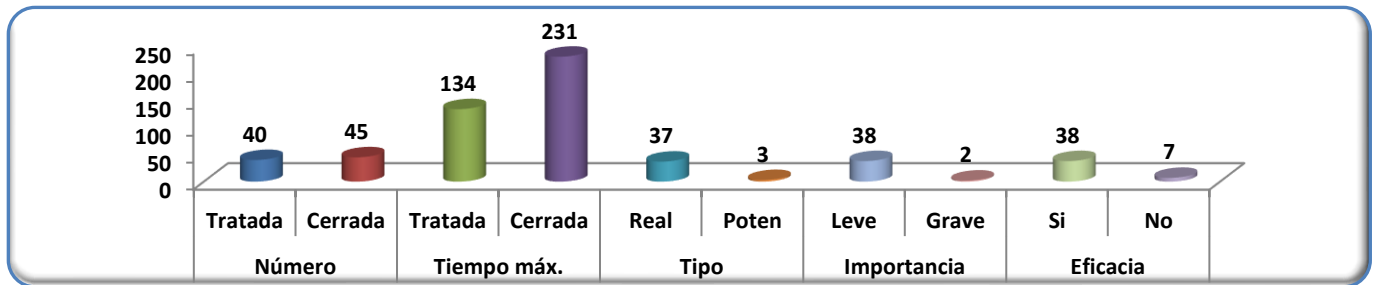


Gráfico 6.1.2 Datos según fuente de detección de No Conformidades

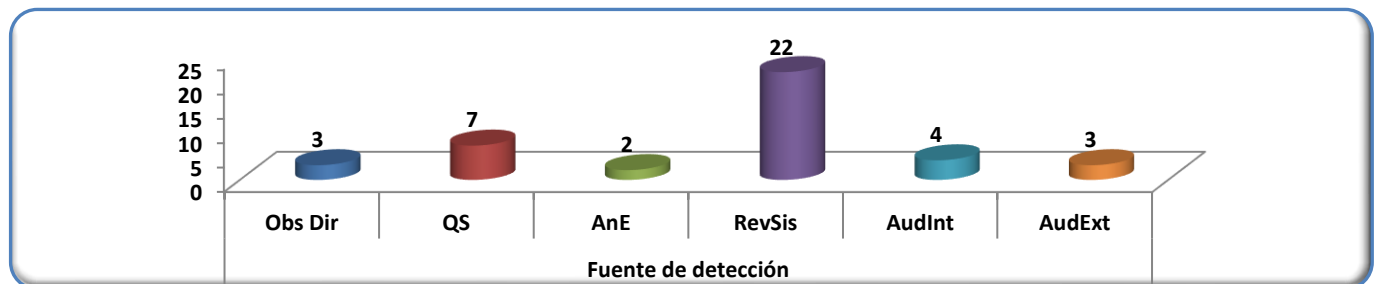


Gráfico 6.1.3 Datos según calidad afectada en las No Conformidades

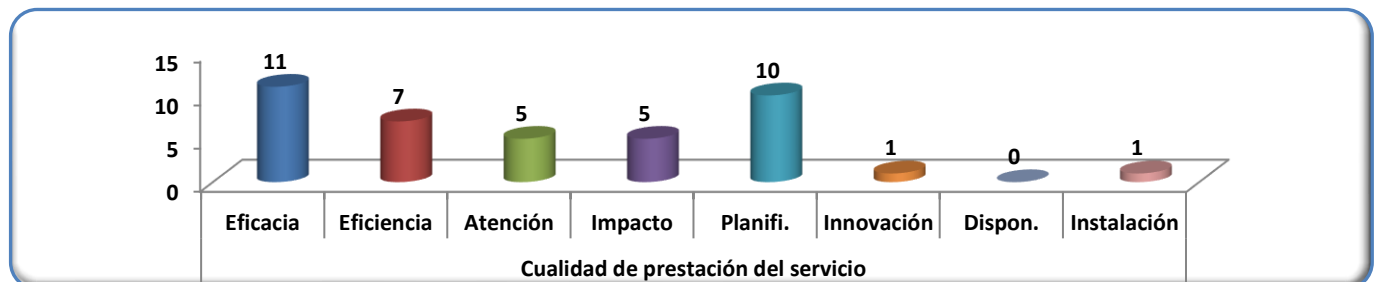
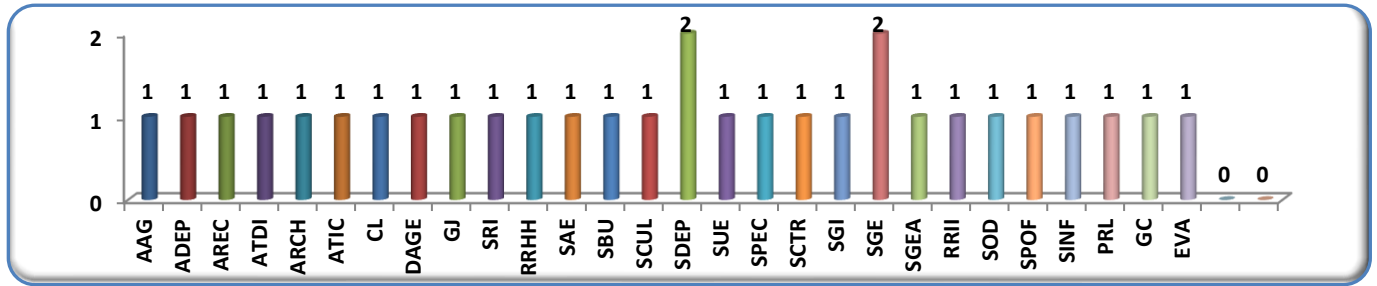


Gráfico 6.1.4 Datos de número de propuestas de MEJORA derivado del análisis IARS para año siguiente



### Análisis de resultados 1er SEMESTRE

El nº de no conformidades ha bajado de 31 a 25. Mayormente se han detectado en la revisión del sistema (14 NC) con las mediciones en enero y en la auditoria interna (10 NC). En la auditoria externa solo se ha detectado 1 NC (PRL) que se ha subsanado correctamente.

Estos datos nos lleva a declarar la fortaleza de nuestro sistema de calidad en la Universidad.

En cuanto al tratamiento todas se han gestionado en un tiempo inferior a los 15 días hábiles. No podemos decir lo mismo del tiempo de cierre que algunas áreas han superado los 40 días hábiles como han sido las áreas de Contratación (231), Deportes (114) e Investigación (54).

### Análisis de resultados FINALES

Hemos bajado nuevamente el nº de no conformidades de 48 a 40. Siendo mayormente detectadas en la Revisión del Sistema con un total de 22. En segundo lugar esta en las Quejas recibidas con 7, siendo esto una novedad que se produzca. En las auditorias han bajado y han obtenido solo 4+3.

En cuanto al tratamiento máximo 15 días hábiles, ha habido un área (SGI) que lo ha superado con 134 días.

Con el cierre ha habido más incidencias, con un máximo de 40 días hábiles lo han superado Servicio de Deportes (114), Contratación (231), Investigación (69) y Odenación Académica (175).

## 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.

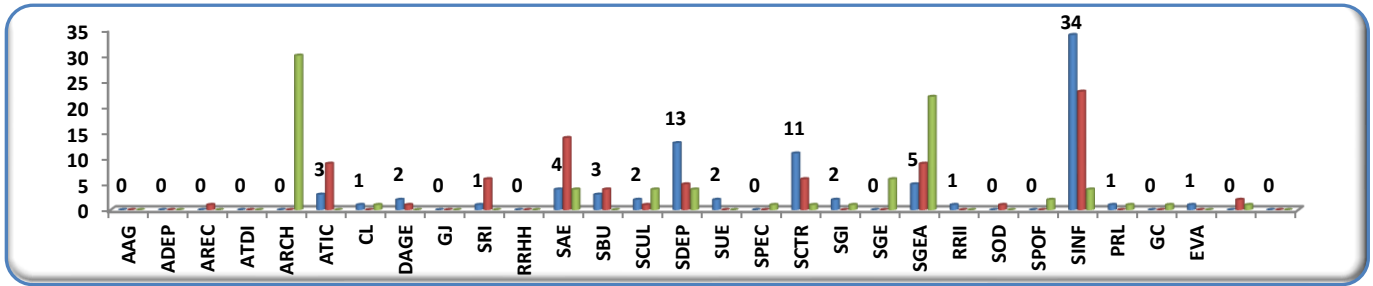
En este caso, su control y análisis **SI puede incidir** directamente en nuestra prestación de servicio.

### Despliegue de resultados

CÓIND	INDICADORES GENERALES	Umbral	Meta	Tendencia
IQ(07)	IQ(07) - Quejas y Sugerencias - Tiempo máximo	12	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)	2024	2023	Quejas	IQ(08)	2024	2023	Satisf	IQ(11)	2024	2023
AAG	0	Sin Valor				0	100%	100%	100%				
ADEP	0	Sin Valor				0	100%	100%	100%				
AREC	0	Sin Valor		100%		0	100%	100%	100%				
ATDI	0	Sin Valor				0	100%	100%	100%				
ARCH	0	Sin Valor		100%		0	100%	100%	100%				
ATIC	6	6	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%	1,50	0%	100%	100%
CL	1	1	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%	4,00	100%	100%	0%
DAGE	2	1	100%			0	100%	100%		1,00	0%	100%	
GJ	0	Sin Valor		0%		0	100%	100%	100%				
SRI	1	14	0%			0	100%	100%		1,00	0%	100%	
RRHH	0	Sin Valor		100%	100%	0	100%	100%	100%			100%	
SAE	4	5	100%			0	100%	100%				100%	
SBU	5	6	100%		100%	2	100%	100%	100%	5,00	100%	100%	0%
SCUL	2	13	0%	100%	100%	0	100%	100%	100%	5,00	100%		
SDEP	15	1	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%	2,60	0%	100%	100%
SUE	3	2	100%		100%	0	100%	100%	100%	2,25	0%		100%
SPEC	0	Sin Valor		100%		0	100%	100%	100%				
SCTR	11	5	100%	100%	100%	0	100%	100%	100%	4,25	100%	100%	100%
SGI	2	1	100%	100%		0	100%	100%	100%	3,00	100%		
SGE	0	Sin Valor		100%	100%	0	100%	100%	100%				0%
SGEA	6	7	100%			1	100%	100%		4,75	100%	100%	





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

- **Item 1:** Valore su nivel de satisfacción con el tiempo que se ha tardado en contestar su Q/S.
- **Item 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

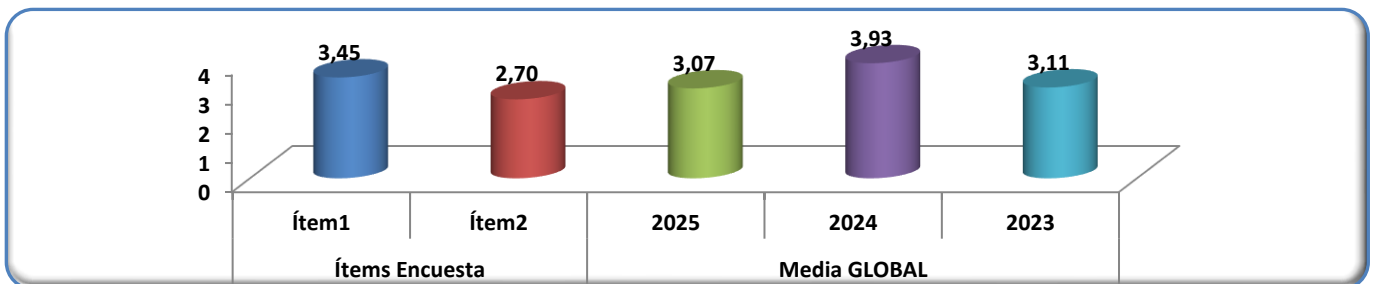
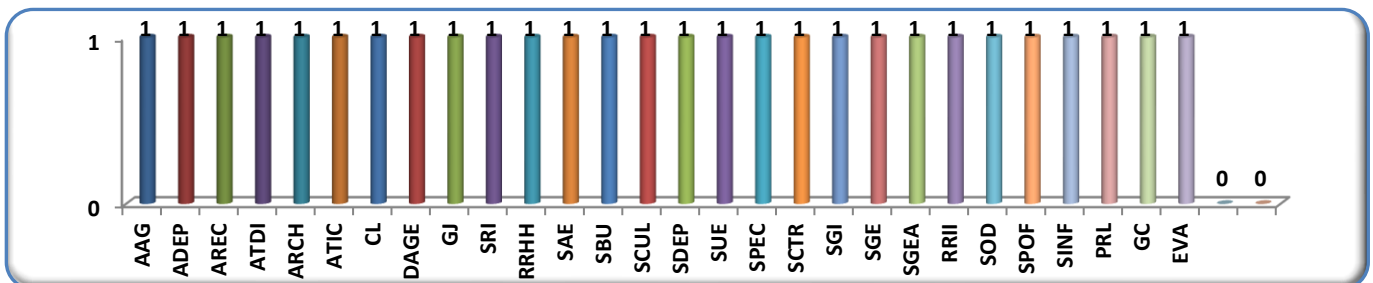


Gráfico 6.2.7 Datos de número de propuestas de MEJORA derivado del análisis IARS para año siguiente



### Análisis de resultados 1er SEMESTRE

El número quejas este semestre ha sido de 37 con respecto a las 99 del año anterior, siendo Deportes el área que más han recibido con 10 Q/S. Ha sido la eficiencia la calidad más afectada.

El tiempo de respuesta ha sido el adecuado no superando los 15 días.

En cuanto a la satisfacción a la respuesta recibida hemos bajado de 3,93 a 3,07 sobre 5.

### Análisis de resultados FINALES

El nº de quejas son 98, una menos que en 2024. El sector que pone más quejas es el sector de estudiantes con 48, PDI on 23 y el resto PTGAS. El área que ha recibido más quejas ha sido el Servicio de Gestión de Infraestructuras con 37 y el Servicio de Deportes con 15.

El tiempo de respuesta ha sido adecuado por debajo de 15 días

Hay 3 quejas que han generado NCs, dos en Biblioteca y 1 en SGEA

En el aspecto de la satisfacción de la respuesta recibida hemos disminuido de 3,93 a 3,07. El próximo año vamos a eliminar este indicador ya que el usuario mira más el contenido de la respuesta que la atención y las formas con las que les contestamos.

### 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:

<b>FIABILIDAD del instrumento</b> <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">0,959</div>	$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right]$	<b>VALIDEZ de la respuestas</b> <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">0,940</div>
El cuestionario propuesto es <b>CORRECTO</b>		Los datos obtenidos son <b>VALIDOS</b>

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	2099	6600	47073	1175	1500	200	91	1040	1574	61352
Muestra Propuesta	497	1414	2002	110	62	10	55	63	172	4385
Encuestas recibidas	914	1591	4173	187	145	602	29	260	593	8494

CódARE	Pobla.	USUARIOS Satisfechos			Resultados en la CONFIANZA				Resultados en la VALORACIÓN				
		>=7,5	IQ(22)	2024	2023	Confian	IQ(21)	2024	2023	Satisf.	IQ(06)	2024	2023
AAG	215	163	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	8,98	100%	100%	100%
ADEP	880	208	100%	100%	100%	91%	100%	100%	100%	9,76	100%	100%	100%
AREC	30	37	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	9,66	100%	100%	100%
ATDI	370	116	100%	100%	100%	81%	0%	100%	100%	9,53	100%	100%	100%
ARCH	26	15	100%	100%	100%	45%	0%	100%	0%	9,62	100%	100%	100%
ATIC	15962	515	100%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	9,57	100%	100%	100%
CL	666	169	100%	100%	100%	91%	100%	100%	100%	8,56	100%	100%	100%
DAGE	18	5	0%	100%	100%	30%	0%	0%	0%	7,38	0%	100%	100%
GJ	31	31	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,80	100%	100%	100%
SRI	3850	117	0%	100%	100%	81%	0%	100%	100%	7,66	100%	100%	100%
RRHH	150	265	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,66	100%	100%	100%
SAE	9170	356	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	8,98	100%	100%	100%
SBU	5519	403	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	9,28	100%	100%	100%
SCUL	986	665	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,57	100%	100%	100%
SDEP	2400	165	100%	100%	100%	85%	0%	100%	100%	9,06	100%	100%	100%
SUE	5000	2390	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	8,78	100%	100%	100%
SPEC	205	125	100%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	9,50	100%	100%	100%
SCTR	75	67	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	9,03	100%	100%	100%
SGI	269	12	100%	100%	100%	29%	0%	100%	100%	9,01	100%	100%	100%
SGE	190	137	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	8,91	100%	100%	100%
SGEA	12100	857	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,40	100%	100%	100%
RRII	490	143	100%	100%	100%	91%	100%	100%	100%	8,59	100%	100%	100%
SOD	520	25	100%	100%	100%	40%	0%	0%	0%	9,59	100%	100%	100%
SPOF	1205	170	100%	100%	100%	87%	100%	0%	0%	9,14	100%	100%	100%
SINF	305	88	100%	100%	100%	79%	0%	100%	100%	8,59	100%	100%	100%
PRL	245	201	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9,52	100%	100%	100%
GC	75	60	100%	100%	100%	95%	100%	0%	0%	9,43	100%	100%	100%
EVA	400	41	100%	100%	100%	51%	0%	100%	100%	9,50	100%	100%	100%
SGC	61352	9,10	92%	98%	98%		69%	83%	81%	9,10	99%	98%	100%

Otros resultados agregados

Gráfico 6.3.1 Datos de Satisfacción y Expectativas con tendencias

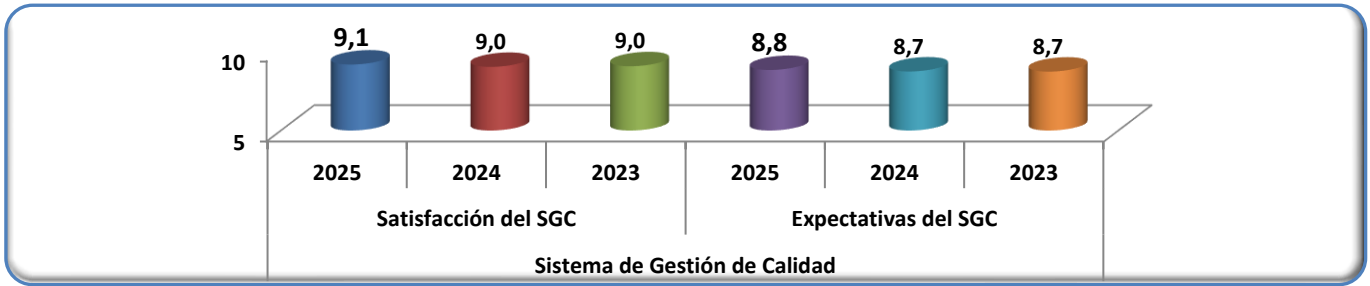


Gráfico 6.3.2 Datos de **Desviación Estándar** en Encuestas de Satisfacción por AREAS

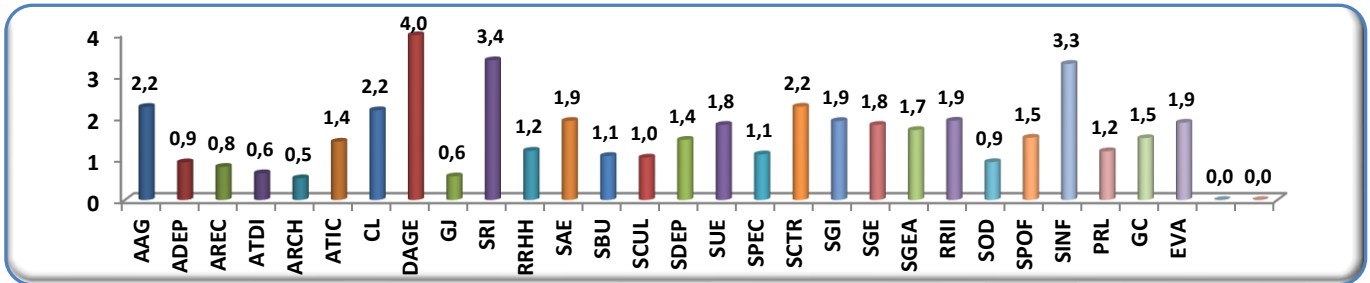


Gráfico 6.3.3 Datos de **Confianza** en la muestra obtenida en Encuestas de Satisfacción

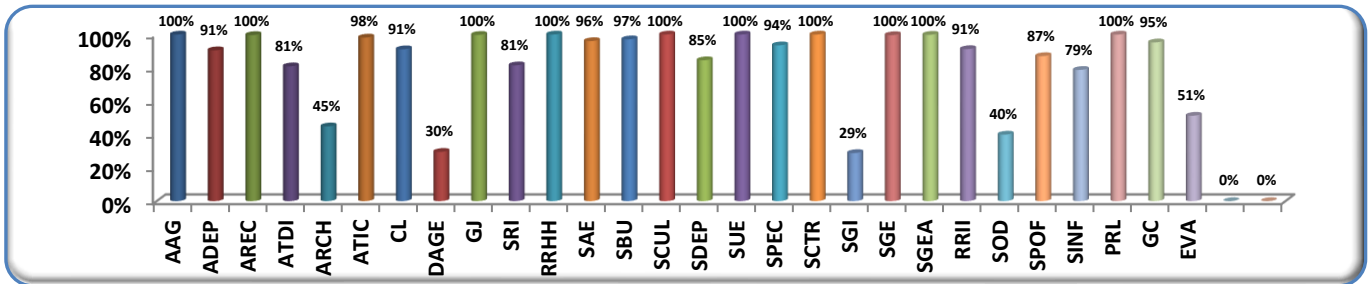


Gráfico 6.3.4 Datos de número de **propuestas de MEJORA** por parte de USUARIOS según CUALIDAD

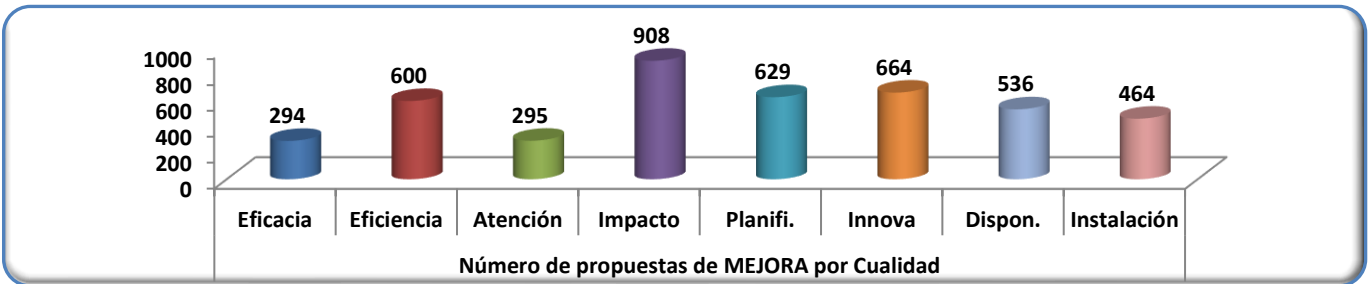
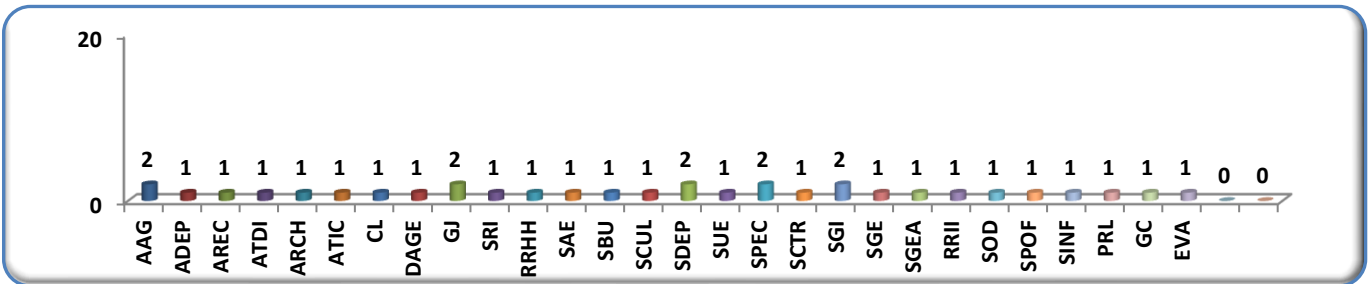


Gráfico 6.3.5 Datos de número de **propuestas de MEJORA** por ÁREA del análisis IARS para **año siguiente**



### Análisis de resultados 1er SEMESTRE

La satisfacción de nuestros usuarios ha sido similar al año pasado 9,27 y por ello hay que felicitarlos, habiendo muchas áreas con valores muy altos. Además un 92% de áreas están por encima del 7,5, solo hay dos áreas por debajo (SRI y DAGE). Debido a las fechas que estamos todavía estamos en una confianza del 35%, inferior al año pasado 39%.

Hay que animar a las áreas a la recogida de encuestas con el fin de obtener información sobre la prestación de servicio que realizamos. Por debajo del 32% se encuentran Archivo, DAGE, Investigación, OD y GC. Por el contrario hay 10 áreas que superan actualmente el 85% de encuestas recibidas.

En cuanto a la cualidad que más proponen mejoras ha sido el impacto, seguida de instalaciones.

### Análisis de resultados FINALES

La población exigida este año ha sido bastante inferior que 2024. De 74650 a 61352. Las áreas están algo saturadas con la obligación de realizar las encuestas todos los años.

La satisfacción global ha subido una décima de 9 a 9,10. Aunque los indicadores generales dan resultados dispares.

IQ(6) >7,5 puntos se mantiene en el 99%

IQ(21) Confianza >85%. Nueve áreas no han superado este umbral. El año pasado solo fueron 6. Falta recogida de encuestas

IQ(22) Porcentaje usuarios >=7,5. Ha bajado de 83% al 69%. Este dato hay que comentarlo porque un 31% de usuarios han puntuado por debajo de 7,5

En cuanto a las propuestas de mejora la cualidad más usada ha sido el Impacto con 908 propuestas

### 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 una facetas concretas alcanzar unos valores determinados. Estas facetas son:

- Todas las entradas tienen que tener al menos una **NOTA EXTERNA**
- Que al menos haya un indicador del **tiempo de Resolución** de los CAU's

### Despliegue de resultados

#### Leyenda

- **Cola** Número de las COLAS y SUBCOLAS que controla el ÁREA
- **NºInd** Número de indicadores de control de tiempo de Resolución
- **SubCo** Total de SubColas del Área
- **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 SubColas con Indicador	1	100	Centinelas
IQ(02)	IQ(02) - CAU - % de CAU con Nota EXTERNA	Rango	100	Centinelas

CódARE	Control de tiempo de RESOLUCIÓN				CAU con Notas EXTERNAS								
	Colas	NºInd	SubCol	%	IQ(01)	2024	2023	SinNE	CAU2	%	IQ(02)	2024	2023
AAG	13	4	13	30,8%	100%	100%	100%	0	957	100,0%	100%	100%	100%
ADEP	1	0	1	0,0%	100%	100%		0	0		100%	100%	100%
AREC	2	2	2	100,0%	100%	100%	100%	0	168	100,0%	100%	100%	100%
ATDI	0	0	0					0	0		100%		
ARCH	1	1	1	100,0%	100%		100%	0	3	100,0%	100%	100%	100%
ATIC	0	0	0					0	0		100%		
CL	1	1	1	100,0%	100%	100%	100%	0	472	100,0%	100%	100%	100%
DAGE	1	1	1	100,0%	100%	100%		0	493	100,0%	100%	100%	
GJ	0	0	0					0	0		100%		
SRI	7	1	7	14,3%	100%	100%		4	9190	100,0%	100%	100%	
RRHH	9	6	9	66,7%	100%	100%	100%	0	9025	100,0%	100%	100%	100%
SAE	3	2	3	66,7%	100%	100%		11	9600	99,9%	100%	100%	
SBU	28	25	28	89,3%	100%	100%	100%	2	990	99,8%	100%	100%	100%
SCUL	2	1	2	50,0%	100%	100%	100%	0	71	100,0%	100%	100%	100%
SDEP	1	1	1	100,0%	100%	100%	100%	0	652	100,0%	100%	100%	100%
SUE	7	3	7	42,9%	100%	100%	100%	0	787	100,0%	100%	100%	100%
SPEC	5	5	5	100,0%	100%	100%	100%	0	857	100,0%	100%	100%	100%
SCTR	22	15	22	68,2%	100%	100%	100%	0	1705	100,0%	100%	100%	100%
SGI	13	1	13	7,7%	100%	100%	100%	5	2447	99,8%	100%	100%	100%
SGE	10	1	10	10,0%	100%	100%	100%	0	11297	100,0%	100%	100%	100%
SGEA	19	12	19	63,2%	100%	100%		1	13856	100,0%	100%	100%	
RRII	6	7	6	116,7%	100%	100%	100%	0	9677	100,0%	100%	100%	100%
SOD	5	4	5	80,0%	100%	100%	100%	6	1035	99,4%	100%	100%	100%
SPOF	6	2	6	33,3%	100%	100%		0	1659	100,0%	100%	100%	
SINF	5	3	5	60,0%	100%	100%	100%	0	5295	100,0%	100%	100%	100%

PRL	1	1	1	100,0%	100%	100%	100%	0	656	100,0%	100%	100%	100%
GC	0	0	0					0	0		100%	100%	
EVA	3	1	3	33,3%	100%	100%	100%	5	1761	99,7%	100%	100%	100%
SGC	171	100	171	58,5%	100%	100%	78%	34	82653	100,0%	100%	100%	100%

### Otros resultados agregados

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

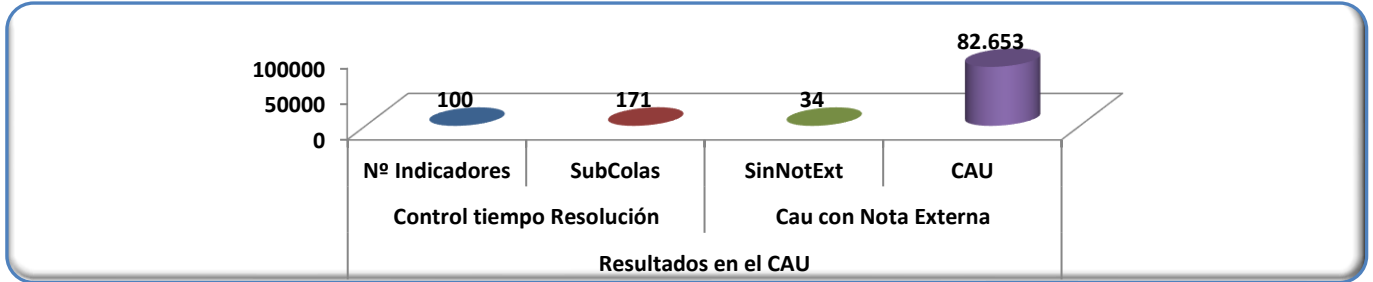
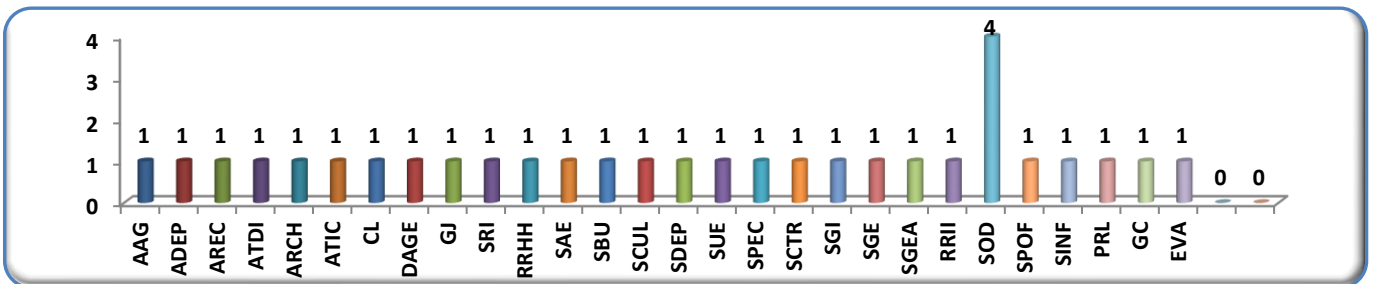


Gráfico 6.4.2 Datos de número de propuestas de MEJORA del análisis IARS para año siguiente



### Análisis de resultados 1er SEMESTRE

Este año partimos de un cambio en el indicador general IQ(1). Antes mediamos el tiempo medio de primera respuesta en 35 horas y ahora medimos el que cada área tenga un indicador en sus colas/subcolas de tiempo medio de resolución de CAUs.

Este año se evalúa que al menos tenga 1 indicador pero el año que viene se irá ampliando esta exigencia a 1 por subcola. En esta medición tenemos un 100% de cumplimiento.

En cuanto al indicador IQ(2) Nota externa, también se ha obtenido un 100% de cumplimiento.

### Análisis de resultados FINALES

Con respecto al CAU los resultados son muy buenos. Ha aumentado el nº de CAUs de 778217 a 82653 por lo que se detecta que el sistema funciona y los usuarios apuestan por usarlo

IQ(1) Subcolas por Áreas. Todas las colas posibles tienen al menos una subcola. Además de 171 subcolas se han creado 100 indicadores.

IQ(2) Nota externa. Sigue con una incidencia inapreciable. 34 sobre los 82653 tickets.

Algunos de ellos son porque se abren en otro ticket y se cierra sin nota.

## 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

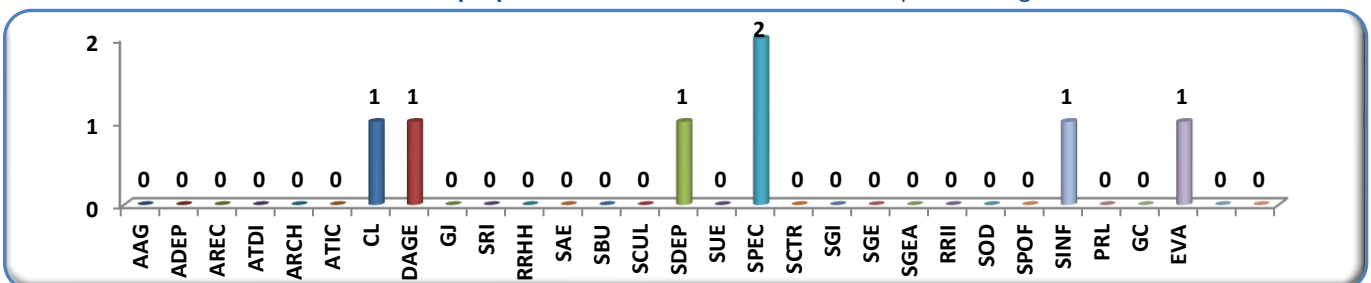
AREC	No	0	0	0
ATDI	No	0	0	0
ARCH	No	0	0	0
ATIC	No	0	0	0
CL	Si	1	1	0
DAGE	Si	1	1	0
GJ	No	0	0	0
SRI	No	0	0	0
RRHH	No	0	0	0
SAE	No	0	0	0
SBU	No	0	0	0
SCUL	No	0	0	0
SDEP	Si	1	1	1
SUE	No	0	0	0
SPEC	Si	13	2	0
SCTR	No	0	0	0
SGI	No	0	0	0
SGE	No	0	0	0
SGEA	No	0	0	0
RRII	No	0	0	0
SOD	No	0	0	2
SPOF	No	0	0	0
SINF	Si	1	1	0
PRL	No	0	0	0
GC	No	0	0	0
EVA	Si	1	1	0
<b>SGC</b>	<b>6 Si</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

### 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)

Este año se han declarado 6 áreas con propuestas de creación de Grupos de Discusión pero hasta el momento no se han realizado ninguno. Esperamos que en este segundo semestre se realicen.

### Análisis de resultados FINALES (Propuestas año siguiente)

En el mes de diciembre se ha realizado un grupo de discusión con los estudiantes, organizado por el SPEC en donde se les solicito a algunas áreas nos aportarán sus preguntas. SPEC, SGEA, SAE, SRI, SBU, EVA. Las conclusiones fueron transmitidas a las área para que realicen su propias propuestas de mejora.

El centro de lenguas organiza su propio grupo de discusión.

El Servicio de Deportes tienen que hacerlo ellos ya que los grupos tienen que ser conformados por usuarios que ellos tienen en sus actividades.

### 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 cuasi 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

CódARE	Rango de fechas	Gestión del PLAN Incluida en Plan	Número de No Conformidades			Mejoras Propuestas
			2025	2024	2023	
AAG	26-mar-25 al 28-mar-25	No	0	0	0	1
ADEP	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
AREC	26-mar-25 al 28-mar-25	No	0	0	0	1
ATDI	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
ARCH	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	1	0	0	1
ATIC	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
CL	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
DAGE	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
GJ	26-mar-25 al 28-mar-25	No	0	0	0	1
SRI	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
RRHH	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SAE	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SBU	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SCUL	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SDEP	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SUE	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SPEC	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SCTR	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SGI	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	2
SGE	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SGEA	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	2
RRII	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SOD	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
SPOF	26-mar-25 al 28-mar-25	No	0	0	0	1
SINF	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
PRL	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	1	0	1
GC	26-mar-25 al 28-mar-25	No	0	0	0	1
EVA	26-mar-25 al 28-mar-25	Si	0	0	0	1
<b>SGC</b>		23 Si	1	1	0	30

#### 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

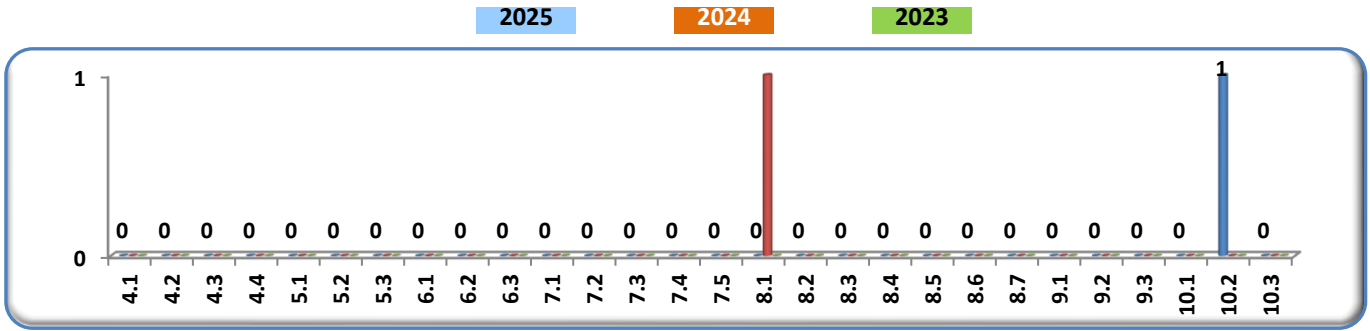


Gráfico 7.1.3. Datos de tendencias de No Conformidades de Auditoría Externa

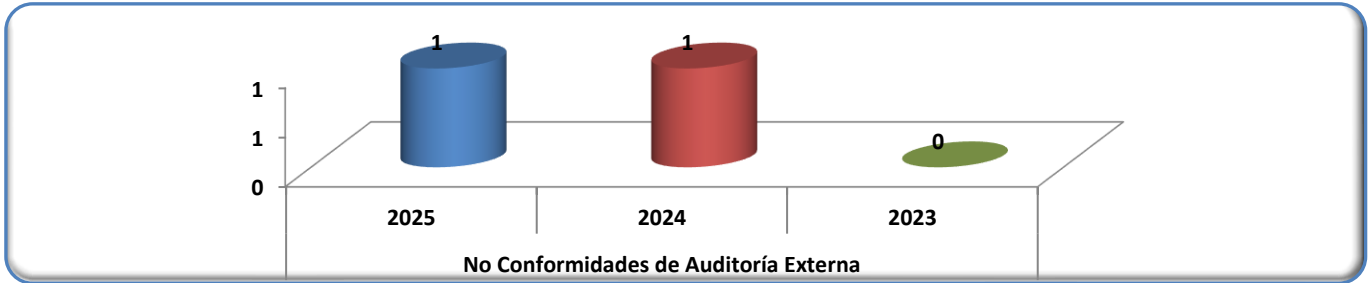


Gráfico 7.1.4 Datos de No Conformidades por Areas

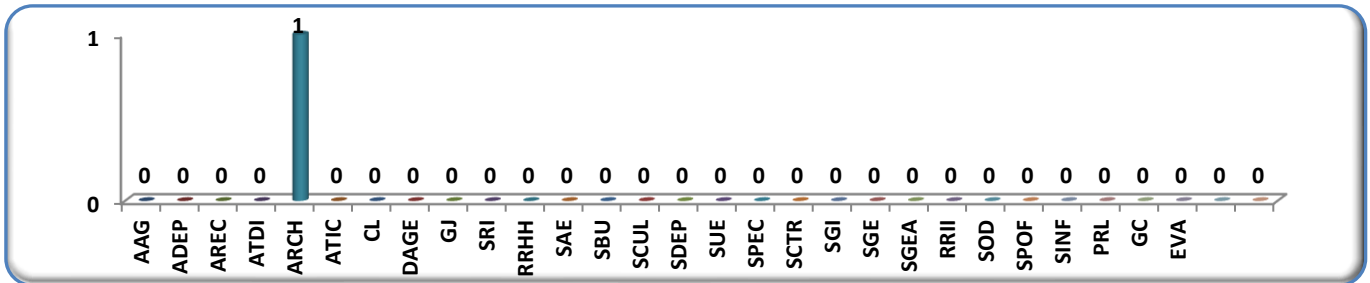
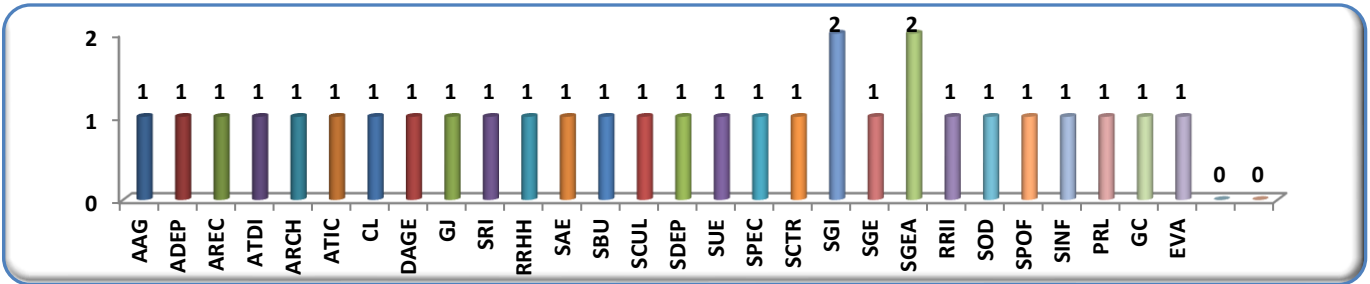


Gráfico 7.1.5 Datos de número de propuestas de MEJORA derivado del análisis IARS para año siguiente



### Análisis de resultados FINALES

En la auditoria externa se ha realizado en 3 jornadas completas por dos auditores de AENOR siendo esta de seguimiento por lo que solo se han auditado a 23 áreas. La buena noticia es que solo se ha detectado una sola NC al Servicio de Archivo General que se soluciono correctamente.

Comentar que el auditor que habitualmente nos visitaba, Fernando Quesada ha dejado de trabajar en AENOR y tendremos una nueva auditora para la próxima auditoria.

## 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	2025	2024	2023	Propuestas
AAG	27/oct/2025	9:00	✓	✓	03/nov/2025	0	1	0	1

ADEP	03/nov/2025	9:30	✓	✓	17/oct/2025	0	0	0	3
AREC	07/nov/2025	9:15	✓	✓	29/oct/2025	0	0	0	3
ATDI	17/nov/2025	9:30	✓	✓	21/oct/2025	0	0	0	3
ARCH	21/oct/2025	9:00	✓	✓	22/oct/2025	0	2	0	2
ATIC	23/nov/2025	9:00	✓	✓	24/oct/2025	0	0	2	1
CL	11/nov/2025	9:00	✓	✓	11/nov/2025	2	1	0	1
DAGE	21/nov/2025	9:15h	✓	✓	02/dic/2025	0	0	0	3
GJ	07/nov/2025	9:15	✓	✓	21/oct/2025	0	0	1	2
SRI	27/oct/2025	9:15	✓	✓	05/nov/2025	1	0	0	1
RRHH	11/nov/2025	12:00	✓	✓	05/nov/2025	0	0	0	1
SAE	23/oct/2025	12:30	✓	✓	25/nov/2025	0	0	0	2
SBU	17/oct/2025	9:30	✓	✓	01/dic/2025	0	0	0	2
SCUL	27/oct/2025	9:15	✓	✓	04/nov/2025	0	2	1	2
SDEP	03/nov/2025	9:00h	✓	✓	04/nov/2025	0	0	0	1
SUE	04/nov/2025	12:00	✓	✓	12/nov/2025	0	0	0	3
SPEC	24/nov/2025	9:15	✓	✓	28/oct/2025	0	0	0	4
SCTR	21/oct/2025	9:15	✓	✓	12/nov/2025	0	0	1	3
SGI	08/nov/2025	9:00	✓	✓	07/nov/2025	0	0	1	3
SGE	09/nov/2025	9:00	✓	✓	30/oct/2025	0	1	0	1
SGEA	16/nov/2025	9:00	✓	✓	04/nov/2025	0	0	0	3
RRII	24/nov/2025	9:15	✓	✓	27/nov/2025	1	1	1	3
SOD	23/nov/2025	9:15	✓	✓	11/nov/2025	0	0	0	2
SPOF	03/nov/2025	9:15	✓	✓	13/nov/2025	0	1	0	5
SINF	24/nov/2025	9:00	✓	✓	05/nov/2025	0	0	0	5
PRL	28/nov/2025	9:15	✓	✓	20/nov/2025	0	0	0	3
GC	18/nov/2025	9:00	✓	✓	02/dic/2025	2	1	0	1
EVA	28/nov/2025	9:15	✓	✓	02/dic/2025	0	0	0	3
<b>SGC</b>			<b>28 Ok</b>	<b>28 Ok</b>		<b>6</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>67</b>

### Otros resultados agregados

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

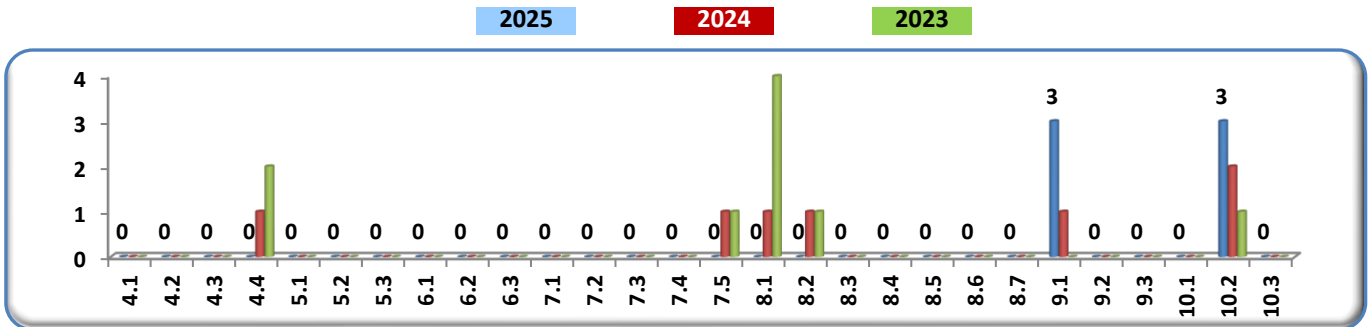


Gráfico 7.2.2. Datos de tendencias de No Conformidades de Auditoría Interna en SGC

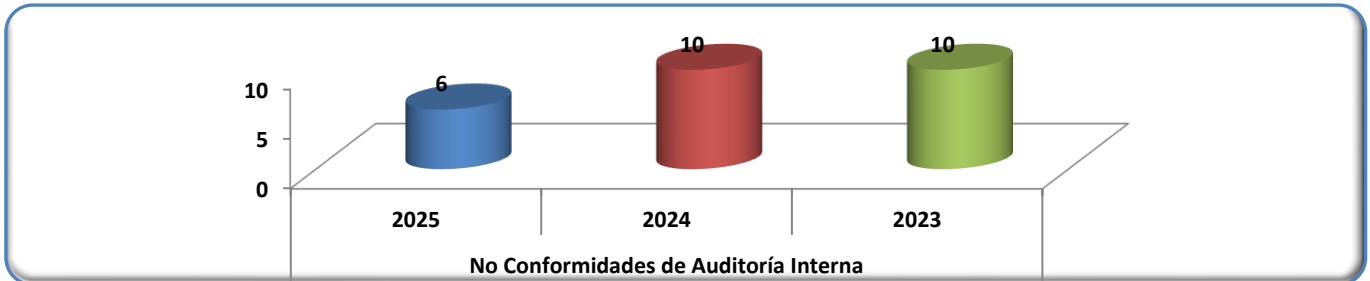


Gráfico 7.2.3. Datos de No Conformidades por Areas

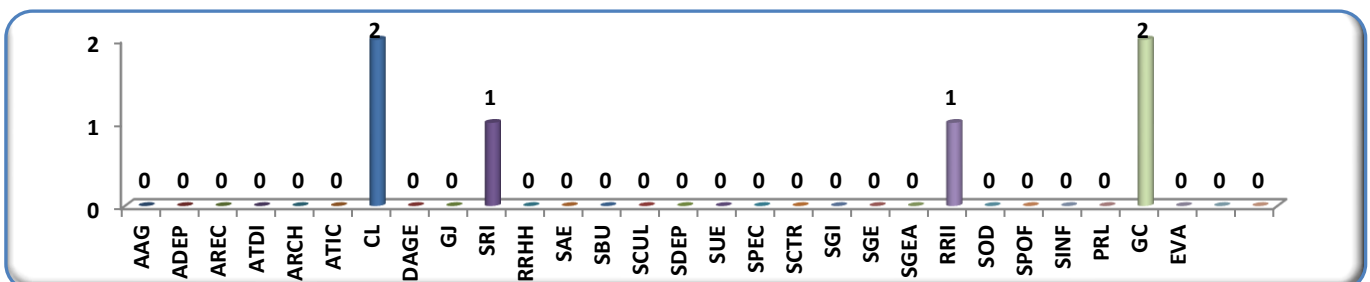
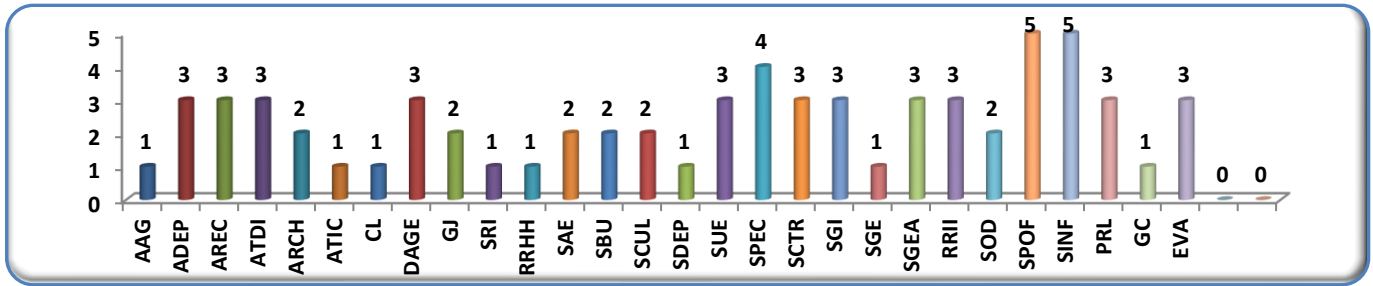


Gráfico 7.2.4 Datos de número de propuestas de MEJORA derivado del análisis IARS para año siguiente



### Análisis de resultados FINALES

La auditoria se ha realizado entre los meses de octubre y diciembre.

Se ha detectado un nº de NCs inferior a 2024. Hemos pasado de 10 a 6.

Tenemos que destacar que el cuadro de hallazgos ha sido muy inferior a otros años.

Nos hemos enfocado en auditar, sobre todo, en comprobar la veracidad de dato de los indicadores del plan de control y carta de servicios. Esto es un preludio de lo que vamos a realizar en los próximos años debido a la incorporación en nuestro sistema de la dirección por objetivos y su exigencia para cobrar la carrera horizontal del personal.

### Fecha aprobación de los resultados SEMESTRALES (Seguimiento)

**lunes, 21 de julio de 2025**

### Fecha aprobación de los resultados FINALES

**viernes, 20 de febrero de 2026**