

PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES

1. OBJETO	2
2. ALCANCE	2
3. REFERENCIAS / NORMATIVA	2
4. DEFINICIONES	2
5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO	3
5.1. PRESENTACIÓN DE NO CONFORMIDAD O NO CONFORMIDAD POTENCIAL	3
5.2. PLANIFICACIÓN DE LA MEJORA	3
5.3. SEGUIMIENTO DE LA MEJORA	4
6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA	4
7. ARCHIVO	5
8. RESPONSABILIDADES	5
9. FLUJOGRAMA.....	6

RESUMEN DE MODIFICACIONES

Número	Fecha	Justificación
00	21-02-14	Edición Inicial. Primera circular informativa del 2012 (CI 2012-01)
01	10-11-17	Modificación del contenido atendiendo a la actualización de normativas, programas de calidad, nacionales, autonómicos y normativas de la ULPGC.
02	27-09-19	Actualización de cuadro de firmas acorde con la actualización del procedimiento de apoyo del centro para la gestión de los documentos del SGC. Mejora en la redacción, actualización y corrección de errores de los apartados: normativa, desarrollo del procedimiento, seguimiento, medición y mejora, archivo, flujograma y anexos.
03	08-10-21	Actualización del procedimiento eliminando el Anexo 10.1 y sustituir logos institucionales
04	28-10-22	Eliminación de la fecha del pie de página y de la tabla de responsables. Sustitución de los logos en el encabezado Corregir denominación de Sistema de Garantía por Sistema de Gestión de la Calidad Actualización del enlace a la normativa de la ULPGC
05	19-11-24	Sustitución de los logos en el encabezado



 	PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES
	RESPONSABLE: VICEDECANO/A DE CALIDAD

	Cargo u órgano	Nombre y Apellidos
Elaborado por:	Vicedecana de Calidad	Luisa E. Toledo Bravo de Laguna
Revisado por:	Comisión de Gestión de la Calidad	Luisa E. Toledo Bravo de Laguna
Aprobado por:	Junta de Facultad	Pedro González Quintero

1. OBJETO

El **objeto** del presente procedimiento es documentar y establecer los mecanismos por los que el Centro corrige los incumplimientos de requisitos detectados por los agentes externos al Centro, con el **propósito** de garantizar que la gestión del Centro y sus titulaciones mejoran atendiendo a los estándares de calidad determinados por las normativas europeas de Educación Superior.

2. ALCANCE

La subsanación de no conformidades afecta a la gestión del Centro en general y, en particular, al de las Titulaciones Oficiales de las que es responsable y se aplica cada vez que se comuniquen oficialmente al Centro algún tipo de “no conformidad” o “no conformidad potencial”.

3. REFERENCIAS / NORMATIVA

- Externa e Institucional:

https://calidad.ulpgc.es/sgc_normativa

Del Centro

- Reglamento de Régimen Interno del Centro.
- Capítulo 4 del Manual del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro relativo a la gestión de los programas formativos.
- Capítulo 7 del Manual del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro relativo a la gestión de la información.

4. DEFINICIONES

Requisito: Requerimiento determinado en los documentos normativos a nivel europeo, nacional, autonómico y propio de la Universidad de Las Palmas de Gran



Canaria que rige la Educación Superior, así como los especificados en programas de gestión y de calidad en los que participe el centro, o unidad de gestión, para su evaluación y mejora.

No Conformidad: Especificación documentada y argumentada del incumplimiento de un requisito por parte de un evaluador externo competente en la gestión del Centro en sus diferentes actuaciones (administración, calidad, docencia, etc.). Se incluyen, en esta definición, las *enmiendas* realizadas a los proyectos y seguimiento de los Títulos, Centros, etc.

No Conformidad potencial: Se entiende como tal, la detección y comunicación documentada de una posible No-Conformidad, por parte tanto de un evaluador externo al Centro como de cualquier miembro de la comunidad universitaria. Se incluyen, en esta definición, cualquier requerimiento de *mejora* realizado en informes de evaluación de títulos, centros, etc.

Corrección de una no conformidad: Acción encaminada a eliminar una no conformidad.

Acción correctiva: Acción llevada a cabo para eliminar la *causa* de una no conformidad.

Acción preventiva: Acción llevada a cabo para eliminar la *causa* de una no conformidad potencial.

5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

5.1. PRESENTACIÓN DE NO CONFORMIDAD O NO CONFORMIDAD POTENCIAL

Todos los documentos que identifican No Conformidades (NC) o No conformidades potenciales (NCP) son notificados al/la Decano/a de la Facultad, quien los remite al/la Vicedecano/a con competencias en calidad para la planificación y seguimiento de las mejoras.

5.2. PLANIFICACIÓN DE LA MEJORA

Las mejoras derivadas de las NC o NCP serán planificadas desde el/la Vicedecano/a con competencias en calidad que, atendiendo a la naturaleza de la NC/NCP, se coordinará con los responsables que puedan llevar a cabo su resolución y mejora.



La planificación de las mejoras estará constituida, como mínimo, por las acciones que se realizarán, el periodo de su resolución y su responsable.

La planificación de las mejoras podrá ser evidenciada a través del documento en el que se recogen los objetivos del centro o de un plan de mejoras específico o del acta de la comisión responsable de dicha mejora u otro documento oficial.

La planificación de las mejoras que sean realizadas por el centro debe tener el visto bueno del Equipo directivo. La planificación de las mejoras que sean realizadas por agentes externos al centro debe tener el visto bueno del Vicerrectorado con competencias en calidad.

5.3. SEGUIMIENTO DE LA MEJORA

La planificación de las mejoras derivadas de las NC/NCP tiene un seguimiento, como mínimo, anual, en el que se analiza en qué medida se han llevado a cabo las acciones.

El seguimiento de las mejoras derivadas de NC/NCP estará constituido, como mínimo, por las acciones que se han realizado.

El seguimiento de las mejoras derivadas de NC/NCP podrá ser evidenciado a través del informe anual del centro o de un informe específico de seguimiento o de un acta de una comisión responsable, así como de cualquier otro documento oficial.

El seguimiento de las mejoras realizadas por el centro debe tener el visto bueno del Equipo directivo. El seguimiento de las mejoras realizadas por agentes externos al centro debe tener el visto bueno del Vicerrectorado con competencias en calidad.

6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA

La/El Vicedecana/o con competencias en calidad procederá, cada dos años, al control y seguimiento de este procedimiento, obteniéndose como evidencia un documento donde se detallan puntos fuertes, débiles y propuestas de mejora sobre la ejecución del procedimiento. Este documento es entregado al Vicedecano/a con competencias en Calidad para su análisis y custodia.

La medición, análisis y rendición de cuentas de los resultados de la corrección de NC y NCP, acciones correctivas y preventivas, se desarrolla siguiendo el *procedimiento de apoyo del centro para el análisis de los resultados y rendición de cuentas*. Asimismo,



	PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES
	RESPONSABLE: VICEDECANO/A DE CALIDAD

las propuestas de mejora derivadas serán aplicadas según se determine en el *procedimiento estratégico para la elaboración y actualización de la política del Centro*.

7. ARCHIVO

Tabla 1. Archivos de evidencias

Identificación de la evidencia	Soporte del archivo	Responsable custodia	Tiempo de conservación
Documentos que identifican las NC/NCP	Papel o informático	Vicedecano/a con competencias en Calidad	6 años
Planificación de las mejoras derivadas de las NC/NCP	Papel o informático	Vicedecano/a con competencias en Calidad	6 años
Seguimiento de las mejoras derivadas de las NC/NCP	Papel / informático	Vicedecano/a 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
Equipo Directivo	X			
Decano/a	X			
Vicedecano/a con competencias en Calidad	X			
Responsables de la resolución	X	X		
Vicerrectorado con competencias en calidad	X	X		



9. FLUJOGRAMA

Procedimiento de apoyo para la Gestión de No -Conformidades

