

Contenido

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

	Órgano/Unidad/Servicio	Fecha
Elaborado o actualizado	Unidad Técnica de Calidad	12/06/2025
Revisado	Vicerrectorado de Gestión de la Calidad previa consulta a los servicios implicados	20/06/2025
Aprobado	Comisión de Calidad de la UAH	07/07/2025
	Consejo de Gobierno	17/07/2025

CONTROL DE CAMBIOS			
Código	Versión	Fecha de la versión	Motivo de la modificación
PM_04	01	12/12/2024	Incluir las recomendaciones y sugerencias del proceso SISCAL de la EPS y la adaptación a la Ley Orgánica 2/2023 de 22 de marzo
PE_08	02	17/07/2025	Reestructuración documental para adecuar la terminología y centralizar la gestión de indicadores, mejorando la coherencia y eficiencia del SIGC. Pasa a ser considerado procedimiento estratégico

1. OBJETIVO

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

2. ALCANCE

El presente documento es aplicable a los centros de la Universidad de Alcalá que dispongan de la Certificación SISCAL de su SIGC y estén acreditados institucionalmente.

3. ÓRGANO/S RESPONSABLE/S DEL PROCEDIMIENTO

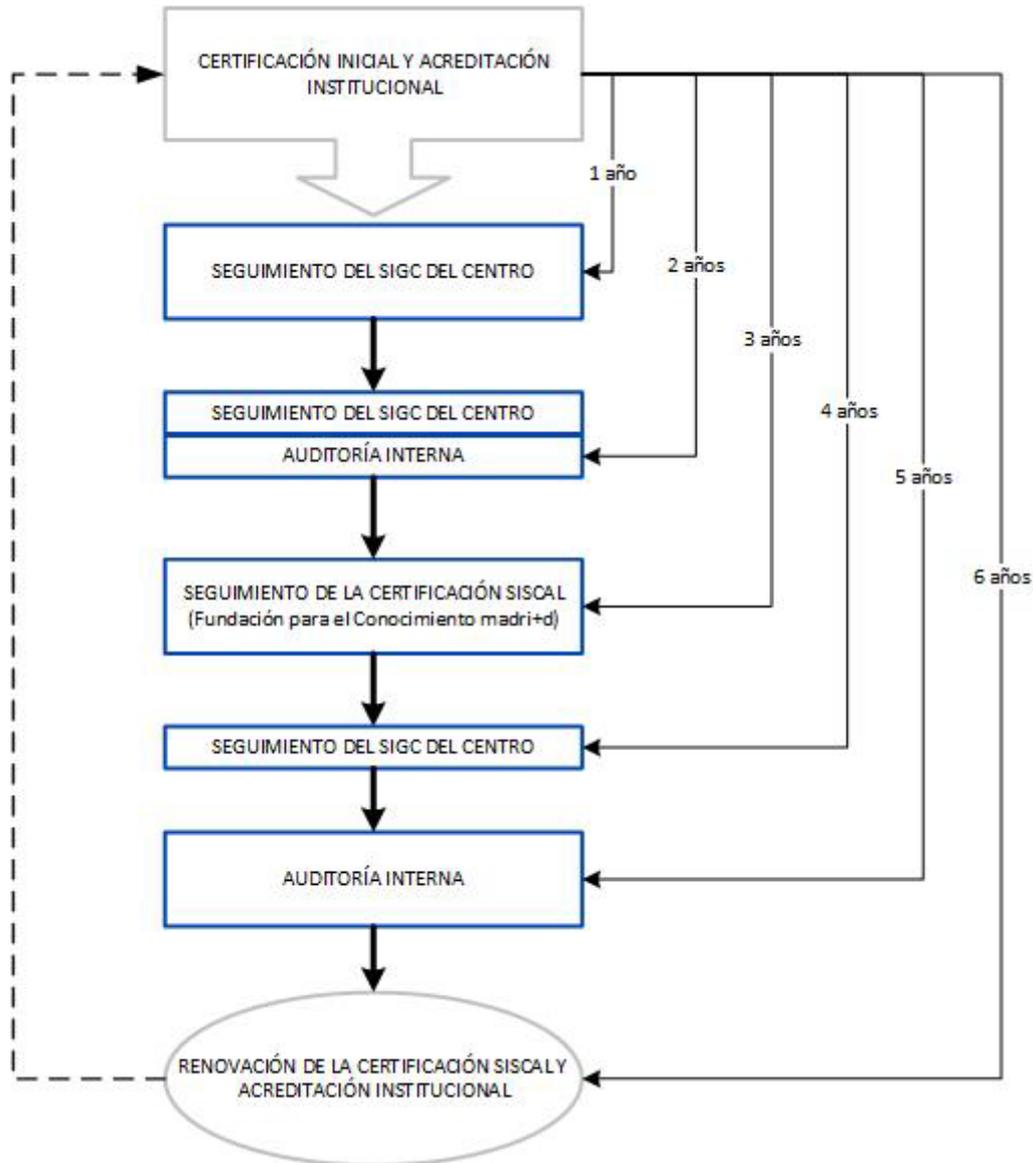
Vicerrectorado con competencias en Calidad.

4. NORMATIVA/DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

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

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, RESPONSABLES Y EVIDENCIAS

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



Procedimiento I: Seguimiento del SIGC del centro

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

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

Los responsables académicos de un centro con acreditación institucional tienen la responsabilidad de mantener y mejorar los estándares de calidad por los cuales obtuvieron la certificación SISCAL, implementando un seguimiento anual que analice los indicadores de calidad definidos en su SIGC y revise

las recomendaciones incluidas en los informes finales de evaluación, siguiendo las pautas marcadas en las guías SISCAL y de Acreditación Institucional de la Fundación para el Conocimiento madri+d.

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

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

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

Procedimiento II: Auditoría interna

A partir de los informes anuales de seguimiento del SIGC del centro realizados según el procedimiento I, y aprobados por la Comisión de Calidad y la Junta de Centro, se procederá a realizar una auditoría interna de acuerdo con el calendario consensuado con los centros y aprobado por la Comisión de Auditoría.

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

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

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

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

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

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

Descripción de la acción	Responsable	Documento o evidencia resultante (sólo si procede)
1. Seleccionar a los miembros de la Comisión de Auditoría Interna con experiencia en calidad, asegurando que sean externos al centro auditado, según las necesidades de cada caso.	<ul style="list-style-type: none"> • Vicerrectorado con competencias en Calidad • Unidad Técnica de Calidad 	Propuesta de composición de las Comisión de Auditoría Interna de los centros
2. Aprobar la propuesta, de vocales y suplentes de la Comisión de Auditoría Interna en función de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> – Formación y/o experiencia en materia de calidad. – Criterio de paridad, si es posible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de Calidad 	Acta de la Comisión de Calidad de la UAH
3. Elevar a aprobación de Consejo de Gobierno la composición de las Comisiones de Auditoría Interna de los centros.	<ul style="list-style-type: none"> • Vicerrectorado con competencias en Calidad • Consejo de Gobierno 	Acta del Consejo de Gobierno
4. Publicar la composición de cada Comisión de Auditoría Interna en el Portal de Calidad de la UAH.	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad Técnica de Calidad 	Portal de Calidad de la UAH
5. Proporcionar información y documentación a todos/as sus miembros	<ul style="list-style-type: none"> • Vicerrectorado con competencias en Calidad • Unidad Técnica de Calidad 	
6. Constitución de la Comisión de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de Auditoría Interna 	Acta de la constitución de la Comisión de Auditoría Interna
7. Elaborar y consensuar el calendario de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables del Centro • Vicerrectorado con competencias en calidad • Unidad Técnica de Calidad 	Calendario de auditoría
8. Solicitar al centro los informes de seguimiento y toda la documentación necesaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de Auditoría Interna 	
9. Analizar la documentación y realizar la visita al centro en los plazos establecidos, para entrevistar a los diferentes grupos de interés, con objeto de obtener	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de Auditoría Interna • Responsables del Centro 	Agenda de la visita

Descripción de la acción	Responsable	Documento o evidencia resultante (sólo si procede)
información adicional, así como solicitar las aclaraciones necesarias		
10. Elaborar el informe provisional de auditoría interna del centro, en un plazo no superior a un mes y envío al centro.	Comisión de Auditoría Interna	Informe provisional de auditoría interna del centro
11. Elaborar las alegaciones si se consideran oportunas en el plazo establecido.	Responsables del Centro	Escrito de alegaciones
12. En caso de que no existan alegaciones, el informe provisional pasará a considerarse informe definitivo. De existir alegaciones, la Comisión de Auditoría Interna dispondrá de 15 días para dar respuesta a las alegaciones y elaborar el informe definitivo.	Comisión de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de la reunión de la Comisión de Auditoría Interna • Informe definitivo de auditoría interna del centro
13. Enviar el informe definitivo de auditoría interno del centro	Secretario/a de la Comisión de Auditoría Interna	Notificación de envío

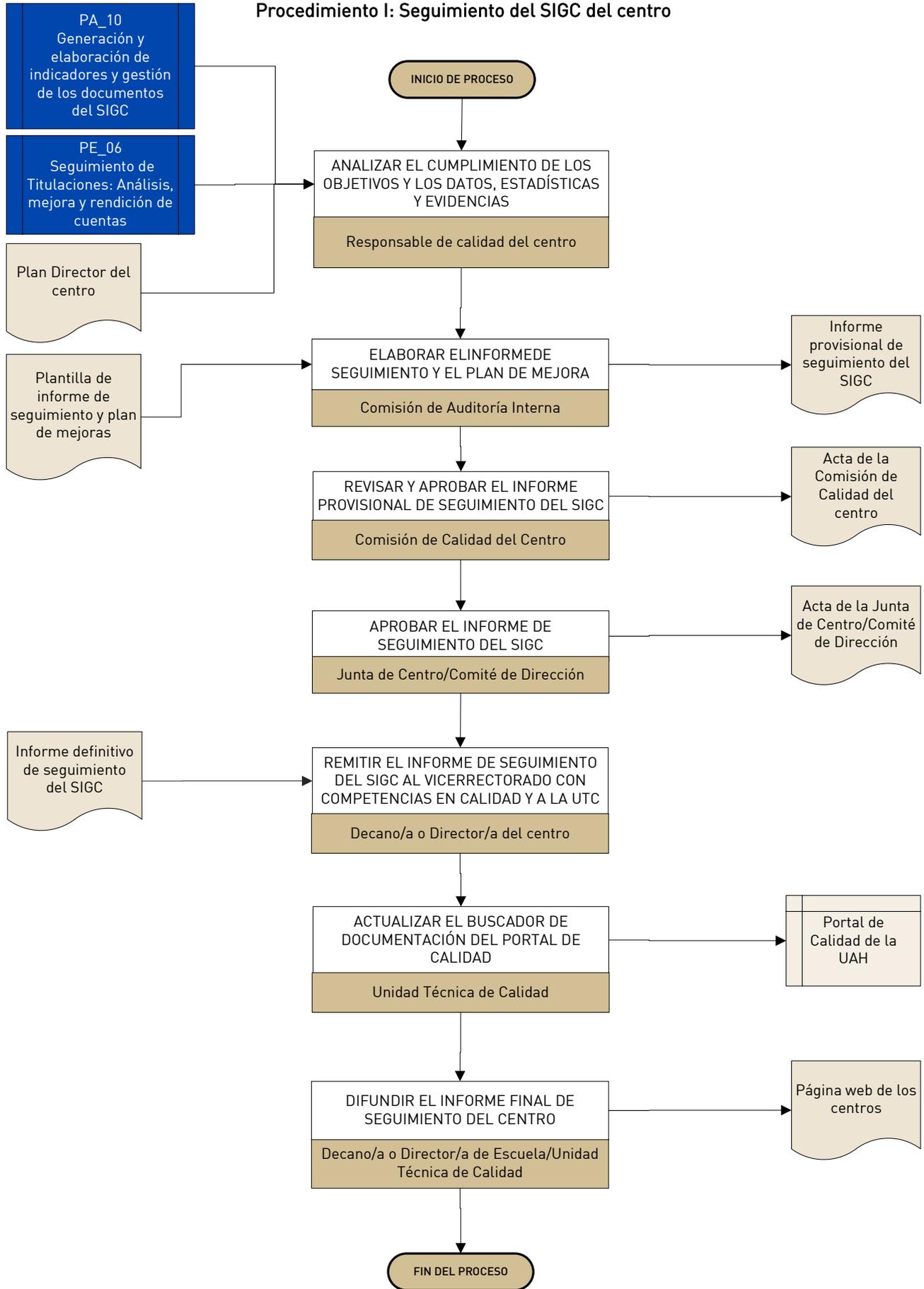
Procedimiento III: Seguimiento Externo SISCAL

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

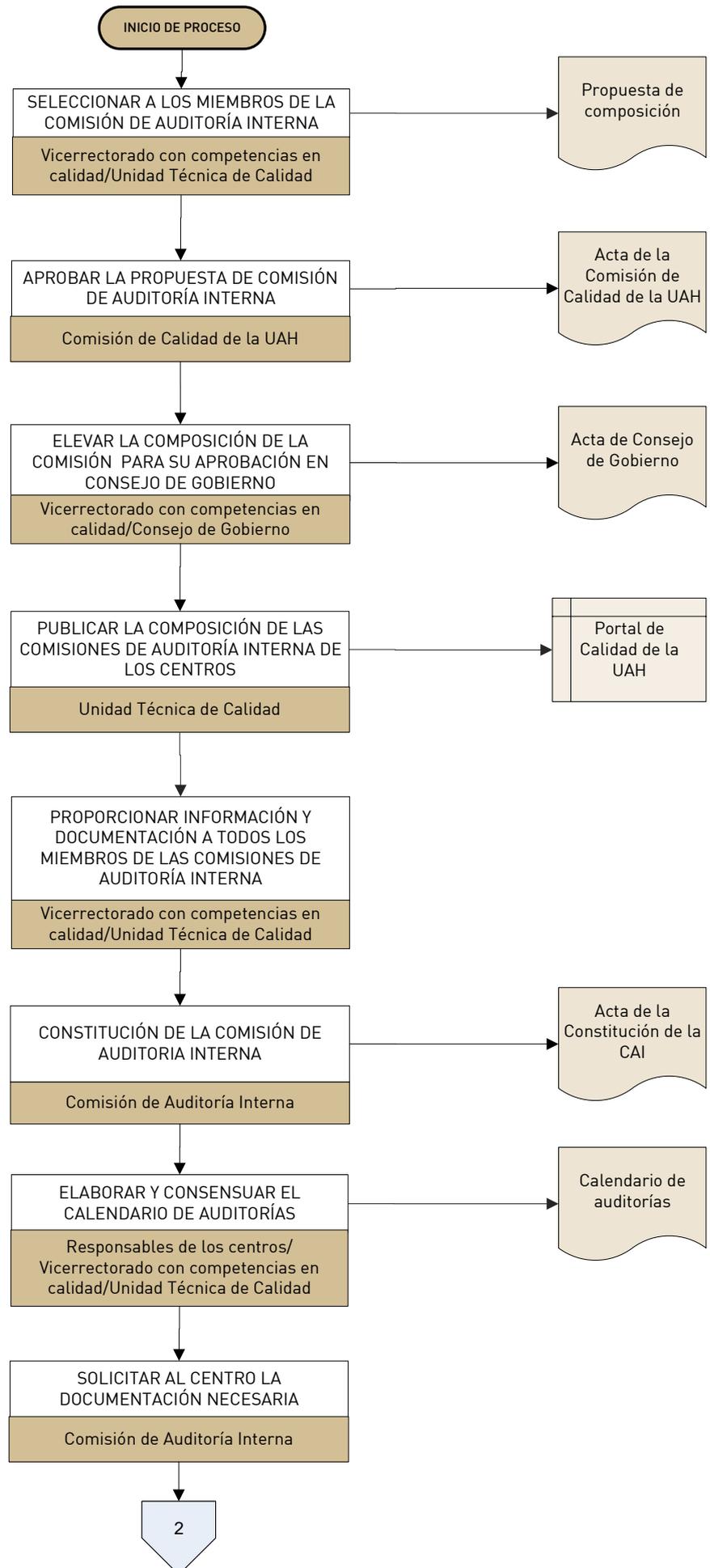
6. ANEXOS

Anexo I: Flujograma

Procedimiento I: Seguimiento del SIGC del centro



Procedimiento II: Auditoría interna



Procedimiento II: Auditoría interna

