

ACTA DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD



Fecha: (25-11-2022)

Reunidos por vía Telemática mediante Teams, a las 12:00 horas del día señalado en la fecha, y con la asistencia de los siguientes miembros de la Comisión de Garantía de Calidad del IUSIANI:

- D. Orlando Maeso Fortuny (Director SIANI, Director de División)
- Dña. Cristina Medina López (Coordinador del Máster – Jefe de Estudios)
- D. Albert Oliver Serra (Jefe de Servicio - invitado)
- D. Ricardo Aguasca Colomo (Subdirector de Calidad, Director de División)

Los demás miembros excusan su ausencia.

Se trató el siguiente orden del día:

1. Lectura y aprobación del acta de la CGC anterior [https://www.siani.es/files/documentos/instituto/SGC/publico/Actas/Acta_CGC38_\(08-11-22\).pdf](https://www.siani.es/files/documentos/instituto/SGC/publico/Actas/Acta_CGC38_(08-11-22).pdf)
2. Modificación del procedimiento de apoyo PAI01.
3. Acuerdos a tomar.
4. Ruegos y preguntas.

Desarrollo de la reunión y acuerdos adoptados:

- 1.- Se aprueba por asentimiento el acta anterior de fecha 08 de noviembre de 2022.
- 2.- El subdirector de Calidad informa presenta el Procedimiento de Apoyo para la gestión de Documentos del SGC, cuyo borrador fue elaborado por el GEI y enviado a los miembros de la Comisión con las modificaciones pertinentes. Se aprueba por asentimiento.
- 3.- Se acuerda elevar a la Comisión Ejecutiva los acuerdo tomados, para que sean tratados en su próxima reunión.
- 4.- No hay ruegos ni preguntas.

Sin más asuntos que tratar se levanta la sesión siendo las 12:20 horas del día de la fecha.

(Firma)
Ricardo Aguasca Colomo
Subdirector de Calidad SIANI

PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEL SGC

1. OBJETO	3
2. ALCANCE.....	3
3. REFERENCIAS / NORMATIVA	3
4. DEFINICIONES	3
5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO.....	4
5.1. Documentos relativos al diseño del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto.....	4
5.1.1. Elaboración.....	4
5.1.2. Conservación.....	4
5.1.3. Difusión	5
5.1.4. Revisión.....	5
5.2. Documentos relativos a la implantación del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto..	5
5.2.1. Elaboración.....	5
5.2.2. Conservación.....	6
5.2.3. Difusión	6
5.3. Otros documentos relativos a la gestión de la calidad	7
6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA	7
7. ARCHIVO.....	7
8. RESPONSABILIDADES.....	8
9. FLUJOGRAMA.....	9
10. ANEXOS	10

RESUMEN DE MODIFICACIONES – PAI01		
Número	Fecha	Justificación
00	11-09-08	Edición inicial (Documento Marco del SGC para los Centros de la ULPGC – Revisión R9)
01	26-11-08	Adaptación del Modelo Marco por el Coordinador de Calidad del SIANI
02	14-08-09	Adaptación a la Circular 2009-01 del Modelo Marco del SGC de la ULPGC R10
03	11-10-13	Adaptación del SGCFA del SIANI a la circular informativa 2012-01, publicada en el BOULPGC del 6 de marzo de 2012.
04	24-10-17	Adaptación a la nueva normativa de admisión a las enseñanzas oficiales de Grado (RD 412/2014 de 6 de junio, publicado en el BOE nº 138 de 7 de junio) y a los Estatutos de la ULPGC (Decreto 107/2016 de 1 de agosto, publicado en el BOC nº 153 del 9 de agosto de 2016).
05	23-05-19	Modificación del apartado 6 sobre seguimiento, medición y mejora, sistema de firma del procedimiento y mejora de la cohesión entre el apartado de desarrollo, archivo y flujograma.
06	xx-12-22	Simplificación del sistema de firmas y de la estructura de los documentos de aplicación a las nuevas actualizaciones de los documentos del SGC.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<i>Responsable de calidad del SIANI</i>	<i>Comisión de Garantía de Calidad del SIANI</i>	<i>Comisión Ejecutiva IUSIANI</i>

1. OBJETO

El **objeto** del presente procedimiento es establecer la forma de elaborar, conservar y registrar los documentos relativos al diseño e implantación del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto, con el **propósito** de garantizar la oficialidad y accesibilidad a la documentación vigente del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto.

2. ALCANCE

La gestión documental se aplica a todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto, por lo tanto, este procedimiento se aplica cada vez que se requiere el diseño del Manual del Sistema de Gestión de Calidad y el registro de documentos relacionados con la implantación del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto.

3. REFERENCIAS / NORMATIVA

Externa y de la ULPGC:

- https://calidad.ulpgc.es/sgc_normativa

Del Instituto:

- Reglamento de Régimen Interno del Instituto.
- Capítulo 1 del Manual del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto relativo a la presentación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Capítulo 7 del Manual del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto relativo a la gestión de la información.

4. DEFINICIONES

Manual de la calidad: Documento que especifica el Sistema de Gestión de Calidad del Instituto (capítulos y procedimientos).

Procedimiento: Forma especificada y documentada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Documento de Evidencia: Documento que presenta testimonio de la realización de la actividad o actividades de los procedimientos.

5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

5.1. DOCUMENTOS RELATIVOS AL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL INSTITUTO

5.1.1. Elaboración

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del Instituto se generan a partir de las necesidades del centro siguiendo el reglamento y directrices para los Centros de la ULPGC establecido por el Vicerrectorado con competencias en Calidad, este Vicerrectorado informa al Instituto a través del Boletín Oficial de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (BOULPGC), reuniones y mensajes de correo electrónico.

Los documentos son elaborados o modificados por su responsable con el apoyo de la dirección con competencias en calidad, posteriormente éstos son revisados por la comisión de gestión de calidad y dirección del instituto, asimismo debe tener el visto bueno del vicerrectorado con competencias en calidad. La documentación debe cumplir con los requisitos del diseño establecidos institucionalmente y que el Instituto recoge y amplía en los anexos 1, 2 y 3 (Estructura del manual; Estructura del procedimiento; Codificación de documentos). En cuanto a su oficialidad cualquier documento del SGC entra en vigor en el momento de su ratificación por Comisión Ejecutiva, no considerándose válido ningún documento hasta que el aprobado no haya sido firmado por la dirección del Instituto y fechado. Deberá quedar constancia de la elaboración/modificación y/o revisión de los documentos en las actas de la Comisión de Garantía de Calidad.

5.1.2. Conservación

Los documentos son archivados por la subdirección con competencias en calidad. Para ello, se dispone de un espacio virtual en la intranet del Instituto. Los documentos son archivados en formato digital, por lo que los miembros del equipo directivo del Instituto disponen de “firma digital”. Opcionalmente se podrán disponer copias en papel debidamente custodiadas.

A estos espacios tienen acceso tanto la dirección del Instituto como la subdirección con competencias en calidad y los miembros de la Comisión de Gestión de Calidad.

Cuando un documento deje de estar en vigor, la subdirección con competencias en calidad lo da a conocer a toda la comunidad Universitaria y procede a eliminarlo de los archivos oficiales, por último, guarda una copia reconocida bajo el epígrafe de *documentos obsoletos*, al menos, hasta

la siguiente certificación del SGC y de sus títulos.

5.1.3. Difusión

Los documentos oficiales son difundidos públicamente en la web de Calidad del Instituto, en ella se encuentra la versión actualizada de todos ellos en formato *pdf* y firmados. Además, la subdirección con competencias en calidad realiza todas las actuaciones necesarias para fomentar el conocimiento de la documentación por parte de la comunidad del Instituto y, especialmente, a los responsables de los procedimientos y de las acciones especificadas en ellos.

5.1.4. Revisión

Los documentos oficiales son revisados, como mínimo, cada dos años. El responsable de cada procedimiento procede al control y seguimiento del procedimiento, elaborando un documento donde se detallan puntos fuertes, débiles y propuestas de mejora sobre su ejecución y vigencia, este análisis es revisado por el responsable de calidad y la Comisión de Gestión de Calidad quedando constancia de este análisis en actas de la comisión. Asimismo, el responsable de calidad revisa la vigencia de los capítulos del manual.

5.2. DOCUMENTOS RELATIVOS A LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL INSTITUTO

5.2.1. Elaboración

Durante la implantación del SGC del Instituto se utilizan y se generan varios documentos, los cuales clasificamos como documentos aplicables al SGC y documentos de evidencias.

a. Los documentos aplicables al SGC son aquellos que se generan en la dinámica de trabajo de gestión administrativa y cuya estructura documental y oficialidad responde a las normativas internas o instrucciones que especifica cada entidad o unidad responsable de su elaboración.

Entre estos documentos se encuentran:

- Documentos de apoyo, que se crean para especificar los procesos y sistematizar actividades no detalladas en los procedimientos del SGC tales como manuales, guías, instrucciones, etc.
- Documentos que acreditan acuerdos adoptados y la toma de decisiones en relación con el SGC tales como, actas de la Comisión de Gestión de Calidad, del Equipo Directivo, de

reuniones con las unidades institucionales, acuerdos del Equipo de Gobierno de la Universidad, etc.

- Documentos de origen externo que se aplican en la gestión del Instituto tales como, normativa legal, requisitos de programas de calidad, etc.

b. Los documentos de evidencias del SGC son aquellos que se generan por su implantación entre estos documentos se encuentran:

- Documentos que verifican, en general, la realización de los procesos especificados en el SGC tales como planificaciones, memoria de actividades, informes, etc.

5.2.2. Conservación

La conservación y archivo de esta documentación, depende, en particular, de lo establecido en las diferentes normativas y en los propios procedimientos del SGC. No obstante, de forma general, se establece que, además del archivo que le corresponda a cada unidad responsable, la subdirección con competencias en calidad archiva, en los espacios de calidad, un documento con su identificación, responsable y localización.

5.2.3. Difusión

La difusión de esta documentación la realiza cada entidad o unidad responsable de su elaboración a los grupos de interés a los que va destinado y, la difusión de cada evidencia se especifica en los procedimientos del SGC o en el programa de calidad en que se participe. Aun así, y al menos en relación a los documentos que son responsabilidad del Instituto, la subdirección con competencias en calidad elabora y difunde en la web de calidad del Instituto:

- Un listado de evidencias, por curso académico, en el que se identifique el contenido de cada evidencia, localización y la fecha de su obtención. Este listado es difundido, anualmente, en la web de calidad del SGC del Instituto. El listado de evidencias contendrá, como mínimo, las evidencias especificadas en el apartado archivo de cada procedimiento (podrán tener el mismo nombre o similar mientras que el contenido sea el adecuado al producto del procedimiento). Así también, el Instituto podrá incluir en este listado cualquier otro documento asociado a los procedimientos y a su gestión.

5.3. OTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

A lo largo del curso académico se pueden recopilar más evidencias de las que se indican, explícitamente, en el apartado archivo de cada procedimiento (apartado 7). Dicha documentación añadida en el listado anual de evidencias podrá estar relacionada con la toma de decisiones sobre las personas vinculadas con la gestión de la calidad en el centro, la participación en programas internos y externos de calidad, evaluaciones de calidad, etc. Dichas evidencias quedarán vinculadas al procedimiento del SGC con el que tenga relación.

Por norma general, las evidencias de la gestión de la Comisión de Gestión de Calidad u otra comisión de evaluación y mejora se archivarán como evidencia de este procedimiento acorde con los apartados 5.2.2 y 5.2.3.

6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA

La subdirección con competencias en Calidad procede al control y seguimiento de este procedimiento para asegurar la continuidad de su relevancia y vigencia como se establece en el apartado 5.1.4 de este procedimiento.

La medición, análisis y rendición de cuentas de la gestión documental, se desarrolla siguiendo el *procedimiento de apoyo del Instituto para el análisis de los resultados y rendición de cuentas*. Asimismo, las propuestas de mejora derivadas son aplicadas según se determine en el *procedimiento estratégico para la elaboración y actualización de la política del Instituto*.

7. ARCHIVO

Tabla 1. Archivo de evidencias

Identificación de la evidencia	Soporte de archivo	Responsable custodia	Tiempo de conservación
Documentos oficiales del diseño del SGC vigente	Informático	Subdirección con competencias en calidad	Permanentemente actualizado
Documentos oficiales del diseño del SGC obsoletos	Informático	Subdirección con competencias en calidad	6 años
Documentos de revisión de los procedimientos	Informático	Subdirección con competencias en calidad	6 años
Actas de Comisión de Garantía de calidad y comisiones de evaluación o mejora	Informático	Subdirección con competencias en calidad	6 años
Listado anual de evidencias de la implantación del SGC	Informático	Subdirección con competencias en calidad	6 años

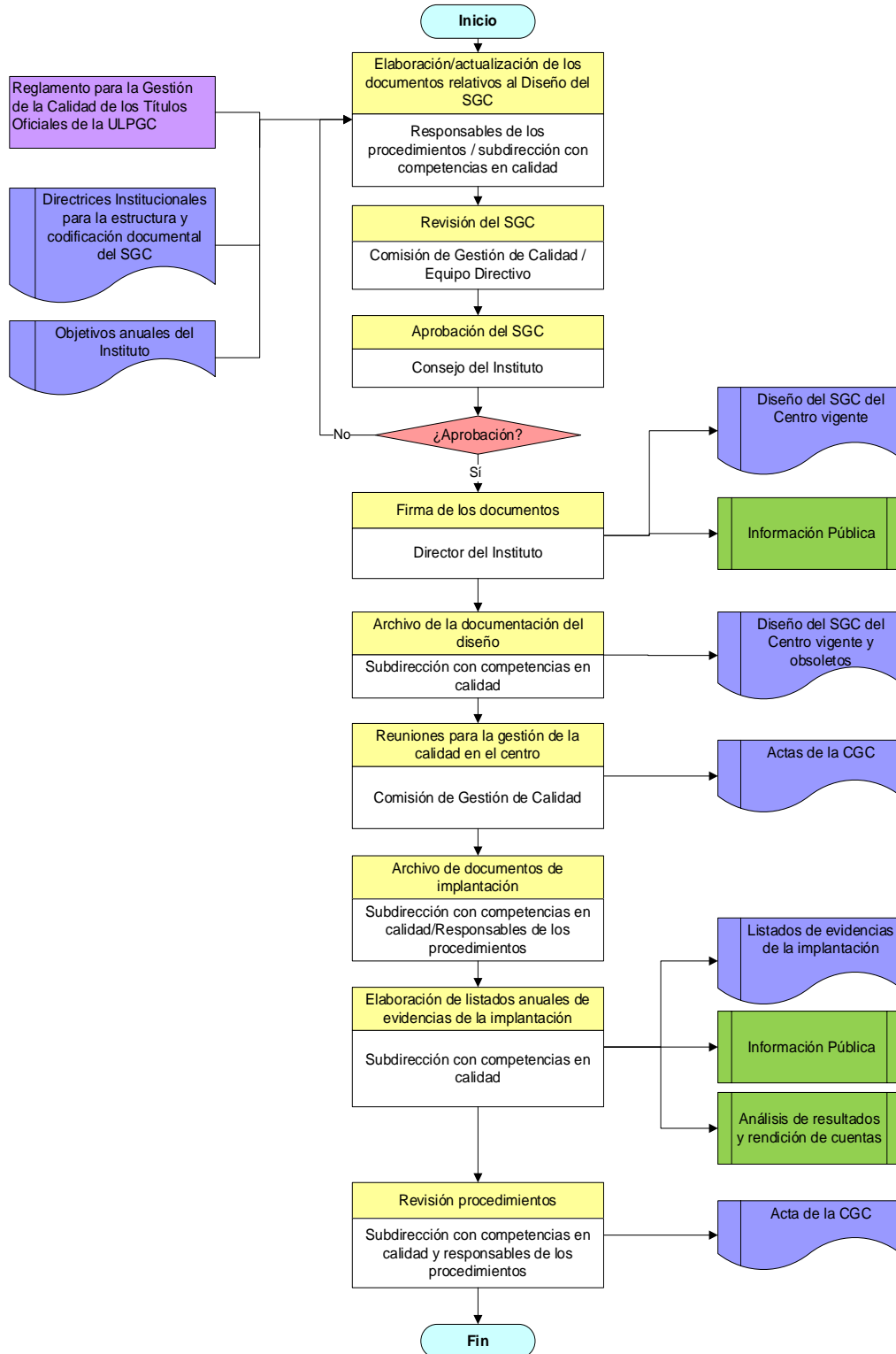
8. RESPONSABILIDADES

Tabla 2. Responsabilidades de grupos de interés

Responsables	Grupos de interés representados			
	PDI	PAS	Estudiantes	Agentes externos
Comisión Ejecutiva	X	X		
Equipo Directivo	X			
Comisión de Garantía de Calidad	X	X	X	
Subdirección con competencias en Calidad	X			
Responsables procedimientos del Instituto	X	X		

9. FLUJOGRAMA

Procedimiento de Apoyo del Centro para la gestión de documentos del Sistema de Gestión de Calidad



10. ANEXOS

10.1 ESTRUCTURA DEL MANUAL

El Manual del Sistema de Gestión de Calidad (MSGC) incluye una descripción general del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto de acuerdo con las directrices del programa AUDIT elaborado por ANECA. A continuación, se especifica la estructura de cada capítulo del Manual, tal y como establece el Vicerrectorado con competencias en calidad.

- **Encabezado:** constituido por el logotipo de la Universidad e instituto y el nombre del documento.
- **Pié de página:** constituido por el código del capítulo, número de modificación, número de página y firma del responsable de su aprobación (la firma también podrá ir por un lateral del documento).
- **Portada:** constituida por el nombre del manual y, a continuación, el índice del documento.
- **Apartado de revisiones:** constituido por dos tablas. Una contiene la fecha de elaboración inicial y el número, fecha y justificación de las sucesivas modificaciones del documento, y otra con los responsables que han elaborado, revisado y aprobado la última versión del documento. A la edición inicial de cualquier documento elaborado se le asigna la revisión "00", y una vez aprobado, cada vez que sea modificado se le asigna un nuevo estado de revisión.
- **Apartado Objeto:** Se describe el contenido y propósito fundamental del documento.
- **Apartado ámbito de aplicación:** designa la delimitación de validez del documento y su contenido, nos dice cuando, donde y sobre quien se aplica su contenido.
- **Apartado documentación de referencia:** Se relacionan los reglamentos o normas y documentos aplicables que regulan o complementan el contenido del documento.
- **Apartado desarrollo:** Se describe de forma clara y concreta los contenidos necesarios para el logro del propósito del documento.
- **Apartado anexos:** Incluye documentos complementarios para la comprensión o despliegue del objeto del documento.









10.2 ESTRUCTURA DEL PROCEDIMIENTO

Los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad especifican la realización de las diferentes actividades necesarias para la gestión del Instituto de acuerdo con las directrices del MSGC. A continuación, se especifica la estructura de cada procedimiento, tal y como establece el vicerrectorado con competencias en calidad.

- **Encabezado:** constituido por el logotipo de la Universidad e instituto y el nombre del documento.
- **Pié de página:** constituido por el código del procedimiento, número de modificación, número de página y firma del responsable de su aprobación (la firma también podrá ir por un lateral del documento).
- **Portada:** constituida por el nombre del manual y a continuación el índice del documento.
- **Apartado de revisiones:** constituido por dos tablas. Una contiene la fecha de elaboración inicial y el número, fecha y justificación de las sucesivas modificaciones del documento, y otra con los responsables que han elaborado, revisado y aprobado la última versión del documento. A la edición inicial de cualquier documento elaborado se le asigna la revisión “00”, y una vez aprobado, cada vez que sea modificado se le asigna un nuevo estado de revisión.
- **Apartado Objeto:** Se describe el contenido y propósito fundamental del documento.
- **Apartado alcance:** Se indica cuándo se aplica el procedimiento y sobre qué o quiénes se aplica su contenido.
- **Apartado documentación de referencia:** Se relacionan los reglamentos o normas y documentos aplicables que regulan o complementan el contenido del documento.
- **Definiciones:** Se incluye, si procede, un vocabulario de las palabras o conceptos que precisen una definición para su correcto uso o interpretación.
- **Apartado desarrollo:** Se describe de forma clara y detallada las acciones necesarias para el logro del propósito del documento.
- **Seguimiento, Medición y Mejora:** Se describe la sistemática para la revisión de los resultados de las acciones del procedimiento, para la revisión del cumplimiento de las fases el procedimiento, para la rendición de cuentas a los grupos de interés y la mejora de los resultados obtenidos.
- **Archivo:** Incluye un listado de los documentos derivados de la implantación del procedimientos que se deben archivar y custodiar como evidencias.

- **Responsabilidades:** Se indican los grupos de interés que tienen funciones en el desarrollo del procedimiento.
- **Flujograma:** Representación gráfica que resume el desarrollo y revisión del procedimiento (imagen 1).
- **Anexos:** Cualquier documento adicional que integre especificaciones necesarias para la implantación del procedimiento.

Imagen 1. Símbolos del flujograma

Símbolos utilizados para elaborar los Flujogramas	
Símbolo	Significado
	Inicio y fin de procedimiento
	Etapa del procedimiento (actividad a desarrollar). Arriba proceso, abajo responsable.
	Entrada al procedimiento de la mejora procedente, directamente, de la revisión del mismo
	Producto de un procedimiento
	Decisión
	Procedimiento preestablecido
	Elementos del entorno (normativas) a considerar para el desarrollo de una actividad
	Conector con otra etapa del procedimiento

10.3 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

Siguiendo las indicaciones establecidas por el Vicerrectorado con competencias en calidad, la codificación de los documentos relativos a los capítulos del manual, procedimientos e indicadores es tal y como sigue:

- **Capítulos del Manual se codifican:**
 - M = Manual
 - S = Sistema
 - G = Garantía
 - C = Calidad
 - ZZ= Ordinal simple, indica el número de orden del capítulo (del 01 al 99)

- **Procedimientos que son competencia directa del Instituto se codifican como PXIZZ:**
 - P = Procedimiento
 - X = E (estratégico), C (clave) A (de apoyo)
 - I = del Instituto
 - ZZ = Ordinal simple; indica el número de orden del documento (del 01 al 99).

- **Procedimientos Institucionales**, que son desarrollados por órganos de gobierno y servicios generales de la ULPGC, se codifican como **PIZZ:**
 - PI = Procedimiento Institucional.
 - ZZ = Ordinal simple; indica el número de orden del documento (del 01 al 99).

- **Indicadores** para la medición del Sistema de Gestión de Calidad se codifican como **R-INDZZCAT- N:**
 - R= Revela la unidad responsable del cálculo, puede ser la Universidad (U) o el Instituto (I).
 - IN= Indicador.
 - ZZ= Número ordinal simple; indica el número de orden del documento (del 01 al 99).
 - CAT= Revela la categoría del indicador que puede ser de rendimiento (REN), de satisfacción (SAT) o de cumplimiento del procedimiento (CUM).
 - N= Revela el nivel del indicador que puede ser principal (P) o secundario (S).

Tabla 3. Ejemplos de codificación

Documento	Código	Significado
Procedimiento	PEI01	Procedimiento Estratégico del Instituto número 1.
Procedimiento Institucional	PI01	Procedimiento Institucional número 1.
Indicador	U-IN01REN-P	Indicador principal de rendimiento, número 1, cuyo responsable del cálculo es la Universidad.

10.4 FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Puntos débiles del procedimiento

2. Puntos fuertes del procedimiento

3. Propuestas de mejora del procedimiento

Fecha y firma:

Responsable del procedimiento.