

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	ISCGE Nº de Informe: ÚNICO Curso: 2016-2017 Fecha: JUNIO 2017 Página 1 de 12 Responsable: Director/S.Docente
<b>3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD</b>		<b>3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad</b>

## Introducción

De acuerdo con el programa general de Auditorías Internas establecido por el centro para los años 2016-2018, en este informe se recogen las auditorías internas realizadas durante el año 2017<sup>1</sup>.

Además, se considera adecuado analizar aquellas acciones relacionadas con las observaciones que se detectaron en las auditorías del año anterior, ya que uno de los propósitos de este proceso<sup>2</sup>, es la “autocomprobación de aplicación del sistema de Calidad en la Gestión (...) en un muestreo aleatorio de algunos procesos”.

Hay que recordar que las auditorías internas permiten comprobar el cumplimiento de las directrices de los procesos que se auditan, así como corregir y mejorar aquellos aspectos que no se aplican de forma adecuada.

## Desarrollo

Antes de abordar la información referida a las auditorías a las que corresponde este informe, se analizan las acciones realizadas por el centro para la mejora de aquellas observaciones de hallazgos de mejora que se detectaron en las auditorías de 2016<sup>3</sup>.

Se recuerdan ahora los procesos auditados en 2016 y las observaciones de mejora que se recogieron en los correspondientes informes:

PROCESO AUDITADO	OBSERVACIONES	
4.1.2. Gestión presupuestaria	1	Elaborar listado de acciones para el ahorro y la eficiencia económica.
3.2.2. Protección de datos	2	Elaborar listado de empresas que han firmado el compromiso de confidencialidad (también en Menorca e Ibiza) Doc con solicitudes de destrucción de soportes y autorización
5.2.1. Participación	1	Incluir en la directriz: objeto, propietario, indicadores
1.1.1. Estrategia	1	Identificar la MISIÓN, con la palabra correspondiente, en la Carta de Servicios.

### 4.1.2. Gestión presupuestaria:

El centro ha corregido la observación de mejora detectada con la elaboración del documento: **4.1.2. RCSO Lista de acciones para el ahorro y la eficiencia económica, ed1, v1, de junio 2016.**

En este documento se recogen las acciones que desarrolla el centro con la finalidad de gestionar de la manera más adecuada el presupuesto con el que cuenta y que están destinadas a conseguir el ahorro y la eficiencia económica.

<sup>1</sup> Para la información referida al proceso y su implantación en el centro, puede consultarse el documento **3.2.3. ISCGE Informe de seguimiento de las Auditorías Internas, de agosto 2016** en el que se recogen, además, las realizadas durante el año 2016: <http://www.uned-illesbalears.net/calidad/informes-programa-calidad/>

<sup>2</sup> *Guía para la aplicación del Sistema de Garantía Interna de Calidad en la Gestión de Centros Asociados, Nivel Consolidación*, ed.2, v.2, junio 2016, pág. 37.

<sup>3</sup> 3.2.3. ISCGE Informe de seguimiento de las Auditorías Internas, agosto 2016.

### 3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD

### 3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad

#### 3.2.2. Protección de datos:

El centro cuenta con el documento **3.2.2. RCGE Registro Documento asunción del deber de secreto y prohibición de accesos a datos**. Este documento ya está en su edición 5, v.2 y su última actualización corresponde a abril de 2017. Este registro se elabora tras la cumplimentación por parte de las empresas del *Documento para asunción del deber de secreto y prohibición de acceso a datos*, en cumplimiento del artículo 83 RLOPD y que deben firmar.

Del mismo modo, el centro ha sistematizado la documentación necesaria para la solicitud de destrucción de soporte temporal en papel o informático y su correspondiente autorización.

**REGISTRO DOCUMENTO ASUNCIÓN DEL DEBER DE SECRETO Y PROHIBICIÓN DE ACCESO A DATOS**

Nº	EMPRESA	ACTIVIDAD	FECHA FIRMA
1	TRABUSA	Seguridad	1 agosto 2014
2	MEDITEL 2012 C.B.	Mantenimiento instalaciones	17 noviembre 2014
3	CANON España S.A.	Mantenimiento fotocopiadoras	3 junio 2015
4	FORAFEC	Mantenimiento sistema y equipos controladores	9 junio 2015
5	Máquinas Expendedoras del Mediterráneo S.L.	Servicio y mantenimiento máquinas automáticas bebidas	16 marzo 2016
6	FRICATEM Aire Acondicionado y calefacción	Mantenimiento equipos	6 abril 2016
7	INSTALACIONES ELÉCTRICAS ILLES	Instalaciones eléctricas	27 mayo 2016
8	EXCEL ASCENSORES S.L.	Mantenimiento ascensor	27 mayo 2016
9	RAMCON EMPRESA de SERVICIOS S.A.	Servicios de limpieza	30/mayo/2016
10	TALLERS IREMA	Revisión mantenimiento Grupo Electrógeno	30/mayo/2016
11	Justo Bonacasa Sánchez, NOSTROMO TTES.	Servicios de mensajería	09/junio/2016
12	ORTIZ Ingeniería y servicios de Baleares S.L.	Asesoramiento, supervisión nuevas instalaciones ingeniería	13/junio/2016
13	GABRIEL ALLES GÓMEZ OROZCO	Extintores y material contra incendios	27/junio/2016
14	ECO REMANUELA S.L.	Mantenimiento fotocopiadora	07/julio/2016
15	O.N. Servicios Auxiliares S.L.	Servicios de limpieza	07/julio/2016
16	TonerClass S.L.	Suministro y recogida consumibles impresión	09/sep/2016
17	Marlitas Reunidas S.A.	Servicios transporte	13/sep/2016
18	Transportes Lusidie S.L. ENVALIA	Servicios mensajería	31 octubre 2016
19	Viajes Halcón S.A.	Agencia de viajes	7 noviembre 2016
20	Fabricacions Multimaterials liques MAXIMETALLS SLU	Carpintería de herrería y otros	17 enero 2017

**Secretaría CA UNED Illes Balears - Fecha y firma**  
 M. Esperanza Pons - 30 mayo 2017  
**PONS JUAN MARIA ESPERANZA**  
 (FIRMA)

		<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	ISCGE Nº de Informe: ÚNICO Curso: 2016-2017 Fecha: JUNIO 2017 Página 3 de 12 Responsable: Director/S.Docente
<b>3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD</b>		<b>3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad</b>	



### 5.2.1. Participación:

De acuerdo con la Guía de referencia, las directrices de los procesos deben estar identificados los siguientes elementos<sup>4</sup>:

- Objeto del proceso, propietario del mismo
- Actividades que desarrollan el proceso y sus responsables
- Indicador/es de medición del proceso y objetivo/s cuantificable/s y medible/s
- Documentos y registros.

La decisión del centro de aplicar esta premisa se tomo en N19, 20-04-16 para todas las directrices que se revisasen a partir de ese momento. Cuando se realizó la auditoría interna de participación, todavía no se había revisado la directriz correspondiente, de ahí la observación de hallazgo de mejora que aparece en el informe.

La directriz **5.2.1. DCPE Directriz de Participación Interna, ed.4, v1, de junio 2016** se presentó y aprobó en la reunión N37, 24-08-16 ya con la inclusión del objeto, el objetivo y el indicador tal como se especificaba. El resto de elementos ya estaban incluidos en las ediciones anteriores de esa directriz.

### PARTICIPACIÓN INTERNA

**OBJETO del proceso:** Fomentar el trabajo en equipo y la aportación de ideas con el fin de mejorar la calidad de los servicios (académicos y administrativos) y la satisfacción de las personas.

**OBJETIVO:** 95% de PAS satisfechos de trabajar en el centro (bienal) / 95% de Tutores satisfechos de desarrollar su función tutorial en el Centro (bienal).

**INDICADOR /-ES:** PAS que expresan satisfacción de trabajar en el Centro en el cuestionario de opinión (escala de 1 a 6). (Nº de PAS que puntúa 4, 5 o 6 a la pregunta "Considerando todo lo anterior estoy satisfecho de trabajar en el Centro" / Total PAS que contesta a esa pregunta de la encuesta) x 100. /

<sup>4</sup> Guía, p.34

 	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	ISCGE Nº de Informe: ÚNICO Curso: 2016-2017 Fecha: JUNIO 2017 Página 4 de 12 Responsable: Director/S.Docente
<b>3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD</b>		<b>3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad</b>

Tutores que expresan satisfacción de desarrollar su función tutorial en el Centro en el cuestionario de opinión (escala de 1 a 6). (Nº de tutores que puntúa 4, 5 o 6 a la pregunta "Considerando todo lo anterior estoy satisfecho de ejercer de profesor/-a tutor/-a en mi Centro Asociado" / Total tutores que contesta a esa pregunta de la encuesta) x 100.

En todas las directrices que el centro elaboró para el curso 2016-2017 ya se incluyeron esos parámetros: <http://www.uned-illesbalears.net/calidad/programa-calidad-ca-uned-illes-balears-directrices-2016-2017/>

El centro consideró que, debido a que no todos los procesos cuentan con una directriz, en aquellos casos en los que el documento de referencia fuese un Sistema (MC), sería también conveniente incluir el objeto, el objetivo y un indicador de medición objetivo y así lo aplicó en la documentación del curso 2016-2017:

<http://www.uned-illesbalears.net/calidad/programa-calidad-ca-uned-illes-balears-planes-2016-2017/>

#### 1.1.1. Estrategia:

En la Carta de Servicios que cada año edita el centro, aparecía la misión, pero no aparecía identificada como tal, por lo que se consideró adecuado incluir la palabra en ese apartado:

##### Ed5, 2015:

El Centro Asociado de la UNED de les Illes Balears aporta valor en tres áreas complementarias: La sociedad, la UNED y las instituciones del Patronato que aportan recursos para su funcionamiento y desarrollo.

##### Ed6, 2016:

###### MISION

El Centro Asociado de la UNED de les Illes Balears aporta valor en tres áreas complementarias: La sociedad, la UNED y las instituciones del Patronato que aportan recursos para su funcionamiento y desarrollo.

El centro considera que tras estas acciones, los procesos que se auditaron se adecuan más y mejor a lo que se exige en el Nivel Consolidación, si bien es cierto que se ha seguido trabajando en ellos durante el curso 2016-2017.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	ISCGE Nº de Informe: ÚNICO Curso: 2016-2017 Fecha: JUNIO 2017 Página 5 de 12 Responsable: Director/S.Docente
<b>3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD</b>		<b>3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad</b>

Tras esta revisión, se detallan a continuación las auditorías internas correspondientes al 2017<sup>5</sup>, así como los procesos implicados y las fechas programadas pueden consultarse en el siguiente cuadro:

PROCESO AUDITADO	FECHA DE REALIZACIÓN
1.1.2. Plan de gestión	Enero 2017
1.1.3. Liderazgo	Febrero 2017
3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad	Marzo 2017
3.2.1. Documentación del sistema de calidad	Abril 2017
5.3.2. Desempeño	Mayo 2017

En cuanto a los resultados de las auditorías anteriores y que se detallan en los correspondientes informes, se muestran a continuación:

PROCESO AUDITADO	INFORME	PUNTOS FUERTES	OBSERVACIONES-HALLAZGOS DE MEJORA
1.1.2. Plan de gestión	19-01-17	2 Memoria anual de gestión del centro  Plan de contingencias y DAFO	1 El centro establecerá mecanismos para asegurar una correlación entre los objetivos del plan de gestión y de los correspondientes planes de área, carta de servicios y factores críticos de éxito y riesgo.
1.1.3. Liderazgo	28-02-17	2 El centro evidencia la evaluación de líderes informales en el Plan de evaluación y mejora de liderazgo.  El centro utiliza una metodología feedback 360º en la evaluación de los líderes formales que asegura la implicación de todas las personas	2 Se sugiere que se realice un seguimiento periódico de los estándares evaluados en las distintas actividades para asegurar la implicación de todos los estándares establecidos.  Se sugiere revisar la directriz del centro en cuanto a la comunicación de los resultados de la evaluación que tiene lugar, esencialmente, en reuniones de equipo y por e-mail.
3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad	30-03-17	2 El Centro gestiona los procesos de calidad en las etapas obligatorias que determina el nivel de consolidación (Gestión REDER, excepto el último punto "revisión").  El centro ha dispuesto realizar, en lugar de tres años, como señalan los	1 Sistematizar el seguimiento interno de los compromisos de la Carta de Servicios en cada una de sedes para que resulte homogéneo.

<sup>5</sup> Se recuerda que el documento en el que se detallan las auditorías que se realizan es el **3.2.3. RCGE Programa General auditorías internas, 2016-2018**. En este programa se detallaba como persona responsable del proceso a una persona y como auditores a otras dos. Tras una reflexión por parte del centro en relación con la normativa en que se citan dos principios fundamentales en toda auditoría: la independencia (entendida en el sentido de que los auditores deben ser independientes de la actividad auditada) y el enfoque basado en evidencias, el centro reflexiona sobre el hecho de que las personas que actuaban como auditores en la del Proceso Desempeño son las mismas que han realizado las evaluaciones de seguimiento de desempeño en el mes de enero, por este motivo, y en cumplimiento del primer principio, se decide que las personas que debían actuar como auditores pasen a ser las auditadas, y la persona que iba a ser auditada, pase a ser auditora (ED17, 2-5-17)

**3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD**

**3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad**

			objetivos del Programa general de auditoría interna el 33% de los procesos en dos años.		
3.2.1. Documentación del sistema de calidad	20-04-17	5	<p>El Centro Asociado ha diseñado un modelo de pautas de redacción para los diferentes documentos de los procesos.</p> <p>De los 37 procesos del Mapa de Procesos del nivel de Consolidación que se indican en el MVG, que se encuentran especificados de la siguiente forma:</p> <p>a) 17 procesos claves del sistema de calidad del nivel de Consolidación, el centro asume todos.</p> <p>b) 9 procesos básicos del sistema del nivel de Consolidación, el centro los asume todos.</p> <p>c) 8 procesos asociados a los factores críticos/riesgos del nivel de Consolidación, el centro asume 9, el centro incluye Extensión Universitaria debido a la relevancia del mismo en la Estrategia del centro, a pesar de no ser un factor clave establecido en el MVG.</p> <p>De los 17 procesos claves del sistema de gestión de calidad, procesos básicos del sistema y procesos clave asociados a factores críticos de éxito/riesgo en el nivel de Consolidación indicados en el MVG el centro los asume todos en el curso 2016-2017, además el centro considera claves: Acogida a nuevos estudiantes, Realización de tutorías, Compras y el de Extensión universitaria, este último se encuentra relacionado con los factores críticos de éxito y riesgo y con el proceso de Estrategia en el 1.1.1. RCDI Procesos clave relacionados con los factores críticos identificados, procesos que también trabaja el centro.</p> <p>En los recursos académicos ha incluido librería y material docente que trabaja aunque no se encuentren dentro de los procesos claves del nivel Consolidación. El centro tiene un compromiso con la Carta de Servicio y realiza el seguimiento incluido en el 2.5.1 otros servicios incluidos en la Carta de Servicios.</p> <p>El Centro asume los 17 procesos clave para el nivel de Consolidación más los 4 que incluye: Acogida a nuevos</p>	1	Si bien el centro ha establecido un modelo de pautas de redacción para los diferentes documentos de los procesos y la ha dado a conocer a los propietarios de los procesos y a la organización, se ha detectado en diversas ocasiones errores en su cumplimentación por distintas personas responsables. Se sugiere que en una próxima actividad formativa se recuerde/explice a las personas implicadas las normas/reglas establecidas a tal efecto.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	ISCGE Nº de Informe: ÚNICO Curso: 2016-2017 Fecha: JUNIO 2017 Página 7 de 12 Responsable: Director/S.Docente
<b>3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD</b>		<b>3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad</b>

		estudiantes, Realización de tutorías, compras y Extensión universitaria, además el de librería y material docente, aunque hay que señalar que también se encuentra trabajando en los demás procesos que se indican en el Mapa de Procesos del MVG.	
<b>5.3.2. Desempeño</b>	18-05-17	1 <p>1. En el nivel de Consolidación es de carácter opcional el Sistema de evaluación docente, el centro asociado lo tienen implantado.</p> <p>a) El centro tiene implantado el autoinforme profesorado tutor que representa una reflexión del trabajo realizado por el profesorado tutor en cada una de sus asignaturas que atiende a sus obligaciones de su calidad de tutor/a (relacionado con el perfil del profesor tutor).</p> <p>b) El centro tiene implantado un mecanismo de control y supervisión (seguimiento mensual de las tutorías programadas y realizadas en modalidad AVIP y presencial), además un sistema de control previo a la corrección y después de la evaluación de las PECs (formulario ficha nº 1 y 2 en la web del centro).</p> <p>c) Seguimiento del sistema de control de correcciones de PECs de los tutores/as de grado y del autoinforme del profesor tutor (para analizar la carga docente que tiene el tutor en las diferentes asignaturas que imparte).</p> <p>d) El centro realiza una evaluación de los resultados obtenidos en los dos cursos académicos, con el propósito de realizar un análisis de las diferencias que existen en la distribución de la carga docente de los profesores tutores, para otorgar una mayor gratificación por el esfuerzo realizado., por ejemplo: se gratifica a los profesores que corrigen más de 40 PECs en una asignatura.</p>	1 <p>Se recomienda que se verifique o compruebe que todos los informes incluyen la firma del evaluador y evaluado.</p>

Respecto a las observaciones que se han consignado en los informes correspondientes de las auditorías internas realizadas este año, hay que decir que en algunos casos ya se ha trabajado en las mismas:

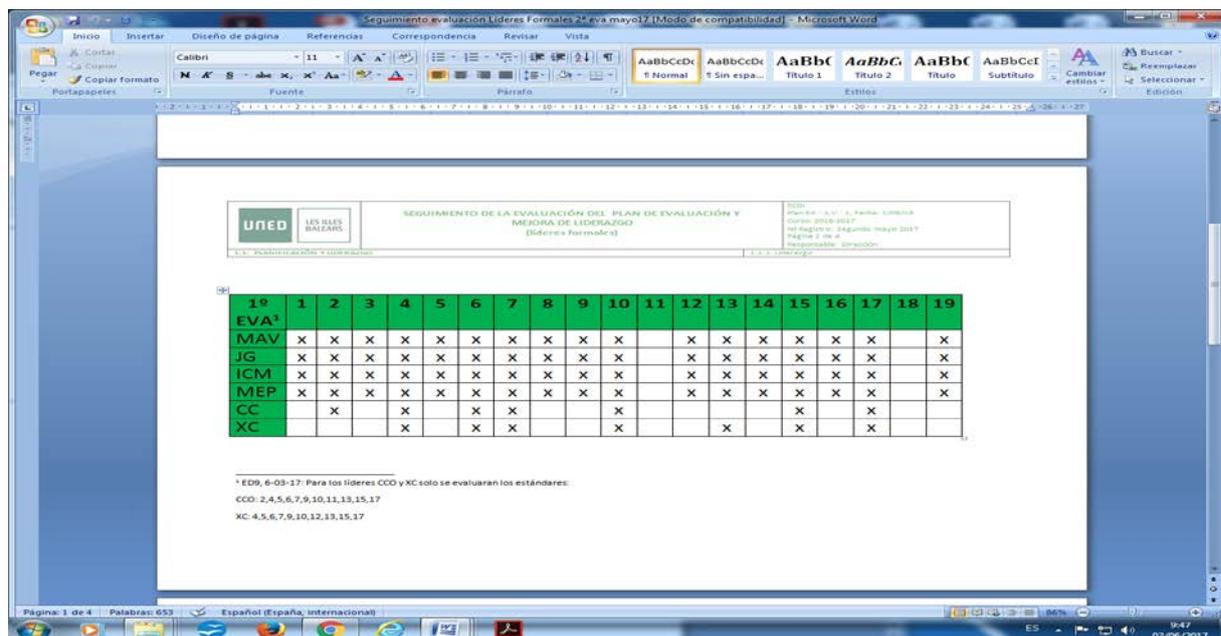
### 1.1.2. Plan de gestión

El centro revisó toda la documentación referida a la Estrategia y a los planes de área para que los objetivos que aparecían en ellos coincidiesen con los establecidos en el Plan de Gestión. Asimismo, se revisaron los objetivos incluidos en el Cuadro de Mandos de indicadores. Esta tarea se realizó a principios de este año y puede comprobarse su evolución en las actas<sup>6</sup> correspondientes al equipo de Dirección y en las nuevas versiones de los documentos que fueron modificados<sup>7</sup> (página web, apartado “calidad y transparencia”).

### 1.1.3. Liderazgo

El seguimiento de los estándares en que han sido evaluados los líderes formales tras las dos primeras evaluaciones realizadas en enero y en mayo, respectivamente, ha sido recogido en el documento interno, del cual se muestra una imagen:

#### Primera evaluación



1º	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
EVA <sup>1</sup>																			
MAV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X
JG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X
ICM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X
MEP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X
CC		X		X		X	X			X				X		X			
XC				X		X	X			X			X		X		X		

<sup>1</sup> ED9, 6-03-17: Para los líderes COO y XC solo se evaluarán los estándares:  
 COO: 2,4,5,6,7,9,10,11,13,15,17  
 XC: 4,5,6,7,9,10,12,13,15,17

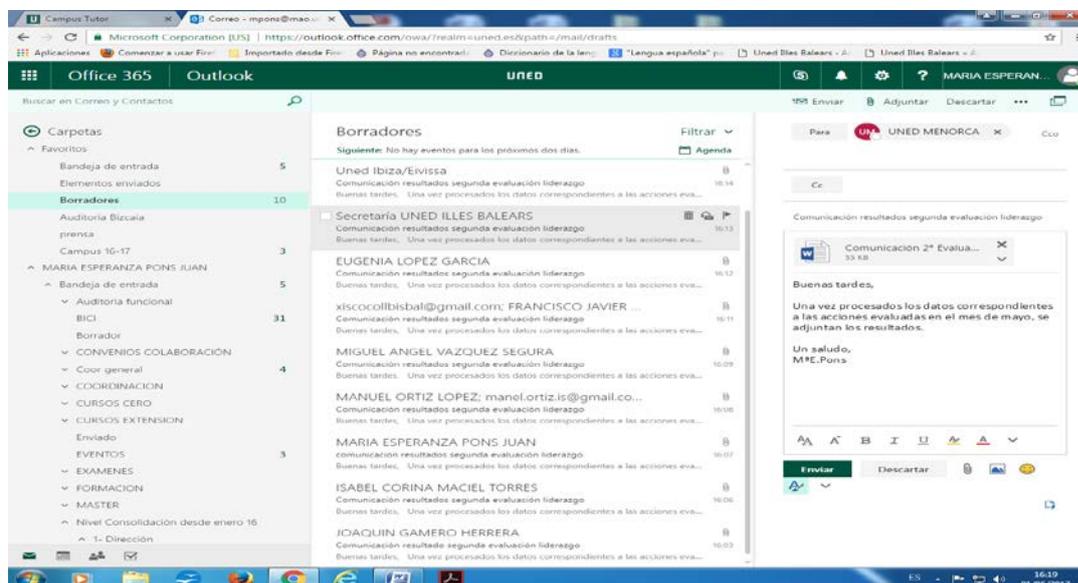
<sup>6</sup> ED1, 4-01-17; ED3, 16-01-17; ED4, 28-01-17; ED6, 11-02-17; ED7, 20-02-17;

<sup>7</sup> <http://www.uned-illesbalears.net/calidad/politica-de-calidad/>

Un listado de estos documentos modificados, puede encontrarse en ED7, 20—02-17, ED9, 6-03-17



		<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	ISCGE Nº de Informe: ÚNICO Curso: 2016-2017 Fecha: JUNIO 2017 Página 10 de 12 Responsable: Director/S.Docente
<b>3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD</b>		<b>3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad</b>	



### 3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad

#### 3.2.1. Documentación del sistema de calidad

El centro incluyó en el programa de la tercera jornada formativa obligatoria para PAS y personal colaborador (1-06-17) la exposición-recordatorio del sistema de cumplimentación de la documentación para homogeneizarlo en el centro y las aulas.

<http://extension.uned.es/actividad/14544>

#### 5.3.2. Desempeño

Cuando se realizó esta auditoría interna, se comprobó que una de las plantillas de las personas evaluadas se había subido a la plataforma sin que incluyese su firma, a pesar de que el resto de las plantillas de las otras personas sí estaban debidamente firmadas.

Se tendrá especial cuidado con que aquellos documentos que se incluyan en la plataforma y que el centro deba conservar como evidencias, recojan las firmas tanto de los evaluadores como de las personas evaluadas.

### Conclusión

Tal como se detalla en la Guía del Nivel Consolidación (p.65) en el apartado del **Programa de auditorías internas** se lee: *Planificación, como mínimo debe cubrir (se entiende el programa) en un ciclo de certificación el 100% de los procesos básicos de mantenimiento del sistema. Para el primer ciclo de certificación será necesario haber auditado una tercera parte de estos procesos,* el centro ha podido realizar las auditorías correspondientes en un plazo de dos años, ya que ha permitido detectar algunos aspectos susceptibles de mejora que se han ido subsanando.

 	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	ISCGE Nº de Informe: ÚNICO Curso: 2016-2017 Fecha: JUNIO 2017 Página 11 de 12 Responsable: Director/S.Docente
<b>3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD</b>		<b>3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad</b>

En relación a estas mejoras hay que decir que en la clasificación de los resultados de las auditorías internas se contemplan los **PF=** Punto fuerte (cumplimiento correcto); **NC=** No conformidad (Incumplimiento grave o frecuente); **AM=** Área de Mejora (Cumplimiento con errores relevantes o frecuentes); **O=** Observaciones (Cumplimiento con errores no relevantes o puntuales).

El centro ha considerado en el apartado “observaciones” aquellos aspectos que podían mejorarse en proceso auditado. En el caso de PF se han considerado aquellos aspectos y acciones desarrolladas que sobresalían de los mínimos estipulados en la Guía para un proceso concreto.

Respecto al cumplimiento del objetivo detallado en **3.2.3. DCGE Directriz Auditorías Internas, ed2, v.1** de septiembre de 2016, 33% de procesos auditados (Procesos que han sido auditados en el año. (Nº de procesos auditados / total de procesos) x100. Plan de auditoría), el centro lo ha superado al alcanzar el 100% de procesos básicos de mantenimiento del sistema auditados en dos años.

Tal como se especifica en la Guía de referencia “como mínimo debe cubrir en un ciclo de certificación el 100% de los procesos básicos de mantenimiento del sistema. Para el primer ciclo de certificación será necesario haber auditado una tercera parte de estos proceso”, es decir, hubiese correspondido auditar tres procesos y se han auditado los 9 procesos básicos establecidos para el primer ciclo de certificación.

Se recuerda que los procesos básicos a los que se refiere la cita anterior son:

**1- Dirección:**

- Estrategia
- Plan de Gestión
- Liderazgo

**2- Conocimiento, gestión, tecnología:**

- Revisión y mejora del sistema de calidad
- Protección de datos
- Documentación del sistema de calidad

**3- Recursos materiales:**

- Gestión presupuestaria

**4- Personas:**

- Participación
- Comunicación

Se ha cumplido el objetivo del 33% especificado en **3.2.3. RCGE / PCGE Plan y Registro revisión por dirección, ed.1, v.1, 1/09/17.**

 	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	ISCGE Nº de Informe: ÚNICO Curso: 2016-2017 Fecha: JUNIO 2017 Página 12 de 12 Responsable: Director/S.Docente
<b>3.2. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CALIDAD</b>		<b>3.2.3. Revisión y mejora del sistema de calidad</b>

Se consensua que para el curso 2017-2018, y de acuerdo con **3.2.3.RCGE Programa general de auditorías internas 2016-2018**, durante el primer trimestre del 2018 se volverán a auditar los siguientes procesos: Protección de datos y Liderazgo.

El motivo de elegir estos dos procesos ha sido que en estas auditorías se han constatado 2 “observaciones” en cada una de ellas que el centro quiere volver a revisar.

Para liderazgo, las observaciones fueron:

- Se sugiere que se realice un seguimiento periódico de los estándares evaluados en las distintas actividades para asegurar la implicación de todos los estándares establecidos.
- Se sugiere revisar la directriz del centro en cuanto a la comunicación de los resultados de la evaluación que tiene lugar, esencialmente, en reuniones de equipo y por e-mail.

Para Protección de datos:

- Elaborar listado de empresas que han firmado el compromiso de confidencialidad (también en Menorca e Ibiza)
- Documento con solicitudes de destrucción de soportes y autorización

En este último proceso, el centro evidencia que ha sido el que ha conllevado un mayor trabajo debido al volumen de cambios y de personas implicadas en el cumplimiento.