

PM_04 Seguimiento de centros: análisis, mejora y rendición de cuentas

Contenido

1. OBJETIVO.....	2
2. ALCANCE.....	2
3. ÓRGANO/S RESPONSABLE/S DEL PROCESO.....	2
4. NORMATIVA/DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA.....	2
5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO, RESPONSABLES Y EVIDENCIAS.....	2
6. INDICADORES.....	6
7. ANEXOS.....	6

	Órgano/Unidad/Servicio	Fecha
Elaborado	Unidad Técnica de Calidad UAH. Vicerrectorado de Gestión de Calidad UAH	10/11/2024
Adaptado al CUCC	Unidad de Calidad CUCC previa consulta a los servicios implicados	15/04/2025
Revisado/ actualizado CUCC	Equipo Directivo y Unidad de Calidad CUCC previa consulta a los servicios implicados	14/7/2025
Aprobado CUCC	Comisión de Calidad	Pendiente de aprobación
	Junta de Centro	Pendiente de aprobación

1. OBJETIVO

El objetivo de este proceso es establecer cómo el centro gestiona el análisis, revisión y mejora de su Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC), tanto de manera interna, como en procesos externos.

2. ALCANCE

El presente documento es aplicable al Centro Universitario Cardenal Cisneros.

3. ÓRGANO/S RESPONSABLE/S DEL PROCESO

Vicerrectorado con competencias en Calidad.

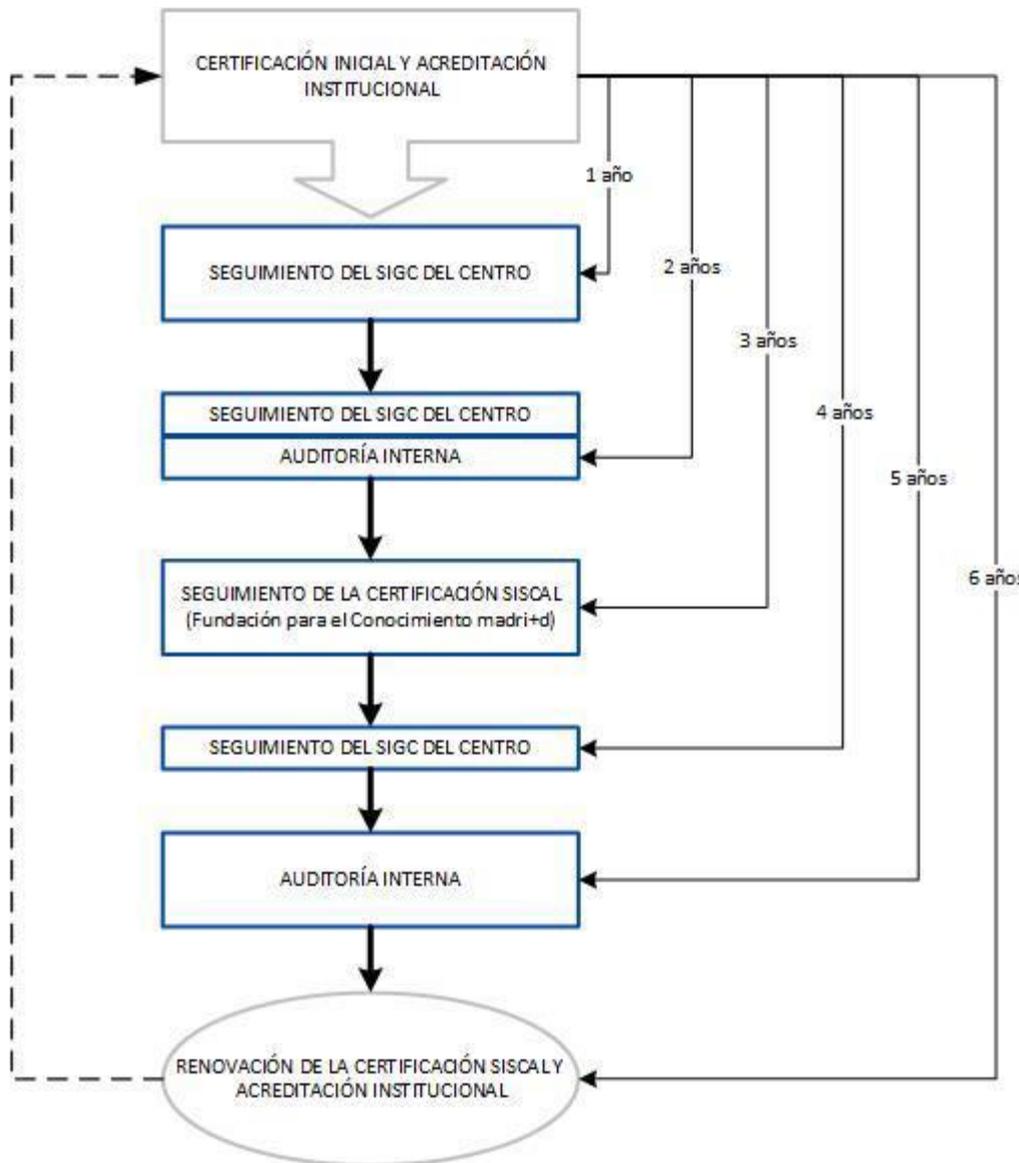
Equipo Directivo del CUCC

4. NORMATIVA/DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Real Decreto 640/2021, de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios.
- Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad.
- Resolución de 3 de marzo de 2022, de la Secretaría General de Universidades, por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para la acreditación institucional de centros de universidades públicas y privadas, y se publica el Protocolo para la certificación de sistemas internos de garantía de calidad de los centros universitarios y el Protocolo para el procedimiento de evaluación de la renovación de la acreditación institucional de centros universitarios, aprobados por la Conferencia General de Política Universitaria.
- REACU - Directrices y Observaciones para la acreditación institucional de centros que imparten programas de doctorado.
- REACU - Procedimiento para la evaluación de los casos de títulos impartidos en varios centros en el marco de los protocolos de Acreditación Institucional de Centros Universitarios.
- Guía para la Certificación de Sistemas Internos de Garantía de Calidad (SISCAL) de la Fundación para el Conocimiento madri+d.
- Guía para la Acreditación Institucional de Centros Universitarios de la Fundación para el Conocimiento madri+d.
- Guía de evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de grado y máster de la Fundación para el Conocimiento madri+d.
- Guía de evaluación para la renovación de la acreditación de enseñanzas oficiales de doctorado de la Fundación para el Conocimiento madri+d.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO, RESPONSABLES Y EVIDENCIAS

Una vez obtenida la certificación del Sistema Interno de Garantía de Calidad, el centro deberá someter dicho sistema a una serie de procesos, tanto internos como externos, de revisión y mejora. En el siguiente cuadro se presentan cronológicamente estos procesos:



Procedimiento I: Seguimiento del SIGC del centro

Atendiendo a las directrices de la Guía de Certificación de Sistemas Internos de Garantía de Calidad (SISCAL) y de la Guía de Acreditación Institucional de la Fundación para el Conocimiento madri+d, el centro realizará, anualmente, un informe de seguimiento de la implantación y de la mejora del Sistema Interno de Garantía de Calidad acreditado.

El objetivo es analizar el funcionamiento del SIGC del centro y preparar la documentación que se debe presentar en los procesos de auditoría interna y externa, para que los evaluadores puedan analizar la trazabilidad de las actualizaciones, mejoras y cambios realizados en el SIGC del centro.

Los responsables académicos de un centro con acreditación institucional tienen la responsabilidad de mantener y mejorar los estándares de calidad por los cuales obtuvieron la certificación SISCAL, implementando un seguimiento anual que analice los indicadores de calidad definidos en su SIGC y revise las recomendaciones incluidas en los informes finales de evaluación, siguiendo las pautas marcadas en las guías SISCAL y de Acreditación Institucional de la Fundación para el Conocimiento madri+d.

Anualmente se realizará un informe que deberá recoger los cambios en la información del funcionamiento del SIGC del centro desde la emisión del último informe de certificación o de seguimiento del SIGC, así como la referencia al documento que evidencia la actualización, para cada uno de los criterios SISCAL. Asimismo, incluirá un plan de mejoras.

En la siguiente tabla se enumeran y describen todos los pasos o fases de las que se compone este procedimiento, indicando, además, el/la responsable de cada una de las acciones y el documento o evidencia resultante, si lo hubiera:

Descripción de la acción	Responsable	Documento o evidencia resultante (sólo si procede)
1. Analizar los indicadores del cumplimiento de los objetivos estratégicos del Plan Director del centro, así como las tasas e indicadores, resultados de encuestas, estadísticas de matrícula y nuevo ingreso referidos a los títulos.	Responsable de calidad del centro	Datos, evidencias e indicadores
2. Elaborar el informe de seguimiento y el plan de mejora, teniendo en cuenta todas las evidencias e indicadores disponibles.	Responsable de calidad del centro	Informe provisional de seguimiento del SIGC
3. Revisar y aprobar el informe provisional de seguimiento del SIGC.	Comisión de calidad del centro	Acta de la Comisión de Calidad
4. Aprobar el informe de seguimiento del SIGC.	Junta de centro	Acta de la Junta de centro
5. Remitir el informe de seguimiento del SIGC al Vicerrectorado con competencias en calidad y a la Unidad Técnica de Calidad.	Director/a de centro	Informe final de seguimiento del SIGC
6. Aprobar los Informes de seguimiento del SIGC.	Comisión de Calidad de la UAH	Actas de la Comisión de Calidad de la UAH
7. Difundir el informe final de seguimiento a todos los grupos de interés del centro.	Director/a de centro	Página web del centro
8. Actualizar el buscador de documentación de procesos de calidad de los centros las titulaciones, en el portal de calidad de la universidad.	Unidad Técnica de Calidad	Portal de Calidad de la UAH

Procedimiento II: Auditoría interna

A partir de los informes anuales de seguimiento del SIGC del centro realizados según el procedimiento I, y aprobados por la Comisión de Calidad y la Junta de Centro.

La auditoría se concibe como una evaluación interna de la implantación del SIGC del centro, realizada por un Comité cuyos miembros son ajenos al centro, que se realiza con carácter previo al seguimiento intermedio de la Certificación SISCAL y, en su caso, a la renovación de la acreditación institucional que realizará la Fundación para el Conocimiento madri+d, al tercer y sexto año, respectivamente, de la obtención de la certificación/acreditación institucional del centro.

La Comisión de Auditoría emitirá un informe de auditoría interna (Anexo II), tras estudiar las evidencias y registros documentales recogidos en el informe de seguimiento del SIGC del centro, teniendo en cuenta, especialmente, la trazabilidad de los planes de mejora elaborados, junto a los requisitos indicados en la guía para la Acreditación Institucional de Centros Universitarios de la Fundación para el Conocimiento madri+d.

Adicionalmente, en la auditoría se realizará una evaluación del cumplimiento de la memoria de verificación y de la normativa vigente de, al menos, uno de cada tipo de titulación adscritas al centro. Concretamente, para estas titulaciones se revisarán las evidencias indicadas en la guía para la renovación de la acreditación de titulaciones oficiales de grado y/o máster.

Según lo anterior, se podrán solicitar datos relacionados con los siguientes criterios:

- Organización y Desarrollo (Criterio 1)
- Personal académico (Criterio 4);
- Personal de apoyo, recursos y servicios (Criterio 5)
- Resultados (Criterio 6)

En la siguiente tabla se enumeran y describen todos los pasos o fases de las que se compone este procedimiento, indicando, además, el/la responsable de cada una de las acciones y el documento o evidencia resultante, si lo hubiera:

Descripción de la acción	Responsable	Documento o evidencia resultante (sólo si procede)
1. Abrir una convocatoria específica a PDI de otros centros universitarios, para formar parte de la Comisión de Auditoría Interna.	• Equipo Directivo	Correo institucional
2. Analizar las solicitudes recibidas para la selección de vocales y suplentes de la Comisión de Auditoría Interna en función de los siguientes criterios: – Formación y/o experiencia en materia de calidad. – Criterio de paridad, si es posible. En función de las solicitudes recibidas, conformar la Comisión de Auditoría Interna del centro	• Equipo Directivo • Unidad de Calidad	Propuesta de composición de la Comisión de Auditoría Interna del centro
3. Aprobar la propuesta de composición de la Comisión de Auditoría Interna del centro a auditar en la Comisión de Calidad del CUCC.	• Equipo Directivo • Comisión de Calidad del CUCC	Acta de la Comisión de Calidad del CUCC
4. Elevar a aprobación de Junta de Centro la composición de la Comisión de Auditoría Interna del centro.	• Equipo Directivo • Comisión de Calidad del CUCC • Junta de Centro	Acta de la Junta de Centro
5. Comunicar la composición de la Comisión de Auditoría Interna a sus miembros	• Equipo directivo	Correo institucional
6. Proporcionar información y documentación a todos/as sus miembros	• Equipo directivo • Unidad de Calidad	
7. Constitución de la Comisión de Auditoría Interna	• Comisión de Auditoría Interna	Acta de la constitución de la Comisión de Auditoría Interna
8. Elaborar y consensuar el calendario de auditoría.	• Equipo directivo • Unidad de Calidad	Calendario de auditoría

Descripción de la acción	Responsable	Documento o evidencia resultante (sólo si procede)
9. Solicitar al CUCC los informes de seguimiento y toda la documentación necesaria.	Comisión de Auditoría Interna	
10. Analizar la documentación y realizar la visita al centro en los plazos establecidos, para entrevistar a los diferentes grupos de interés, con objeto de obtener información adicional, así como solicitar las aclaraciones necesarias	<ul style="list-style-type: none"> Comisión de Auditoría Interna Responsables del Centro 	Agenda de la visita
11. Elaborar el informe provisional de auditoría interna del centro, en un plazo no superior a un mes y envío al centro.	Comisión de Auditoría Interna	Informe provisional de auditoría interna del centro
12. Elaborar las alegaciones si se consideran oportunas en el plazo establecido.	Responsables del Centro	Escrito de alegaciones
13. En caso de que no existan alegaciones, el informe provisional pasará a considerarse informe definitivo. De existir alegaciones, la CAI dispondrá de 15 días para dar respuesta a las alegaciones y elaborar el informe definitivo.	Comisión de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> Acta de la reunión de la Comisión de Auditoría Interna Informe definitivo de auditoría interna del centro
14. Enviar el informe definitivo de auditoría interno del centro	Secretario/a de la Comisión de Auditoría Interna	Notificación de envío

Procedimiento III: Seguimiento Externo SISCAL

El seguimiento por parte de la Agencia evaluadora se realizará en función del dictamen del Informe de Certificación y siguiendo el procedimiento indicado por la Fundación para el Conocimiento madri+d.

6. INDICADORES

Procedimiento I: Seguimiento del SIGC del centro

- Seguimiento del centro realizado

Procedimiento II: Auditoría interna

- Auditorías realizadas
- Auditoría favorable

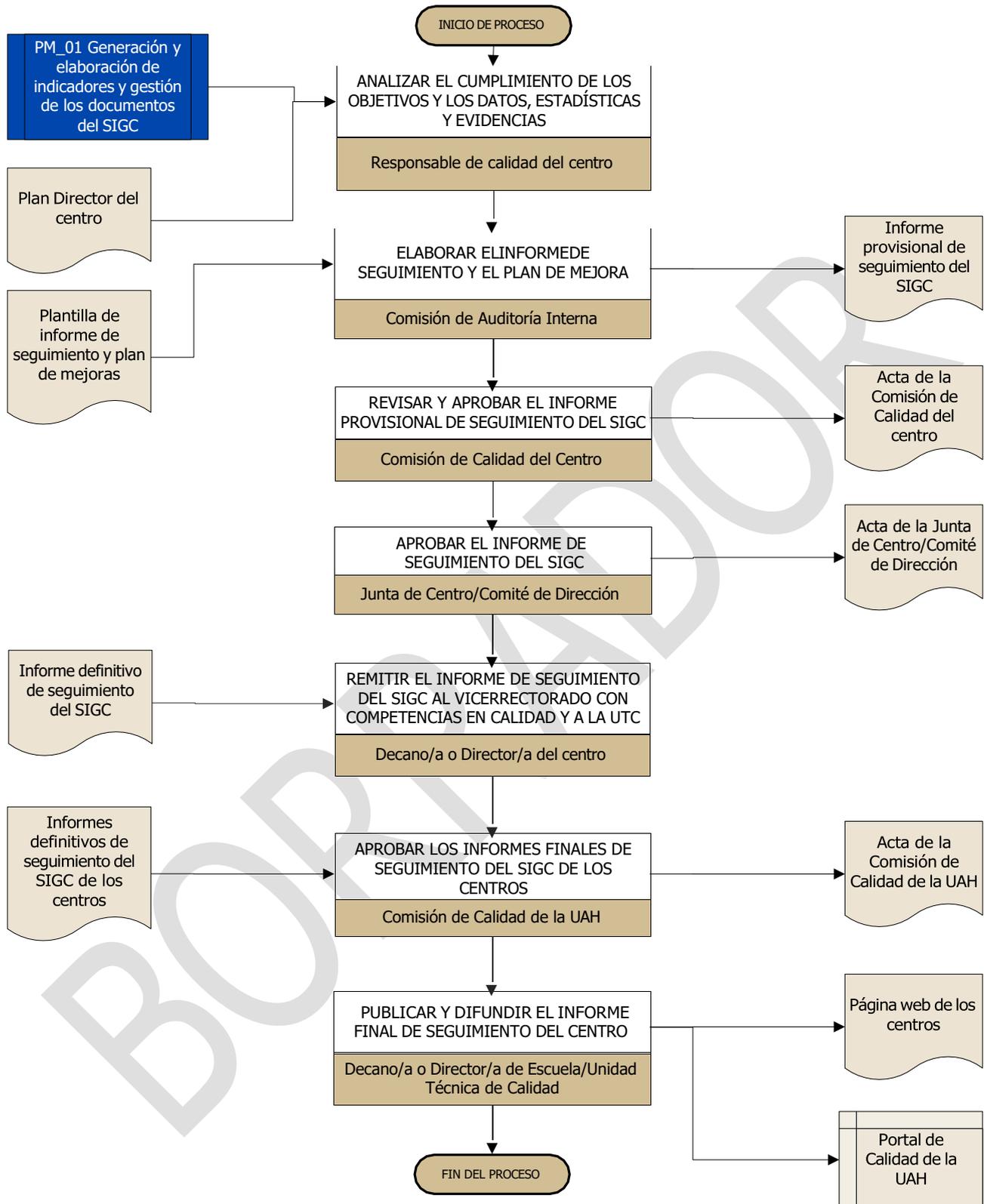
7. ANEXOS

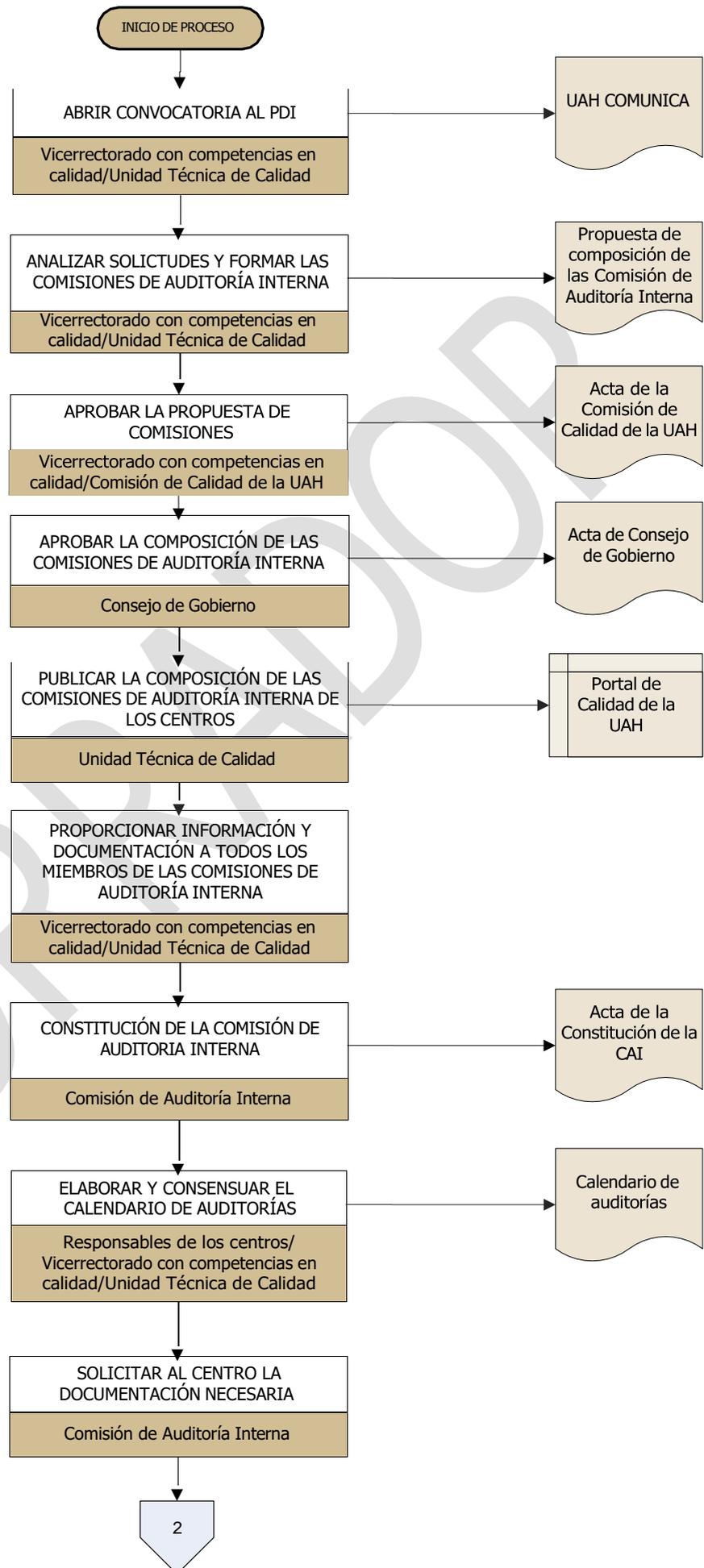
Anexo I: Informe de seguimiento interno del SIGC del centro Anexo II:

Informe de Auditoría Interna del Centro

Anexo III: Flujograma

Procedimiento I: Seguimiento del SIGC del centro



Procedimiento II: Auditoría interna

Procedimiento II: Auditoría interna