



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN  
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

# **PROGRAMA AUDIT**

## **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIVERSIDAD DE JAÉN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Fecha emisión informe: 15/ 04/ 19**

**V01**



# INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIV. DE JAÉN.

Fecha: 15/ 04/ 19

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

<b>Universidad</b>	Universidad de Jaén
<b>Centro</b>	Facultad de Ciencias de la Salud (FCS)
<b>Alcance de la auditoría</b> <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
<b>Fecha de la auditoría</b>	12 de abril de 2019

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

<b>Preauditoría</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Inicial</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Seguimiento</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Renovación</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------------

Márquese con una "X" lo que proceda

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

<b>Nombre</b>	Jacinto Fernández Lombardo
<b>Cargo</b>	Jefe del Servicio de la U. de Planificación y Evaluación de la Universidad de Jaén
<b>Tfno. y/o correo</b>	jafernan@ujaen.es

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

<b>Auditor Jefe</b>	José Antonio Pérez de la Calle	<b>Institución</b>	ANECA
<b>Auditor</b>	-	<b>Institución</b>	-
<b>Aud. Formación</b>	-	<b>Institución</b>	-

## INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló sin ninguna incidencia, y de acuerdo a la agenda pactada entre el equipo auditor y el centro auditado.

## RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

*Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras no conformidades además de las indicadas en el presente informe.*

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
<b>1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad</b>	<b>No Conf. (1)</b>	<b>1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes</b>	<b>No Conf.</b>
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad		1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro	
1.0.2. Grupos de interés implicados		1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue		1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes	
<b>1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos</b>	<b>No Conf.</b>	1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		<b>1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico</b>	<b>No Conf.</b>
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
<b>OBSERVACIONES:</b> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas  Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal	
		1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	

(Sigue)

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
<b>1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios</b>	<b>No Conf.</b>	<b>1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones</b>	<b>No Conf.</b>
1.4.1.Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.1.Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	
1.4.2.Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.2.Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
1.4.3.Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		1.6.3.Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4.Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
1.4.5.Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios			
1.4.6.Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.7.Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios			
<b>1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</b>	<b>No Conf.</b>		
1.5.1.Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			
1.5.2.Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés			
1.5.3.Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados			
1.5.4.Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5.Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
1.5.6.Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			
1.5.7.Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			

## DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
		No aplica	

- (1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior
- (2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:
- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
  - No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

### Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SGIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

## OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC *(excluyendo las no conformidades)*

OM 1. Se sugiere dar mayor flexibilidad en la presencia del miembro del PAS en la CGC, de manera que si el responsable de la Oficina de Calidad no pudiera asistir, quede establecido en la documentación del SAIC que también podrá asistir otra persona en la que aquel delegue.

### **FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC** *(en su diseño e/o implementación)*

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes en el SGIC implantado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UJA (complementarias a las ya detectadas durante la auditoría de 21 de noviembre de 2018:

1. Fuerte compromiso del equipo decanal y de la Comisión de Garantía de Calidad de la FCS hacia la ejecución e implementación de las acciones de mejora recogidas en el PAM facilitado a ANECA.
2. Satisfacción mostrada por los estudiantes en relación a la cercanía y accesibilidad de los profesores y miembros del equipo decanal de la Facultad.

### **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES**

La reauditoría realizada en fecha 12 de abril de 2019, tuvo como objeto evaluar el grado de implantación y resultado de las acciones planteadas en el plan de acciones de mejora (PAM) presentado por este Centro en fecha 21 de enero de 2019, en relación a las no conformidades y observaciones de mejora recogidas en el informe de auditoría de fecha 03-12-18. Así, y en relación a cada una de aquellas, se muestra a continuación tanto su texto descriptivo, como los comentarios que juzga oportuno realizar el equipo auditor y que justifican la valoración realizada:

**NCM 1.** En relación al procedimiento PA01, "Gestión de los documentos y registros", se detectan los siguientes incumplimientos:

- En el Manual de Calidad, capítulo 1, se especifica que éste debe revisarse al menos 1 vez cada tres años, pero para la edición dos pasaron casi cinco años, y para la edición 3, tres años y ocho meses.
- Parece existir una contradicción entre el Manual de calidad y el Procedimiento PE01 "Establecimiento, revisión. y actualización de la Política y Objetivos de Calidad": En el primero se especifica que aquellos se deben revisar anualmente (Capt. 2, funciones de la Comisión de Garantía de Calidad (CGC)), pero en el procedimiento se especifica que debe hacerse al menos bienalmente (Aptdo. 2, funciones de la CGC).
- En el Manual de Calidad, capítulo 2, se cita que son 3 las comisiones permanentes de la FCS, pero acto seguido se citan y son cuatro.
- La Política de Calidad que aparece en la web, de septiembre de 2013, no tiene las mismas firmas que la que aparece en el Manual de Calidad, donde se da fé de que ha sido revisada y mantenida en diciembre de 2017.
- Mismo comentario para los objetivos de calidad: en el Manual de Calidad se indica que los objetivos de calidad tienen que ser anuales (Capt. 3, pag. 4),

## **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES**

pero los que aparecen en la web no se sabe para qué periodo son (la única referencia que aparece es Rev 04, 16/09/2013). Sin embargo, los del Manual de calidad si aparecen como revisados en 2017.

- No hay un formato único para representar los flujogramas de los procedimientos. P.ej. en el PE03, en el PE02, en el PE01, o en el PC04, son diferentes
- En la casilla de "motivo de la modificación" en realidad no se indica el motivo, es decir, explicar qué/ por qué se ha cambiado, sino que solamente se informa que es la 1ª, 2ª, 3ª revisión
- En el Procedimiento PA05 quedan unas siglas tachadas que no se han eliminado (aptdo. 3.b)
- En el PM02 a la CGC se le llama CC (Comisión de Calidad). Es diferente al resto de la doc. del SGIC.

**Valoración equipo auditor:** Resuelta. El centro ha procedido a realizar una revisión integral de toda la documentación del SAIC, que ha permitido subsanar las deficiencias encontradas durante la primera visita de auditoría de fecha 21 de noviembre de 2018.

**NCM 2.** En contra de lo previsto en el Manual de Calidad, y resultando miembros de pleno derecho de los órganos de gobierno colegiados, no se ha evidenciado que los representantes de estudiantes y PAS miembros de la CGC, asistan de manera continua a las reuniones de la Comisión de Garantía de calidad del Centro (No aparecen en las actas).

**Valoración equipo auditor:** Canalizada su resolución. Se puede considerar que la FCS ha desarrollado acciones de choque para corregir esta situación (cambiar la composición de la Comisión de Garantía de Calidad de Centro (CGC) en cuanto a los representantes de los estudiantes) y prevenir la repetición futura de esta situación (adoptando como política que los estudiantes miembros de este órgano cursen, en el momento de su incorporación, 2º curso de la titulación en la que estén matriculados). Si bien resultaría prematuro afirmar que esta NCM se ha resuelto ya, al menos sí existe constancia de la realización de acciones concretas y presumiblemente efectivas para ello.

**Nc 3.** De acuerdo a lo especificado en el procedimiento PC11 "Resultados académicos":

- Se emite un informe anual de resultados académicos, que ha de contener las acciones de mejora que se derivan del mismo, pero en la web solo aparece como evidencia el informe de rendimiento académico que debería contener "las correspondientes acciones de mejora". Sin embargo, el informe de la web solo contiene resultados, pero ninguna acción de mejora. Además, ese informe no aparece como aprobado en Junta de Centro.

## **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES**

- A continuación, se cita que la "Comisión de Calidad del Claustro, elabora un informe del conjunto de los resultados académicos y de sus propuestas de mejora", sin embargo no lo elabora el claustro sino el propio centro.

**Valoración equipo auditor:** Resuelta. El centro procede a elaborar un informe anual de resultados académicos, con su correspondiente plan de mejora. Este informe abarca desde el curso académico 2013-14 hasta el 2017-18 inclusive.

Por otra parte, se ha modificado el PC11 para eliminar la errónea asignación en la responsabilidad de su elaboración al Claustro.

**Nc 4.** En contra de lo especificado en el procedimiento PC14 "Gestión de expedientes y tramitación de títulos", no hay evidencia de que anualmente se recoja la información necesaria para que la CGC proceda al análisis del indicador "tiempo total en la tramitación de títulos", ni tampoco de un acta donde se trate del análisis de estos datos.

**Valoración equipo auditor:** Canalizada su resolución. El equipo decanal del centro informa que este dato es importante para ellos, y de este modo, decide que el indicador en cuestión se mantenga dentro del SIAC. En un futuro, la recogida de información ya no se realizará de manera informal, sino que se ha cursado un escrito a la Jefa de Sección de Títulos para solicitar información sobre el tiempo de tramitación de los títulos oficiales impartidos en la FCS. Esta información será analizada en la CGC y se informará a la Junta de Facultad y al resto de los grupos de interés.

**Nc 5.** En contra de lo especificado en el Manual de Calidad, Capt. 3, no se evidencia que en la CGC de la FCS haya un miembro del PAS.

Por otra parte, la CGC se tiene que reunir un mínimo tres veces al año (Manual de Calidad, Capt. 3), pero en 2015 solo se reunió dos veces, y en 2016, una sola vez (según las actas publicadas en la web).

**Valoración equipo auditor:** Resulta. Se ha modificado el Manual de Calidad en cuanto a la composición de la CGC. Esta modificación fue aprobada en Junta de centro de 19 de diciembre de 2019. La modificación contempla de manera explícita que el PAS estará representado por el Jefe de la Oficina de Calidad de la UJAEN. Por otra parte, la actual CGC (cuya composición fue aprobada en Junta de centro en diciembre de 2018) manifiesta un compromiso claro hacía la observación de la necesidad de reunirse con la periodicidad indicada.



## **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES**

**Nc 6.** En contra de lo especificado en el Procedimiento PM01, "Medición, análisis y mejora", no están publicados todos los informes de seguimiento de los títulos y/o centro.

**Valoración equipo auditor:** Canalizada su resolución. El equipo decanal manifiesta que los diferentes cambios en el Equipo de Gobierno de la Facultad (por razones personales y profesionales), propiciaron que se produjese este incumplimiento. El actual equipo manifiesta su firme compromiso para que esta situación no vuelva a producirse en el futuro.

Respecto a las oportunidades de mejora:

1. En relación a los laboratorios de prácticas, se sugieren varias medidas de mejora:

- Actualizar/ incorporar nueva señalética, especialmente la referida a los riesgos de las sustancias tóxicas y peligrosas existentes en aquellos, así como a las normas de actuación en caso de accidente.
- Revisar con mayor frecuencia el contenido de los botiquines (se detectaron diferentes productos caducados).
- Etiquetar de acuerdo al estándar internacional los bidones que contienen residuos considerados tóxicos y peligrosos.

**Valoración equipo auditor:** Resuelta y/o canalizada su resolución. Si bien la responsabilidad sobre los temas aludidos en los laboratorios de practicas recae sobre el Servicio de Prevención, que a su vez depende de Gerencia, el Equipo Directivo de la Facultad ha solicitado que se dinamice la resolución de las situaciones descritas, y así, se ha podido evidenciar durante la visita que el contenido de los botiquines de dos laboratorios visitados, ya estaba actualizado y además se anexaba una hoja de registro donde el responsable de su control firma con su nombre y fecha de revisión. En cuanto a la cartelería, se afirma por parte de la Vicedecana de Calidad, que el Servicio de Prevención ya ha realizado un pedido de nuevos carteles y etiquetas que servirán para cubrir las necesidades de toda la universidad, además de las del citado centro.

2. Los representantes de los estudiantes y del PDI que asistieron a las entrevistas, muestran un nivel de conocimiento del SGIC y sus objetivos, aún susceptible de mejora.

**Valoración equipo auditor:** Canalizada su resolución. La CGC del Centro es consciente de esta situación, y ha previsto que en las charlas de incorporación del alumnado se incluya un apartado específico relativo al SAIC del Centro.

## **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES**

Adicionalmente, también se llevará a cabo en cada curso académico, una charla similar pero esta vez dirigida al PDI. Estas charlas serán impartidas por el Responsable del SAIC de la Universidad.

3. No se puede acceder a los grupos de investigación de la FCS: <https://www.uja.es/gruposinvestigacioncen/euccs> (Aparece un texto: "página no encontrada").

**Valoración equipo auditor:** Resuelta. Había un error en el enlace.

4. Por parte de los representantes del PAS que asistieron a las entrevistas, se sugirió mejorar el catalogo de definición de funciones y competencias profesionales de los puestos tipo, ya que en su opinión, el actual resulta un tanto vago en sus detalles, por lo que, a efectos prácticos, no resultaría muy útil.

**Valoración equipo auditor:** Canalizada su resolución. Aunque el representante del PAS presente durante la auditoría (Jefe de la Oficina de Calidad de la UJA) manifestó no estar totalmente de acuerdo con lo expuesto por sus compañeros PAS durante la anterior visita de auditoría, el Decanato de la FCS contactará tanto con Gerencia como con representantes del PAS para conocer con más profundidad su postura al respecto.

5. El contenido del apartado de desarrollo del procedimiento PC01 "Oferta formativa de la FCS" se encuentra recogido casi literalmente en el procedimiento PE03 "Diseño de la oferta formativa". Valorar su fusión.

**Valoración equipo auditor:** Resuelta. Se han fusionado ambos documentos. Este cambio fue aprobado en Junta de Centro de 17 de enero de 2019.

6. En el Manual de Calidad, capítulo 2, página 3, se especifica que la FCS tiene 115 docentes, 70 en Enfermería y 45 en Fisioterapia. La inclusión de esos datos hace que resulte difícil mantener actualizada la información que se facilita en aquel.

**Valoración equipo auditor:** Resuelta. Se ha eliminado esa información del Manual de Calidad (Revisión 05). Este cambio fue aprobado en Junta de Centro de 17 de enero de 2019.

7. En el Procedimiento PC02 "Revisión y mejora de las titulaciones" se hace referencia al Procedimiento PE02, cuando no existe dicho procedimiento.

**Valoración equipo auditor:** Resuelta. Se ha eliminado la referencia a dicho procedimiento, que ya no existe. Este cambio fue aprobado en Junta de Centro de 17 de enero de 2019.

**GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS  
QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA  
REACREDITACIÓN DE TÍTULOS**

No aplica.

**PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ OCUPACIÓN</b>
M <sup>a</sup> JOSE CALERO GARCIA	Decana
MARÍA LUISA GRANDE GASCÓN	Vicedecana General e Inserción Laboral
ANTONIO MARTÍNEZ AMAT	Secretario Facultad CC de la Salud
FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNÁNDEZ	Vicedecano de Enfermería
NABIL BENOMAR EL-BAKALI	Vicedecano de Relaciones Internacionales, Relaciones Institucionales y Proyección Social
DAVID CRUZ DÍAZ	Tutor de Fisioterapia
HIKIMATE ABRIOUEL HAYANI	Vicedecana de Calidad y Planificación
MARTA LOPEZ GONZALEZ	Estudiante. (Grado en Enfermería)
JESICA MARIA MEDINA MARIN	Estudiante. (Grado en Enfermería)
RAFAEL CANILLO FÚNEZ	Estudiante. (Grado en Enfermería)
PABLO MOYA SOLANA	Estudiante. (Grado en Enfermería)
ANDREA RAMÍREZ ZAFRA	Estudiante. (Grado en Fisioterapia)
LAURA MONTORO VELÁZQUEZ	Estudiante. (Grado en Fisioterapia)
XABIER GARCÍA BURCIO	Estudiante. (Grado en Fisioterapia)
SILVIA MARÍA GARCÍA GARRIDO	Responsable de laboratorios del Grado en Fisioterapia
LEONARDO RUEDA GARCÍA	Responsable de laboratorios del Grado en Enfermería
FRANCISCO J. MOLINA ORTEGA	Miembro CGC. Secretario
ROSA MARÍA FERNÁNDEZ ALCALÁ	Miembro CGC. Grado en Enfermería

M <sup>a</sup> LUISA GRANDE GASCÓN	Miembro CGC. M.U. en Enfermería de Cuidados Críticos, Urgencias y Emergencias.
FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNÁNDEZ	Miembro CGC. M.U. en Enfermería de Cuidados Críticos, Urgencias y Emergencias
MARTÍN DE LA TORRE LÓPEZ	Miembro CGC. Representante Estudiantes. Grado en Enfermería
JORGE LUCAS JIMÉNEZ	Miembro CGC. Representante Estudiantes. Grado en Fisioterapia
JACINTO FERNÁNDEZ LOMBARDO	Miembro CGC. Representante PAS. Servicio de Planificación y Evaluación
ANA DÍAZ MECO-NIÑO	Miembro CGC. Representante Egresados. Grado en Enfermería
ESTEBAN OBRERO GAITÁN	Miembro CGC. Representante Egresados. Grado en Fisioterapia

## EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
-	-

## DISPOSICIÓN FINAL

### VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

**El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)**

**FAVORABLE**

**DESFAVORABLE**

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SGIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor.**
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

### JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

En Madrid, a 15/ 04/ 19

#### Por el equipo auditor (1)

José Antonio Pérez de la Calle  
Cargo: Auditor jefe - ANECA  
(1) Auditor de mayor rango del equipo