

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2009/0013/ER/04	Nº INFORME: 03	TIPO DE AUDITORÍA: 1ª Seguimiento
NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>	
	Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Fecha de realización de la Auditoría: del 19 al 26/01/2021

1. DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS
Dirección	AV MEDINA AZAHARA, 5. 14071 - CÓRDOBA (CÓRDOBA)
Representante de la Organización (nombre y cargo)	Dña. Marisol CÁRDENAS ARANZANA (Vicerrectora de Ordenación Académica y Competitividad)

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor Jefe (A1)	D. Fernando QUESADA PAREJA	FQP
Auditor (A2)	D. José MARTÍNEZ HERVÁS	JMH

C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables

D. USO DE TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN REMOTO

Si durante la auditoría se utilizan técnicas de auditoría en remoto en alguna medida, cumplimentar la siguiente tabla:

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	Herramientas y descripción	
Herramienta(s) a utilizar	Microsoft Teams	
Plataforma(s) IT del cliente	MIDENET	

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)		Descripción (cuando proceda)
Revisión documental (no en tiempo real) (ej., revisión de documentos en web)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Documentación dispuesta en carpeta MIDENET.
Videollamada (WebEx)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entrevistas con Dirección, Responsable de Sistema de Gestión, y otras personas implicadas. Reunión de Cierre.
Captura de Pantallas	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Video en tiempo real o no real	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Grabación de video	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Intercambio de fotografías	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

COMENTARIOS:
La Observación directa de la prestación de servicio y control operacional se realizará en la visita presencial prevista del 19 al 21/01/2021.

2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

a. Confirmación de la realización de la auditoría

Se ha realizado la 1ª Auditoría de Seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad implantado en los Servicios y Unidades Administrativas de la UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA (UCO), comprobándose el grado de implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE-EN ISO 9001:2015.

b. Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

- A) ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE PLANTILLAS; SELECCIÓN, PROMOCIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS; GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA VIDA PROFESIONAL; GESTIÓN CON LA SEGURIDAD SOCIAL, DE RETRIBUCIONES Y ACCIÓN SOCIAL.
- B) APOYO Y SOPORTE TÉCNICO Y METODOLÓGICO EN PROCESOS ORIENTADOS A LA MEJORA CONTINUA DE LA DOCENCIA INSTITUCIONAL; GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA PARA LA TOMA DE DECISIONES; ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO Y RACIONALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS.
- C) GESTIÓN INTEGRADA DE ARCHIVOS; GESTIÓN DEL REGISTRO DE LOS DOCUMENTOS; GESTIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA.
- D) GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES; COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES; COMUNICACIÓN Y ANÁLISIS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.
- E) GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA; GESTIÓN DEL PATRIMONIO.
- F) GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE ESTUDIANTES DE GRADO; GESTIÓN DE ADMISION; GESTIÓN DE TÍTULOS; SOPORTE Y ATENCIÓN A USUARIOS DE LA GESTIÓN ACADÉMICA.

¿Es adecuado el alcance del certificado? SI NO Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría: **Se incluyen en el Alcance de la Certificación las actividades relacionadas desde la C) a la F).**

Alcance de la auditoría:

¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)?

SI NO En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.)

c. Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:

c.1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados

El Sistema de Gestión de la Calidad cumple con los requisitos de la Norma y con el resto de los criterios de auditoría (requisitos legales y reglamentarios, requisitos del cliente, requisitos propios del sistema de gestión interno), considerándose que está suficientemente implantado y mantenido, salvo para lo reflejado como No Conformidad en el presente informe.

c.2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección

En cuanto al proceso de auditoría interna: De acuerdo con la metodología definida en el Proceso Soporte PS-02 Auditorías Internas, la Organización ha realizado el correspondiente Plan de Auditoría Interna (frecuencia anual) en octubre de 2020. Se comprueba que ha sido realizada concretamente entre el 23 y 27 de noviembre 2020, incluyendo la supervisión a los nuevos procesos de la ampliación de actividades y alcance que se han propuesto. Dicha auditoría ha sido realizada por entidad externa y auditores cualificados según los procedimientos internos. En el informe aparecen reflejadas tres no conformidades y una serie de observaciones, que están aún pendientes de tratamiento (Ver Observación al respecto).

Respecto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: La Organización ha establecido una sistemática de revisión del Sistema de Gestión por parte de la Dirección con una frecuencia anual. A fecha de la presente auditoría se muestra evidencia de acta del Comité de Calidad de fecha 11/01/2021. Se constata que, debido a la situación de COVID-19, esta fue retrasada según el ciclo previsto y se ha realizado según la fecha especificada. El contenido del acta no contempla todos los elementos de entrada establecidos por la norma de referencia, tal como se refleja como No Conformidad más adelante.

d. Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión

El principal cambio es la ampliación del Alcance del Sistema de Gestión.

e. Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
- Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal).
- Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación con el cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.

(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría)

¿Se han cumplido los objetivos de la auditoría? SI NO

Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como cualquier cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al **Plan** de auditoría, incluyendo las causas que las han generado.

Dada la actual situación de pandemia por COVID-19 y Estado de Alarma, se planteó la presente auditoría de manera presencial (observación directa de la prestación de servicio, según el Anexo) y por medios telemáticos (videoconferencia con MS TEAMS, carpeta compartida de Gestor Documental en MIDENET), habiendo asegurado la Organización el acceso a toda la información/documentación oportuna para el adecuado desarrollo de la auditoría.

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría?

Ninguna.

f. Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel
f.1. Comprensión del contexto de la organización
<p>La Organización muestra la comprensión de su contexto mediante la realización y revisión anual o por cambios significativos de los siguientes análisis:</p> <ul style="list-style-type: none">- DAFO a nivel del Sistema de Integrado de Gestión de la Calidad que es el realizado para el Plan Estratégico a nivel de área académica, área política universitaria y área económica.- DAFO a nivel de procesos estratégicos y claves (Sistema de Procesos del SIGC-UCO). <p>El Sistema de Gestión de la Calidad implantado tiene identificados por procesos todos los grupos de interés relacionados, analizando las necesidades y expectativas de los grupos de interés y determinando cómo se da respuesta a estas. Se establece una frecuencia anual para la revisión del análisis, si bien, como se recoge en la No Conformidad correspondiente, no se ha incluido en el acta de revisión por la dirección.</p>
f.2. Enfoque a riesgos y oportunidades
<p>Se constata la determinación de los riesgos y oportunidades asociados al análisis DAFO a nivel de procesos, así como el planteamiento de acciones para abordarlos. No obstante, se está aún pendiente de determinar las responsabilidades y temporalización de estas acciones para los nuevos procesos incorporados al Alcance de la Certificación. Ver la Observación correspondiente.</p>
f.3.Liderazgo
<p>El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestra mediante el establecimiento de la Política de la Calidad y el marco estratégico del Sistema de Gestión de la Calidad. Durante el proceso de auditoría se ha contado con la participación del Rector, la Gerente y la Vicerrectora de Ordenación Académica y Competitividad.</p> <p>Además, se ha podido evidenciar el liderazgo de la Jefatura de Servicio incorporándose al Sistema de Gestión de la Calidad.</p>
g. Otras consideraciones del equipo auditor
<p>Ninguna.</p>
Puntos fuertes
<p>CON CARÁCTER GENERAL:</p> <p>El compromiso de la Organización por la mejora continua, a pesar de la difícil situación. En este sentido es destacable el esfuerzo realizado por el personal.</p> <p>La participación e implicación en el proceso de auditoría del personal entrevistado.</p> <p>El aprovechamiento generalizado de la situación para explotar la gestión telemática y la administración electrónica.</p> <p>ÁREA DE RRHH</p> <p>La digitalización de los procesos selectivos (Reglamento 31/2020).</p>

SERVICIO DE CALIDAD

La planificación del Servicio mediante tablero de MS TEAMS y un diagrama de GANTT del Plan de Calidad 2021.

SERVICIO DE ARCHIVO, REGISTRO Y ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA

La actividad de mantenimiento de la documentación mediante la continua valoración, expurgo y eliminación de series documentales.

La elaboración de guías de ayuda de los distintos trámites electrónicos en sede electrónica.

SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

La reciente implantación de una plataforma para la gestión de la CAE.

La orientación evidenciada a la sensibilización y formación del personal en materia de prevención de riesgos como medida preventiva clave.

SERVICIO DE CONTRATACIÓN Y PATRIMONIO

La puesta en marcha de la Sección de Supervisión como instrumento de control de la ejecución de los contratos, con carácter previo, durante y a la finalización.

SERVICIO DE GESTIÓN ACADÉMICA

La iniciativa de crear su propio sistema de gestión de incidencias en la Atención a los Estudiantes.

Oportunidades de mejora

CON CARÁCTER GENERAL:

Fortalecer el análisis de las partes interesadas en el acta de revisión del sistema por la dirección, incluyendo como grupo de interés a los egresados de la Universidad.

Obtener un mayor número de encuestas para cada uno de los servicios en los que se tramita dicho estudio, fortaleciendo en cada uno de los casos un muestreo más representativo del grupo de interés mayormente afectado.

Documentar los procesos y/o subprocesos de las nuevas actividades incluidas en el Alcance de la Certificación (PC0x-Ny), siendo x del 3 al 6, e y el correlativo correspondiente.

ÁREA DE RRHH

Incluir en el flujograma del SPO-N1-01-F la necesidad de remitir al Ministerio de Hacienda una certificación de las bajas y altas tenidas en cuenta para el cálculo de la tasa de reposición (en el mes de Enero) – requisito de BOE 31/12/2020 Artículo 19 (PGE 2021).

Incorporar indicadores de seguimiento de la Oferta Pública de Empleo cubierta durante el período de vigencia de la esta.

SERVICIO DE CALIDAD

Para poder determinar y aportar información sobre la representatividad de las encuestas de docentes en base a la subdivisión de los grupos grandes en medianos y pequeños, se anima a explotar SIGMA por

Departamentos para cargar los alumnos de todos los grupos puesto que ahora sólo se carga el docente (PAS-Apoyo a Departamentos).

Complementar el actual proceso de Asistencia Técnica para el seguimiento del Plan Estratégico con las actividades de asistencia a la planificación y cierre.

SERVICIO DE ARCHIVO, REGISTRO Y ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA

Incluir en el proceso de gestión de la Administración Electrónica las etapas de recepción, tratamiento y aprobación de las peticiones, así como la planificación de la implementación de las peticiones aprobadas.

Asegurar la coordinación de tareas internas en el proceso de Gestión de la Administración Electrónica, puesto que la actual sistemática de “correos anidados” para determinar que una petición está siendo tratada podría resultar poco exhaustivo.

Potenciar la coordinación con las áreas propietarias de los trámites que se proponen para la administración electrónica con el objetivo de favorecer la capacitación de estas áreas en el manejo del procedimiento electrónico y facilitar su intervención como primer filtro ante incidencias de usuarios.

SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

Asegurarse de registrar las medidas tomadas ante incumplimiento de los valores límite de indicadores y, en caso oportuno, ajustar estos límites cuando no reflejan la capacidad o compromiso real del área.

Incluir la información de la encuesta de evaluación de los cursos de formación en materia de prevención impartidos.

Registrar en el campo Observaciones de la plataforma de gestión de la Formación de PRL las pruebas de evaluación que se están proponiendo para evaluar el aprovechamiento de los participantes.

Incorporar indicador de cumplimiento de plazos en la investigación de los accidentes de trabajo a partir de la notificación de este, e incluso desde su ocurrencia, con idea de evaluar la eficacia de la comunicación y la gestión de los incidentes.

SERVICIO DE CONTRATACIÓN Y PATRIMONIO

Aprovechar la nueva herramienta informática de gestión para potenciar la Sección de Patrimonio, alineando su gestión con el control económico-financiero.

SERVICIO DE GESTIÓN ACADÉMICA

Se anima a llevar un control sobre los tiempos de gestión propios y de impresión de los Títulos, al objeto de determinar y evaluar posibles cuellos de botella o áreas de mejora, por ejemplo, con la imprenta.

Nº	Observaciones	Norma/s
01	Se encuentran pendiente de análisis y tratamiento las tres No Conformidades identificadas en la auditoría interna realizada a finales de noviembre 2020.	ISO 9001:2015
02	Se observa que la Organización sigue pendiente de completar la planificación (responsable, plazo, prioridad, recursos, hitos por alcanzar) de las acciones propuestas para abordar riesgos y oportunidades, en este caso de los nuevos procesos incluidos en el SIGC_UCO. Se mantiene abierta la Acción Correctiva correspondiente.	ISO 9001:2015
03	Se observa que, en la atención a estudiantes en Admisión, las citas son dadas por la aplicación para el día siguiente aun cuando hay disponibilidad en el mismo día.	ISO 9001:2015

04	Se observa que la Universidad no dispone de un Reglamento de funcionamiento de su Archivo General, estableciendo las bases del sistema integral de gestión documental de la Universidad de Córdoba.	ISO 9001:2015
05	La falta de recibís a la entrega al interesado y a la devolución en el proceso Consultas y Prestamos en Archivo podría suponer una pérdida del control de la documentación facilitada.	ISO 9001:2015
06	Respecto a Registro: A) El flujograma de subproceso PC-03-N2-3-F "Registro de Salida de documentos" no contempla el registro de salida de documentos electrónicos. B) Se observa que las comunicaciones a interesados en trámites por administración electrónica no se registran de salida por falta de conexión del procedimiento con el Registro General, lo que podría suponer la pérdida del procedimiento administrativo oportuno en el desarrollo del trámite iniciado. Esta circunstancia está identificada como Debilidad por la Organización (D1), si bien no hay acciones orientadas a abordarla.	ISO 9001:2015
07	Se observa que el indicador del proceso PC05-N2 Gestión del Patrimonio está relacionado con la expedición de certificados de patrimonio, si bien no se ha descrito el subproceso correspondiente.	ISO 9001:2015

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos
- Otros:

3. CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma ISO 9001	Categoría N. C.
01	<p>En contra del requisito relativo al Control de la Provisión del Servicio:</p> <p>A) Se detecta que no está documentado el proceso de Organización y Planificación de Plantilla de PAS, incluido en el Alcance de la Certificación.</p> <p>B) Se detecta algún proceso (o subproceso en la documentación del SIGC_UCO) que no puede desarrollarse por falta de comunicación de las partes interesadas, que supone el inicio del proceso. Ejemplo: PC 04 – N1-F: No ha sido posible evidenciar que se haya realizado la CAE con la empresa que estaba ejecutando los trabajos de desmontaje de iluminación Navideña en el edificio del Rectorado, al no haberse recibido la comunicación oportuna en el SPRL.</p> <p>C) No ha sido posible evidenciar que la gestión del Archivo General contemple la coordinación de los documentos de todos los Centros de la Universidad de Córdoba para garantizar su control, organización, tratamiento, accesibilidad, conservación y difusión según se establece en el PC03.</p> <p>D) El subproceso documentado PC-05-N2-01 correspondiente a la gestión del inventario de bienes muebles no está desplegado detalladamente, considerando los hitos y requisitos definidos en el Reglamento de Patrimonio e Inventario de la Universidad de Córdoba.</p> <p>E) En cuanto a la operación en la gestión del inventario de bienes muebles, no ha sido posible evidenciar que la Organización haya considerado como ubicación de bienes muebles la sede de la Oficina de Atención al Estudiante, no pudiéndose constatar si el equipamiento de las instalaciones se encuentra incluidos en el inventario. En este sentido, no se ha podido constatar el alta de este local como arrendamiento, y en su caso no se incluye la posibilidad de cesión.</p>	8.5.1	Menor
02	<p>Se detecta la ineficacia de la Acción Correctiva planteada como respuesta a la NC 05 del informe de auditoría nº 02 de AENOR de 2019 puesto que, en contra de lo establecido en la norma de referencia, no es posible evidenciar el análisis de algunos elementos de entrada en el Acta de Revisión por la Dirección de fecha 11 de enero de 2021. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en cuestiones internas y externas - Análisis de la retroalimentación de cliente, incluyendo quejas. - Desempeño de los indicadores - Desempeño de los proveedores 	10.2	Menor

Nota 1: Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

Nota 2: Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.

ANEXO I

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

i. Información sobre satisfacción de Cliente

La Organización cuenta con una sistemática consolidada para evaluar el grado de satisfacción de las partes interesadas.

Los últimos datos disponibles corresponden al curso 2019-2020 en el ciclo de septiembre a julio, siendo estos representativos y cuentan con la referencia de la valoración global media del conjunto de servicios de la Universidad de Córdoba. Así, el Índice Global de satisfacción de los Servicios de la UCO es de 4,54 (en escala de 1 a 5).

En relación con las reclamaciones, la organización indica que durante 2020 se han recogido dos quejas / reclamaciones tratadas conforme a lo establecido en el procedimiento correspondiente.

ii. Enfoque a procesos

La Organización ha realizado un adecuado despliegue de procesos de acuerdo con el Mapa de Procesos definido, constatándose el planteamiento de indicadores asociados a los mismos. Se anima, no obstante, a seguir potenciando la medición de indicadores que permitan evaluar la eficacia e impacto de la gestión realizada.

Información específica del sistema de gestión a adjuntar al informe, cuando aplique:

- Listado de proyectos
- Listado de obras y/o servicios
- Listado completo de centros temporales
- Otros:

ANEXO II - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

UNE-EN ISO 9001:2015					4.1- 4.2 Comprensión del contexto. Partes interesadas	4.3 -4.4 Determinación alcance. SGC y sus procesos	5 Liderazgo	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	6.3 Planificación de los cambios	7.1 Recursos	7.2 – 7.3 Competencia y toma de conciencia	7.4 – 7.5 Comunicación e Información documentada	8.1 Planificación y control operacional	8.2 Requisitos para los productos y servicios	8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios	8.4 Control proc., prod. Y serv. Suministrados externamente	8.5 Producción y provisión del servicio	8.6 Liberación de los productos y servicios	8.7 Control de las salidas no conformes	9.1.1-9.1.3 Seguimiento, medición, análisis y eval.	9.1.2 Satisfacción del cliente	9.2 Auditoría interna	9.3 Revisión por la dirección	10 No conformidad y acc. Correctiva. Mejora continua		
DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DPTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD																							
1	1	8:30-9:15	FQP		Reunión inicial																						
1	1	9:15-13:00	FQP	RRHH											X	X		X	X	X	X						
1	1	13:00-15:00	FQP	CALIDAD											X	X	X	X	X	X	X	X					
2	1	8:30-13:00	FQP	GESTIÓN ACADÉMICA											X	X		X	X	X	X	X					
2	1,2	13:00-15:00	FQP	PREVENCIÓN DE RIESGOS											X	X	X	X	X	X	X	X					
3	1,2	8:30-11:30	FQP	ARCHIVO, REGISTRO Y ADMÓN. ELECTRÓNICA											X	X		X	X	X	X	X					
3	1	11:30-15:00	FQP	CONTRATACIÓN Y PATRIMONIO											X	X	X	X	X	X	X	X					
4	1*	8:30-15:00	FQP+JMH	SISTEMA DE GESTIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X	X								X	X	X	X	X		
4	1*	16:30-19:30	FQP+JMH		Elaboración del informe de auditoría por el equipo auditor																						
5	1*	8:30-10:00	FQP		Reunión final																						

* Remoto

4. DISPOSICIONES FINALES

- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:

MANTENIMIENTO CON AMPLIACIÓN (una vez conforme el Plan de Acciones Correctivas)

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la delegación) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección calidad@aenor.com
- Se indican a continuación los comentarios del equipo auditor sobre el cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo):
- El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	Julio-Septiembre 2021
Fecha expiración del actual certificado: (no cumplimentar en Fase I / Fase II)	2022-08-02

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe): **Ninguno.**
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **QUESADA PAREJA, Fernando**

En Córdoba, a 26 de enero de 2021

EL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN

EL AUDITOR JEFE

ANEXO A CENTROS AUDITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)

CENTROS FIJOS

CENTRO 1: RECTORADO

DIRECCIÓN: AV MEDINA AZAHARA, 5. 14071 - CÓRDOBA (CÓRDOBA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: TODO.

CENTRO 2: CAMPUS UNIVERSITARIO DE RABANALES:

DIRECCIÓN: CTRA. N-IVa, Km. 396. 14071.- CÓRDOBA (CÓRDOBA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: REGISTRO Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

ANEXO B RELACIÓN DE PARTICIPANTES (marcar con X el tipo de participación)

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
SE FACILITA LISTADO				

ANEXO C PROGRAMA DE AUDITORÍA

Datos Generales de la Organización y Cuestiones a considerar

Tamaño de la organización y el **alcance**: ver Hoja de Datos anexa.

Nº Turnos (el número de turnos y su tipología se tendrán en cuenta en programación de actividades, considerando que si se trabaja a más de 1 turno, se debe justificar si procede o no auditar todos los turnos de trabajo)

Sin turnos.

Reflejar si ha habido alguna incidencia o cambios que deban ser tenidos en cuenta para programar las auditorías del ciclo en cuanto al nivel de eficacia del sistema de gestión, su complejidad, sus productos o procesos, resultados de auditorías previas (NC mayores o resultados insatisfactorios), quejas recibidas sobre el cliente o comunicaciones relevantes de alguna parte interesada sobre el cliente, cambios en requisitos de certificación, cambios legislativos, cambios en requisitos de acreditación u otros.

La auditoría se ha realizado por medios telemáticos, pero sin incidencias. Se han cumplido los objetivos de la auditoría, no siendo necesario modificar el programa de auditorías.

Tabla de Programación de actividades de auditoría del ciclo completo de certificación

	AINI		AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	13 y 14/07/2019		19 a 26/01/2021		JULIO-SEPTIEMBRE 2021		JUNIO 2022	
ALCANCE	TODO		TODO		TODO		TODO	
CENTROS PARA AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	1		1,2 (presencial + remoto por Covid-19)		1,2		1,2	
NORMA								
	Auditoría completa		Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...):		Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...):		Auditoría completa	
ISO 9001	TODOS LOS REQUISITOS		TODOS LOS REQUISITOS		RECURSOS		TODOS LOS REQUISITOS	
PROCESOS/ACTIVIDADES/ÁREAS	P	R	P	R	P	R	P	R
DIRECCIÓN	X	X	X	X	X		X	
SISTEMA DE GESTIÓN	X	X	X	X	X		X	
RRHH	X	X	X	X	X		X	
CALIDAD	X	X	X	X	X		X	
GESTIÓN ACADÉMICA	N/A	N/A	X	X	X		X	
PREVENCIÓN DE RIESGOS	N/A	N/A	X	X	X		X	
ARCHIVO, REGISTRO Y ADMÓN. ELECTRÓNICA	N/A	N/A	X	X	X		X	
CONTRATACIÓN Y PATRIMONIO	N/A	N/A	X	X	X		X	
RECURSOS (RRHH+INFRAESTRUCTURA)	X	X	X	X			X	
COLABORACIONES EXTERNAS	X	X	X	X	X		X	

P: Programado R: Realizado

Nota 1: Se incluirán en la tabla las columnas que procedan relativas a **auditorías extraordinarias** que hayan sido necesarias realizar a lo largo del ciclo, detallando los procesos y apartados de la norma que hayan sido auditados en cada caso.

Nota 2: La descripción de los procesos se realizará atendiendo a los requisitos de cada tipo de Sistema de Gestión. La información de la Tabla debe ser trazable con los datos (procesos, centros y apartados de Norma) identificados en la Matriz. Se incluyen en cursiva y corchetes los procesos generales de la Estructura de Alto Nivel. **Estos procesos deben particularizarse para cada organización y cada tipo de Sistema de Gestión.**

Nota 3 En caso de tratarse de una transferencia el Programa deberá empezar con la auditoría del ciclo de certificación que corresponda.