

Vicerrectorado de Gestión de la Calidad

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SIGC

Escuela Politécnica Superior

15 de enero de 2026



Universidad
de Alcalá

Datos del centro auditado	
Nombre del Centro	28041299 Escuela Politécnica Superior 19004107 Escuela Politécnica Superior (Sección Guadalajara)
Responsable del Centro	Bernardo Alarcos Alcázar
Fecha de la Auditoría	15 de enero de 2026

Datos de la comisión de auditoría interna	
Auditor/a	Cargo que desempeña y Universidad
M ^a Ángeles Fernández de Sevilla Vellón	Directora de Calidad (UAH)
M ^a del Mar Herrador Morales	Directora de la Unidad de Estadística y Calidad (USPCEU)
Alejandro Trillo Puente	Vocal de calidad del consejo de estudiantes (UAH)
Ana Alonso Blanco	Técnica de Gestión del Servicio de Calidad y Evaluación (UAH)

Documentación/marco normativo de referencia para la auditoría
• Real Decreto 640/2021, de acreditación institucional y aseguramiento de la calidad en centros universitarios. • Real Decreto 822/2021, sobre la organización de las enseñanzas universitarias y el procedimiento de calidad. • Guía SISCAL de la Fundación madri+d, que establece los criterios, directrices y procedimientos aplicables al SIGC del centro. • Guía de Acreditación Institucional de la Fundación madri+d, de referencia para la valoración de las titulaciones seleccionadas. • Estándares y directrices ESG para el aseguramiento de la calidad en el EEES, como marco europeo complementario.

Objetivos del proceso de auditoría
• Realizar una revisión de toda la documentación asociada al SIGC del centro y valorar el funcionamiento del sistema. • Determinar la conformidad del SIGC del Centro con los criterios de auditoría. • Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa SISCAL. • Identificar oportunidades de mejora y fortalezas, y establecer planes de mejora que permitan avanzar hacia la excelencia en la gestión de los centros.

- Examinar una selección de cinco titulaciones del Centro, pertenecientes a distintos ámbitos y niveles formativos (grado y máster), elegidas según los requisitos del proceso de acreditación institucional, con el propósito de valorar su alineación con los estándares establecidos en la Guía de Acreditación de la Fundación madri+d y su articulación dentro del marco general del Programa SISCAL.

1. DOCUMENTACIÓN ANALIZADA

- Manual del SIGC
- Procesos y procedimientos del SIGC
- Instrucciones de trabajo
- Informes de seguimiento interno del SIGC
- Informes de seguimiento de las titulaciones
- Portal de Calidad del Centro
- Portal estadístico y Portal Power BI.
- Cuadro de Mandos del centro y Planificación Estratégica
- Muestras de titulaciones analizadas:
 - Grado en Sistemas de la Información
 - Doble grado de Informática y ADE
 - Grado en matemáticas y Computación
 - Grado en Ingeniería en Tecnologías Industriales
 - Máster Universitario de Ingeniería de Telecomunicaciones

2. CUMPLIMIENTO DE LAS DIRECTRICES

Criterio 1.- Política de aseguramiento de la calidad	
Directriz	Grado de cumplimiento
1.1. La institución debe establecer formalmente una política de calidad que dé soporte a la cultura de calidad	suficiente
1.2. En la definición y revisión de la política de calidad se debe tener en cuenta la opinión de diferentes grupos de interés relacionados con el centro y los programas formativos impartidos: estudiantado, profesorado, personal de apoyo, personas egresadas y empleadores	suficiente
1.3. El centro debe desplegar adecuadamente la política de calidad, mediante un sistema interno de garantía de calidad documentado, estableciendo objetivos de calidad y dotándose de mecanismos de medición y de realimentación	suficiente
1.4. El estudiantado es uno de los grupos de interés clave para los centros universitarios, por lo que debe ser considerado de forma singular en el despliegue de la política de calidad	excelente
1.5. Se deben establecer claramente los órganos de análisis y toma de decisiones del Sistema Interno de Garantía de Calidad y la participación de representantes de los grupos de interés en los mismos	suficiente

1.6. Se deben establecer mecanismos eficaces para que los grupos de interés conozcan la política y el Sistema Interno de Garantía de Calidad	excelente
1.7. La política y los objetivos de calidad deben ser revisados de forma periódica para asegurar su vigencia, analizando resultados obtenidos en los procesos de mejora continua	suficiente

Valoración global del criterio 1: B

RESUMEN:

El centro dispone de una Política de Calidad formalizada, actualizada y coherentemente alineada con la normativa institucional y con el Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC). La actualización de la política se encuentra regulada mediante una instrucción de trabajo específica, y su despliegue se articula de forma estructurada a través del Plan Director, apoyado por herramientas que permiten el seguimiento y la trazabilidad de los objetivos estratégicos (Estratega). La revisión y reorganización del SIGC y de sus instrucciones de trabajo ha contribuido a dotar al sistema de una mayor coherencia interna, claridad operativa y sentido global, evidenciando una evolución muy positiva respecto a evaluaciones anteriores.

Se constata una participación activa y creciente del estudiantado como grupo de interés clave, así como una difusión pública adecuada y accesible de la política de calidad y del SIGC. El centro realiza revisiones periódicas tanto de las titulaciones como del propio sistema, mostrando una orientación clara hacia la mejora continua y una progresiva consolidación de la cultura de calidad.

Aunque las titulaciones disponen de mecanismos de seguimiento y planes de mejora y estos se integran en el funcionamiento habitual del sistema, resulta oportuno seguir avanzando en la explicitación y visibilidad de la conexión entre los resultados obtenidos y la revisión de la política y de los objetivos estratégicos, como parte del proceso natural de maduración del SIGC. Del mismo modo, se identifican pequeñas oportunidades de mejora orientadas a reforzar la homogeneidad documental y procedimental de las comisiones de calidad de grado y posgrado.

En conjunto, el criterio se valora muy favorablemente, reflejando un sistema sólido, estructurado y claramente mejorado, que ha dado respuesta a la mayoría de las recomendaciones previas y que continúa avanzando de forma consistente hacia su plena consolidación.

Criterio 2.- Gestión de la oferta formativa	
Directriz	Grado de cumplimiento
2.1. El centro define su oferta formativa en el marco de la estrategia de la institución y cumpliendo con los requisitos establecidos en la legislación vigente	suficiente
2.2. Se deben establecer los procedimientos necesarios para diseñar, aprobar, revisar, modificar y extinguir las titulaciones que se imparten, asegurando en todos los casos los derechos de los estudiantes	suficiente

Criterio 2.- Gestión de la oferta formativa	
Directriz	Grado de cumplimiento
2.3. Los procedimientos de gestión de la oferta formativa deben considerar, al menos, los siguientes elementos: • Incorporación de expectativas y necesidades de los grupos de interés internos y externos en el diseño y modificación de los programas formativos. • Establecimiento de los órganos relacionados con el diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los programas formativos. • Identificación del tipo de información que se debe analizar en los procesos de diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los programas formativos. • El seguimiento de los compromisos establecidos en la memoria de verificación de los títulos oficiales impartidos	suficiente

Valoración global del criterio 2: B

RESUMEN:

El centro gestiona su oferta formativa de manera activa, estructurada y alineada con la estrategia institucional, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente y demostrando una adecuación continua de sus titulaciones a las necesidades académicas, profesionales y sociales. El análisis y actualización periódica de la oferta queda evidenciado en diversas actuaciones, como modificaciones sustanciales y no sustanciales, reorganización de optativas, actualización de adscripciones a ámbitos de conocimiento y mejoras introducidas en programas como el Máster Universitario en Ingeniería de Telecomunicación.

La gestión de la oferta formativa se apoya en procedimientos formalizados y recientemente revisados (IT_10, PE_02, PE_03 y PE_04), que regulan el diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de titulaciones. Su actualización en 2025 ha reforzado la claridad, trazabilidad y coherencia del sistema, contemplando la participación de los grupos de interés y garantizando los derechos del estudiantado. Todo ello ha contribuido a consolidar un marco procedimental homogéneo, accesible y alineado con los estándares institucionales.

Asimismo, se observa el uso creciente de información procedente de distintos grupos de interés para apoyar la toma de decisiones en materia de diseño y mejora de la oferta formativa. Aunque algunas actuaciones continúan en proceso de consolidación, estas evidencias reflejan un sistema que evoluciona, se adapta y avanza hacia una mayor madurez y capacidad de anticipación en la planificación de su oferta.

En conjunto, el criterio presenta un funcionamiento sólido y consistente, con una gestión de la oferta formativa estructurada, actualizada, alineada con el SIGC y orientada a la mejora continua. La valoración global de B refleja la calidad del sistema y su evolución positiva hacia una plena consolidación.

Criterio 3.- Gestión de los programas formativos	
Directriz	Grado de cumplimiento
3.1. El centro debe implementar procedimientos que regulen los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento de la formación y experiencia previa, coherentes con los perfiles de ingreso y las titulaciones impartidas, y conformes a la legislación vigente	suficiente
3.2. El centro debe disponer de sistemas adecuados de información, apoyo y orientación al estudiantado, desde el proceso de admisión, hasta la finalización de los estudios y la graduación	excelente
3.3. Las metodologías docentes deben: • Tener en cuenta la diversidad del estudiantado y sus necesidades. • Orientarse a la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos. • Fomentar la autonomía y la participación activa del estudiantado en su proceso de aprendizaje	suficiente
3.4. Los sistemas de evaluación deben: • Ser públicos y conocidos con antelación suficiente. • Ser válidos para certificar la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos. • Promover la integridad académica del estudiantado	suficiente
3.5. Por su singularidad en el proceso educativo, el centro debe disponer, en particular, de mecanismos específicos, adecuados a la naturaleza de los estudios, para asegurar la calidad y la originalidad de los Trabajos de Fin de Grado o de Máster, defensa de Tesis Doctorales, y en su caso, de las prácticas académicas externas y de las acciones de movilidad de los estudiantes	excelente

Valoración global del criterio 3: B

RESUMEN:

El centro dispone de un sistema de gestión de los programas formativos robusto, activo y orientado a la mejora continua, apoyado en mecanismos consolidados de coordinación docente, apoyo al estudiantado y conexión con el entorno profesional. Los procedimientos que regulan los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento de créditos están formalizados y alineados con la normativa institucional, garantizando su coherencia con los perfiles de ingreso y las características de las titulaciones impartidas.

Los sistemas de información, orientación y apoyo al estudiantado constituyen uno de los puntos más sólidos del centro. Se dispone de espacios web estructurados, recursos específicos y herramientas tecnológicas que facilitan el acompañamiento a lo largo de todo el itinerario formativo. Destaca la herramienta ISA (International Student Assistant), que ha contribuido al aumento de la movilidad internacional, así como las plataformas creadas para la gestión de guías docentes, Trabajos Fin de Grado y Trabajos Fin de Máster, que han mejorado la trazabilidad, la transparencia y la eficiencia de estos procesos.

El centro promueve metodologías docentes orientadas a la participación activa del estudiantado y cuenta con mecanismos específicos que garantizan la calidad de TFG, TFM, prácticas externas y movilidad, reforzados mediante actualizaciones normativas, convocatorias claras y páginas

web que centralizan la información. Los análisis de resultados académicos a nivel de asignatura y titulación apoyan la detección temprana de mejoras y la adopción de acciones correctoras.

La coordinación docente presenta un grado notable de consolidación, especialmente en los grados, donde la documentación de reuniones, la sistematicidad en el seguimiento y la elaboración de planes de mejora permiten una rendición de cuentas clara. La memoria anual de actividades del centro ofrece, además, una visión global de las actuaciones desarrolladas, reforzando la transparencia y la cultura de calidad.

La relación con el entorno profesional es activa y estratégica, como demuestra la feria anual de Ingeniería, Empresas y Empleo, que acerca al estudiantado a empresas relevantes del sector y contribuye a mejorar su empleabilidad.

En conjunto, el criterio refleja un sistema consolidado, moderno y en evolución positiva, con herramientas de apoyo eficaces, procesos definidos y una gestión basada en la evidencia y la mejora continua. Como elemento de consolidación adicional, puede resultar útil valorar la escalabilidad de las acciones de mejora detectadas en las coordinaciones de curso hacia los procesos establecidos a nivel de titulación y, cuando proceda, a nivel de centro, reforzando la coherencia y trazabilidad global del sistema de calidad.

Criterio 4.- Gestión del personal docente	
Directriz	Grado de cumplimiento
4.1. El centro debe implementar procesos de revisión de los programas ofertados que permitan identificar las necesidades de personal docente, tanto en volumen de carga de trabajo como en perfiles necesarios	excelente
4.2. Se debe dotar a los programas ofertados de profesorado capacitado, competente y cualificado, de acuerdo con la normativa y reglamentación aplicable, haciendo uso de los mecanismos establecidos en la institución	excelente
4.3. El centro debe tener implantado un proceso para asegurar la formación y actualización del profesorado en aquellas materias que sean pertinentes, en particular las relativas a metodologías de enseñanza y uso de tecnologías específicas para la docencia	excelente
4.4. El centro debe realizar una evaluación periódica del desempeño de su personal docente, utilizando para ello la información del sistema de gestión y mejora de calidad	excelente

Valoración global del criterio 4: A

RESUMEN:

La institución cuenta con el programa Docencia certificado.

Criterio 5.- Gestión de los recursos materiales, de los servicios y personal de apoyo	
Directriz	Grado de cumplimiento
5.1. El centro debe disponer de los recursos materiales, servicios y personal de apoyo necesarios para el correcto desarrollo del aprendizaje del estudiantado, el cual debe disponer de la información sobre estos servicios y tener acceso a los mismos. Los servicios de apoyo deben establecerse atendiendo a la diversidad del estudiantado	excelente
5.2. El centro debe implementar procesos que permitan identificar las necesidades de recursos materiales, servicios y personal de apoyo, que permitan el correcto desarrollo de los títulos ofertados	suficiente
5.3. El centro debe tener implementados procesos para la dotación de los recursos, servicios y personal de apoyo cuando se hayan identificado necesidades. En caso de que los procesos de contratación no dependan directamente del centro deben implementar los procesos de solicitud a los órganos de orden superior correspondientes	suficiente

Valoración global del criterio 5 B

RESUMEN:

El análisis del seguimiento SISCAL pone de manifiesto que la EPS dispone de mecanismos sistemáticos y funcionales para la planificación, gestión y mejora de los recursos materiales, servicios y personal de apoyo, alineados con las necesidades reales de las titulaciones y con los objetivos estratégicos del centro.

El SIGC cuenta con procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo que permiten gestionar los recursos materiales y tecnológicos del centro (PA_05, PA_06, PA_07, IT_06, IT_09).

La documentación presentada evidencia que existe una adecuada gestión y mejora de los recursos materiales y tecnológicos, conforme a lo establecido en el PA_06.

La biblioteca de la Universidad de Alcalá tiene un Sello de Excelencia Europea 500+ lo que evidencia su orientación a la mejora.

En general destaca la satisfacción del PDI y del estudiantado con los recursos materiales y tecnológicos del centro dado que habitualmente presentan valores de satisfacción por encima de los valores globales de la UAH.

En particular, como ejemplo de la trazabilidad del planteamiento de mejoras relacionadas con los recursos materiales y su seguimiento en la memoria de la EPS del curso 2023-24 aparece el seguimiento de quejas registradas a través del buzón.

Criterio 6.- Resultados	
Directriz	Grado de cumplimiento
6.1. El centro debe tener implementados procesos que consideren, al menos, la recopilación sistemática de, al menos, los siguientes elementos: • Información sobre resultados académicos. • Resultados de inserción laboral. • Satisfacción de los grupos de interés con el centro y sus programas formativos. • Resultados de la evaluación del profesorado. • Quejas, reclamaciones y sugerencias de mejora	excelente
6.2. La información debe estar disponible a todos los niveles necesarios de gestión, según corresponda, desde la coordinación de la actividad docente, hasta la dirección y gerencia del centro	suficiente

Valoración global del criterio 6:B

RESUMEN:

El Centro tiene procesos que establecen la recopilación sistemática de los elementos mínimos establecidos en este Criterio (PA_09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones, IT_13 e IT_14; PA_10 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC). Actualmente es de acceso público lo relacionado con indicadores del Docentia, un portal Docentia muy completo derivado de este proceso, además de los PDF's con información de Indicadores y encuestas al detalle por titulación, además de la información relativa a la empleabilidad y satisfacción de egresados.

A nivel interno, en cuanto a los indicadores y resultados de encuestas de satisfacción la UAH pone a disposición de sus centros un Portal Estadístico muy completo con esta información, que ha derivado y se ha mejorado en un cuadro de mando de la UAH que estará próximamente en abierto en la web y que es una herramienta muy potente para el análisis y seguimiento de indicadores y tasas tanto a nivel de titulación como de Centro.

El Centro ha atendido las debilidades del Informe de Certificación SISCAL al respecto de lo indicado sobre las IT relacionadas con la generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC (PA_10) y avanzado en la recogida de satisfacción del colectivo de empleadores, además de tratar toda la información derivada del buzón de quejas y sugerencias a nivel de Escuela en la Memoria Anual de la EPS.

Adicionalmente, se valora la existencia del Método Estudiantil de Transmisión de la Información y Seguimiento (METIS), gestionado por las Delegaciones de Estudiantes, refuerza la transparencia y la comunicación con el estudiantado al proporcionar un canal formal y accesible para la transmisión y seguimiento de incidencias, observaciones y sugerencias relacionadas con la actividad docente. Este mecanismo facilita la comunicación bidireccional entre estudiantes y universidad, favoreciendo la confianza y la mejora continua en los procesos educativos.

De forma global la UAH dispone de procesos y procedimientos que permiten la recopilación sistemática de los elementos necesarios para el análisis de resultados y lo más importante, pone a disposición de los distintos usuarios un sistema de información cuantitativa muy eficientes a través de herramientas de visualización de datos e inteligencia de negocios.

Criterio 7.- Información pública, transparencia y rendición de cuentas	
Directriz	Grado de cumplimiento
7.1. El centro debe tener implementados procedimientos para publicar, revisar y actualizar información clara, fiable, objetiva, y fácilmente accesible sobre todos sus programas formativos y otras actividades relevantes	suficiente
7.2. Los procedimientos relacionados con la información pública y la transparencia implementados por el centro deben tener en cuenta a los diferentes grupos de interés, tales como: • Estudiantado potencial. • Estudiantado matriculado. • Personas egresadas. • Personal docente. • Personal de apoyo. • Empleadores. • Sociedad en general	suficiente
7.3. La información debe ser publicada, al menos, en la página web del centro, y debe incluir, según corresponda: • Información sobre el centro: • Información sobre los programas ofertados: • Información sobre los servicios de gestión del centro. • Información sobre servicios de orientación a los estudiantes. • Información sobre servicios complementarios ofertados. • Acceso al buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias. • Información sobre resultados	excelente
7.4. El centro debe implementar mecanismos que garanticen la rendición de cuentas de manera planificada, específica y bidireccional a los diferentes grupos de interés que participan en el despliegue del Sistema Interno de Garantía de Calidad. Esta rendición de cuentas debe incluir la información relevante sobre los resultados alcanzados en materia de política y objetivos de calidad del centro	suficiente

Valoración global del criterio 7 B

RESUMEN:

El centro ofrece una información pública clara, estructurada y fácilmente accesible para todos los grupos de interés. La página web presenta una organización coherente, con contenidos actualizados relativos a las titulaciones, servicios, actividades y recursos del centro, así como al Sistema Interno de Garantía de Calidad. Esta estructura facilita que tanto el estudiantado como el personal docente, egresados, empleadores y la sociedad en general puedan acceder con facilidad a la información institucional, académica y de calidad.

El centro dispone de procedimientos formalizados y recientemente actualizados (IT_01, IT_11 y PC_02) que regulan la actualización de la web, la gestión de la información pública y la comunicación. Estos documentos garantizan una publicación ordenada y verificada de la información relevante y aseguran la alineación con los procedimientos institucionales de la universidad. La existencia de un registro interno de modificaciones web, vigente desde 2017 y mantenido tras la acreditación institucional, constituye un elemento destacable de trazabilidad y evidencia el compromiso del centro con la transparencia.

La web institucional incorpora secciones específicas sobre la calidad, los programas formativos, los servicios y la normativa aplicable, así como indicadores, resultados y acceso al buzón de quejas, sugerencias y reclamaciones. Esta información se complementa con la difusión a través de otros canales de comunicación utilizados por el centro, lo que facilita un alcance mayor y una comunicación más dinámica con los diferentes colectivos. También se evidencian mecanismos de rendición de cuentas estructurados a través de las titulaciones y de los órganos de participación, en los que se muestran resultados, avances y líneas de mejora.

En conjunto, el criterio refleja un sistema de información pública bien consolidado, respaldado por documentación actualizada y una web moderna, accesible y orientada a la transparencia. El sello de transparencia actualmente vigente en la UAH refuerza la validez del trabajo desarrollado en este ámbito y muestra el compromiso institucional con la accesibilidad, la claridad y la rendición de cuentas.

No obstante, en las entrevistas realizadas con distintos colectivos se evidenció que, pese a la existencia de estos mecanismos de información y transparencia, algunos grupos (PDI, PTGAS y estudiantado) no siempre identifican o conocen los elementos del SIGC. Esta constatación indica que, aunque el centro dispone de canales formales y documentados, existe margen para seguir reforzando la comunicación interna y la difusión del propio sistema.

Criterio 8.- Gestión de la I+D+I y transferencia de conocimiento (sólo para doctorado)	
Directriz	Grado de cumplimiento
8.1. El centro tiene identificados los grupos de investigación, al menos los que participan en la impartición de programas de doctorado, y revisa y actualiza periódicamente las principales líneas de trabajo de cada uno de ellos	Elija un elemento.
8.2. El centro analiza periódicamente la financiación de sus actividades de investigación, identificando, además de las líneas de financiación interna, los programas y proyectos de investigación externos establecidos a nivel nacional o internacional que estén alineados con sus principales líneas de trabajo y concurriendo a convocatorias de una forma planificada	Elija un elemento.
8.3. El centro analiza periódicamente los resultados esperados o ya alcanzados de sus líneas de investigación, su potencial interés para entidades públicas, empresas o la sociedad en general, y establece mecanismos para transferir el conocimiento generado	Elija un elemento.

Criterio 8.- Gestión de la I+D+I y transferencia de conocimiento (sólo para doctorado)	
Directriz	Grado de cumplimiento
8.4. Las actividades e investigación, desarrollo e innovación y de transferencia de tecnología, producen resultados alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado impartidos	Elija un elemento.
8.5. Se debe disponer de un repositorio de acceso abierto en el que depositar una copia de la versión final aceptada para publicación de los resultados científicos del personal docente e investigador	Elija un elemento.

Valoración global del criterio 8

No procede.

Criterio 9.- Organización de la mejora continua	
Directriz	Grado de cumplimiento
9.1. El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los programas formativos, especialmente las dirigidas a la mejora de los resultados académicos y al incremento de la satisfacción de los grupos de interés	suficiente
9.2. El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre el personal docente	suficiente
9.3. El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo	suficiente
9.4. El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los sistemas de obtención de resultados y de información pública, transparencia y rendición de cuentas	suficiente
9.5. El centro debe asegurar que su Sistema Interno de Garantía de Calidad es adecuado, revisando periódicamente su funcionamiento y estableciendo las acciones de mejora pertinentes	suficiente

Valoración global del criterio 9: B

RESUMEN:

Los procesos implicados en este criterio son principalmente (PE_06 Seguimiento titulaciones, PE_08 Seguimiento Centro) y las IT (IT_00, IT_12). Los informes de seguimiento interno de titulaciones e informes globales por Universidad están disponibles públicamente.

El análisis realizado en estos informes de seguimiento interno anuales por titulación está pautado y estructurado con preguntas y sección de comentarios, finalizando en cursos pasados

con el Plan de mejora y su seguimiento, mientras que en el último disponible se desgaja en dos documentos diferenciados el plan de mejora del Informe de Seguimiento. Se evidencia su sistematicidad histórica, se valora su homogeneidad y estructura en todas las titulaciones de la EPS y en los sistemas y repositorios institucionales, incorporando análisis y acciones de mejora basados en datos e indicadores sistemáticos. Solo en algún caso puntual los Informes de Seguimiento Interno (ISI) de algún curso y titulación son más discretos en el análisis, no abarcando algunos de los resultados, indicadores o evidencias disponibles (especialmente los acuerdos derivados de las reuniones de coordinación).

Estos Informes son analizados por el Subdirector de calidad de la EPS con los directores de titulación y llevados a aprobación en Comisión de Calidad y Junta de Escuela (Grado) y a la Comisión de Calidad de Posgrado (Másteres Habilitantes), aunque en las actas correspondientes la información sobre este punto no evidencia explícitamente ningún aspecto relacionado con las acciones propuestas o bien con su seguimiento.

La subdirección de calidad de la EPS realiza en curso corriente un análisis pormenorizado de resultados académicos de asignaturas tras convocatorias y de acceso anuales muy completos que forman parte de la memoria anual de la EPS.

Existe un Plan Director anual de la EPS -alineado con el Plan Estratégico de la UAH2036- que se propone y revisa sistemáticamente en la Comisión de Calidad de la EPS de Grado, no se ha encontrado referencia a este tema en las actas de la Comisión de Calidad de Posgrado. La Comisión de Calidad de Posgrado no tiene una sistematicidad en convocatoria ordinaria, al menos en sus actas.

En el Plan director de la EPS hay acciones específicas relacionadas con rendimiento académico, con mejora de la participación -no tanto de la satisfacción-, sobre los recursos materiales y sobre los sistemas de obtención de resultados (digitalización de procesos). Se evidencia su revisión y forma parte del Seguimiento del SIGC del Centro.

En cuanto a personas responsables en el análisis y la mejora, se tiene por un lado el coordinador de titulación a ese nivel y por otro el subdirector de calidad del centro respecto del SIGC (PE_08), aunque de manera colegiada aprueban seguimientos y planes tanto la Comisión de Calidad de la EPS como la Junta de Escuela, así como la Comisión de Calidad de la UAH en última instancia.

Así pues, se evidencia la revisión histórica anual a nivel de título Grado y Máster Universitario Habilitante, así como revisión y seguimiento del plan director del Centro y de otros indicadores de la Escuela en su memoria anual, así como a nivel de Sistema en el seguimiento SISCAL, a través de sus distintos responsables.

Por otro lado, se potencia el enfoque a Centro sin perder el de título realizándose el seguimiento de los objetivos e indicadores de calidad a nivel de escuela en el Plan Director y en el seguimiento del SIGC según certificación SISCAL, de manera anual. Incorporando la atención a las debilidades y oportunidades de mejora del último informe. En este sentido, es de valorar la fortaleza de la relación sistemática con los empleadores potenciando la relación con el entorno profesional de manera sólida y activa, gracias a iniciativas como la Feria anual de Ingeniería, Empresas y Empleo y la colaboración con empresas relevantes-

Hay que hacer notar que el SIGC del Centro se compone de un conjunto de procesos y procedimientos comunes a todos los centros de la UAH y un conjunto de IT específicas de Centro, por lo que la revisión del mismo y su potencial modificación y/o actualización en su conjunto, así como las mejoras correspondientes están en dos niveles, Centro y UAH. En el caso del Centro, la mejora continua estaría por una parte recogida en los planes de mejora cada uno de los títulos de Grado y másteres habilitantes, por otra en el Plan Director transversal a la EPS y respecto a las mejoras en el SIGC derivadas de la certificación se incluyen en el informe de seguimiento anual del SIGC-EPS-SISCAL. Para aunar la mejora del centro en un único plan se sugiere valorar la integración de las mejoras derivadas del seguimiento del SIGC en el Plan Director.

De forma global, este criterio se cumple de manera suficiente.

3. ACTUACIONES

Reunión inicial

19 de noviembre de 2025- Constitución de la CAI y organización del calendario de actuaciones. Se asignaron criterios, se revisó la metodología y se habilitó el espacio de trabajo compartido.

Desarrollo de la auditoría

Análisis de la documentación entregada en el Seguimiento SISCAL del centro, elección de las titulaciones a auditar y realización de entrevistas.

Reunión final

15 de enero de 2026- Síntesis de la información recopilada y elaboración del informe de auditoría interna del centro

Agenda de reuniones

Agenda: HORARIO		
Hora	Audiencia	Asistentes
09:00-09:30	Reunión preparatoria de la Comisión de Auditoría Interna	1. M ^a de los Ángeles Fernández de Sevilla Vellón, presidenta titular 2. M ^a del Mar Herrador Morales, vocal titular 3. Alejandro Trillo Puente, vocal estudiante titular 4. Ana Alonso Blanco, secretaria titular
09:30-10:15	Coordinadores Grado/Curso/Profesorado	5. Coord. GMyC: Juan Gerardo Alcázar Arribas 6. Coord. GII: Antonio García Cabot

Agenda: HORARIO		
Hora	Audiencia	Asistentes
		7. Coord. GITI: Pablo Díaz Villar 8. Coord. Curso MUIT: Silvia Jiménez Fernández 9. Coord. 4º GIST: Manuel Rosa Zurera 10. Coord. 2º GITI: Pedro Gil Jiménez 11. Coord. 2º GMyC: Carlos Hermoso Ortiz 12. Profesorado GMyC: Sonia Pérez Díaz 13. Profesorado Grados Informática: José María Gutiérrez Martínez
10:30-11:15	Estudiantado	1. Estudiante GMyC: Sira Coulon 2. Estudiante GMyC: María de la Orden Montes 3. Estudiante GIC: Nicolás Andrea Carminati 4. 4. Estudiante GITI: María Álvarez Mesa 5. 5. Delegación Teleco-Industriales: Fabio Andrés Martínez Gavilán 6. Delegación Informática: Melisa Ayllón 7. Estudiantes MU MUIT: Alba López Diz. 8. Estudiante GITI: Adrián Martínez Castaño
11:30-12:15	Equipo Directivo EPS/PTGAS Centro	1. Director: Bernardo Alarcos Alcázar 2. Subdirector Teleco: David de la Mata Moya 3. Subdirector Calidad: Sergio Lafuente Arroyo 4. Subdirector Industriales: Ana Jiménez Martín 5. Subdirector Informática: Sergio Caro Álvaro 6. Subdirector de Relaciones con Empresas y Promoción de la EPS: Alba Yela Aránega 7. Secretario académico: José Vidal Nuñez 8. Vicesecretario académico: Luis de la Cruz Piris 9. PTGAS Dirección: María del Carmen Acuyo Garzón 10. PTGAS Secretaría Estudiantes: Estrella Barbero Pérez
12:30-14:00	Reunión interna Comisión de auditoria	1. Mª de los Ángeles Fernández de Sevilla Vellón, presidenta titular 2. Mª del Mar Herrador Morales, vocal titular 3. Alejandro Trillo Puente, vocal estudiante titular

Agenda: HORARIO		
Hora	Audiencia	Asistentes
		4. Ana Alonso Blanco, secretaria titular

4. RESULTADO DE LA AUDITORÍA

A continuación, se indican los puntos fuertes detectados, así como las áreas de mejora y los posibles incumplimientos:

Fortalezas del SIGC

- El centro muestra un fuerte compromiso con la calidad, con un SIGC actualizado conforme a la Guía SISCAL, sustentado en una estructura documental clara y en un Plan Director con objetivos e indicadores alineados con el plan estratégico, la misión, la visión y los valores institucionales.
- El análisis sistemático de los resultados académicos por asignatura y de los diferentes indicadores [(ej. evolución de la nota de corte, planes de mejora de asignaturas de bajo rendimiento)] demuestran la sensibilidad por el aprendizaje y el rendimiento de los estudiantes.
- El centro cuenta con un conjunto muy completo de herramientas digitales de gestión académica incluyendo la plataforma de guías docentes, las aplicaciones de TFG y TFM. Además de una herramienta para movilidad (ISA) que facilitan la gestión, mejoran la transparencia y ha permitido incrementar en torno a un 50 % la participación del estudiantado en programas de intercambio.
- La renovación del Sello de Excelencia Europea 500+ de la Biblioteca de la Universidad de Alcalá avala la calidad, la eficiencia y la mejora continua de sus servicios, colecciones y procesos de apoyo académico.
- La calidad de la docencia se refuerza con la certificación del programa DOCENTIA, que proporciona un marco estructurado y reconocido para la evaluación y mejora continua del profesorado.
- La página web del centro está estructurada de forma clara, accesible y actualizada, y la Universidad de Alcalá cuenta con el Sello de Transparencia en su máxima categoría (tres estrellas), otorgado por la Fundación Haz en 2025.
- La existencia de un cuadro de mando consolidado, evolución del portal estadístico previo, permite al centro disponer de información integrada y actualizada para el seguimiento sistemático de su actividad y, a su vez, facilita el control y mejora continua de las titulaciones adscritas, fortaleciendo la toma de decisiones y la gestión de la calidad. Además, la herramienta ESTRATEA permite ofrece un sistema centralizado que facilita el seguimiento transparente y continuo del Plan Director, mejora la toma de decisiones y asegura la alineación de todas las acciones con los objetivos estratégicos de la UAH.
- Las evidencias y la documentación histórica del sistema de calidad está muy bien estructurada y homogéneamente denominada en el portal de calidad, facilitando su consulta. Además muchos documentos del SIGC son accesibles públicamente, como los Informes de Seguimiento Interno por titulación e Informes globales UAH, lo que contribuye a la claridad, transparencia y comprensión de los resultados

Oportunidades de mejora del SIGC

- Reforzar la comunicación hacia los diferentes grupos de interés para asegurar que conocen el sistema y reciben feedback claro y actualizado sobre los resultados, las acciones emprendidas y los avances derivados de la mejora continua.
- Mejorar la coordinación en los distintos niveles asignatura/curso/título para asegurar la adecuada incorporación de sus resultados en el canal de análisis de mejora continua del título y del centro.
- Mejorar el contenido en las actas de las comisiones de calidad del centro (grado y másteres habilitantes), para que se evidencien las acciones de mejora transversales y su trazabilidad global en las actas de junta de escuela..
- Valorar la manera de formalizar la mejora continua del centro de manera unificada (plan director y seguimiento y mejora del SIGC) dado que la universidad ya dispone de herramientas al efecto.

Relación de Necesidades de Mejora

No procede

No cumplimientos del SIGC

No procede

En Alcalá de Henares, a 15 de enero de 2026,

Fdo.: M. Ángeles Fernández de Sevilla Vellón
Presidenta de la Comisión de Auditoría Interna