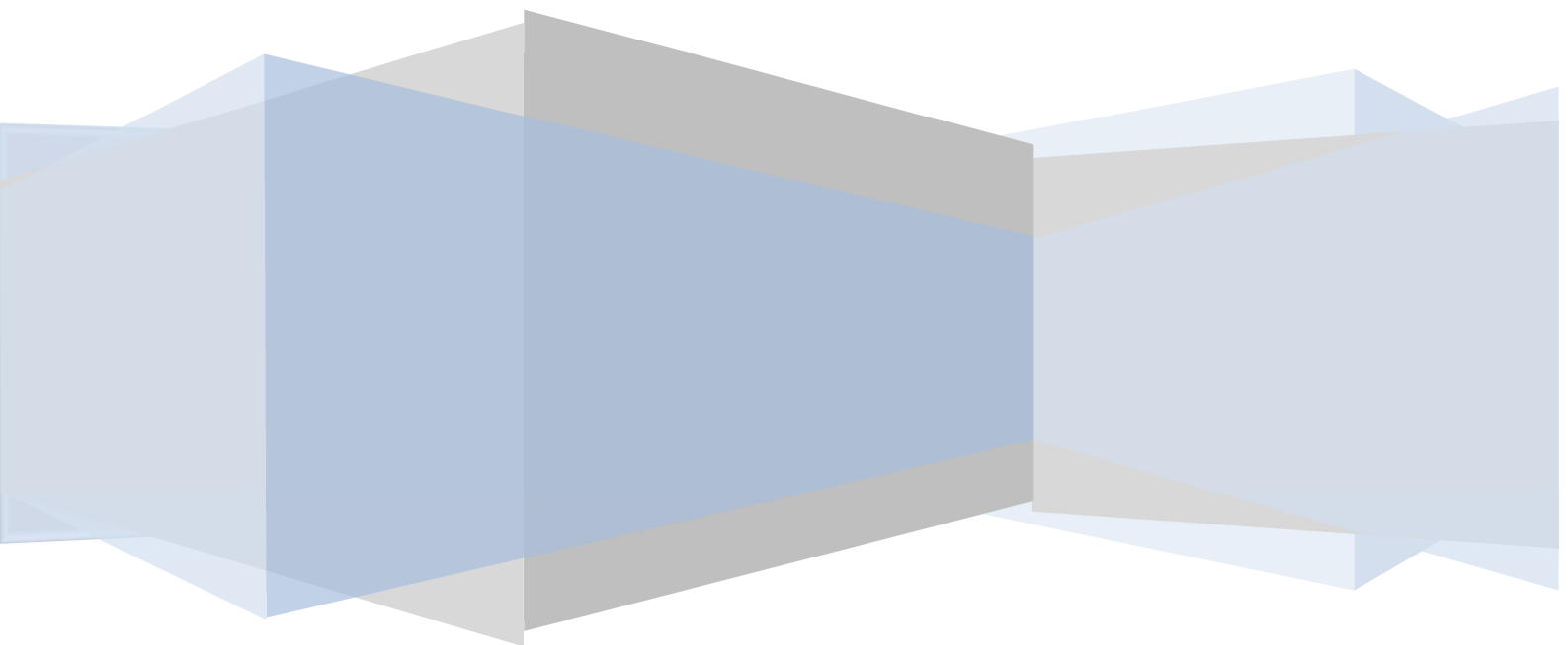


# Manual de procesos de centro



## ÍNDICE:

PE-01 Planificación estratéxica .....	3
PE-02 Revisión e mellora .....	10
PC-01 Análise do perfil de ingreso e captación .....	19
PC-02 Planificación das ensinanzas .....	26
PC-03 Apoio a estudantes .....	34
PC-04 Desenvolvemento das ensinanzas .....	40
PC-05 Análise de resultados e mellora dos programas .....	53
PS-01 Xestión dos recursos humanos .....	60
PS-02 Xestión dos recursos materiais e servizos .....	69
PS-03 Xestión documental .....	76
PS-04 Satisfacción, expectativas e necesidades .....	82
PS-05 Xestión das incidencias (SQR) .....	89
PS-06 Información pública .....	95



## PE-01 Planificación estratéxica

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	6
2. Desenvolvemento .....	6
3. Ficha do proceso .....	7
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	8
5. Información complementaria .....	9
1. Indicadores .....	9
2. Rexistros/evidencias .....	9
3. Normativa e documentación relacionada.....	9
4. Glosario de abreviaturas.....	9
6. Formatos.....	10
Plan estratéxico .....	10

## Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

## Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Elaborado por	Comisión de Calidade da Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de Escola de Enfermaría	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Elaborar, aprobar, realizar o seguimento e actualización da planificación estratéxica da escola co fin de que lle permita establecer a súa misión e os valores baixo os que acadar a súa visión, así como aliñar a súa planificación coa política e os obxectivos xerais da Universidade de Santiago de Compostela, realizando as consultas necesarias cos diferentes grupos de interese.

## 2. Desenvolvemento

O obxectivo deste proceso acádase a través da formulación do plan estratéxico (PE) da escola. Este instrumento de planificación deberá ter como máximo o mesmo horizonte temporal que o establecido para a Universidade de Santiago de Compostela. Unha vez elaborado, e agás que o PE da USC se reformule, non ten que ser revisado posto que a súa actualización farase a través dos plans de mellora anuais, de acordo co proceso *PE-02 Revisión e mellora*.

O equipo de dirección da escola será o responsable de nomear a comisión ou grupo responsable para a elaboración do plan estratéxico, así como de seleccionar os grupos de interese que deben ser consultados e a forma de realizar obter esa información.

Os requisitos esenciais para a elaboración do PE son:

- a diagnose estratéxica,
- a exposición pública para recoller as suxestións dos grupos de interese,
- a verificación da congruencia co plan estratéxico vixente na USC por parte da vicerreitoría con competencias en calidade,
- a aprobación por parte da xunta de escola e
- a aprobación por parte da Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno (CCPdCG).

O plan estratéxico debe conter a misión, a visión, os valores e os obxectivos estratéxicos do centro, de acordo coa guía de elaboración da planificación estratéxica vixente elaborada pola Área de Calidade e Mellora dos Procedementos (ACMP).

A diagnose estratéxica da escola incluirá:

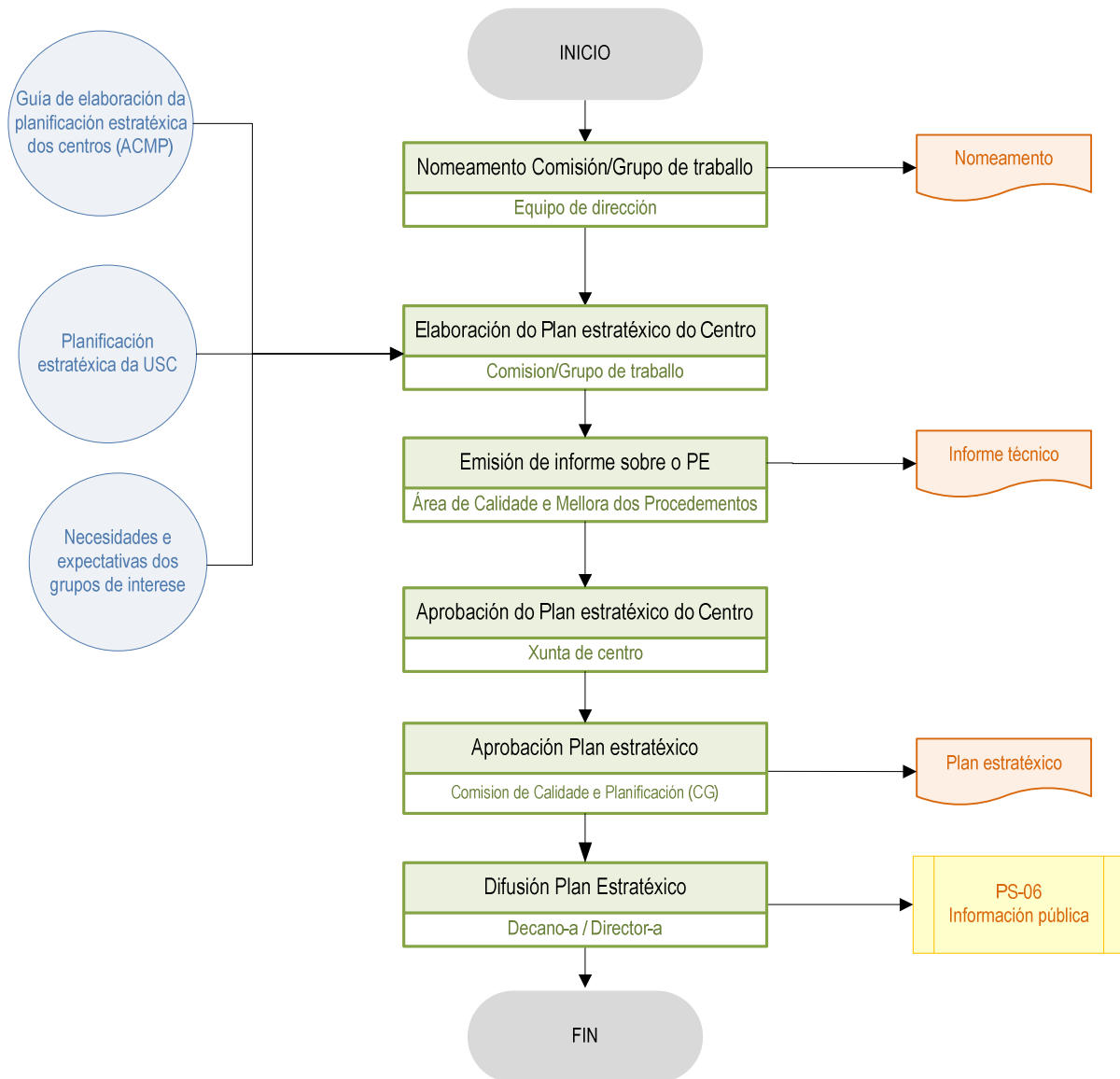
- Análise da situación actual, tanto interna do centro como da súa contorna, preferentemente mediante a análise DAFO (Debilidades, ameazas, fortalezas e oportunidades).
- Análise prospectiva da situación futura que orientará a estratexia a seguir (preferentemente mediante a análise CAME [Corrixir, afrontar, manter e explotar]).
- A planificación e a prioridade das iniciativas do equipo de dirección e o calendario de tempos para a súa realización.

Seguindo o proceso *PS-06 Información pública*, o director/a da escola difundirá o contido dos documentos elaborados aos grupos de interese para aumentar a toma de conciencia e a motivación dos mesmos na consecución dun ensino de calidade.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Equipo de dirección
<b>Cargo responsable</b>		Director-a
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e están representados na xunta de escola. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da escola e tamén está representado nos órganos de decisión da universidade.</li> <li>- <b>Comité Consultivo:</b> será consultado pola escola para a elaboración do plan estratéxico.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	De acordo co proceso <i>PS-06 Información pública</i> , o plan estratéxico da escola deberá ser público e terá difusión entre os diferentes grupos de interese. O plan debe ser aprobado pola Xunta de Escola de Enfermaría, asegurando a participación e información dos grupos de interese internos.
<b>Recollida e análise de información</b>		O equipo de dirección recolle información previa dos indicadores dispoñibles no Sistema de Garantía de Calidade e calquera outra fonte que considere apropiada. Durante a elaboración do plan estratéxico, recóllese información dos diferentes grupos de interese mediante os instrumentos que o equipo de dirección determine, tanto para ter en conta as súas necesidades e expectativas como para realizar a diagnose estratéxica, e especialmente para recoller as suxestións no momento da exposición pública (achegas por correo, actas de reunións, enquisas...).
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		O equipo de dirección ou a Comisión de Calidade do Centro, poderán propoñer cambios no proceso de planificación estratéxica en calquera momento, de acordo co proceso PE-02 Revisión e mellora. En calquera caso, a revisión do funcionamento do Sistema de Garantía de Calidade e dos seus procesos realizarase, polo menos, con carácter anual. Incluirá, de ser o caso, os cambios necesarios para a mellora deste proceso. As áreas de mellora detectadas trasladaranse ao plan de melloras anual, de ser o caso, que forma parte da memoria de calidade do centro.
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nomeamento do grupo de traballo para a elaboración do plan estratéxico</li> <li>2. Informe técnico</li> <li>3. Plan estratéxico aprobado.</li> </ol>

#### 4. Diagrama de fluxo do proceso





## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles na escola.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Nomeamento	Formato electrónico/Papel	Secretaría Académica	Director/a da escola
Informe técnico	Formato electrónico	Aplicación de Axuda aos Sistemas de Xestión (AASX)	Responsable da área de calidade
Plan estratéxico	Formato electrónico	Páxina web	Responsable de calidade do centro

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Programa Fides-Audit. Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia (ACSUG)
- Criterios e directrices para o aseguramento da calidade no Espazo Europeo de Educación Superior (*European Standard Guidelines*). European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA).

#### *Documentación interna*

- Normas xerais e estatutos da USC
- Plan estratéxico da USC vixente
- Programación plurianual da USC vixente
- Outros instrumentos de planificación estratéxica da USC
- Guía para a elaboración da planificación estratéxica dos centros da USC

### 4. Glosario de abreviaturas

- AASX           Aplicación de Axuda aos Sistemas de Xestión
- ACMP           Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- ACSUG        Axencia para a calidade do sistema universitario de Galicia
- CAME         Corrixir, afrontar, manter e explotar
- CCPdCG      Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno
- CG            Consello de goberno
- DAFO         Debilidades, ameazas, fortalezas e oportunidades
- ENQA         European Association for Quality Assurance in Higher Education
- PE            Plan estratéxico
- SGC          Sistema de garantía de calidade
- SQR          Suxestión, queixas e reclamacións

## 6. Formatos

### Plan estratéxico

Non se establece un formato para este documento pero debe conter os seguintes elementos.

- Portada
- Misión, visión e valores
- Análise da situación actual que determine as debilidades e ameazas, fortalezas e oportunidades do centro (análise DAFO)
- Análise e priorización das estratexias posibles (análise CAME).
- Identificación das liñas estratéxicas, cos obxectivos estratéxicos de cada liña e as accións a levar a cabo para acadar cada obxectivo.

### IDENTIFICACIÓN DAS LIÑAS ESTRATÉXICAS DE ACTUACIÓN

---

LIÑAS ESTRATÉXICAS
1.
2.
3.
4.
5.
(...)

LIÑA ESTRATÉXICA 1

OBXECTIVOS ESTRATÉXICOS
1. 2.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 1.1
ACCIÓNS ESTRATÉXICAS
A. B. C. D.



## PE-02 Revisión e mellora

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	14
2. Desenvolvemento .....	14
3. Ficha do proceso .....	17
4. Diagrama de fluxo do proceso .....	18
5. Información complementaria .....	19
1. Indicadores.....	19
2. Rexistros/evidencias .....	19
3. Normativa e documentación relacionada.....	19
4. Glosario de abreviaturas.....	19
6. Formatos .....	20
1. Memoria de calidade do centro .....	20
1.1 Plan de melloras anual .....	20
1.2 Accións de mellora .....	20

## Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

## Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Elaborado por	Comisión de Calidade da Escola de Enfermaría	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de Escola de Enfermaría	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer, revisar e/ou actualizar se é o caso, os seguintes elementos:

- a política de calidade da escola
- os obxectivos de calidade do plan de melloras anual
- o funcionamento do Sistema de Garantía de Calidade (SGC) e dos programas aos que afecta
- os resultados dos programas formativos que están no ámbito do SGC da escola

## 2. Desenvolvemento

### Información de entrada:

- Documentación do Sistema de Garantía de Calidade: cambios desde a última revisión que afecten ao sistema
- Revisión da política de calidade e modificación, se é o caso.
- Revisión do grao de cumprimento do plan estratéxico da escola.
- Revisión do grao de cumprimento dos obxectivos da calidade do centro establecidos no plan de melloras anual.
- Estado/seguimento das accións recollidas no plan de melloras anual.
- Informes de resultados dos programas formativos (autoinformes de seguimento/acreditación ou informe de resultados se o centro dispón de acreditación institucional).
- Resultados dos procesos establecidos no SGC.
- Resultados de satisfacción dos grupos de interese (enquisas, reunións específicas, focus group...)
- Resultados dispoñibles de empregabilidade e inserción laboral
- Resultados de avaliacións internas e externas (de certificación, seguimento, acreditación...), e seguimento dos seus plans de mellora.
- Información da xestión de incidencias: queixas, suxestións e recursos.
- Outra información que se considere relevante (actas de Comité(s) Consultivo(s), se é o caso; consultas a grupos de interese, cambios organizativos, etc.).

### Desenvolvemento:

O/a responsable de calidade do centro (RCC), ou a persoa en quen delegue, é responsable de recibir, revisar e comprobar a validez de toda a información necesaria para a análise, que será proporcionada pola Área de Calidade e Mellora dos Procedementos (ACMP), agás no caso de indicadores e informes propios. No caso de detectarse algunha ausencia ou erro na información institucional comunícase á ACMP para a súa revisión e/ou corrección.

As comisións de título, de acordo co proceso *PC-05 Análise de resultados e mellora dos programas*, deberán analizar os seus indicadores e trasladar á Comisión de Calidade do Centro (CCC), a través da persoa coordinadora, as áreas de mellora detectadas e as propostas de accións a adoptar.

No caso de que o centro non dispoña de acreditación institucional, as reflexións e propostas de mellora deberán consignarse no autoinforme de seguimento ou acreditación, en función do momento do ciclo VSMA (Verificación, seguimento, modificación e acreditación) no que se atope o título.

Na CCC analízase o funcionamento global do SGC do centro e os resultados dos distintos programas formativos, en base ás reflexións e propostas de mellora achegadas polas súas comisións. Esta análise queda recollida na memoria de calidade do centro (MCC) que contén, cando menos, información sobre:

- a vixencia da política de calidade
- a evolución e grao de cumprimento do plan estratéxico do centro
- o funcionamento e resultados dos distintos procesos considerados no SGC (*evolución dos indicadores*)
- a evolución e grao de cumprimento do plan de melloras da anualidade anterior (obxectivos de calidade e seguimento das accións de mellora)
- a proposta de plan de melloras anual onde se recollen os obxectivos de calidade para o seguinte ciclo e as accións de mellora previstas para o seguinte curso
- cambios nos procesos que conforman o sistema

A Comisión de Calidade da Escola determinará os obxectivos de calidade ou operativos que concreten os obxectivos estratéxicos establecidos no plan estratéxico do centro. Na súa actualización tamén se poderá ter en conta a información derivada dos plans de mellora dos títulos impartidos no centro.

Os obxectivos de calidade recollidos no plan de melloras anual deberán ser:

- Claros, concisos e ben definidos
- Concretos no tempo, establecendo fases e prazos para a súa execución
- Estructurados segundo os responsables implicados
- Medibles, para que poida ser verificada a súa consecución
- Ambiciosos pero alcanzables
- Coherentes coa política de calidade do centro

Tendo en conta as propostas de mellora xurdidas na revisión e propostas polas comisións dos diferentes programas impartidos na escola, a CCC elaborará o plan de melloras anual (PM) que recolle os obxectivos de calidade, as accións de mellora, responsables, prazos, recursos e, en xeral, toda a información necesaria para a correcta planificación.

De forma xeral, a CCC é a responsable de establecer os resultados planificados para os indicadores xerais do centro, así como de establecer os obxectivos a alcanzar para cada un dos indicadores clave relacionados cos obxectivos de calidade da escola.

Sempre que sexa posible, os indicadores de medición dos obxectivos establecidos no plan de melloras anual, serán os xerados para o Sistema de Garantía de Calidade e estableceranse valores a acadar para cada

obxectivo. Deberán terse en conta tamén as propostas derivadas do proceso clave *PC-05 Análise de resultados e mellora dos programas* así como as recomendacións que xurdan do ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos.

Se como resultado da análise do funcionamento dos títulos se propón cabo unha modificación do título ou mesmo a súa extinción, realizarase de acordo co proceso institucional *PI-01-Deseño, modificación e extinción de programas*.

A memoria de calidade do centro remitirase á ACMP para a súa revisión que se concretará nun informe cos aspectos a corrixir, de ser o caso. A proposta, coas correccións necesarias, será elevada á xunta de escola para a súa aprobación.

A persoa responsable de calidade da escola remitirá a MCC á vicerreitoría con competencias en calidade, que dará traslado da mesma á Comisión de Calidade e Planificación delegada do Consello de Goberno para o seu coñecemento e para, no seu caso, formular recomendacións.

Seguindo o proceso *PS-06 Información pública*, o decano/a ou director/a do centro difundirá o contido dos documentos elaborados aos grupos de interese para aumentar a toma de conciencia e a motivación dos mesmos na consecución dun ensino de calidade.

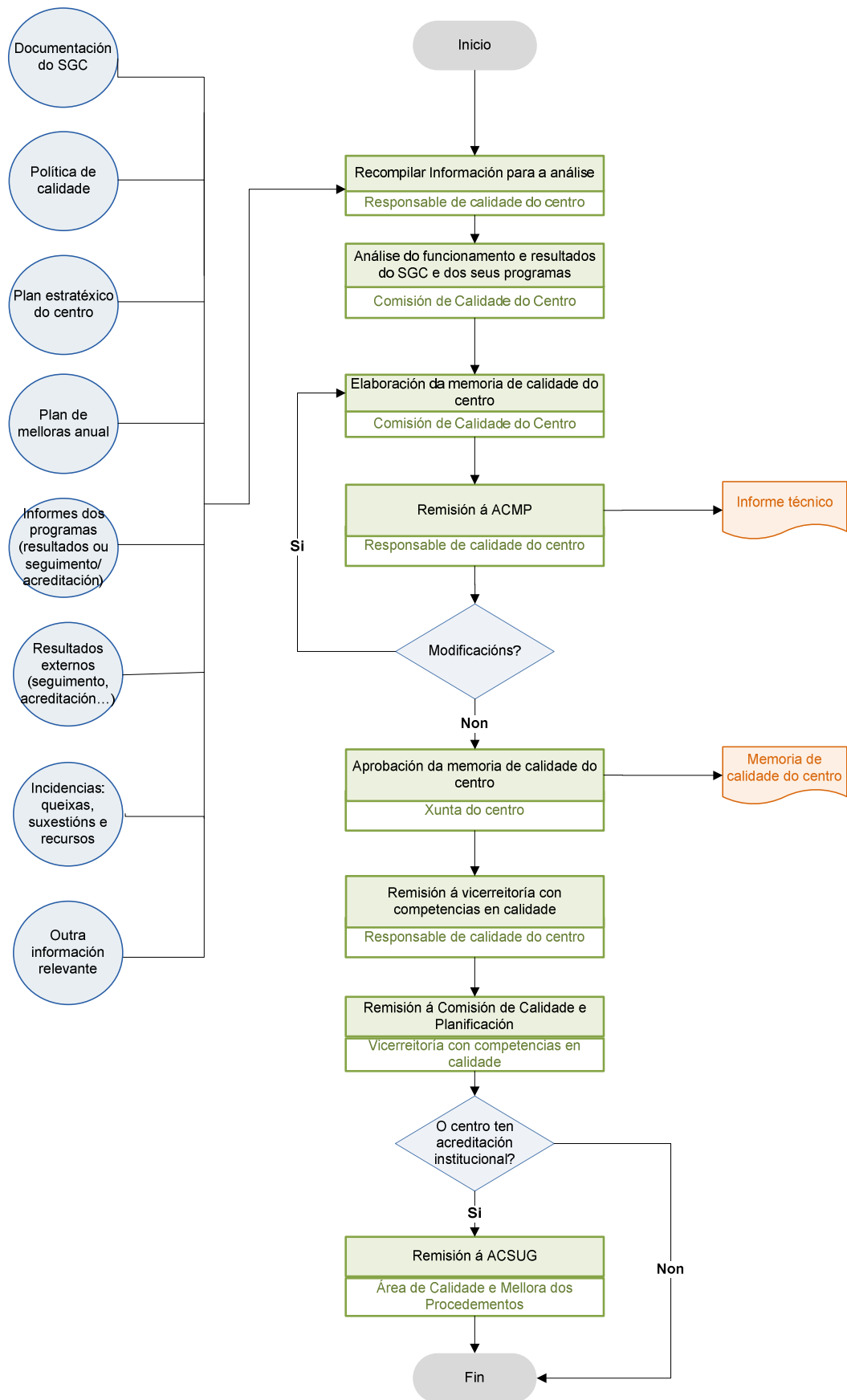
A ACMP remitirá a memoria de calidade do centro anualmente á ACSUG para o seguimento externo dos sistemas certificados baixo as directrices do programa Fides-Audit.



### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Comisión de Calidade da Escola de Enfermaría
<b>Cargo responsable</b>		Responsable de Calidade da Escola
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade da Escola e das comisións de título e están representados na xunta de centro. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de xestión de incidencias (SQR) e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da escola e tamén está representado nos órganos de decisión da universidade.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	<p>De acordo co proceso <i>PS-06 Información pública</i>, a Memoria de calidade do centro (MCC) deberá ser pública e daráselle difusión entre os diferentes grupos de interese.</p> <p>A MCC será remitida á ACMP con carácter previo á súa aprobación, para que emita un informe técnico. Posteriormente será aprobada pola xunta de escola, polo que se asegura a participación e rendición de contas aos representantes dos grupos de interese internos.</p> <p>Así mesmo, unha vez aprobada, será remitida á Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno (CCPDCG), asegurando deste xeito o aliñamento coa estratexia xeral da universidade.</p> <p>No caso de que o centro dispoña dun SGC certificado baixo as directrices Fides-Audit, a MCC será remitida á ACSUG para dar cumprimento ao seguimento externo dos sistemas de garantía de calidade certificados.</p>
<b>Recollida e análise de información</b>		<p>A ACMP facilita os resultados dos indicadores para os programas formativos do centro, así como os resultados agregados a nivel de centro. Así mesmo, elabora e distribúe os informes de satisfacción das enquisas establecidas a nivel institucional así como os informes complementarios e modelos de documentación.</p> <p>O/a RCC, ou a persoa en quen delegue, é responsable de recibir, revisar e comprobar a validez de toda a información necesaria para a análise. No caso de detectarse algunha ausencia ou erro na información comunícase á ACMP para a súa corrección.</p> <p>No caso de que o centro establecera indicadores e informes propios no seu SGC, o/a RCC será o responsable de proporcionar esta información.</p> <p>De forma xeral, a CCC é a responsable de establecer os resultados planificados para os indicadores xerais da escola, así como de establecer os obxectivos a alcanzar para cada un dos indicadores clave relacionados cos obxectivos de calidade da escola.</p>
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>A revisión do funcionamento do Sistema de Garantía de Calidade e dos seus procesos realizarase, polo menos, con carácter anual. Incluirá, de ser o caso, os cambios necesarios para a mellora deste proceso.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse ao Plan de melloras anual, de ser o caso, que forma parte da Memoria de calidade da escola.</p>
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe técnico da ACMP</li> <li>2. Memoria de calidade do centro</li> </ol>

#### 4. Diagrama de fluxo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Informe técnico	Formato electrónico	Aplicación de Axuda aos Sistemas de Xestión	Responsable da ACMP
Memoria de calidade da escola	Formato electrónico	Páxina web	Responsable de Calidade da Escola

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa ordenación das ensinanzas e a análise dos resultados.
- Criterios e directrices para o aseguramento da calidade no Espazo Europeo de Educación Superior (*European Standard Guidelines*). European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA)
- Programa Fides-Audit. Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia (ACSUG)

#### *Documentación interna*

- Normas xerais e estatutos da USC
- Plan estratéxico da USC vixente
- Programación plurianual da USC vixente
- Outros instrumentos de planificación estratéxica da USC
- Guía para a elaboración das memorias de calidade dos centros da USC

### 4. Glosario de abreviaturas

- ACMP           Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- ACSUG       Axencia para a calidade do sistema universitario de Galicia
- CCC           Comisión de Calidade do Centro
- CCPdCG      Comisión de Calidade e Planificación delegada do Consello de Goberno
- Ciclo VSMA   Ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos oficiais
- MCC          Memoria de calidade do centro
- PE            Plan estratéxico
- PM            Plan de melloras anual

## 6. Formatos

### 1. Memoria de calidade do centro

Non se establece un formato para este documento pero debe conter os seguintes elementos.

1. Portada
2. Introducción
3. Seguimento do Sistema de Garantía de Calidade e dos seus resultados
  - Directriz 1. Política e obxectivos de calidade
  - Directriz 2. Deseño, revisión periódica e mellora dos programas formativos
  - Directriz 3. Garantía da aprendizaxe, ensinanza e avaliación centrados no alumnado
  - Directriz 4. Garantía e mellora da calidade dos recursos humanos
  - Directriz 5. Garantía e mellora da calidade dos recursos materiais e servizos
  - Directriz 6. Información pública
4. Plan de melloras anual
5. Modificacións nos diferentes títulos
6. Listaxe de evidencias e indicadores

#### 1.1 Plan de melloras anual

O plan de melloras anual deberá conter ao inicio os obxectivos de calidade coa seguinte información mínima:

OBXECTIVO A CONSEGUIR:			
RESPONSABLE DO OBXECTIVO:		DATA INICIO:	DATA FIN:
Obxectivo estratéxico relacionado			
Procesos clave relacionados			
Indicador/es de medición		Meta a conseguir	
Accións de mellora relacionadas (Código)			

#### 1.2 Accións de mellora

Conterán a seguinte información mínima:

- Código da acción
- Orixe (proposta de mellora, seguimento externo, certificación do sistema)
- Ámbito de aplicación (directriz á que afecta a área de mellora detectada)
- Análise da causa
- Definición/descripción proposta (recolle a descripción dos recursos necesarios)
- Datas de execución previstas (data de inicio e data de fin)
- Estado/Eficacia
- Responsables
- Tarefas a realizar
- Comprobacións da execución (evidencias documentais e/ou rexistros que se presentan para evidenciar a implantación)



# PC-01 Análise do perfil de ingreso e captación

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	24
2. Desenvolvemento .....	24
3. Ficha do proceso .....	26
5. Información complementaria .....	28
1. Indicadores e informes .....	28
2. Rexistros/evidencias .....	28
3. Normativa e documentación relacionada.....	28
4. Glosario de abreviaturas.....	28
6. Formatos.....	29
1. Informe do perfil de ingreso .....	29
2. Accións de captación.....	29

## Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

## Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Elaborado por	Comisión de calidade da Escola de Enfermaría	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de Escola de Enfermaría	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Definir ou revisar o perfil de ingreso e o plan de captación de alumnado en cada unha das titulacións que oferta o centro, en orde a desenvolver accións de captación acordes co perfil definido e á oferta de prazas de cada titulación.

## 2. Desenvolvemento

### 1. Análise do perfil de ingreso:

O perfil de ingreso das titulacións defínese na memoria de verificación do título (MVT), de acordo co procedemento institucional *PI-01 Deseño, modificación e extinción e programas* e difúndese á sociedade a través da información pública de cada titulación (*PS-06 Información pública*).

A revisión e, no seu caso, actualización dos perfís realizarase anualmente polas comisións de título, tendo en conta a información consignada na MVT e a evolución real do mesmo.

Para esta análise, terase en conta:

- a evolución da demanda,
- a taxa de ocupación do título,
- o perfil de ingreso real alcanzado (notas medias de ingreso na titulación, coñecementos e formación académica previa...)
- a utilidade dos complementos formativos, de existiren,
- calquera outra información que resulte de interese.

Ademais, teranse en conta as recomendacións que xurdan en calquera momento do ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación (ciclo VSMA) das titulacións.

Da proposta de revisión do perfil de ingreso deixarase constancia no autoinforme de seguimento/acreditación ou no informe de resultados dos títulos, de acordo co proceso clave *PC-05 Análise de resultados e mellora dos programas*. Se a revisión implica cambios con respecto á memoria, deberase dar conta deles no seguimento anual do título e introducilos cando se tramite unha modificación, de acordo co proceso institucional *PI-01 Deseño, modificación e extinción de programas*.

Posteriormente, os perfís serán revisados e aprobados pola Comisión de Calidade do Centro (CCC). Unha vez superado este trámite os perfís deben ser obxecto de difusión xeral a través da información dirixida ao estudantado potencial e exposta en páxinas web, trípticos, carteis, campañas de publicidade, etc. (*PS-06 Información pública*).

### 2. Accións de captación de alumnado:

A escola terá en conta para analizar as accións de captación a desenvolver, os plans de captación institucionais, e especificamente as accións derivadas do programa A Ponte.

Durante a planificación do inicio do seguinte curso académico, as comisións de título, tendo en conta os resultados da captación de anos anteriores e o perfil do ingreso actualizado ao que vai dirixida, propoñerán de ser o caso, accións encamiñadas á captación que poden consistir no seguinte:

- Organización de reunións con empresas e colexios profesionais relacionados para presentar os estudos.
- Presenza en foros e feiras sectoriais cos materiais correspondentes.



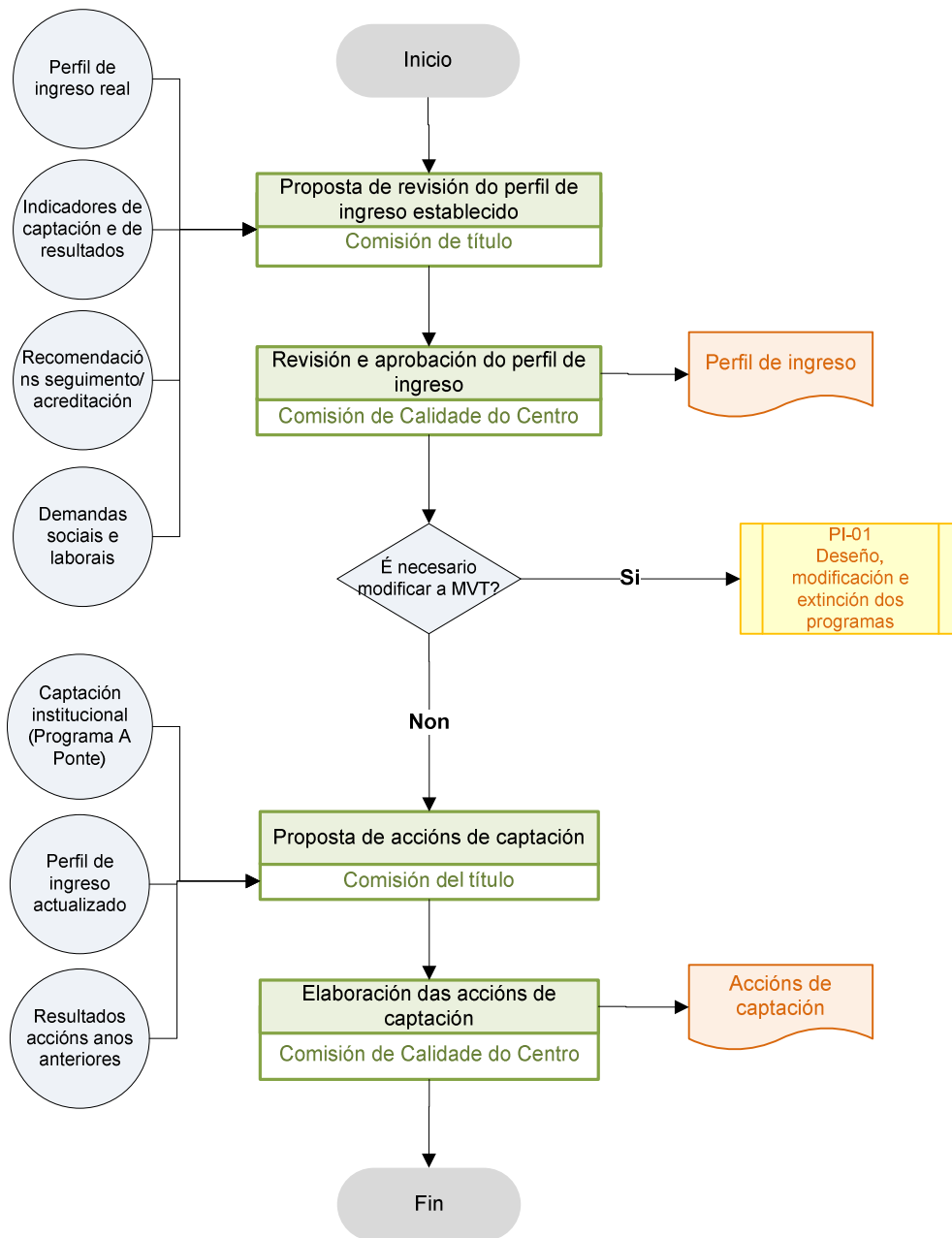
- Xeración de noticias e reportaxes que poidan crear impacto e que proporcionen materiais para reforzar a promoción, así como para darlle contido á información da páxina web. A isto pódese engadir a presenza nos buscadores máis comúns, na prensa virtual e nas redes sociais (facebook, twitter, etc.).
- Xornadas de presentación da oferta de mestrados/graos aos/ás estudantes de graos relacionados da USC (e das universidades coas que se concerta a acción promocional, tanto en Galicia como fóra dela).

A Comisión de Calidade do Centro, á vista das propostas e da análise dos resultados, elaborará as accións de captación de cada curso. Este documento será revisado e aprobado polo equipo directivo do centro, procedendo a partir dese momento a darlle difusión de acordo co proceso *PS-06 Información pública* e a executar as accións previstas.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Comisión de Calidade do Centro
<b>Cargo responsable</b>		Responsable de calidade do centro
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de centro. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da escola.</li> <li>- <b>Sociedade xeral e futuro alumnado:</b> a través da difusión establecida nos plans de captación da universidade e da escola.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	<p>De acordo co proceso <i>PS-06 Información pública</i>, o perfil de ingreso de cada título e as accións de captación deberán ser obxecto de difusión a todos os grupos de interese.</p> <p>A xunta de escola será informada das revisións de perfís de ingreso e das accións de captación que se acorden, polo que se asegura a participación e rendición de contas aos representantes dos grupos de interese internos.</p>
<b>Recollida e análise de información</b>		<p>A Área de Calidade e Mellora dos Procedementos (ACMP) facilita os resultados dos indicadores establecidos no proceso institucional <i>PI 06 Medición e mellora</i> que deberán terse en conta para a revisión do perfil de ingreso e para as posteriores accións de captación.</p> <p>O/a responsable de calidade do centro (RCC), ou a persoa en quen delegue, é responsable de trasladar a información aos/ás coordinadores/as de título para que revisen e comprobren a validez de toda a información necesaria para a análise. No caso de detectarse algunha ausencia ou erro na información, o/a RCC comunica á ACMP para a súa corrección.</p> <p>Por outra parte, o/a RCC pon a disposición das comisións de títulos os resultados dos indicadores propios do centro, de ser o caso, así como os resultados das accións deseñadas no ano anterior, para a súa análise.</p>
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar memoria de calidade do centro (MCC), que se elabora anualmente, no marco da revisión do funcionamento do SGC.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un plan de melloras anual que será recollido na memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe do perfil de ingreso de cada titulación.</li> <li>2. Accións de captación do centro (por curso académico)</li> </ol>

#### 4. Diagrama de fluxo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
<b>Informe de perfil de ingreso</b>	Formato electrónico	Autoinforme de seguimento/renovación ou de resultados de cada título	Responsable de Calidade do Centro
<b>Accións de captación</b>	Formato electrónico	Páxina web	Responsable de Calidade do Centro

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Normas estatais e autonómicas relacionadas coa planificación e ordenación das ensinanzas no Espazo Europeo de Educación Superior.
- Documentación do programa Fides-Audit. Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia (ACSUG).
- Criterios e directrices para o aseguramento da calidade no Espazo Europeo de Educación Superior (*European Standard Guidelines*). European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA).

#### *Normativa e documentación interna*

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa planificación das ensinanzas no Espazo Europeo de Educación Superior.

### 4. Glosario de abreviaturas

- ACMP           Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- ACSUG        Axencia para a calidade do sistema universitario de Galicia
- CCC           Comisión de Calidade do Centro
- Ciclo VSMA   Ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos oficiais
- ENQA         European Association for Quality Assurance in Higher Education
- MCC          Memoria de calidade do centro
- MVT          Memoria de verificación do título
- RCC          Responsable de calidade do centro
- SGC          Sistema de Garantía de Calidade

## **6. Formatos**

### **1. Informe do perfil de ingreso**

Non se establece un formato predefinido posto que se incluírá no autoinforme de resultados ou seguimento/acreditación de cada programa, pero deberán conter como mínimo a seguinte información:

- Análise sobre os indicadores relativos ao perfil de ingreso
- Análise sobre recomendacións das comisións externas de avaliación que afecten ao perfil de ingreso.
- Análise sobre novas demandas sociais ou laborais que supoñan cambios no perfil.

### **2. Accións de captación**

Non se establece un formato para este documento pero debe conter os seguintes elementos:

- Valoración das accións de captación anterior.
- Accións de promoción a levar a cabo durante o seguinte curso académico, co detalle de a que títulos van dirixidos. As accións deberán conter, como mínimo, a seguinte información:
  - o colectivo ao que vai dirixida
  - o título no que se prevé o impacto
  - o planificación temporal
  - o recursos necesarios
  - o indicadores de seguimento



## PC-02 Planificación das ensinanzas

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	33
2. Desenvolvemento .....	33
3. Ficha do proceso .....	35
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	36
5. Información complementaria .....	37
1. Indicadores e informes .....	37
2. Rexistros/evidencias .....	37
3. Normativa e documentación relacionada.....	37
4. Glosario de abreviaturas.....	37
6. Formatos.....	38

### Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/10/2019	Versión inicial

### Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Elaborado por	Comisión de Calidade da Escola de Enfermaría	21/10 /2019
Aprobado por	Xunta de Escola de Enfermaría	25/11 /2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12 /2019



## 1. Obxecto

Garantir que as ensinanzas oficiais se planifican de acordo ao establecido nas memorias de verificación das titulacións que se imparten no centro, tendo en conta a dispoñibilidade de medios docentes (recursos humanos e materiais).

## 2. Desenvolvemento

Unha vez que a oferta formativa é aprobada e difundida, o centro procede a planificar a impartición das ensinanzas baseándose na normativa e calendario académico aprobados polo Consello de Goberno.

As comisións de título e a xunta de centro deberán ter en conta as recomendacións xurdidas nos procesos de verificación, seguimento, modificación e acreditación das titulacións (ciclo VSMA) así como as incidencias presentadas polos grupos de interese, que poidan afectar á programación docente anual (PDA), á elaboración de calendarios de horarios e á programación das materias.

### **Programación docente anual (PDA)**

O Servizo de Xestión da Oferta e Programación Académica (SXOPRA) realiza unha primeira proposta de PDA que remite aos centros e aos departamentos con docencia, conxuntamente cos criterios para a súa elaboración, a información sobre as súas titulacións e a simulación de creación de grupos.

Os departamentos revisan a proposta e envían as súas consideracións ao/á director/a para que as teña en conta na elaboración da proposta de PDA do centro. A dirección do centro e as comisións de título (CT), en colaboración cos departamentos, deberán facer unha proposta de PDA considerando a dispoñibilidade dos recursos humanos cos que contan as áreas de coñecemento e os medios materiais existentes nos centros, utilizando principios de optimización dos recursos ao asignar a docencia as áreas de coñecemento ás que están adscritas as materias e as afinidades establecidas segundo a normativa que sexa de aplicación.

A xunta de escola será a encargada de aprobar a proposta da PDA da escola, que será remitida ao SXOPRA para a súa revisión. Logo de facer as correccións pertinentes, se é o caso, envíase á vicerreitoría con competencias en organización académica para a súa aprobación definitiva.

### **Elaboración dos horarios e calendario de exames**

A dirección, en colaboración coas CT, con carácter previo á elaboración do plan de organización docente (POD) dos departamentos deberá establecer os horarios dos diferentes grupos de docencia das materias que corresponden ás titulacións que organizan.

A xunta de escola aprobará o calendario e os horarios, que serán gravados na aplicación informática Xescampus e deberán facerse públicos na páxina web de acordo co proceso *PS-06 Información pública*.

### **Programación das materias**

A programación docente das materias é elaborada polo profesorado encargado da docencia. No caso de ser dous ou máis profesores/as os/as encargados/as, o departamento designa un/unha profesor/a coordinador/a da materia.

A programación das materias realízase seguindo o modelo da guía docente e inclúe polo menos a seguinte información:

- obxectivos e contidos da materia,

- linguas de impartición,
- características da materia en canto a número de créditos, distribución teórico-práctica, actividades formativas, etc.,
- competencias,
- metodoloxía docente,
- sistema de avaliación da aprendizaxe,
- tempo de dedicación estimado,
- bibliografía e fontes de referencia,
- recomendacións e observacións de interese para o alumnado.

As comisións de título, deberán supervisar a programación aprobada polo departamento para cada materia e comprobar que se adapta ao plan de estudos vixente e á memoria verificada da titulación (MVT), debendo exercer a necesaria coordinación de programas e sistemas de avaliación dentro dun mesmo curso e titulación, segundo o establecido en cada unha das memorias das titulacións de grao e mestrado.

A persoa responsable da Biblioteca Intercentros elaborará un informe dos fondos bibliográficos e outros recursos documentais relacionados coa temática dos títulos impartidos no centro.

No suposto de titulacións impartidas en varios centros será especialmente importante que as comisións intercentros supervisen os programas das materias nos diferentes centros, para que sexan coherentes coa MVT e se asegure a igualdade de condicións entre o alumnado dos diferentes centros.

No caso de títulos interuniversitarios cuxa responsabilidade administrativa recaia na USC o convenio regulador deberá contemplar a existencia dunha comisión do título interuniversitaria a cal deixará constancia de que se realiza esta revisión e de que se propoñen medidas correctoras no caso de detectar desviacións entre as diferentes sedes.

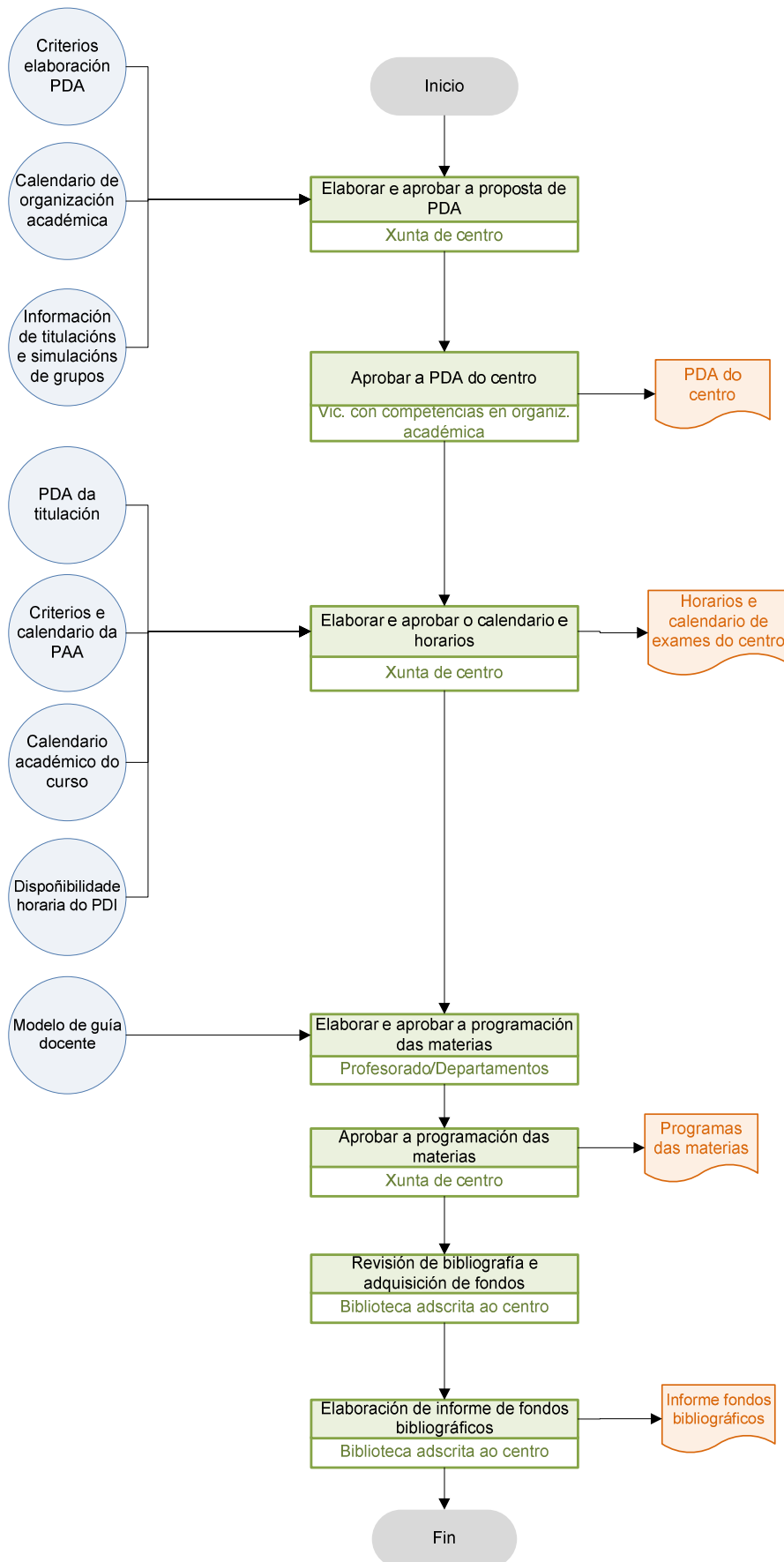
As programacións das materias serán aprobadas, unha vez revisadas, en xunta de escola.

Unha vez realizada a planificación docente, o/a decano/a ou director/a do centro, coa información proporcionada polas CT, trasladará á Comisión de Calidade do Centro as incidencias xurdidas durante o proceso de planificación e as propostas de mellora a incorporar, se é o caso, no plan de melloras do centro, de acordo co proceso *PE-02 Revisión e mellora*.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Xunta de Escola
<b>Cargo responsable</b>		Director/a
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na Xunta de Escola. Tamén se recolle información destes colectivos a través do proceso <i>PS-05 Xestión das incidencias</i> (SQR) e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da escola.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	<p>De acordo co proceso <i>PS-06 Información pública</i>, os calendarios, horarios e a programación das materias deberán facerse públicos a través das páxinas web das titulacións dos centros.</p> <p>A PDA, o calendario e os horarios e as programacións das materias, serán aprobados pola xunta de centro, polo que se asegura a participación e rendición de contas aos representantes dos grupos de interese.</p>
<b>Recollida e análise de información</b>		<p>O SXOPRA proporcionará a información, de acordo coa planificación académica anual (PAA), que sexa necesaria para a elaboración dos diferentes instrumentos de planificación e programación.</p> <p>As comisións de título e a escola deberán ter en conta as incidencias presentadas polos diferentes grupos de interese que poidan afectar á PDA, calendarios e horarios ou programación das materias, así como as recomendacións emanadas do ciclo VSMA das titulacións (Verificación, seguimento, modificación, acreditación) que teñan que ver con este eido.</p> <p>A biblioteca intercentros revisaran os programas, unha vez dispoñibles na páxina web para determinara a adecuación dos recursos bibliográficos.</p>
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, coincidindo coa elaboración e aprobación dos diferentes instrumentos, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar memoria de calidade anual, no marco da revisión do funcionamento do Sistema de Garantía de Calidade.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un Plan de melloras anual que será recollido na memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programación docente anual (PDA)</li> <li>2. Calendario de exames e horarios das titulacións</li> <li>3. Programación das materias</li> <li>4. Informe fondos bibliográficos e outros recursos de cada título</li> </ol>

#### 4. Diagrama de flujo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Proposta de programación docente anual (PDA)	Formato electrónico	Xescampus	Vicedecana de Ordenación Académica e Estudiantes
Calendario de exames e horarios	Formato electrónico	Xescampus/paxina web	Vicedecana de Ordenación Académica e Estudiantes
Programación das materias	Formato electrónico	Páxina web	Vicedecana de Ordenación Académica e Estudiantes
Informe de fondos bibliográficos e outros recursos documentais	Formato electrónico	Aplicación de Axuda aos Sistemas de Xestión	Responsable de calidade do centro

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Normas estatais e autonómicas relacionadas coa planificación das ensinanzas no Espazo Europeo de Educación Superior

#### *Normativa e documentación interna*

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa planificación das ensinanzas no Espazo Europeo de Educación Superior.

### 4. Glosario de abreviaturas

- ACMP Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- CCC Comisión de Calidade do Centro
- CT Comisión de título
- Ciclo VSMA Ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos oficiais
- MVT Memoria verificada da titulación
- PAA Planificación académica anual
- PDA Programación docente anual
- PDI Persoal docente e investigador
- PE Plan estratéxico
- POD Plan de organización docente
- RCC Responsable de calidade do centro
- SGC Sistema de Garantía de Calidade
- SQR Suxestións, queixas e recursos
- SXOPRA: Servizo de Xestión da Oferta e Programación Académica

## **6. Formatos**

Non se establecen formatos para as evidencias xeradas por este proceso. Non obstante, os formatos serán os establecidos na aplicación informática Xescampus para a PDA, os calendarios e horarios e a programación das materias.



## PC-03 Apoio a estudantes

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	42
2. Desenvolvemento .....	42
3. Ficha do proceso .....	43
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	44
5. Información complementaria .....	45
1. Indicadores e informes .....	45
2. Rexistros/evidencias .....	45
3. Normativa e documentación relacionada.....	45
4. Glosario de abreviaturas.....	45
6. Formatos.....	45



### Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

### Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Adaptado por	Comisión de Calidade da escola de Enfermaría	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de Escola de Enfermaría	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer como o centro acolle, orienta e tutela ao alumnado na súa incorporación á universidade e durante todo o período de estudos, coa finalidade de favorecer a aprendizaxe, o seu desenvolvemento e a orientación laboral.

## 2. Desenvolvemento

Tendo en conta o perfil de ingreso e egreso definido nas titulacións do centro, as comisións dos títulos establecerán as accións de acollida e orientación aos estudantes, do que deixarán constancia en acta, e que incluírá as accións necesarias para:

- Acoller ao alumnado de novo ingreso e proporcionarlle a información necesaria para a súa incorporación á universidade.
- Orientar ao alumnado no desenvolvemento do título (prácticas externas, mobilidade, elaboración e defensa de Tráballo Fin de Grao [TFG]/Tráballo Fin de Mestrado [TFM] e calquera outra cuestión que se considere relevante)
- Desenvolver as competencias transversais mediante actividades concretas (obradoiros, charlas, conferencias...)
- Ofrecer información sobre a inserción laboral das titulacións.

A Comisión de Calidade do Centro (CCC) supervisará e aprobará as accións de atención ao estudiantado e proporá a súa difusión, de acordo co proceso *PC-06 Información pública*. Se se considera que o conxunto de accións se pode realizar a nivel de centro, a CCC aprobará un plan de acción tutorial (PAT).

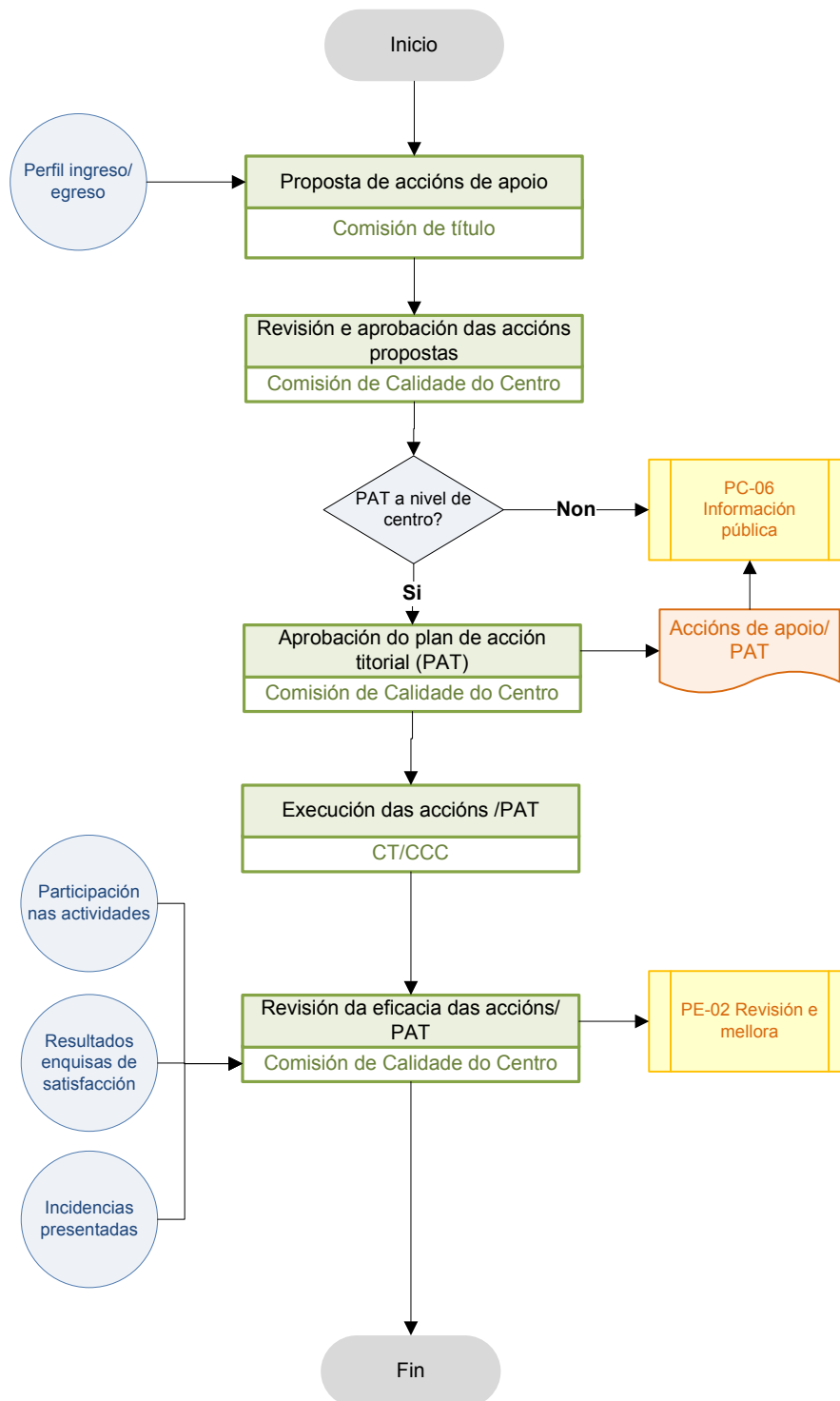
Anualmente, ao finalizar as accións previstas, as comisións de título (ou a CCC no caso de haber un PAT de centro) realizarán unha revisión da eficacia das accións propostas tendo en conta a participación nas actividades previstas, os resultados das enquisas de satisfacción realizadas, as incidencias presentadas a través do proceso *PS-05 Xestión das incidencias (SQR)* ou calquera outra información que resulte relevante.

En función desta análise, proporán as medidas necesarias a ter en conta no seguinte curso. As accións a implementar quedarán documentadas nunha acta da comisión de título e elevaranse á Comisión de Calidade do Centro para a súa aprobación e inclusión, de ser o caso, no plan de melloras (PM) da memoria de calidade do centro (MCC), no marco do proceso estratéxico *PE-02 Revisión e mellora*.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Comisión de Calidade do Centro
<b>Cargo responsable</b>		Vicedecano/a de Ordenación Académica e Estudantes
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de escola. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de xestión de incidencias (SQR) e das enquisas realizadas. <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da facultade.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	De acordo co proceso <i>PS-06 Información pública</i> , as accións de atención ao estudante difundiranse a todos os grupos de interese.
<b>Recollida e análise de información</b>		Para a proposta de accións deberanse ter en conta as incidencias presentadas polos diferentes grupos de interese a través do proceso <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> , os resultados das enquisas de satisfacción que recollan cuestións relativas a este proceso, e as recomendacións emanadas do ciclo VSMA das titulacións (verificación, seguimento, modificación, acreditación) que teñan que ver con este eido.
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		Anualmente, coincidindo coa elaboración e aprobación dos diferentes instrumentos, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora. Os cambios propostos deberán constar na memoria de calidade do centro (MCC), que se realizará anualmente, no marco da revisión do funcionamento do Sistema de Garantía de Calidade. As áreas de mellora detectadas trasladaranse ao plan de melloras que forma parte da memoria de calidade do centro.
<b>Evidencias</b>		1. Accións de atención ao estudiantado

#### 4. Diagrama de fluxo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Accións de apoio/PAT	Formato electrónico	Aplicación de Axuda aos Sistemas de Xestión (AASX)	Responsable de Calidade do Centro

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa ordenación das ensinanzas e apoio ao estudante

#### *Normativa e documentación interna*

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa ordenación das ensinanzas e o apoio ao estudante

### 4. Glosario de abreviaturas

- AASX Axuda aos Sistemas de Xestión
- CCC Comisión de Calidade do Centro
- Ciclo VSMA Ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos oficiais
- CT Comisión do título
- MCC Memoria de calidade do centro
- PAT Plan de acción tutorial
- PM Plan de melloras
- SGC Sistema de Garantía de Calidade
- SQR Suxestións, queixas e reclamacións
- TFG Tráballo Fin de Grao
- TFM Tráballo Fin de Mestrado

## 6. Formatos

Non se establecen formatos pero as accións de apoio deberán conter como mínimo os seguintes elementos:

- alumnado obxectivo ao que vai dirixida a acción
- descrición da acción
- obxectivos a acadar
- procedemento para a medición dos resultados (satisfacción, participación, etc.)



## PC-04 Desenvolvimento das ensinanzas

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	49
2. Desenvolvemento .....	49
Coordinación da actividade docente .....	49
Xestión das prácticas externas .....	49
Xestión da mobilidade.....	50
Asignación de Traballos Fin de Grao [TFG]/Traballos Fin de Mestrado [TFM].....	51
3. Ficha do proceso .....	52
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	54
Coordinación docente.....	54
Xestión de prácticas externas .....	55
Xestión da mobilidade.....	56
Asignación e realización de TFG/TFM .....	57
5. Información complementaria .....	58
1. Indicadores e informes .....	58
2. Rexistros/evidencias .....	58
3. Normativa e documentación e relacionada.....	59
4. Glosario de abreviaturas.....	59
6. Formatos.....	59

## Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

## Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Adaptado por	Comisión de Calidade da Escola de Enfermaría	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de Escola de enfermaría	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019



## 1. Obxecto

Garantir que as ensinanzas oficiais que se imparten no centro se desenvolven de acordo á planificación anual, asegurando a súa calidade e favorecendo a aprendizaxe do alumnado.

## 2. Desenvolvemento

Unha vez planificada a actividade docente do centro, deberase desenvolver o programa formativo atendendo ás diferentes cuestións de organización que se presenten e especificamente a:

- Coordinación da actividade docente
- Xestión das prácticas externas
- Xestión da mobilidade
- Asignación e realización do Traballo Fin de Grao [TFG]/Traballo Fin de Mestrado [TFM]

### **Coordinación da actividade docente**

O centro desenvolve mecanismos para coordinar a actividade docente, tanto no que se refire á programación das materias, como ao seu desenvolvemento, para asegurar que as ensinanzas se realizan segundo as previsións e obxectivos definidos en cada titulación.

O/A director/a nomea a persoa coordinadora de curso, no caso dos estudos de grao, que será responsable de garantir a coordinación no desenvolvemento das ensinanzas dentro de dun mesmo curso e titulación. No caso dos estudos de mestrado estas funcións recaen no coordinador/a do título.

O/A coordinador/a de curso deberá verificar a coherencia entre os obxectivos, competencias, contidos, actividades e sistemas de avaliación dos programas das materias do curso. Así mesmo, debe velar pola coordinación e, no seu caso, a interacción entre as actividades e/ou traballos encomendados polo profesorado aos estudantes, trasladando as incidencias detectadas á comisión de título.

No caso de detectar problemas de coordinación ou coherencia no desenvolvemento do curso, deberá propoñer as medidas correctoras necesarias e trasladalas á CT, que fará un seguimento da súa eficacia.

Os/As coordinadores/as de curso deberán igualmente velar, no marco da CT, pola adecuada coordinación entre cursos.

A información resultante deste proceso terase en conta para o establecemento de melloras a través do proceso *PC-05 Análise de resultados e mellora dos programas*.

### **Xestión das prácticas externas**

A escola organizará e xestionará as prácticas tuteladas do alumnado garantindo a súa calidade, o recoñecemento académico e o seu aproveitamento. Estas prácticas teñen como obxectivo completar a formación do alumnado e facilitar o seu acceso ao mundo laboral.

As prácticas curriculares, serán xestionadas de acordo coa normativa vixente na USC.

No caso do Grao en Enfermaría as materias de Prácticas Tuteladas (obrigatorias) contan cun/ha coordinador/a xeral e coordinadores por cada materia de prácticas, nomeados polo ou director/a do centro. A súa misión será distribuír ao alumnado polas distintas unidades dos hospitais e centros de saúde, coordinar todo o proceso, participar na designación e asignación de titores/as nos centros e coordinar o seguimento e avaliación das

prácticas. A Escola de Enfermaría conta cunha Comisión de Xestión de Prácticas académicas externas para asistir ao coordinador no desenvolvemento das súas funcións.

A selección dos/as estudantes, será pública en formato electrónico/papel e na web do centro..

Cada estudante contará cun/ha titor/a externo/a na entidade colaboradora onde realice as prácticas. Esta, será a persoa responsable de aplicar o plan de formación previsto e elaborar os informes de valoración que lle sexan solicitados sobre o traballo desenvolvido polo estudante.

O/a coordinador/a académico xeral do centro e de cada materia de Prácticas Tuteladas realizará a avaliación total do/a estudante; tendo en conta a memoria que este/a debe presentar ao final de cada materia de prácticas, o informe remitido polo titor/a externo e unha valoración de coñecementos realizada na aula.

O/A coordinador/a académico xeral das prácticas ten en conta as incidencias presentadas durante o seu desenvolvemento, a satisfacción dos diferentes colectivos (alumnado, titores/as académicos/as e profesionais), as competencias adquiridas polos estudantes e calquera outra cuestión que considere relevante, propondrá a revogación de convenios ou a necesidade de establecer outros novos, se é o caso.

Anualmente, a Comisión de Calidade do Centro supervisará a relación de convenios vixentes e aprobará a súa difusión a través da páxina web.

A sinatura de convenios está reservada á USC e a súa xestión farase de acordo coa normativa vixente.

### **Xestión da mobilidade**

O centro facilita e promove a mobilidade do seu alumnado coa finalidade de que acceda a outras universidades e/ou que alumnado doutras universidades accedan á USC en réxime de intercambio. A xestión das estadias de mobilidade, tanto entrantes como saíntes, realizarase conforme a normativa vixente na USC.

O/a responsable académico/a de mobilidade (RAM) será a persoa que coordinará a xestión da mobilidade n escola e, entre as súas funcións, promoverá os programas de mobilidade no centro mediante a realización, polo menos unha vez ao ano, de actividades informativas ou doutro tipo que contribúan á súa promoción e coñecemento. Destas accións informará á Comisión de Calidade da Escola, no marco do proceso *PC-03 Apoio a estudantes*, para que a comisión aprobe a súa difusión pública de acordo co proceso *PS-06 Información pública*.

Así mesmo, rexistrará as incidencias presentadas durante o desenvolvemento das estancias de mobilidade. Tendo en conta os datos de evolución da mobilidade, a satisfacción das enquisas relativas á mobilidade e as incidencias presentadas a través do proceso *PS-05 Xestión das incidencias (SQR)*, propondrá ao Servizo de Relacións Exteriores a necesidade de establecer novos convenios ou de revogar os existentes.

Anualmente, o/a RAM informará ás comisións de título da evolución da mobilidade, dos cambios nos convenios de ser o caso, e de calquera incidencia rexistrada relativa á xestión. As comisións de título terán en conta esta información no proceso *PC-05 Análise de resultados e mellora dos programas*.

#### *Mobilidade saínte*

O centro realizará a difusión das convocatorias de mobilidade institucionais, de acordo co proceso *PC-06 Información pública*.

A xestión das estadias de mobilidade por parte de alumnado do centro realizarase conforme a normativa vixente na USC.

- Se a selección do alumnado se realiza no centro, conforme a convocatoria de mobilidade, deixarase constancia mediante a publicación da selección e calquera outra documentación adicional que se considere relevante (acta da comisión, criterios utilizados, etc.).
- O alumnado seleccionado terá que formalizar un **compromiso de estudos ou acordo académico** co asesoramento do/a Coordinador/a Académico/a, que terá carácter vinculante.
- A proposta de recoñecemento de estudos é elevada polo/a coordinador académico/a ao/á decano/a ou director/a do centro para que emita a correspondente **resolución de recoñecemento de estudos**, que se comunica ao/á interesado/a e remítese á Unidade de Xestión Académica correspondente para que procedan á imputación das cualificacións no expediente do/da alumno/a.

#### *Mobilidade entrante*

O alumnado que accede á USC mediante un programa de intercambio, unha vez recibido no Servizo de Relacións Exteriores (SRE), reúnese co/coa responsable académico/a de mobilidade, que será o/a encarga de orientalo cara ás persoas coordinadoras para confirmar as materias a cursar na USC.

Ademais, o persoal da Unidade de Xestión de Centro e Departamento (UXCD), informará ao alumnado procedente doutras universidades facilitándolles información particular da titulación que veñen a cursar, dos/as coordinadores/as, dos procedementos, dos horarios dos cursos etc.

Os trámites administrativos de recepción, matrícula, certificación e fin de estancia, realizaranse no SRE e na UXA que corresponda.

Este alumnado goza dos mesmos dereitos e obrigas que os/as estudantes da USC no plano académico, están sometidos ao longo do curso académico ao réxime de estudos e á normativa da USC, así como ás convocatorias de exames que o centro teña establecidas para o alumnado propio.

#### **Asignación de Traballos Fin de Grao [TFG]/Traballos Fin de Mestrado [TFM]**

O centro organizará e xestionará os traballos fin de grao e fin de mestrado do alumnado garantindo a súa calidade, o recoñecemento académico e o seu aproveitamento.

A definición, realización, defensa, cualificación e tramitación administrativa dos TFG e TFM realizarase conforme a normativa vixente na universidade e a normativa específica do centro.

Cada centro deberá designar un/ha coordinador/a de TFG e TFM único ou por titulación, e unha comisión encargada de atender ás cuestións propias do desenvolvemento destas materias. Esta comisión será única ou por titulación, segundo determine o centro. Poderase asignar este cometido a algunha das xa existentes no centro, debendo en todo caso formar parte da mesma o/a coordinador/a de TFG ou TFM. No caso dos TFG, se as funcións non están delegadas na comisión de titulación, recoméndase unha por centro, agás que as titulacións do centro teñan características moi diferentes no que se refire ao TFG. No caso dos TFM, recoméndase que a comisión de TFM sexa a propia comisión do título .

Os TFG e TFM deberán ter un/ha titor/a que asista aos estudantes na realización do traballo e que será ordinariamente persoal docente e investigador (PDI) das áreas que impartan docencia na propia titulación.

A asignación dos titores aos estudantes, a liña temática do traballo e a avaliación farase conforme ao que establece o regulamento do TFG/TFM do título.

A defensa do traballo requirirá o informe previo e preceptivo do/a titor/a e o alumnado depositará os TFG/TFM no centro, de acordo coa normativa propia e coa guía docente da materia.

A cualificación será pública e trasladarase, unha vez que sexa definitiva, ao expediente do alumnado.

Anualmente, a comisión de título, á vista das propostas da comisión con competencias en TFG/TFM, das incidencias presentadas a través do proceso *PS-05 Xestión das incidencias (SQR)*, dos resultados da materia e de calquera outra información que se considere relevante (enquisas de satisfacción, recomendacións de procesos de verificación, seguimento, modificación e acreditación...) propondrá os cambios necesarios para a programación da materia para o seguinte curso. A revisión documentarase no marco do proceso *PC-05 Análise de resultados e mellora dos programas*.

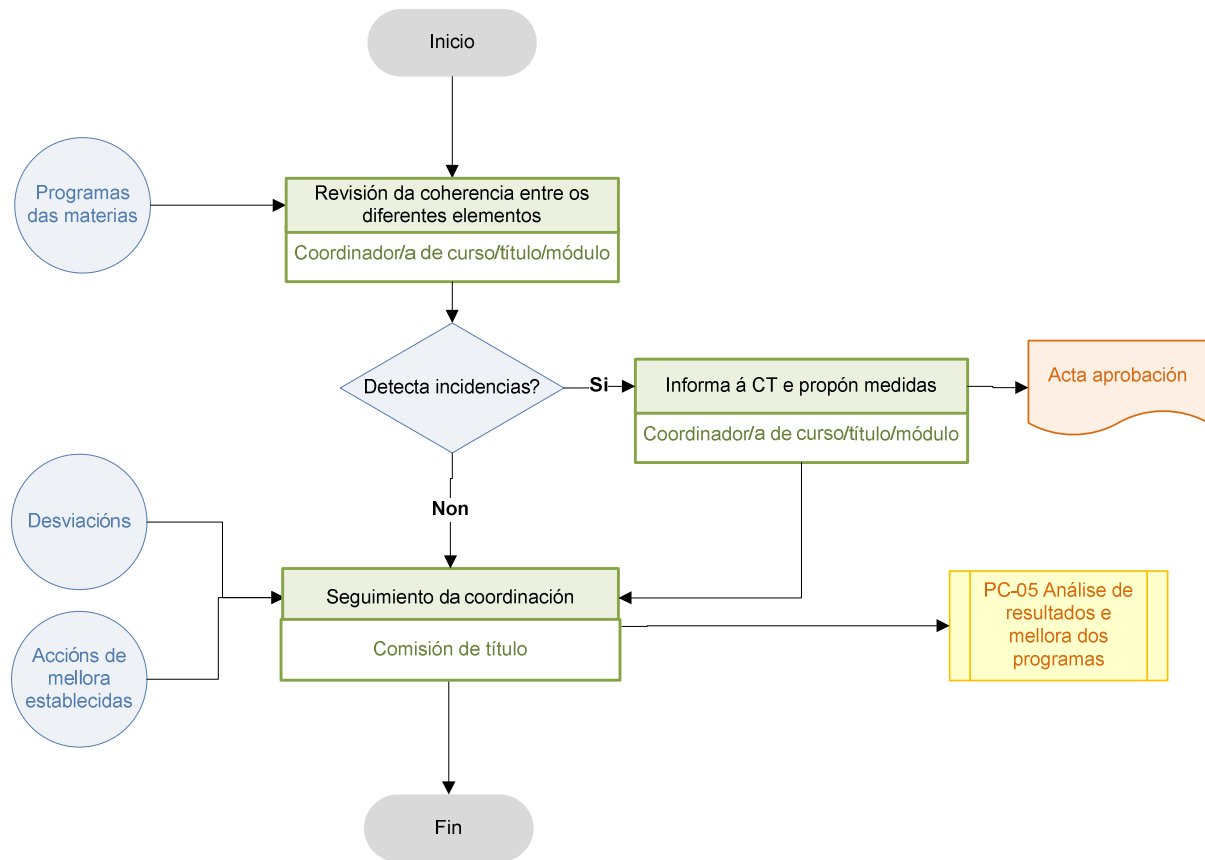
### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Xunta de Escola
<b>Cargo responsable</b>		Director/a
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de escola. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de xestión de incidencias (SQR) e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da facultade.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	<p>De acordo co proceso <i>PS-06 Información pública</i>, a difusión das distintas convocatorias, as listaxes de selección/asignación, e todos aqueles documentos que a normativa esixe que teñan difusión, serán publicados nas páxinas web das titulacións no centro.</p> <p>A participación e rendición de contas aos representantes dos grupos de interese faise a través das distintas comisións que participan no proceso e a rendición de contas tamén se instrumenta a través dos informes correspondentes á xunta de centro.</p>
<b>Recollida e análise de información</b>		<p>A persoa responsable de calidade do centro deberá recompilar a información necesaria para revisar a eficacia do proceso en cada un dos aspectos que desenvolve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidencias presentadas</li> <li>- Satisfacción dos grupos de interese nas enquisas</li> <li>- Resultados obtidos nas distintas materias</li> </ul> <p>As comisións académicas e o centro deberán ter en conta as incidencias presentadas polos diferentes grupos de interese que poidan afectar ao proceso, así como as recomendacións emanadas do ciclo VSMA das titulacións (verificación, seguimento, modificación, acreditación) que teñan que ver con este eido.</p>
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, coincidindo coa elaboración e aprobación dos diferentes instrumentos, revisarase o funcionamento do proceso e propondránse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar na memoria de calidade do centro anual (MCC), no marco da revisión do funcionamento do Sistema de Garantía de Calidade (SGC) establecida no <i>PE-02 Revisión e mellora</i>.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un plan de melloras (PM) anual que será recollido na memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nomeamentos</li> <li>2. Publicacións de selección/asignación</li> </ol>

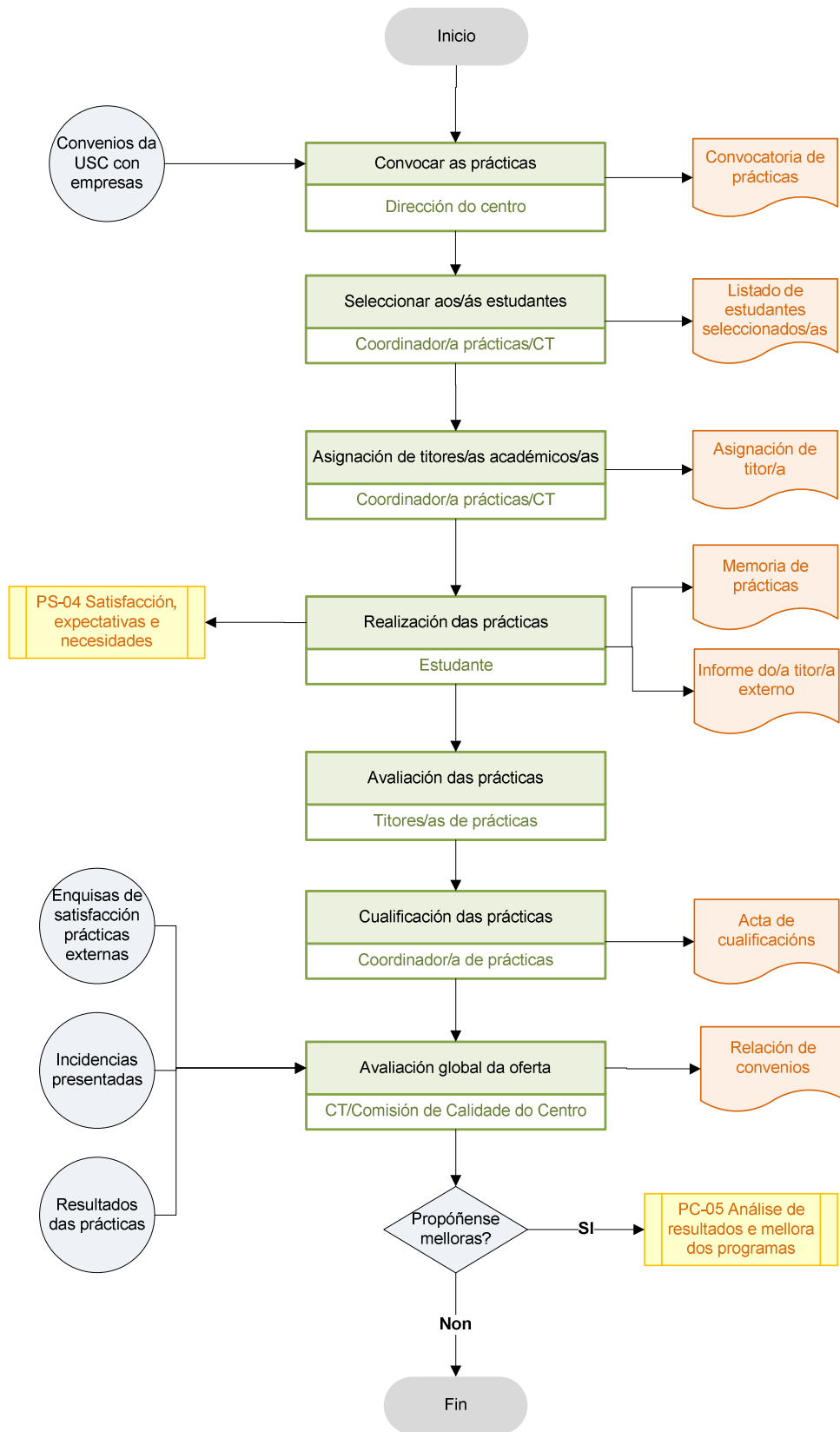
	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Compromisos de estudos/Acordo académico</li><li>4. Resolución de recoñecemento de estudos</li><li>5. Asignación de titores/as académicos/as</li><li>6. Memoria de prácticas</li><li>7. Informe titor/a externo/a</li><li>8. Actas cualificacións</li><li>9. Oferta/ asignación de TFG/TFM</li><li>10. Solicitudes do estudiantado</li><li>11. Listaxe de asignación de liñas temáticas TFG/TFM e titores/as</li><li>12. TFG/TFM</li><li>13. Informe titor/a do TFG/TFM</li><li>14. Nomeamento de tribunais de defensa</li><li>15. Listaxe pública de cualificacións</li><li>16. Acta comisión de título con propostas de mellora</li></ol>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 4. Diagrama de fluxo do proceso

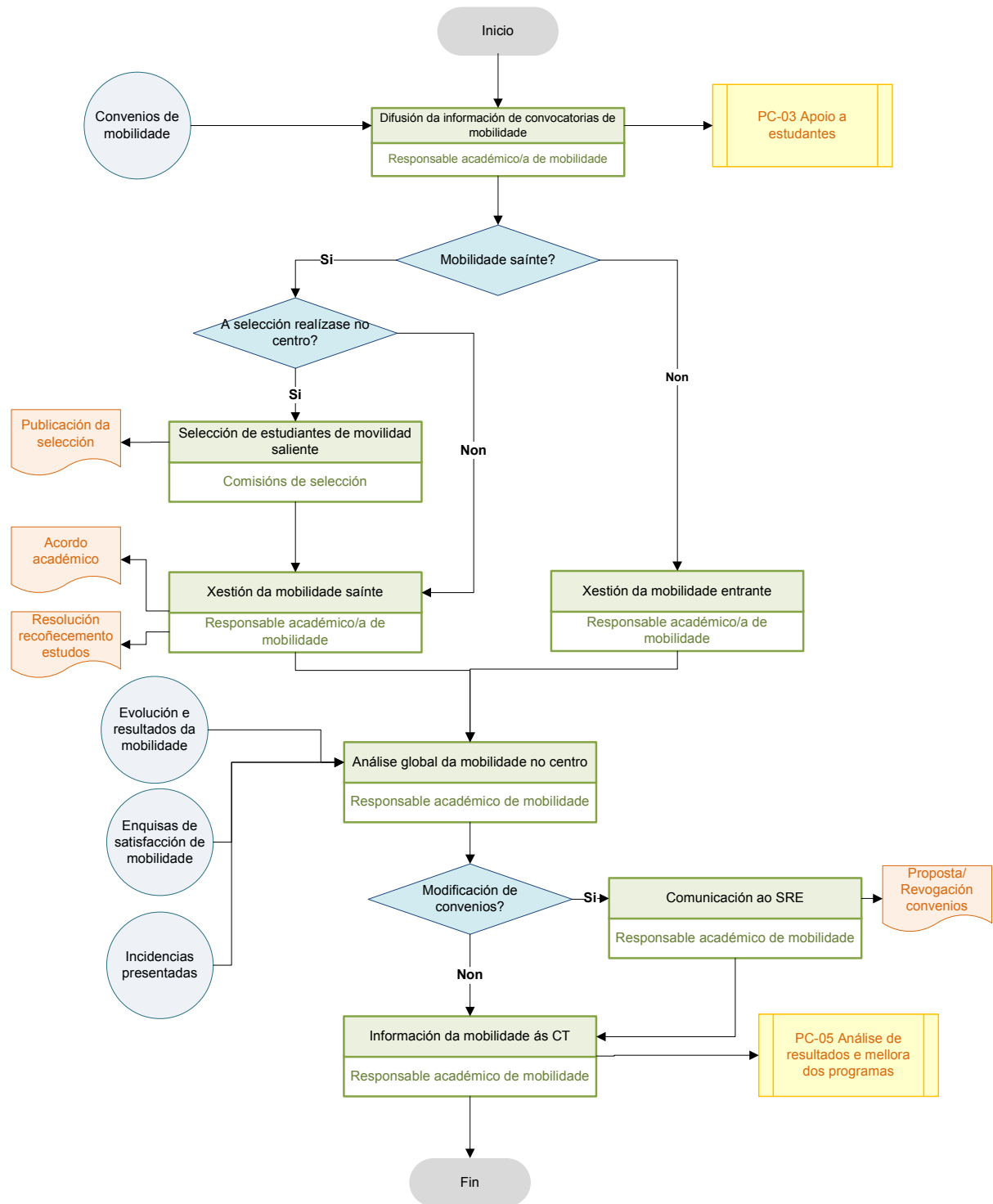
### Coordinación docente



## Xestión de prácticas externas

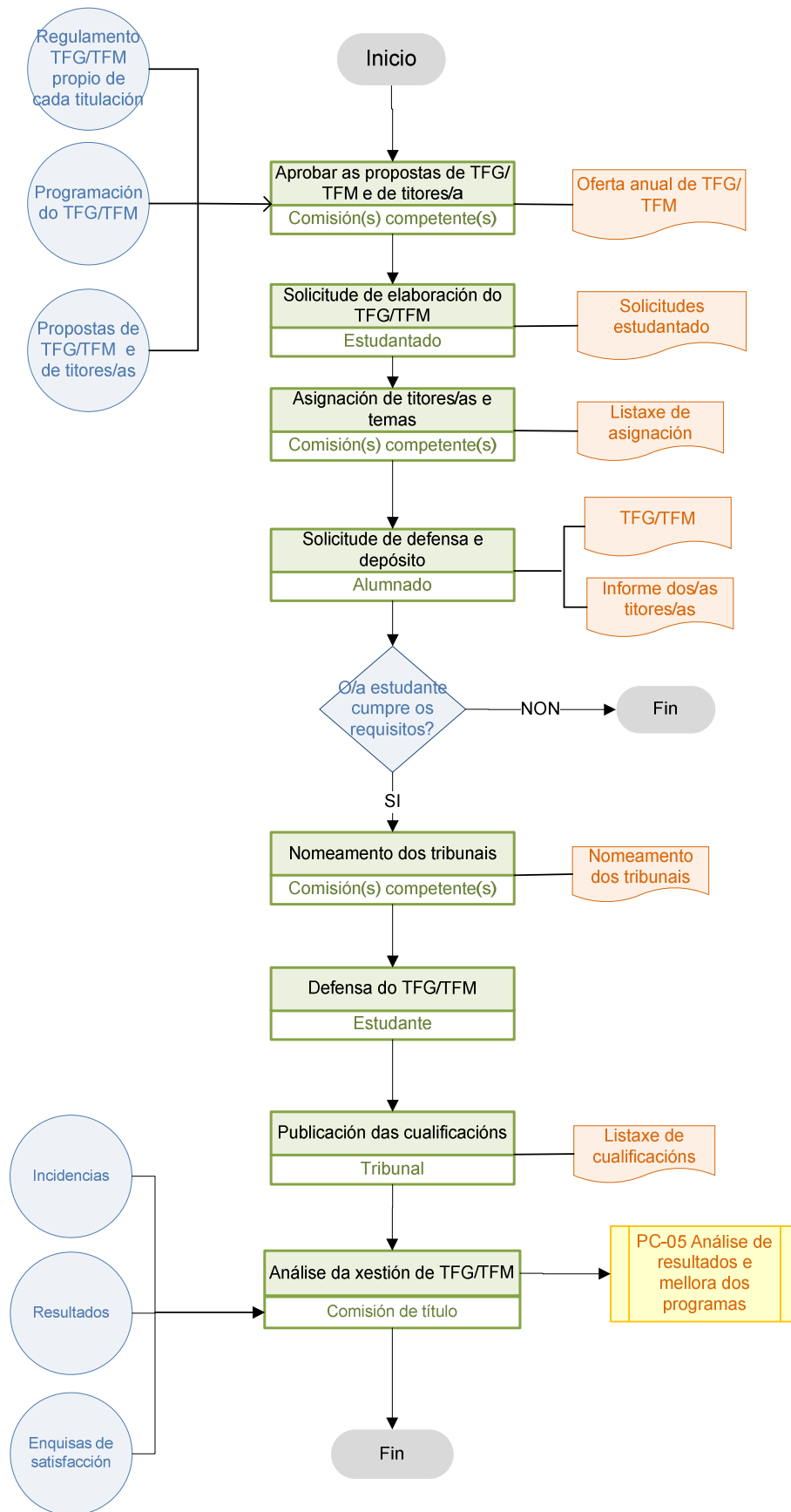


# Xestión da mobilidade





## Asignación e realización de TFG/TFM



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Nomeamentos	Papel	Secretaría de dirección	Director/a
Publicacións de selección/asignación	Formato electrónico/papel	Páxina web/taboleiro	Responsable Académico/a de Mobilidade
			Coordinador/a de prácticas
			Coordinador/a da escola TFG/TFM
Compromisos de estudos	Formato electrónico	Xescampus	Responsable Académico/a de Mobilidade
Resolución de recoñecemento de estudos	Formato electrónico	Xescampus	Director/a
Asignación de titores/as académicos/as	Formato electrónico/Papel	Secretaría de dirección/taboleiro	Coordinador/a de prácticas da escola
Memoria de prácticas	Formato electrónico/Papel	UXCD	Responsable da UXCD
Informe titor/a externo/a	Formato electrónico/Papel	UXCD	Responsable da UXCD
Actas cualificacións	Formato electrónico	Xescampus	Coordinador/a de prácticas da escola
Oferta anual de TFG/TFM	Formato electrónico/papel	Páxina web	Coordinador/a TFG/TFM da titulación
Solicitudes alumnado	Formato electrónico/papel	Secretaría do Decanato/Dirección	Coordinador/a TFG/TFM da titulación
Asignación de liñas temáticas TFG/TFM e titores/as	Formato electrónico/papel	Páxina web/taboleiro	Coordinador/a TFG/TFM da titulación
TFG/TFM	Formato electrónico/papel	Biblioteca / Secretaría do decanato-dirección	Director/a da biblioteca/Secretario-a do centro
Informes titores/as	Formato electrónico/papel	Xescampus	Coordinador/a TFG/TFM da titulación
Nomeamento de tribunais de defensa	Formato electrónico/papel	Páxina web/taboleiro	Coordinador/a TFG/TFM da titulación
Listaxe cualificacións TFG/TFM	Papel	Xescampus/Taboleiro	Secretaría de dirección
Acta de aprobación das melloras propostas	Formato electrónico	AASX	Coordinador/a de título

### 3. Normativa e documentación e relacionada

Lexislación e referencias externas

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa mobilidade dos estudantes a xestión de prácticas externa e a coordinación da actividade docente.

Normativa e documentación interna

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa mobilidade dos estudantes, a xestión de prácticas externas, os TFG/TFM e a coordinación da actividade docente.

### 4. Glosario de abreviaturas

- AASX	Axuda aos Sistemas de Xestión
- CCC	Comisión de Calidade do Centro
- Ciclo VSMA	Ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos oficiais
- CT	Comisión de título
- MCC	Memoria de calidade do centro
- PC	Proceso clave
- PDI	Persoal Docente Investigador
- PM	Plan de Melloras
- PS	Proceso de soporte
- RAM	Responsable Académico/a de Mobilidade
- SGC	Sistema de Garantía de Calidade
- SQR	Suxestións, queixas e reclamacións
- SRE	Servizo de Relacións Exteriores
- TFG	Traballo Fin de Grao
- TFM	Traballo Fin de Mestrado
- UXA	Unidade de Xestión Académica
- UXCD	Unidade de Xestión de Centro e Departamento

### 6. Formatos

Os formatos serán os establecidos na aplicación informática Xescampus para aquelas evidencias que se rexisten nesta aplicación.

As demais evidencias non teñen formato establecido, agás o Traballo Fin de Grao/ Máster que terá o formato establecido no correspondentes regulamentos de traballos fin de grao/mestrados de cada título.



## **PC-05 Análise de resultados e mellora dos programas**

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	63
2. Desenvolvemento .....	63
3. Ficha do proceso .....	64
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	65
5. Información complementaria .....	66
1. Indicadores e informes .....	66
2. Rexistros/evidencias .....	66
3. Normativa e documentación relacionada.....	66
4. Glosario de abreviaturas.....	66
6. Formatos.....	67
1. Autoinforme de seguimento/acreditación .....	67
2. Informe de resultados (se o centro dispón de acreditación institucional).....	67

### Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

### Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Adaptado por	Comisión de Calidade da Escola de Enfermaría	21/10/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer como a escola realiza a análise dos resultados dos programas formativos que se imparten nel e como se emprega esta información, para a mellora das titulacións e para a consecución da súa política e obxectivos.

## 2. Desenvolvemento

O/a responsable de calidade do centro (RCC), ou persoa en quen delegue, é responsable de recibir a información necesaria para a análise e de trasladala aos/ás coordinadores/as de título, que deberán revisala e comprobar a súa validez. No caso de detectarse algunha ausencia ou erro na información, o/a RCC debe comunicalo á Área de Calidade e Mellora dos Procedementos (ACMP) para a súa corrección. Así mesmo, será a persoa responsable de proporcionar os indicadores e informes propios do centro.

Os resultados que son obxecto de medición e análise son:

- Resultados do programa formativo: indicadores de resultados, o grao de cumprimento da programación docente, modificacións significativas realizadas, etc.
- Resultados da aprendizaxe. Miden o cumprimento dos obxectivos de aprendizaxe dos/as estudantes.
- Resultados de inserción laboral.
- Resultados da retroalimentación dos grupos de interese (medidas de percepción e análise de incidencias).
- Resultados dos procedementos de consulta internos ou externos para valorar a relevancia e actualización do perfil de egreso dos estudantes do título ou que valoren a adquisición da aprendizaxe.
- Impacto da aplicación das distintas normativas (admisión, permanencia, recoñecemento de créditos, avaliación...) nos resultados do programa.

As comisións de título, a partir da información proporcionada polo/a RCC, analizan o grao de consecución das accións planificadas e dos obxectivos asociados a cada un dos indicadores definidos, en orde a avaliar a eficacia do título.

Como consecuencia desta análise, propoñen accións de mellora da titulación en función dos resultados obtidos. Esta análise e a proposta de accións recóllense no autoinforme de seguimento/acreditación do título, no caso de que o centro non dispoña de acreditación institucional, ou nun informe de resultados anexo ás actas das comisións de título.

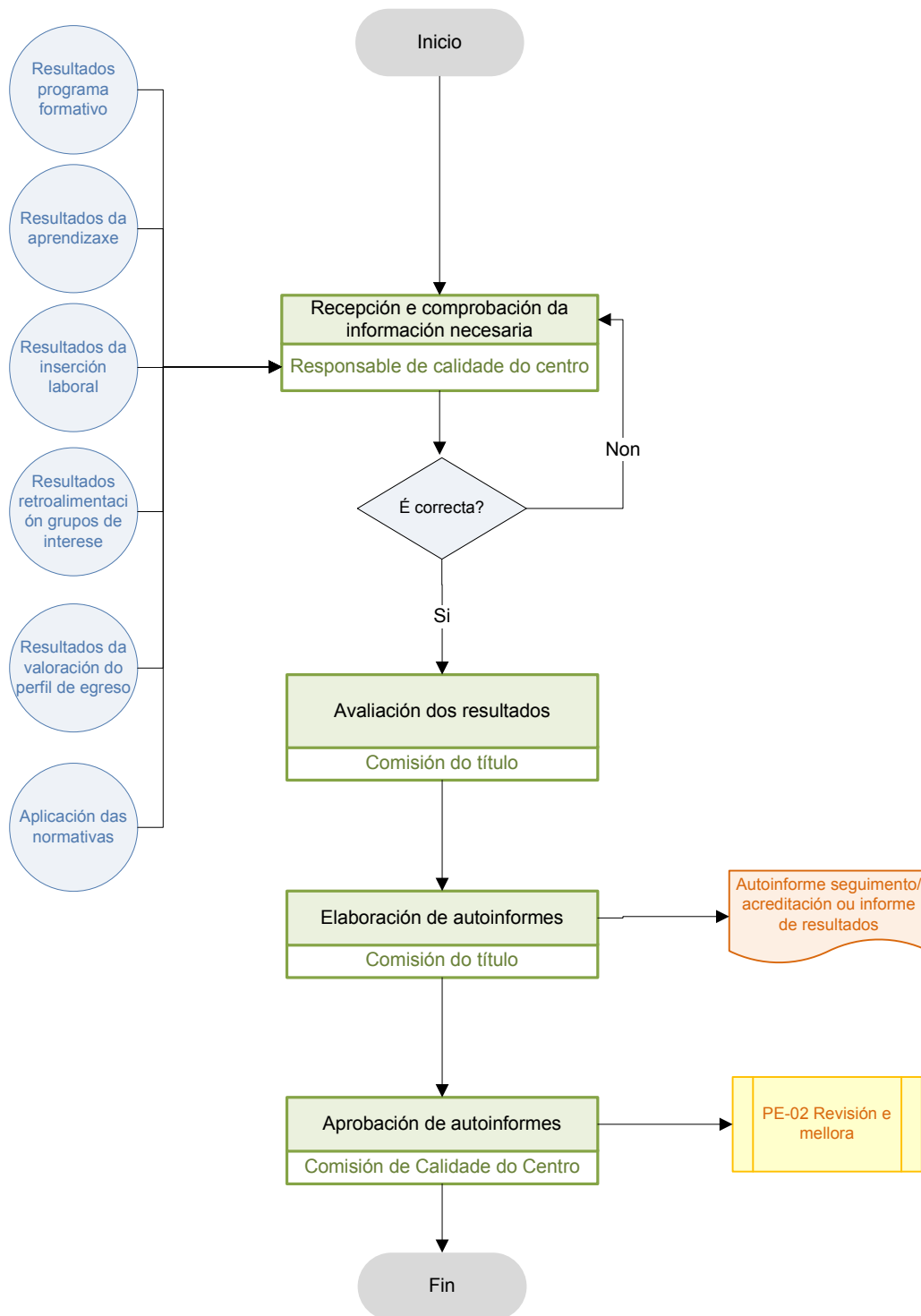
O informe de que se trate, será presentado e aprobado na Comisión de Calidade do Centro no marco do proceso *PE-02 Revisión e mellora*, no que se realiza a análise global dos resultados do centro, do funcionamento do Sistema de Garantía de Calidade (SGC) e a través do que se elabora o plan de melloras incluído na memoria de calidade do centro.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Comisión de Calidade/ título
<b>Cargo responsable</b>		Coordinador/a de título
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de Administración e Servizos</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na Xunta de Escola. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de xestión de incidencias (SQR) e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da facultade.</li> <li>- <b>Empregadores e sociedade en xeral:</b> a través dos contactos realizados no marco dos comités consultivos ou de consultas para eses efectos.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	De acordo co proceso <i>PS-06 Información pública</i> , os plans de mellora das titulacións e do centro deberán ser públicos. Ademais, deben ser aprobados pola xunta de centro, polo que se asegura a participación e información dos grupos de interese.
<b>Recollida e análise de información</b>		<p>O/a RCC, ou persoa en quen delegue, é responsable de recibir a información necesaria para a análise e de trasladala aos/ás coordinadores/as do título, que deberán revisala e comprobar a súa validez. No caso de detectarse algunha ausencia ou erro na información, o/a RCC debe comunicalo á Área de Calidade e Mellora dos Procedementos para a súa corrección.</p> <p>As comisións de título realizarán unha análise para avaliar o grao de consecución dos resultados planificados e os obxectivos asociados a cada un dos indicadores definidos para avaliar a eficacia do título. Como consecuencia desta análise, proporán as accións de mellora da titulación.</p>
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, coincidindo coa elaboración e aprobación dos diferentes instrumentos, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar na memoria de calidade do centro, que se realizará anualmente, no marco da revisión do funcionamento do SGC.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse ao plan de melloras que forma parte da memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		1. Autoinforme de seguimento/acreditación ou informe de resultados anexo á acta.



#### 4. Diagrama de fluxo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Autoinforme de seguimento/acreditación ou informe de resultados	Formato electrónico/papel	Aplicación de Axuda aos Sistemas de Xestión (AASX)	Responsable de calidade

### 3. Normativa e documentación relacionada

Lexislación e referencias externas

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa ordenación das ensinanzas e a análise dos resultados

Normativa e documentación interna

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa ordenación das ensinanzas e a análise dos resultados

### 4. Glosario de abreviaturas

- AASX            Aplicación de Axuda aos Sistemas de Xestión
- ACMP           Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- ACSUG        Axencia para a calidade do Sistema Universitario de Galicia
- PAS            Persoal de administración e servizos
- PE             Plan estratéxico
- RCC            Responsable de calidade do centro
- RD             Real decreto
- SGC            Sistema de Garantía de Calidade
- SQR            Suxestión, queixas e reclamacións

## 6. Formatos

### 1. Autoinforme de seguimento/acreditación

O modelo será o proporcionado pola Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia (ACSUG)

### 2. Informe de resultados (se o centro dispón de acreditación institucional)

Non se establece un formato pero o informe deberá conter a análise, como mínimo, dos seguintes aspectos:

- Resultados do programa formativo: grao de cumprimento das guías docentes (competencias, actividades formativas, metodoloxías docentes, sistemas de avaliación...), modificacións significativas realizadas, etc.
- Resultados da aprendizaxe. Miden o cumprimento dos obxectivos de aprendizaxe dos/as estudantes.
- Taxas de éxito global da titulación e por materia.
- Evolución das taxas de resultados (graduación, abandono, eficiencia, rendemento, éxito, avaliación...)
- Evolución da demanda do título (novo ingreso por curso académico e relación entre a oferta e a demanda).
- Resultados de inserción laboral. Os valores de inserción laboral son adecuados ao contexto socio-económico e profesional do título.
- Resultados da retroalimentación dos grupos de interese (medidas de percepción e análise de incidencias).
- Resultados dos procedementos de consulta internos ou externos para valorar a relevancia e actualización do perfil de egreso dos estudantes do título ou que valoren a adquisición da aprendizaxe.
-



## PS-01 Xestión dos recursos humanos

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	71
2. Desenvolvemento .....	71
Persoal docente.....	71
<i>Necesidades de persoal</i> .....	71
<i>Formación</i> .....	71
Persoal de apoio.....	71
<i>Necesidades de persoal</i> .....	71
<i>Formación</i> .....	71
3. Ficha do proceso .....	72
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	73
5. Información complementaria .....	75
1. Indicadores e informes .....	75
2. Rexistros/evidencias .....	75
3. Normativa e documentación relacionada.....	75
4. Glosario de abreviaturas.....	75
6. Formatos.....	76

## Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

## Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Elaborado por	Comisión de Calidade da Escola de Enfermaría	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de Escola de Enfermaría	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer o proceso para a detección de necesidades de recursos humanos no centro así como as súas necesidades de formación.

## 2. Desenvolvemento

### Persoal docente

#### Necesidades de persoal

O proceso de PC-02 Planificación das ensinanzas ten por obxecto garantir que as ensinanzas oficiais se planifican de acordo ao establecido nas memorias de verificación das titulacións que se imparten na escola, asegurando a dispoñibilidade de medios docentes, entre os que están os recursos humanos necesarios.

A Escola, tendo en conta os compromisos das memorias verificadas e a información proporcionada pola normativa. Estas propostas serán elevadas á Comisión de Calidade do Centro, que determinará as necesidades de formación do persoal académico baseándose nas carencias identificadas, modificacións en plans de estudo, asignación de novas titulacións, etc.

A Escola de Enfermaría de Lugo depende da Consellería de Sanidade, a quen lle corresponden todos os aspectos xerenciais e técnicos. No caso de detectar necesidades de persoal docente a comisión de calidade, é o/a director/a a quen lle corresponde formular a demanda de profesorado a Xunta de Escola, da que son membros o /a xerente e o/a administrador/a do centro de gasto, que é a Área Sanitaria de Lugo a Mariña e Monforte, sendo aprobado posteriormente na xunta anual de Padroado.

#### Formación

A formación do persoal académico está asignada ao Programa de Formación e Innovación Docente (PFID) dependente da vicerreitoría con competencias en materia de formación do profesorado e o Servizo Galego de Saúde.

### Persoal de apoio

#### Necesidades de persoal

O persoal de apoio pertence ao centro de gasto a Área Sanitaria de Lugo a Mariña e Monforte e corresponde director/a formular a demanda a xerencia do centro de gasto.

#### Formación

A responsabilidade de elaborar e xestionar o Programa de accións formativas para o persoal de administración e servizos (PAS) correspóndelle ao Servizo de Planificación e Programación de PAS.

Da detección das necesidades formativas e da recollida das propostas do persoal relacionadas con formación encárgase a dirección da Escola.

A eficacia das accións formativas desenvolvidas será avaliada no marco do proceso PE-02 Revisión e mellora, tendo en conta a participación nas actividades do persoal do centro e a satisfacción con esa formación, en orde a detectar novas necesidades.

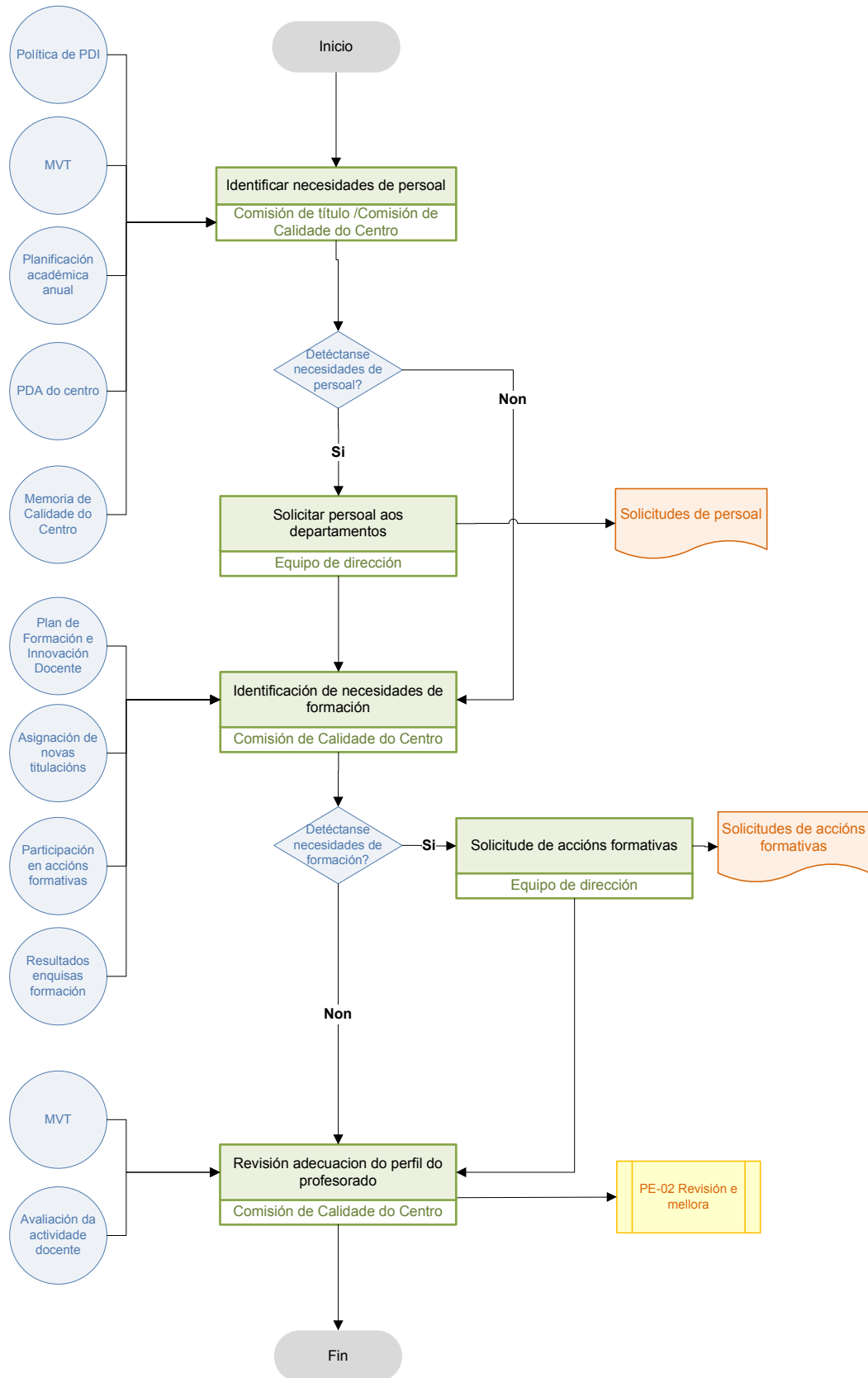
### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Director/a e Comisión de Calidade do Centro
<b>Cargo responsable</b>		Responsable de Calidade do Centro
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de centro. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da escola.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	De acordo co proceso <i>PE-02 Revisión e mellora</i> , darase conta a través da memoria da calidade do centro aos diferentes grupos de interese. Este instrumento é aprobado pola xunta de escola, na que están representados os colectivos afectados.
<b>Recollida e análise de información</b>		<p>Para a detección de necesidades de persoal docente, o/a director/a a quen lle corresponde formular a demanda de profesorado a Xunta de Escola, segundo as necesidades, sendo aprobado posteriormente polo Padroado.</p> <p>Por outra parte, o RCC pon a disposición das comisións de títulos e da Comisión de Calidade do Centro a información que considere relevante para o correcto desenvolvemento do proceso.</p>
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar memoria de calidade do centro, que se elabora anualmente, no marco da revisión do funcionamento do SGC.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un plan de melloras anual que será recollido na memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitude de PDI cursada polo centro</li> <li>2. Solicitude de PAS cursada polo centro</li> <li>3. Solicitudes de accións formativas para PDI</li> <li>4. Solicitudes de accións formativas para PAS</li> </ol>

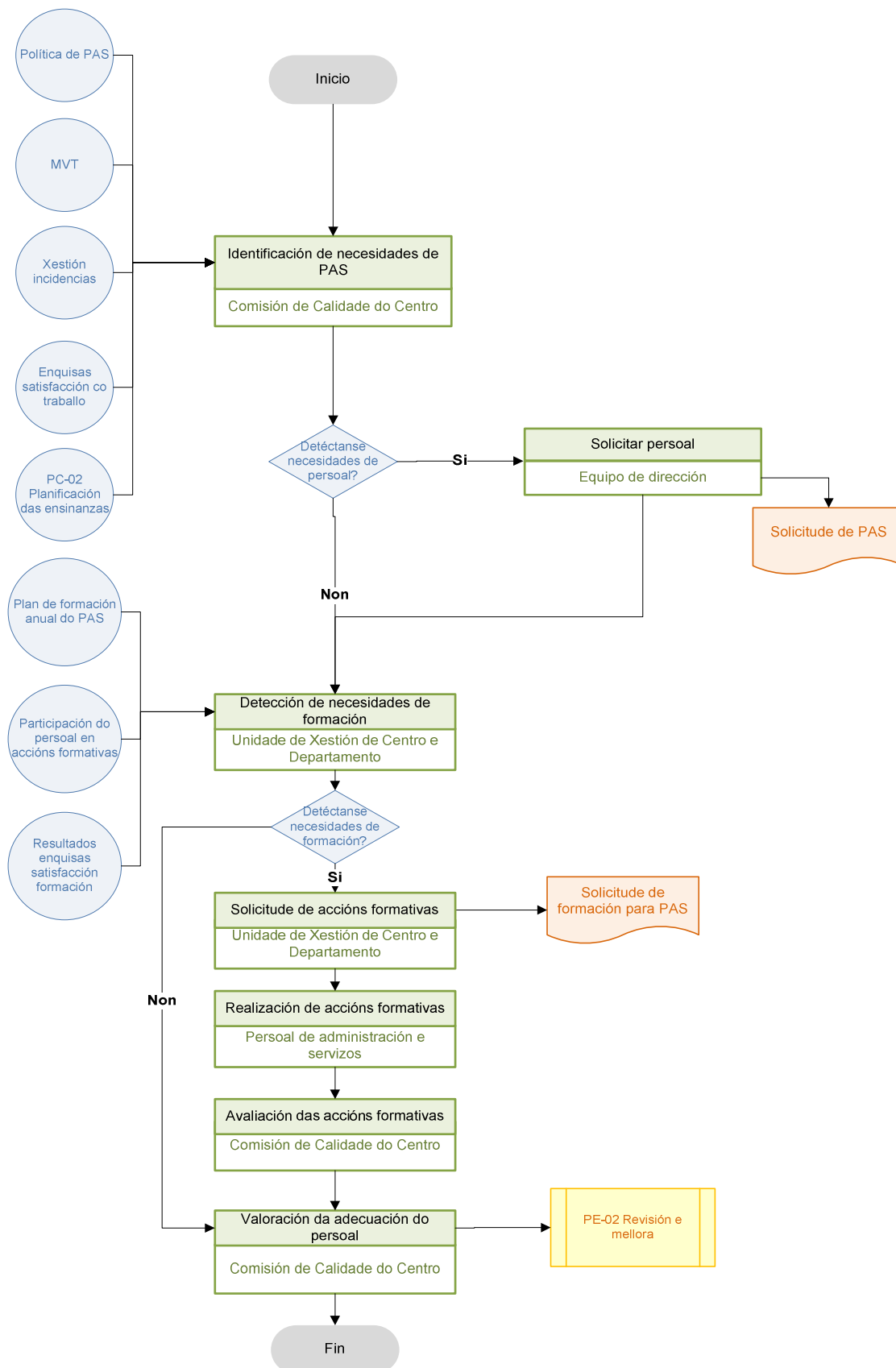


## 4. Diagrama de flujo do proceso

### Persoal Docente e Investigador (PDI)



## Persoal de Administración e Servizos (PAS)



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Solicitud de PDI	Papel	Secretaría Dirección	Director/a
Solicitud de PAS	Papel	Secretaría Dirección	Director/a
Solicitud de formación ao PFID	Papel	Secretaría Dirección	Director/a
Solicitud de formación para PAS	Formato electrónico	UXCD	Responsable da Unidade de Xestión de Centro e Departamentos

### 3. Normativa e documentación relacionada

Legislación e referencias externas

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa contratación, formación e xestión do persoal doente e investigador e o persoal de administración e servizos.

Normativa e documentación interna

- Normativa interna relacionada coa contratación, formación e xestión do persoal doente e investigador e o persoal de administración e servizos.

### 4. Glosario de abreviaturas

- ACMP Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- CCC Comisión de Calidade do Centro
- Ciclo VSMA Ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos oficiais
- MCC Memoria de calidade do centro
- MVT Memoria verificada da titulación
- PAA Planificación académica anual
- PAS Persoal de Administración e Servizos
- PDA Planificación docente anual
- PDI Persoal docente e investigador
- PFID Programa de formación e innovación docente
- RCC Responsable de calidade do centro
- SGC Sistema de Garantía de Calidade
- SQR Suxestións, queixas e reclamacións
- UXCD Unidade de Xestión de Centro e Departamento

## 6. Formatos

Non se establecen formatos para este proceso.



# PS-02 Xestión dos recursos materiais e servizos

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	80
2. Desenvolvemento .....	80
a) Xestión de recursos materiais .....	80
b) Xestión de servizos.....	80
3. Ficha do proceso .....	82
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	83
5. Información complementaria .....	84
1. Indicadores e informes .....	84
2. Rexistros/evidencias .....	84
3. Normativa e documentación relacionada.....	84
4. Glosario de abreviaturas.....	84
6. Formatos.....	84

### Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

### Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Adaptado por	Comisión de Calidade da Escola de Enfermaría	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de centro	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer a sistemática para xestionar os recursos materiais e os servizos de que dispoñen ou ofertan os centros, co fin de alcanzar os obxectivos establecidos nos plans de estudo e cubrir as necesidades e satisfacer as expectativas dos seus grupos de interese.

## 2. Desenvolvemento

### a) Xestión de recursos materiais

Os gastos xerais do centro (consumo enerxético, consumo de recursos naturais, mantemento de instalacións comúns, reformas, ampliación e mellora de infraestruturas, etc.) xestiónase a través do servizo central da USC e será responsabilidade do pagamento o centro de gasto (EOXI de Lugo, Cervo e Monforte) o órgano que asume as competencias de economía.

Coincidindo co proceso clave *PC-02 Planificación das ensinanzas*, o equipo de dirección do centro identifica as necesidades en canto a recursos materiais: aulas, laboratorios, despachos de titorías, salas de lectura, aulas de informática, etc.

Así mesmo, determina aquelas necesidades que debe cubrir con cargo ao seu orzamento e aquelas outras que debe comunicar para a súa tramitación. As necesidades detectadas deberán terse en conta nos procesos estratéxicos do Sistema de Garantía de Calidade (*PE-01 Planificación estratéxica e PE-02 Revisión e mellora*), especialmente cando supoñan gastos a realizar de xeito centralizado.

O/A director/a presenta á Xunta de Centro, para a súa aprobación, a proposta de necesidades.

Dependendo de diversos factores, entre os que destacan a contía económica das necesidades detectadas e o prazo de execución ou vixencia do contrato a realizar, tamén se aplicará a normativa de adquisición ou contratación que corresponda e recolleranse as evidencias (documentos) que a devandita normativa establece.

Ao finalizar o ano, o director/a presenta na Xunta de Centro as necesidades de orzamento do centro.

O centro de gasto será as responsable do mantemento ordinario do edificio. A universidade disporá dun Plan básico de mantemento anual de edificios, cuxas tarefas son enviadas ao centro de gasto.

A planificación dos recursos materiais necesarios será obxecto de análise no marco do proceso *PE-02-Revisión e mellora*, e no marco da elaboración da memoria de calidade do centro (MCC) a Comisión de Calidade do Centro (CCC) realizará unha valoración dos recursos materiais, tendo en conta especialmente os compromisos incluídos nas memorias de verificación de título relativos á creación, posta en marcha ou utilización de novas infraestruturas ou servizos externos á universidade. Tamén se terán en conta as recomendacións xurdidas dos procesos de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos que se imparten no centro.

### b) Xestión de servizos

A correcta xestión dos servizos do centro é unha necesidade que incide directamente na calidade do servizo prestado. Os centros deben garantir unha eficiente e eficaz xestión dos servizos, adaptándose continuamente aos cambios e atendendo á satisfacción dos diferentes grupos de interese. Para todos os servizos do centro é indispensable establecer claramente os procedementos, de tal xeito que se poidan detectar debilidades e establecer melloras de forma continua.

O equipo de dirección, no caso dos servizos prestados no centro, definen e revisan os obxectivos dos distintos servizos, en particular para aqueles que inflúen na calidade do proceso ensino-aprendizaxe das ensinanzas



impartidas. A continuación os responsables dos servizos definen e planifican as actuacións destes sobre a base dos devanditos obxectivos. Aprobadas as accións de mellora inicianse os trámites para a súa posta en marcha e inclúense na planificación anual do centro cando se trate de servizos descentralizados.

O equipo de dirección do centro difundirá interna e externamente os obxectivos dos servizos así como os cambios e melloras adoptadas.

Os servizos son avaliados polos grupos de interese, a través dos procedementos institucionais ou de centro para a xestión de incidencias e para a medición da satisfacción.

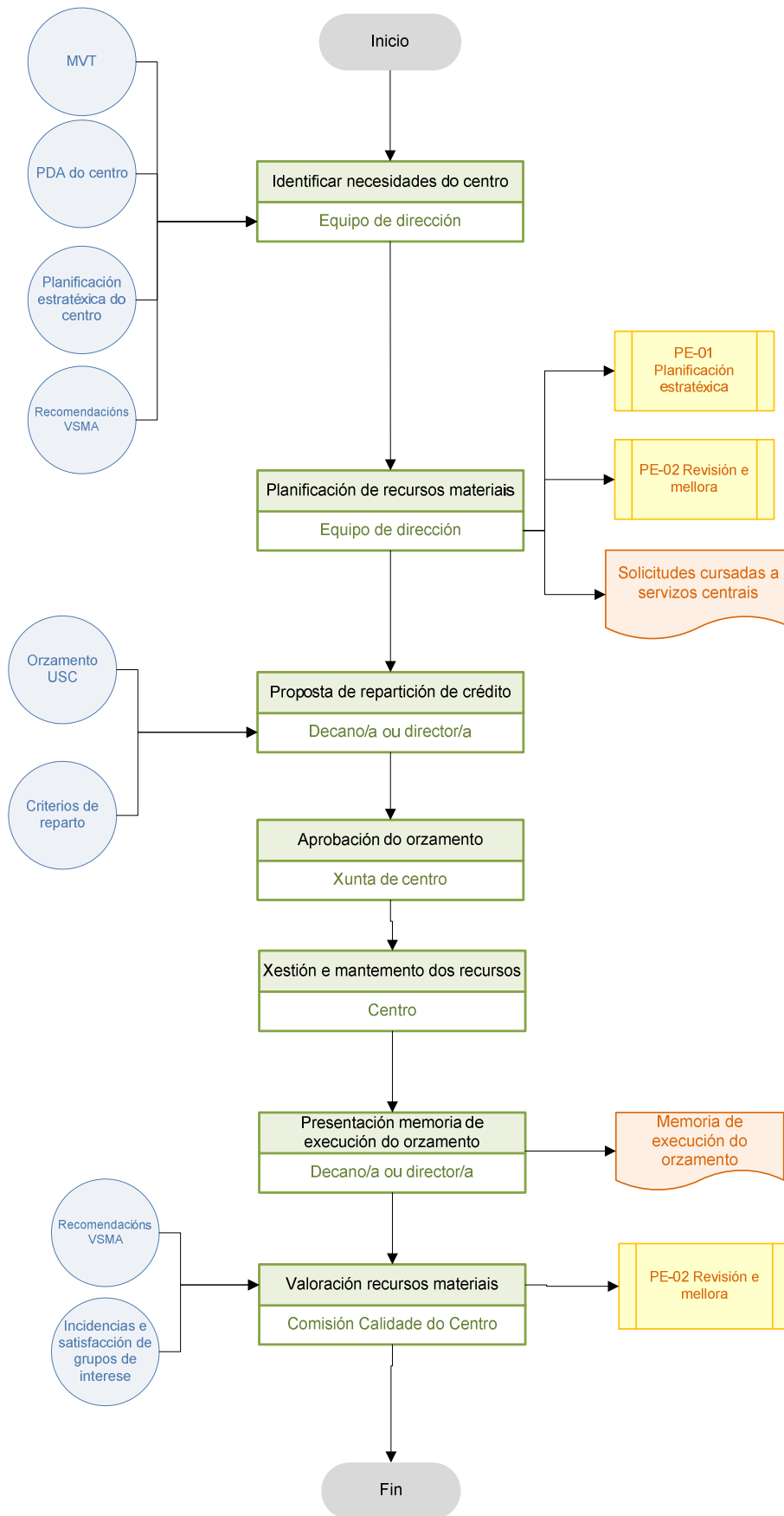
A Comisión de Calidade do Centro, de acordo co proceso estratéxico *PE-02 Revisión e mellora*, deberá realizar unha valoración dos servizos do centro, así como dos índices de satisfacción, reclamacións e procesos abertos relacionados con estes, elaborando finalmente propostas para emendar as debilidades detectadas. Estas propostas remítense ao equipo de dirección para a súa aprobación e/ou remisión á xunta de centro.

Aprobadas as accións correctoras inicianse os trámites para a súa posta en marcha. Os cambios ou accións de mellora adoptadas serán difundidos polo equipo de dirección do centro, que coordinará a súa efectiva realización.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Equipo de dirección
<b>Cargo responsable</b>		Director/a
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de centro. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da escola.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	<p>O equipo de dirección dá conta da execución do orzamento na xunta de centro, a través da memoria de execución.</p> <p>De acordo co proceso <i>PE-02 Revisión e mellora</i>, darase conta a través da Memoria da Calidade do Centro aos diferentes grupos de interese. Este instrumento é aprobado pola xunta de centro na que están representados os colectivos afectados.</p>
<b>Recollida e análise de información</b>		<p>O/a director/a recopilarán a información necesaria para a identificación de necesidades en recursos materiais.</p> <p>A Área de Calidade e Mellora dos Procedementos poñerá a disposición do centro os resultados das enquisas de satisfacción, nas que se pregunta aos diferentes colectivos pola súa satisfacción coas infraestruturas.</p> <p>O/A responsable de calidade do centro recollerá as incidencias presentadas a través do proceso <i>PS-05 Xestión das incidencias (SQR)</i> dos diferentes colectivos e que estean relacionadas cos recursos materiais do centro.</p>
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar na memoria de calidade do centro, que se elabora anualmente, no marco da revisión do funcionamento do SGC.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un plan de melloras anual que será recollido na memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memoria de execución do orzamento</li> <li>2. Solicitudes de recursos materiais cursadas aos servizos centrais</li> </ol>

#### 4. Diagrama de fluxo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Memoria de execución do orzamento	Papel	Secretaría de Dirección	Director/a
Solicitudes cursadas ao cetno de gasto	Papel	Secretaría do Dirección	Director/a

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa adquisición e contratación de recursos materiais e servizos

#### *Normativa e documentación interna*

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa adquisición e contratación de recursos materiais e servizos

### 4. Glosario de abreviaturas

- CCC Comisión de Calidade do Centro
- MCC Memoria de calidade do centro
- MVT Memoria Verificada da Titulación
- PAS Persoal de Administración e Servizos
- PDA Plan Docente Anual
- PDI Persoal Docente e Investigador
- PE Plan estratéxico
- RCC Responsable de calidade do centro
- SGC Sistema de Garantía de Calidade
- SQR Xestión de incidencias

## 6. Formatos

Non se establecen formatos para este proceso.



## PS-03 Xestión documental

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	88
2. Desenvolvemento .....	88
<i>Elaboración e aprobación</i> .....	88
<i>Conservación e custodia</i> .....	88
<i>Distribución dos documentos</i> .....	89
3. Ficha do proceso .....	89
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	90
5. Información complementaria .....	91
1. Indicadores e informes .....	91
2. Rexistros/evidencias .....	91
3. Normativa e documentación relacionada.....	91
4. Glosario de abreviaturas.....	91
6. Formatos.....	91

### Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2009	Versión inicial

### Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Adaptado por	Comisión de Calidade do Centro	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de centro	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer a sistemática para elaborar, codificar, revisar, aprobar, distribuír e controlar os documentos que conforman o Sistema de Garantía de Calidade, así como a conservación e custodia das evidencias e rexistros xerados na súa implantación.

## 2. Desenvolvemento

### *Elaboración e aprobación*

A Área de Calidade e Mellora dos Procedementos (ACMP) elabora os documentos marco que conforman o SGC e que inclúe o Manual do sistema e o Manual de procesos. A elaboración e aprobación dos documentos marco establécense no proceso institucional *PI-05 Xestión documental*.

A Comisión de Calidade do Centro (CCC), en colaboración coa ACMP, identifica aqueles axustes á documentación ou documentación nova que debe xerar en función da especificidade do centro.

A CCC elabora os documentos particularizados, remíteos para a súa revisión á ACMP e posteriormente preséntaos ante á xunta de escola para a súa aprobación. Unha vez aprobados a nivel de centro, elévanse á Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno (CCPdCG) para a súa aprobación a nivel institucional, excepto no caso particular da primeira edición da documentación do Sistema de Garantía de Calidade (SGC) na que será o Consello de Goberno quen proceda á súa aprobación.

Coincidindo coa análise de resultados do sistema, prevista no proceso *PE-02 Revisión e mellora*, ou cando se produzan cambios que afecten ao SGC, a CCC procede a revisar a documentación para comprobar a súa adecuación e, se é o caso, realizar os axustes oportunos. A sistemática será a indicada anteriormente para a elaboración inicial.

Calquera documento do SGC definido polo centro (definición de procesos, formatos, etc.), entra en vigor no momento da súa aprobación pola CCPdCG. Se o centro optase por non utilizar documentos en soporte papel, senón utilizar unicamente documentos en soporte electrónico, déixase constancia da revisión e aprobación na acta correspondente da xunta de escola e da CCPdCG respectivamente. En todo caso, o/a responsable de calidade do centro (RCC) toma as medidas necesarias para, por un lado, asegurar a dispoñibilidade no seu punto de uso da versión actualizada de cada un dos documentos do SGC e, por outro, de que se dispón das medidas de seguridade/protección necesarias.

Cada vez que un documento sexa modificado, asígnaselle un novo estado de versión e identifícanse os cambios realizados mediante o seu rexistro no cadro de revisións definido a tal fin. Ao primeiro documento elaborado asígnaselle a versión "01".

### *Conservación e custodia*

Tanto no caso de evidencias e rexistros recollidos en papel como en soporte informático, os documentos deberán ser lexibles e conservarse de forma que se poidan recuperar doadamente, e en condicións que eviten unha posible perda ou deterioro.

As evidencias consérvanse, polo menos, ata a seguinte visita de certificación do SGC, agás que se indique expresamente outro particular. Aquelas evidencias que se encontren suxeitas a lexislación específica deben conservarse durante o tempo que esta sinala.



O acceso aos arquivos está limitado ao/á RCC e ás persoas autorizadas, ás persoas responsables da súa custodia e ao equipo de dirección do centro.

#### *Distribución dos documentos*

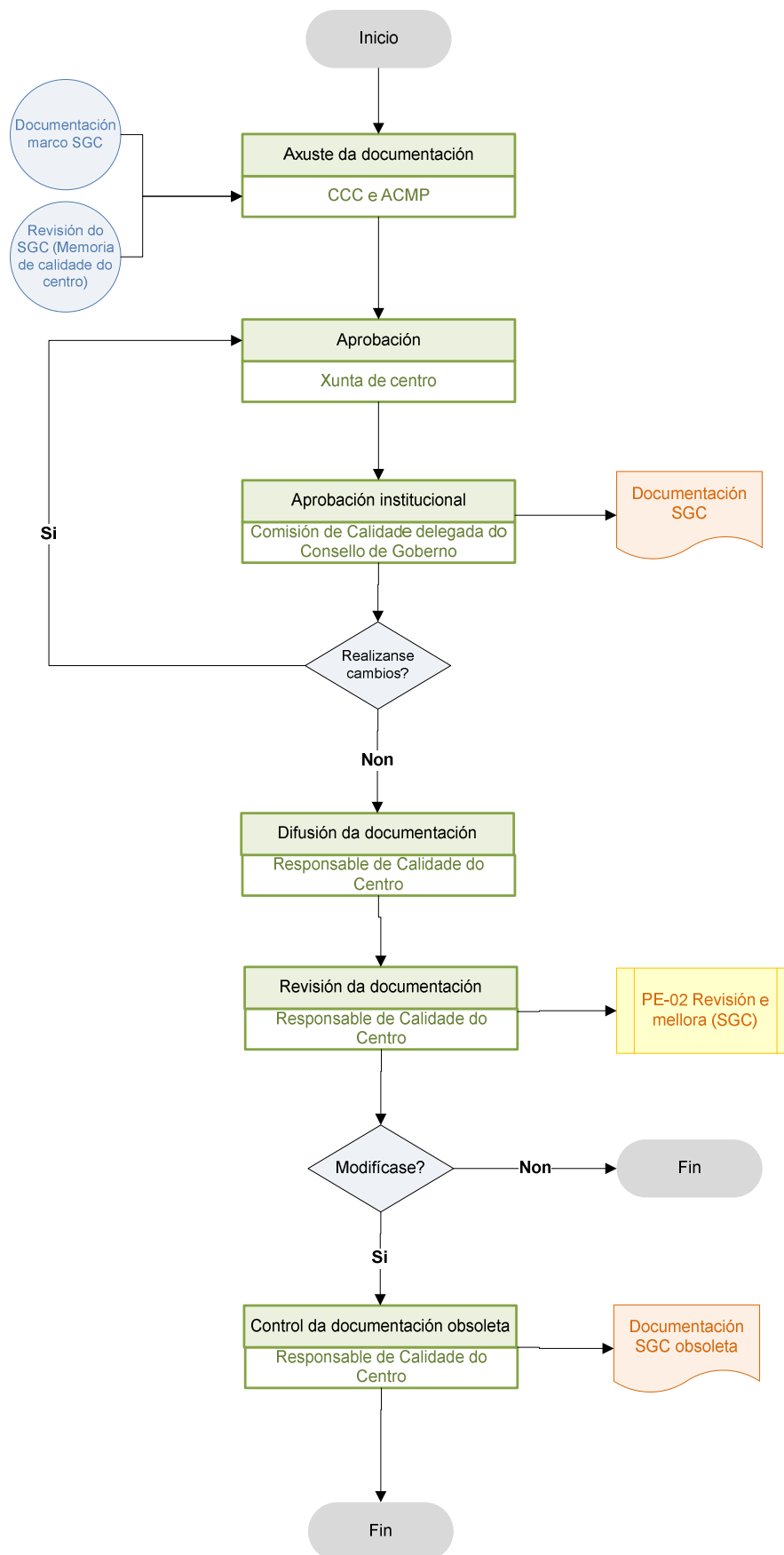
Asegúrase a distribución da versión actualizada da documentación que compón o SGC mediante a súa publicación na páxina web do centro.

Cando un documento deixe de estar en vigor, o/a RCC comunícao a todo o persoal do centro e á ACMP, e procede a destruír o orixinal en papel, se é o caso, gardando unha copia en soporte informático recoñecido baixo o epígrafe de “*Documento obsoleto*”.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Comisión de Calidade do Centro
<b>Cargo responsable</b>		Responsable de Calidade do centro
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de centro. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da facultade</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	<p>A documentación elaborada no marco do SGC é aprobada pola xunta de centro, o que asegura a rendición de contas.</p> <p>De acordo co proceso <i>PE-02 Revisión e mellora</i>, darase conta a través da memoria de calidade do centro aos diferentes grupos de interese. Este instrumento é aprobado pola xunta de centro na que están representados os colectivos afectados.</p> <p>Por outra banda, a documentación que forma o SGC publícanse na páxina web, sendo de libre acceso para todos os grupos de interese.</p>
<b>Recollida e análise de información</b>		<p>A Área de Calidade e Mellora dos Procedementos poñerá a disposición do centro a documentación marco aprobada de acordo co proceso institucional <i>PI-05 Xestión documental</i>.</p> <p>O/A responsable de calidade do centro será a persoa responsable de levar o control da documentación aprobada e obsoleta, así como da súa difusión.</p>
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar na memoria de calidade do centro, que se elabora anualmente, no marco da revisión do funcionamento do SGC.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un plan de melloras anual que será recollido na memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentación do SGC vixente</li> <li>2. Documentación do SGC obsoleta</li> </ol>

#### 4. Diagrama de fluxo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Documentación do SGC vixente	Soporte electrónico	-Páxina web	Responsable de Calidade do Centro
Documentación do SGC obsoleta	Soporte electrónico	-Aplicación de Axuda aos Sistemas de Xestión	Responsable de Calidade do Centro

### 3. Normativa e documentación relacionada

Lexislación e referencias externas

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa xestión documental

Normativa e documentación interna

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa xestión documental

### 4. Glosario de abreviaturas

- ACMP Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- CCC Comisión de Calidade do Centro
- CCC Responsable de calidade do centro
- CCPdCG Comisión de Calidade delegada de Consello de Goberno
- RCC Responsable de calidade do centro
- SGC Sistema de Garantía de Calidade
- SQR Xestión de incidencias

### 6. Formatos

Non se establecen formatos asociados.



## **PS-04 Satisfacción, expectativas e necesidades**

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	95
2. Desenvolvemento .....	95
3. Ficha do proceso .....	96
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	97
5. Información complementaria .....	98
1. Indicadores e informes .....	98
2. Rexistros/evidencias .....	98
3. Normativa e documentación relacionada.....	98
4. Glosario de abreviaturas.....	98
6. Formatos.....	99

## Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

## Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Adaptado por	Comisión de Calidade do Centro	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de Escola de Enfermaría	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer e documentar como se planifica e desprega a medición da satisfacción dos grupos de interese para garantir o coñecemento da súa opinión en estudos de satisfacción exclusivos do centro.

## 2. Desenvolvemento

A medición da satisfacción dos principais grupos de interese artículase, a nivel institucional, a través da Área de Calidade e Mellora dos Procedementos (ACMP) que é a encargada de elaborar, realizar e procesar os instrumentos de medición da satisfacción considerados obrigatorios no marco dos sistemas de garantía de calidade (SGC). Non obstante, os centros poden desenvolver instrumentos propios dirixidos a cubrir ocos existentes na información proporcionada ou a profundizar en determinados aspectos.

A Comisión de Calidade do Centro (CCC), por iniciativa propia ou a proposta do equipo de dirección, pode decidir a realización de estudos de satisfacción propios. Nese caso, deberanse concretar os seguintes elementos:

- o obxecto do estudo
- a poboación á que estará dirixido
- o método de investigación (enquisas, grupos focais, entrevistas, etc.)
- os recursos necesarios para o seu desenvolvemento

Antes de aprobar a realización deste estudo, a CCC deberá ter en conta se existe información institucional proporcionada a través da ACMP no mesmo eido e buscar a racionalización dos recursos para non duplicar estudos.

A dirección do centro será a encargada do deseño e aplicación do estudo de satisfacción, así como da análise estatística, se é o caso, e da elaboración dos informes de resultados.

O/A responsable de calidade do centro (RCC) será a persoa encargada de recompilar e remitir ás comisións de título e á CCC os resultados co fin de que se analicen no marco dos procesos *PC-05 Análise de resultados* e *PE-02 Revisión e mellora*. O resultado desta análise e as propostas de mellora que afecten aos plans de estudos serán incorporados ao autoinforme de seguimento/acreditación dos títulos, se é o caso, e/ou á memoria de calidade do centro (MCC).

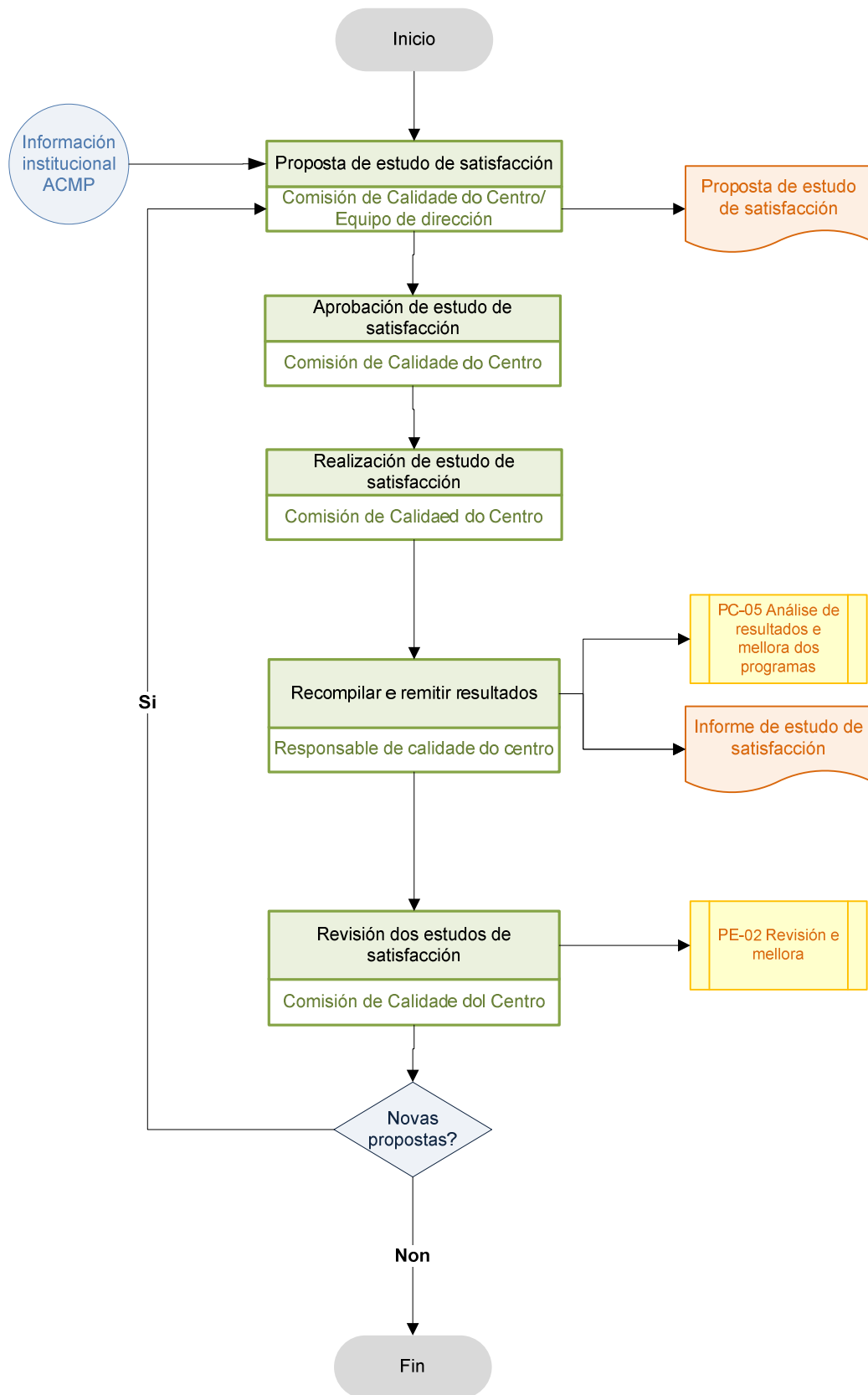
En función dos estudos realizados e dos resultados, a CCC poderá propor novos estudos de satisfacción ou a eliminación dos existentes.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Comisión de Calidade do Centro
<b>Cargo responsable</b>		Responsable de calidade do centro
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de centro. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da facultade</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	De acordo co proceso <i>PE-02 Revisión e mellora</i> , darase conta a través da memoria de calidade do centro (MCC) aos diferentes grupos de interese. Este instrumento é aprobado pola xunta de centro na que están representados os colectivos afectados.
<b>Recollida e análise de información</b>		O/A responsable de calidade do centro será a persoa responsable da supervisión, execución dos estudos así como da súa recompilación e análise nos procesos pertinentes.
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar na memoria de calidade do centro, que se elabora anualmente, no marco da revisión do funcionamento do SGC.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un plan de melloras anual, que será recollido na memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proposta de estudo de satisfacción</li> <li>2. Informe do estudo de satisfacción</li> </ol>



#### 4. Diagrama de fluxo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Proposta de estudo de satisfacción	Soporte electrónico	AASX	Responsable de calidade do centro
Informe do estudo de satisfacción	Soporte electrónico	AASX	Responsable de calidade do centro

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Documentación do programa Fides-Audit. Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia (ACSUG)
- Criterios e directrices para o aseguramento da calidade no Espazo Europeo de Educación Superior (*European Standard Guidelines*). European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA).
- Normativa estatal e autonómica relativa a la organización das ensinanzas universitarias e dereitos dos estudantes

#### *Normativa e documentación interna*

- Normas xerais e estatutos da USC
- Procedementos de realización de enquisas a nivel institucional

### 4. Glosario de abreviaturas

- ACMP            Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- ACSUG        Axencia para a calidade do sistema universitario de Galicia
- CCC            Comisión de Calidade do Centro
- ENQA         European Association for Quality Assurance in Higher Education
- MCC           Memoria de calidade do centro
- RCC           Responsable de calidade do centro
- SGC           Sistema de Garantía de Calidade
- SQR           Suxestións, queixas e reclamacións

## 6. Formatos

Non se establecen formatos asociados pero a proposta de estudo de satisfacción conterà os seguintes elementos mínimos:

- o obxecto do estudo
- a poboación á que estará dirixido
- o método de investigación (enquisas, grupos focais, entrevistas, etc.)

os recursos necesarios para o seu desenvolvemento.



## PS-05 Xestión das incidencias (SQR)

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	103
2. Desenvolvemento .....	103
<i>Tramitación</i> .....	103
3. Ficha do proceso .....	104
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	105
5. Información complementaria .....	106
1. Indicadores e informes .....	106
2. Rexistros/evidencias .....	106
3. Normativa e documentación relacionada.....	106
4. Glosario de abreviaturas.....	106
6. Formatos.....	106

### Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2019	Versión inicial

### Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Adaptado por	Comisión de Calidade da Escola de Enfermería	21/10/2019
Aprobado por	Xunta de centro	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer a sistemática para rexistrar, xestionar e analizar as posibles incidencias (suxestións, queixas e reclamacións) que se presenten no centro.

## 2. Desenvolvemento

Calquera membro da comunidade universitaria pode presentar directamente no centro as incidencias que considere oportunas. O/a director/a é o responsable de rexistralas, así como de comunicalas ao órgano competente, ben para a súa xestión ou para resolvelas internamente.

Nos casos en que as incidencias sexan dirixidas polas persoas interesadas aos coordinadores de título, estes trasladarán a información á dirección do centro para o seu rexistro e/ou para a determinación do órgano competente para a súa xestión.

O estudiantado, de acordo coa normativa vixente para a avaliación do rendemento e revisión de cualificacións, terá dereito á revisión das súas cualificacións e á presentación de reclamacións, tendo que ser dirixida ao decano/a-director/a do centro.

### *Tramitación*

Unha vez recibida no centro a incidencia, presentada por calquera das vías mencionadas anteriormente, é o/a decano/a ou director/a a persoa responsable da análise e toma de decisións sobre elas. As fases polas que deberán pasar as queixas, suxestións ou reclamacións son:

- O/A decano/a é responsable de decidir se se admite ou non a trámite. No caso de admitila, informará da incidencia á persoa ou órgano afectado dándolle un prazo para presentar as súas alegacións.
- Se a queixa, suxestión ou reclamación afecta a un proceso para o que o centro conta cunha comisión responsable, daralle traslado, xunto coas alegacións, para que a comisión emita un informe que sirva de base para a resolución.
- No caso de que afecte a un proceso directamente baixo a responsabilidade do equipo de dirección do centro, resolverá o director/a.
- No suposto de que afecte a asuntos cuxa responsabilidade recaia en órganos alleos ao centro, o/a director/a daralle traslado ao órgano competente.

No caso de que calquera persoa presente unha queixa, suxestión ou recurso a través doutra canle das establecidas no proceso institucional *PI-07 Xestión de incidencias (SQR)*, o centro emitirá un informe a requirimento do órgano correspondente, que terá a obriga de informalo da resolución adoptada.

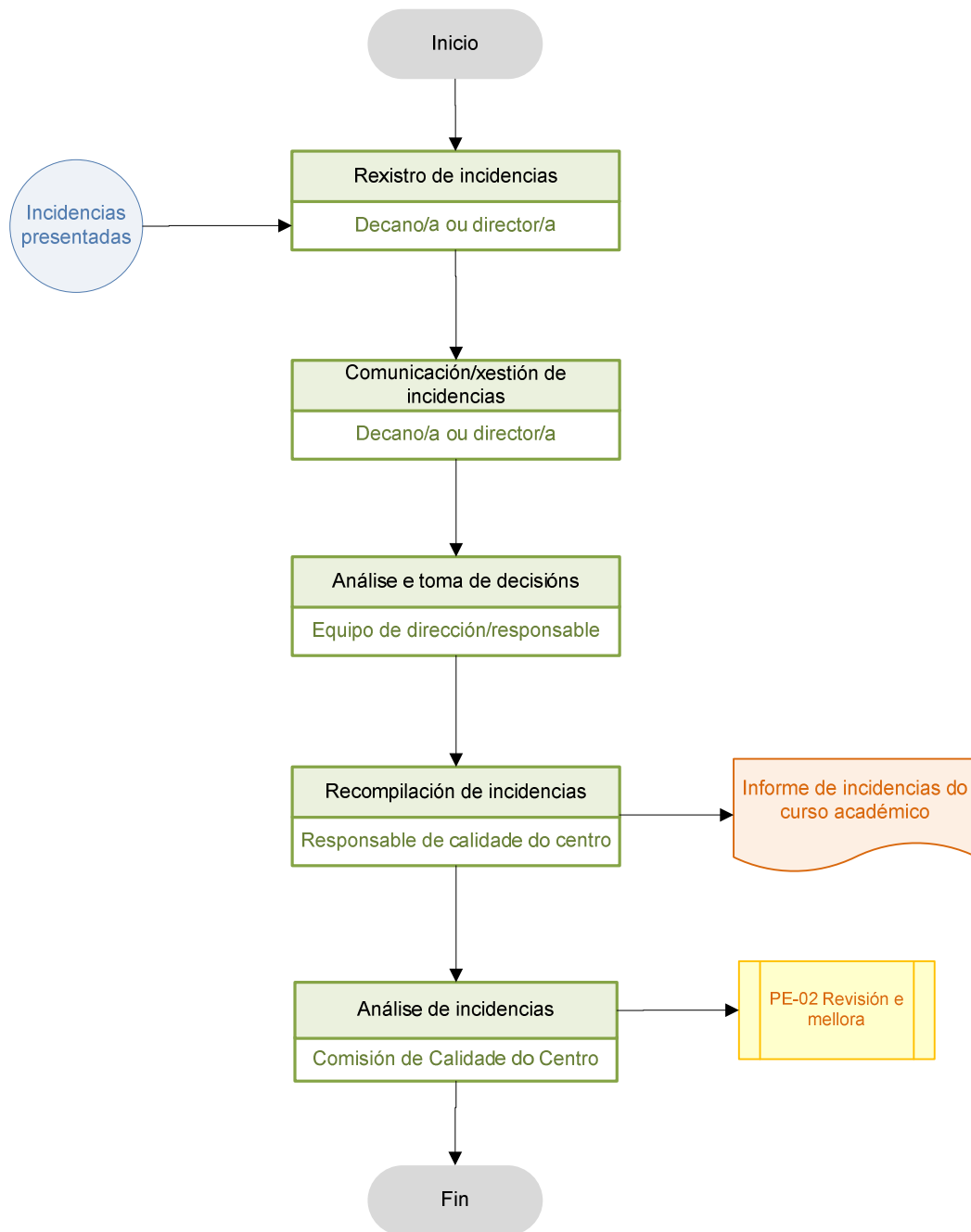
As incidencias tratadas internamente polo centro e aquelas das que o centro tivese que informar a outros órganos, serán recompiladas polo/a responsable de calidade do centro nun informe para a súa análise posterior pola Comisión de Calidade do Centro (CCC), de acordo ao recollido no proceso *PE-02 Revisión e mellora*.

### 3. Ficha do proceso

<b>Responsable</b>		Equipo de dirección do centro
<b>Cargo responsable</b>		Director/a
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de centro. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da facultade.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	De acordo co proceso <i>PE-02 Revisión e mellora</i> , darase conta a través da memoria de calidade do centro (MCC) aos diferentes grupos de interese. Este instrumento é aprobado pola xunta de centro na que están representados os colectivos afectados.
<b>Recollida e análise de información</b>		O/A responsable de calidade do centro será a persoa responsable da recompilación e elaboración dun informe coas incidencias presentadas.
<b>Seguimento, revisión e mellora do proceso</b>		<p>Anualmente, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar na memoria de calidade do centro, que se elabora anualmente, no marco da revisión do funcionamento do SGC.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un plan de melloras anual que será recollido na memoria de calidade do centro.</p>
<b>Evidencias</b>		1. Informe de incidencias do curso académico



#### 4. Diagrama de fluxo do proceso



## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Informe de incidencias do curso académico	Soporte electrónico	Secretaría do Decanato/AASX	Director/a

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa ordenación das ensinanzas e avaliación do rendemento académico

#### *Normativa e documentación interna*

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa ordenación das ensinanzas, avaliación do rendemento académico e coa xestión das queixas

### 4. Glosario de abreviaturas

- CCC Comisión de Calidade do Centro
- MCC Memoria de calidade do centro
- SGC Sistema de Garantía de Calidade
- SQR Suxestións, queixas e reclamacións

## 6. Formatos

Non se establecen formatos asociados pero o informe deberá conter os seguintes elementos mínimos:

- incidencias presentadas directamente no centro: tipoloxía e resolucións adoptadas
- incidencias presentadas por outras vías: tipoloxía e resolucións adoptadas



## PS-06 Información pública

[\[Ir a índice\]](#)

## Índice

1. Obxecto.....	110
2. Desenvolvemento .....	110
3. Ficha de proceso.....	111
4. Diagrama de fluxo do proceso.....	112
5. Información complementaria .....	113
1. Indicadores e informes .....	113
2. Rexistros/evidencias .....	113
3. Normativa e documentación relacionada.....	113
4. Glosario de abreviaturas.....	113
6. Formatos.....	113

### Historial de revisións

Número	Data	Modificacións
01	19/12/2009	Versión inicial

### Control da elaboración e aprobación

Fase	Unidade/Órgano	Data
Adaptado por	Comisión de Calidade do Centro	21/10/2019
Aprobado por	Xunta da Escola de Enfermaría	25/11/2019
Aprobado por	Comisión de Calidade e Planificación delegada de Consello de Goberno	19/12/2019

## 1. Obxecto

Establecer a sistemática para facer pública a información relevante das titulacións impartidas no centro, así como o modo no que se realiza a súa revisión periódica e actualización con fin de manter informados aos grupos de interese do centro.

## 2. Desenvolvemento

Anualmente as comisións de título serán as responsables de revisar e analizar se a información pública dos títulos está actualizada e cumpre coa información mínima requirida no ciclo VSMA (verificación, seguimento, modificación e acreditación). De non ser así, as persoas coordinadoras dos títulos promoverán a actualización e o/a responsable de calidade do centro (RCC) asegurará que a revisión e modificación oportunas se realizan.

No caso de considerar que a información é insuficiente ou errónea o/a RCC, ou persoa en quen delegue, deberá recompilar os datos ou mellorar aqueles aspectos que resulten deficientes, solicitando á Área de Calidade e Mellora dos Procedementos (ACMP) aquela información da que non dispoña.

Os distintos procedementos do SGC deberán recoller, na súa planificación, os documentos que deben ser obxecto de difusión.

A Comisión de Calidade do Centro (CCC) propondrá que información publicar en relación cos resultados do SGC e o/a decano/a ou director/a aprobará a súa difusión.

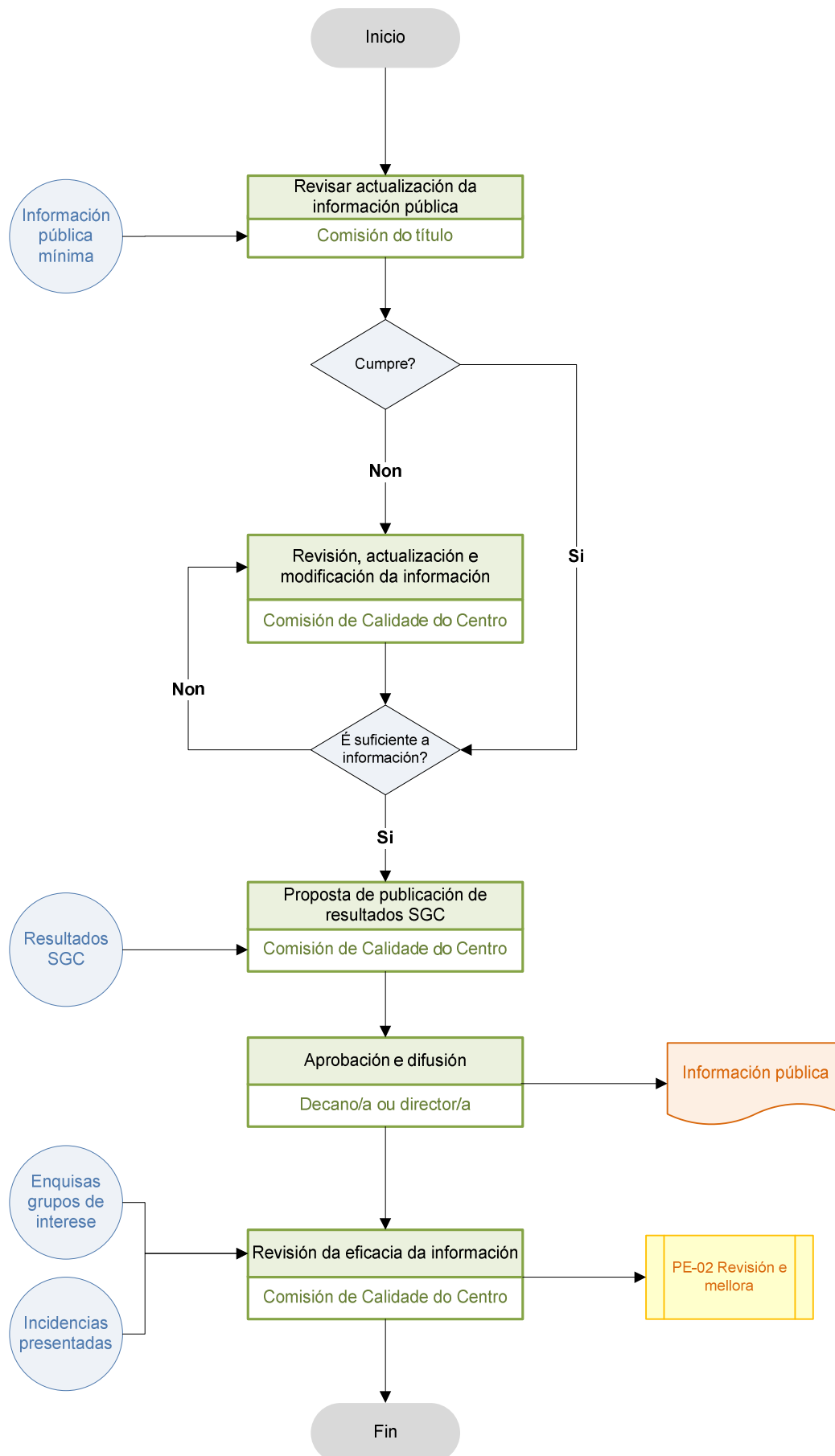
Para calquera documento ou información que sexa obxecto de información pública, deberán terse en conta as disposicións do Manual de imaxe corporativa da institución. Para isto, a CCC poderá establecer formatos específicos para a documentación xerada polo SGC do centro.

A CCC revisará o funcionamento do proceso á vista das incidencias presentadas e da satisfacción coa información pública dos diferentes grupos de interese e propondrá as melloras necesarias, que se trasladarán ao plan de melloras e á memoria de calidade do centro (MCC).

### 3. Ficha de proceso

<b>Responsable</b>		Equipo de dirección do centro
<b>Cargo responsable</b>		Director/a
<b>Grupos de interese</b>	<b>Implicados e mecanismos de participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profesorado</b></li> <li>- <b>Alumnado</b></li> <li>- <b>Persoal de apoio</b></li> </ul> <p>Participan a través da Comisión de Calidade do Centro e das comisións de título e están representados na xunta de escola. Tamén se recolle información destes colectivos a través do procedemento de <i>PS-05 Xestión de incidencias (SQR)</i> e das enquisas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equipo de dirección:</b> forma parte de todos os órganos de decisión da escola.</li> </ul>
	<b>Rendición de contas</b>	De acordo co proceso <i>PE-02 Revisión e mellora</i> , darase conta a través da memoria de calidade do centro (MCC) aos diferentes grupos de interese. Este instrumento é aprobado pola xunta de centro na que están representados os colectivos afectados.
<b>Recollida e análise de información</b>		A ACMP proporciona anualmente a información de resultados (indicadores e informes). As comisións de título e o/a RCC serán os encargados de revisala e solicitar a revisión ou ampliación da información que consideren oportuna. Se o centro dispón de indicadores e informes propios, o/a RCC será a persoa responsable de proporcionar esa información.
<b>Seguimento, revisión e mellora</b>		<p>Anualmente, revisarase o funcionamento do proceso e proporanse as medidas que se consideren oportunas para a súa mellora.</p> <p>Os cambios propostos deberán constar na memoria de calidade do centro, que se elabora anualmente, no marco da revisión do funcionamento do SGC.</p> <p>As áreas de mellora detectadas trasladaranse á un plan de melloras anual que será recollido na memoria de calidade do centro (MCC).</p>
<b>Evidencias</b>		1. Páxina web do centro

#### 4. Diagrama de fluxo do proceso





## 5. Información complementaria

### 1. Indicadores e informes

A ACMP definirá anualmente os indicadores e informes a empregar para cada proceso. A lista de indicadores e informes será remitida aos centros e estará dispoñible na páxina web da ACMP.

### 2. Rexistros/evidencias

Todos os órganos colexiados acordan as súas decisións mediante actas que custodia o/a secretario/a do órgano e que se atopan dispoñibles no centro.

Rexistro/evidencia	Soporte	Onde se atopa	Responsable
Información pública	Formato electrónico	Páxina web	Director/a

### 3. Normativa e documentación relacionada

#### *Lexislación e referencias externas*

- Normativa estatal e autonómica relacionada coa ordenación das ensinanzas universitarias, a información pública, a transparencia e o bo goberno.
- Documentación do programa Fides-Audit. Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia (ACSUG).
- Criterios e directrices para o aseguramento da calidade no Espazo Europeo de Educación Superior (*European Standard Guidelines*). European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA).

#### *Normativa e documentación interna*

- Estatutos da USC e normativa interna relacionada coa información pública a transparencia e o bo goberno.

### 4. Glosario de abreviaturas

- ACMP Área de Calidade e Mellora dos Procedementos
- ACSUG Axencia para a calidade do sistema universitario de Galicia
- CCC Comisión de Calidade do Centro
- Ciclo VSMA Ciclo de verificación, seguimento, modificación e acreditación dos títulos oficiais
- ENQA European Association for Quality Assurance in Higher Education
- MCC Memoria de calidade do centro
- RCC Responsable de calidade do centro
- SGC Sistema de Garantía de Calidade
- SQR Suxestión, queixas e reclamacións

### 6. Formatos

Non se establecen formatos para as evidencias xeradas por este proceso.