



PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES

1.	OBJETO	. 3
2.	ALCANCE	. 3
3.	REFERENCIAS / NORMATIVA	. 3
4.	DEFINICIONES	. 3
5.	DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO	. 4
	5.1. Presentación de No conformidades	. 4
	5.2. Resolución	. 4
	5.3. REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN	. 5
	5.4. RESPUESTA	. 5
6.	SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA	. 5
7.	ARCHIVO	6
8.	RESPONSABILIDADES	6
9.	FLUJOGRAMA	. 7
1(). ANEXOS	8
	10.1 FORMATO PARA ELABORAR EL INFORME DE REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA I	LΑ
	GESTIÓN DE LAS NO CONFORMIDADES	. 8





RESPONSABLE: VICEDECANO CON COMPETENCIAS EN CALIDAD

RESUMEN DE MODIFICACIONES - PAC09			
Número	Fecha	Justificación	
00	22-02-12	Edición Inicial. Primera circular informativa del 2012 (CI 2012-01)	
01	04-02-2012	Adaptación del SGC de la Facultad de Traducción e Interpretación al Modelo Marco de los SGC de los Centros de la ULPGC (Consejo de Gobierno de 29 de febrero de 2012) y actualización de los reglamentos y normativas vigentes.	
02	07-11-2017	Revisión periódica del SGC de la Facultad de Traducción e Interpretación	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Implantado en:
Vicedecano de Calidad Fdo:	Comisión de Garantía de Calidad	Junta de Facultad Fdo:	James
Fecha: 25-10-2017	Fecha: 30-10-2017	Fecha: 07-11-2017	Fecha: 07-11-2017





RESPONSABLE: VICEDECANO CON COMPETENCIAS EN CALIDAD



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 comunique oficialmente al Centro algún tipo de "no conformidad" o "no conformidad potencial".

3. REFERENCIAS / NORMATIVA

Referencias y normativa externas y de la ULPGC (acceder a vínculo).

Referencias y normativa del Centro:

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



RESPONSABLE: VICEDECANO CON COMPETENCIAS EN CALIDAD



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, las *propuestas de mejora* realizadas a los proyectos y seguimiento de los 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 conformidades

Todos los documentos que constituyan no conformidades de cualquier tipo (NC) son notificados al Decano del Centro, quien asigna a un responsable y un periodo para su resolución. Además, remite al Vicedecano con competencias en Calidad tanto el documento constitutivo de la NC como el nombre del responsable y periodo de la resolución, para su registro.

5.2. RESOLUCIÓN

El responsable asignado analiza la NC y emite un informe sobre la valoración de esta, en el que se incluyen las medidas que se estima oportuno adoptar (corrección de la no conformidad, acción correctiva o acción preventiva) y el plazo previsto. Este informe se presenta al Equipo Directivo y se registra en el Vicedecanato de Calidad. Una vez acordadas las medidas, a lo largo del plazo previsto, el responsable asignado vela por el cumplimiento de las medidas y, una vez terminado el plazo, emite un informe de conclusión con las acciones realizadas y lo enviará al Vicedecano con competencias en Calidad para su registro.



RESPONSABLE: VICEDECANO CON COMPETENCIAS EN CALIDAD



5.3. REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN

Con la información remitida por el Decano, el Vicedecano con competencias en Calidad registra todos los documentos relativos a la NC

5.4. RESPUESTA

A través de los mecanismos dispuestos para ello, el Decano o persona en quien delegue contesta la NC utilizando la información disponible en el expediente de la NC.

6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA

El Vicedecano con competencias en Calidad procede al control y seguimiento de este procedimiento, cada vez que se aplique y propone acciones de mejora sobre la ejecución del procedimiento en caso de que se estimen necesarias. No obstante, se hará una revisión bienal del SGC y, de no haberse modificado el procedimiento en un periodo de dos años, será revisado para asegurar la continuidad de su relevancia y vigencia. Esta revisión se llevará a cabo siguiendo el formato que se incluye en el anexo, en el que se señalan los puntos débiles y fuertes del procedimiento y las propuestas de mejora.

La medición, análisis y rendición de cuentas de los resultados de la corrección de NC, acciones correctivas y preventivas, se desarrolla siguiendo el *procedimiento de apoyo del centro para el análisis de los resultados y rendición de cuentas*. Asimismo, las propuestas de mejora derivadas serán aplicadas según se determine en el *procedimiento estratégico para la elaboración y actualización de la política del Centro*.



RESPONSABLE: VICEDECANO CON COMPETENCIAS EN CALIDAD



7. ARCHIVO

Tabla 1. Archivos de evidencias

Identificación de la evidencia	Soporte del archivo	Responsable custodia	Tiempo de conservación
Expedientes de no conformidades y no conformidades potenciales	Papel / informático	Vicedecano con competencias en Calidad	6 años
Informe de revisión y mejora del procedimiento	Papel / informático	Vicedecano con competencias en Calidad	6 años

8. RESPONSABILIDADES

Tabla 2. Responsabilidades de grupos de interés

	Grupos de interés representados			
Responsables	PDI	PAS	Estudiantes	Agentes externos
Junta de Centro	Х	Х	Х	
Equipo Directivo	X			
Decano	Х			
Vicedecano con competencias en Calidad	х			
Responsables de la resolución	Х	х		

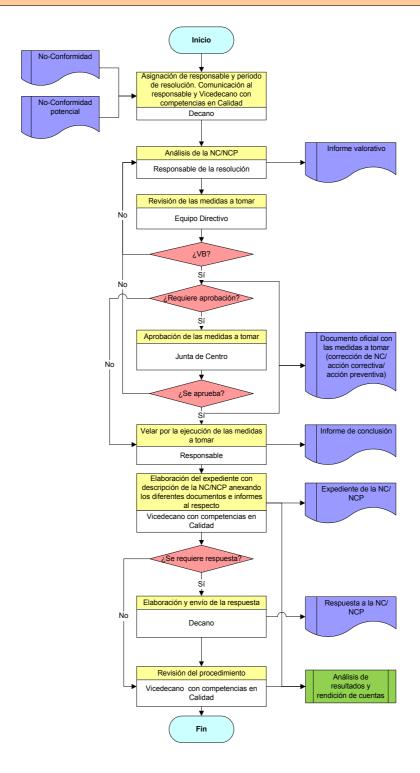


RESPONSABLE: VICEDECANO CON COMPETENCIAS EN CALIDAD



9. FLUJOGRAMA

Procedimiento de apoyo para la Gestión de No-Conformidades





RESPONSABLE: VICEDECANO CON COMPETENCIAS EN CALIDAD



10. ANEXOS

10.1 FORMATO PARA ELABORAR EL INFORME DE REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DE A	POYO
PARA LA GESTIÓN DE LAS NO CONFORMIDADES		

1.	Puntos débiles del procedimiento
2.	Puntos fuertes del procedimiento
3.	Propuestas de mejora del procedimiento

Fecha y firma del Responsable del procedimiento: