

# **INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO**

**ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR  
DE JAÉN  
UNIVERSIDAD DE JAÉN**

Fecha de emisión de informe: 03/12/2025

V01

**RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA**

El objetivo principal de la auditoría interna ha sido revisar el grado de implantación y detectar desviaciones del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro con respecto a los requisitos del Programa IMPLANTA-SGCC y a los requisitos establecidos por el propio sistema.

El propósito fundamental es aplicar un plan de acciones correctivas a tales desviaciones detectadas (no conformidades) y permitir obtener una situación de partida más favorable ante la futura auditoría de seguimiento de la certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de la ACCUA. En este sentido, las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas en este informe deberían tratarse como recomendaciones a evaluar y, en su caso, a tener en cuenta por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.


En términos generales, se considera que el SGC diseñado e implementado es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo. No obstante, en este informe de auditoría se indican 8 Observaciones Generales al SGC y 2 Oportunidades de Mejora. No se han detectado No-conformidades.

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que tanto la Comisión de Garantía de Calidad como el Equipo Directivo de la EPSJ están compuestos por personas muy implicadas y claramente orientadas a la mejora continua del Centro, por lo que se espera que impulsarán las acciones correctivas necesarias para mejorar el sistema de garantía de calidad y, por ende, la mejora del propio Centro.

Se anima a los responsables del SGC que valoren y tengan en cuenta las observaciones generales detalladas en las páginas 6, 7 y 8 de este informe, ya que se tratan de recomendaciones de especial seguimiento que podrían eliminar las causas de posibles no conformidades futuras.

Asimismo, las oportunidades de mejora (página 8) debe tratarse como recomendaciones que podría mejorar aspectos del SGC implantado en el Centro.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias.

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Nº Informe: 2025/06 Fecha: 03/12/2025
---	--	--

Datos del Centro auditado	
Universidad	UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro	ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR DE JAÉN
Representante de la Institución auditada	Jorge Delgado García Director de la EPSJ dir.epsj@ujaen.es
Norma de aplicación de referencia	<a href="#">Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC</a> (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V04).
Fecha de la auditoría	28 de noviembre de 2025

Equipo auditor
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auditor Jefe: Jacinto Fernández Lombardo. Universidad de Jaén.</li> <li>▪ Auditor: Francisco José Espinosa Montoro. Universidad de Jaén.</li> <li>▪ Auditora: María Belén Blázquez Vilaplana. Universidad de Jaén.</li> </ul>

Criterios de auditoría
<p>El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC).</li> <li>▪ Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC).</li> </ul>

Objetivos de la auditoría interna
<p>Los objetivos de la auditoría son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría.</li> <li>▪ Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia).</li> <li>▪ Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC en cada ciclo de gestión.</li> <li>▪ Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGCC.</li> <li>▪ Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.</li> </ul>

**Alcance de la auditoría interna**

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

**Desarrollo de la auditoría**

El Plan de Auditoría Interna del Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la Universidad de Jaén (año 2025), de fecha 11/04/2025, establece la realización de la presente auditoría interna.

El equipo auditor ha sido nombrado por la Universidad de Jaén.

La visita de auditoría interna ha tenido lugar en el día 28 de noviembre de 2025, mediante reunión celebrada presencialmente en la sala A3-158 del Campus Las Lagunillas.

Cumpliendo el Programa de Auditoría Interna (anexo I), el equipo auditor ha realizado la entrevista programada. Previamente, el equipo auditor había revisado la documentación que había sido facilitada por el Centro al equipo auditor.

Esta auditoría interna se ha centrado principalmente en los registros/evidencias generados por el Sistema de Garantía de Calidad (SGC) en el ciclo de gestión anterior y en el actual ciclo de gestión hasta el día de la fecha.

La visita de auditoría ha consistido en mantener una entrevista con la Comisión de Garantía de Calidad del Centro, en el que el equipo auditor les ha realizado una serie de preguntas con objeto de comprobar, completar o aclarar dudas sobre la información disponible en relación con el grado de implantación del SGC de la Escuela Politécnica Superior de Jaén.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría han sido: entrevista, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

Cabe destacar la participación activa de las personas que han asistido a la entrevista programada, así como las facilidades que el Centro ha proporcionado a este equipo auditor para la realización de la auditoría.

En la parte final de este Informe se incluye la lista de participantes en la entrevista realizada durante el día de visita de auditoría.

Durante la entrevista programada, el equipo auditor pudo obtener evidencias de auditoría, principalmente por observación de los registros mostrados en pantalla y también a través de declaraciones verbales de las personas presentes.

Los resultados de la evaluación de las evidencias de auditoría recopiladas frente a los criterios de auditoría (hallazgos de auditoría) se describen a continuación en forma de No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad Menor (nc), Observaciones Generales al SGC, Oportunidades de Mejora y Fortalezas detectadas en el SGC.

Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No Conformidad Mayor (NCM): Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGC o de la norma de referencia (IMPLANTA-SGCC).
- No Conformidad Menor (nc): Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGC.

El tratamiento de las No Conformidades (NCM y nc) recogidas en el informe final de auditoría deberá ser documentado en un Plan de Acciones Correctivas.

Cuando ocurra una No Conformidad, la organización debe:

- a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable, tomar acciones para controlarla y corregirla, hacer frente a las consecuencias.
- b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante la revisión y el análisis de la no conformidad; la determinación de las causas de la no conformidad; la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.
- c) Implementar cualquier acción necesaria.
- d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.
- e) Si fuera necesario, hacer los cambios en el sistema de garantía de calidad.


Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Las Observaciones Generales al SGC identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

Las Oportunidades de Mejora identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de mejorar aspectos del SGC implantado en el Centro.

El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo, por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias y que no han quedado cuestiones por resolver a la finalización de esta auditoría.


	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Nº Informe: 2025/06 Fecha: 03/12/2025
---	--	--

Resumen global de la auditoría por cada Criterio/Dimensión IMPLANTA-SGCC			
Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC		Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC	
1. Información pública.	No Conf.	2. Política de aseguramiento de la calidad.	No Conf.
1.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.		2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad.	
		2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida continua, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.	
		2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.	
3. Personal docente e investigador.	No Conf.	4. Gestión de recursos materiales y servicios.	No Conf.
3.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.		4.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes para la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.	
5. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.	No Conf.		
5.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuye a favorecer el aprendizaje del alumnado.			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES			
Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
-	-	-	-

OBSERVACIONES GENERALES AL SGC (excluyendo las no conformidades)		
Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
OBS1	No se documenta sistemáticamente la justificación de los cambios o actualizaciones de la información publicada en función de las necesidades detectadas de los grupos de interés. El Centro debe disponer de un proceso regulado que le permita la recogida continua de información para la toma	1

	de decisiones relacionada con la información que precisa publicar, y estas decisiones deben tener en cuenta la utilidad de la información y las necesidades detectadas de los diferentes grupos de interés. Se debe fortalecer la evidencia documental de este análisis y su utilidad.	
<b>OBS2</b>	<b>Existencia de puestos vacantes en los órganos colegiados.</b> La existencia de puestos vacantes en los órganos colegiados (Comisión de Garantía de Calidad, Junta de Escuela) afecta la representación de colectivos clave. Aunque el sistema puede estar operativo, la falta de participación plena de los grupos de interés puede limitar la eficacia en la definición y revisión de objetivos y de la política de calidad y el funcionamiento adecuado de los procesos definidos en el SGC. Se debe asegurar la cobertura de estos puestos para garantizar la involucración efectiva de todos los grupos de interés.	2
<b>OBS3</b>	<b>La Comisión de Garantía de Calidad no garantiza la participación de los grupos de interés externos clave (egresados y empleadores).</b> La Comisión de Garantía de Calidad del Centro no incluye un representante de egresados ni de empleadores. Los SGC deben estar orientados a dar respuesta a las necesidades de los distintos grupos de interés, internos y externos. Se recomienda que la Comisión de Garantía de Calidad garantice la participación de los grupos de interés externos clave (egresados y empleadores), permitiéndoles participar activamente en dicha Comisión.	2
<b>OBS4</b>	<b>No se ha documentado el Registro “Evidencias de rendición de cuentas” [R-PE01-10].</b> Si bien en el acta nº 76, de fecha 20 de octubre, se recoge información sobre la rendición de cuentas realizada, no consta el Registro “Evidencias de rendición de cuentas” [R-PE01-10]. Este registro podría evidenciarse fácilmente si se añade una columna de evidencias de seguimiento al Documento de Sistemática de Rendición de Cuentas, en el que se pueden enlazar los registros/evidencias correspondientes.	2
<b>OBS5</b>	<b>Necesidad de aplicar mecanismos para la recogida de información que detecten necesidades de personal académico adecuado.</b> Aunque la Escuela realiza esfuerzos para identificar las necesidades de dotación de Personal Docente e Investigador (PDI), se observa la necesidad de sistematizar y formalizar el proceso de coordinación y participación de todos los agentes implicados (p. e. departamentos, coordinadores de títulos, y otros grupos de interés). La coordinación para la detección de estas necesidades y su posterior traslado a los órganos universitarios competentes debe ser un procedimiento claro y documentado.	3
<b>OBS6</b>	<b>Necesidad de realizar un seguimiento a las necesidades de recursos materiales y servicios identificadas.</b> Se ha constatado que el Centro identifica y documenta las necesidades de recursos materiales y servicios. No obstante, se ha encontrado una deficiencia en el seguimiento sistemático y documentado de la resolución de estas necesidades una vez que han sido identificadas y comunicadas a los órganos universitarios competentes. El SGC debe demostrar que el ciclo de mejora resulta eficaz. Es necesario que el Plan de Mejora del Centro incluya las acciones definidas para atender estas necesidades y que se haga un seguimiento periódico de su consecución.	4

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Nº Informe: 2025/06 Fecha: 03/12/2025
---	--	--

<b>OBS7</b>	<b>Falta de información relevante sobre número de estudiantes de movilidad entrantes que afectan a la planificación de los grupos de prácticas.</b> Se identifica una falta de información relevante sobre el número de estudiantes de movilidad entrante que afecta directamente a la planificación y gestión de los grupos de prácticas. El Centro debe disponer de la información de estudiantes de movilidad entrantes con tiempo suficiente para planificar la capacidad y la asignación de recursos para las prácticas externas.	
<b>OBS8</b>	<b>Necesidad de revisar de forma sistemática el perfil idóneo de ingreso.</b> El Centro debe analizar la información de los resultados obtenidos sobre la aplicación de los mecanismos de acceso y admisión. La toma de decisiones debe basarse en el seguimiento de estos resultados. Durante el proceso de auditoría se ha evidenciado que, por olvido, en el último ciclo de gestión el Centro no ha revisado el perfil idóneo de ingreso. La no revisión del perfil idóneo de ingreso evidencia una deficiencia en el análisis requerido para este proceso, afectando la toma de decisiones basada en resultados. Por tanto, se debe garantizar que el Centro revisa periódicamente y analiza los resultados de acceso y admisión, con el fin de valorar la adecuación del perfil de ingreso a los objetivos de los programas formativos y las necesidades detectadas.	5

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b> (excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)		
<b>Nº</b>	<b>Descripción</b>	<b>SGC Centro / Criterio IMPLANTA</b>
<b>OM1</b>	<b>Necesidad de una Comisión Interuniversitaria / Intercentro con competencias en Calidad.</b> Se recomienda crear una Comisión Interuniversitaria / Intercentro con competencias en Calidad, con objeto de coordinar los títulos interuniversitarios e intercentros que son impartidos en la EPSJ. Esto supondría revisar y actualizar el Manual del SGC (órganos SGC) y varios procedimientos, como PC01 (Seguimiento, Modificación y Renovación de la Acreditación de títulos), PE01 (Plan de Mejora), PA02 (Planificación docente), PC02 (Guías docentes).	2
<b>OM2</b>	<b>Complejidad en la gestión de las prácticas externas a través de la plataforma informática.</b> Si bien las prácticas externas es un aspecto muy importante para la Escuela, la complejidad en la gestión a través del medio establecido (plataforma) dificulta enormemente su gestión y genera rechazo por parte de las empresas participantes, que no culminan bien la documentación necesaria o no realizan las encuestas correspondientes. Se recomienda adoptar los pasos necesarios para corregir esta situación.	5



### FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC

- **PF1:** Sistema de gestión documental de los registros/evidencias del SGC de la Escuela.
- **PF2:** Se constata el fuerte apoyo y liderazgo del Equipo de Dirección de la Escuela en la implantación y desarrollo del SGC.
- **PF3:** El Centro está avanzado favorablemente en la implementación y consolidación del Sistema de Garantía de Calidad que aplica.

### PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR


NOMBRE Y APELLIDOS	PUESTO	MODO (presencial / online)
Jorge Delgado García	Director EPSJ y Presidente de CGC	Presencial
Lina García Cabrera	Secretaria EPSJ y Secretaria de CGC	Presencial
Juan Manuel Amezcua Ogáyar	PDI miembro de CGC	Presencial
Tomás M. Fernández del Castillo	PDI miembro de CGC	Presencial
José Domingo Jiménez López	PDI miembro de CGC	Presencial
Alberto Lorite Méndez	Estudiante miembro de CGC	Presencial
Joaquín Segura Martínez	PTGAS miembro de CGC	Presencial
Ángel Gaspar González Rodríguez	Subdirector Coordinación Títulos EPSJ	Presencial
Antonia Chica Rubio	Asesora Técnica de Calidad (SPE)	Presencial
Ángel Luis García Fernández	Subdirector de Gestión de la Calidad EPSJ	Presencial

### EXCUSADOS


NOMBRE Y APELLIDOS	PUESTO
-	-

En Jaén, a 03 de diciembre de 2025

Jacinto Fernández Lombardo. Auditor Jefe.

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Nº Informe: 2025/06 Fecha: 03/12/2025
---	--	--

## ANEXO I

	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA</b>	PAI-SGCC 01/10/2025
	<b>ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR DE JAÉN</b>	

DATOS DEL CENTRO AUDITADO	
Universidad	Universidad de Jaén
Centro	Escuela Politécnica Superior de Jaén (EPSJ)
Representante del Centro	Director de la EPSJ
Norma de aplicación de referencia	<a href="#">Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC</a> (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V04).
Fecha de la auditoría	<b>28 noviembre 2025</b>

EQUIPO AUDITOR			
Función	Nombre y apellidos	Datos de contacto	Organización de origen
Auditor Jefe	Jacinto Fernández Lombardo	<a href="mailto:jafernand@ujaen.es">jafernand@ujaen.es</a>	UJA – Servicio de Planificación y Evaluación
Auditor	Francisco José Espinosa Montoro	<a href="mailto:espinosa@ujaen.es">espinosa@ujaen.es</a>	UJA – Servicio de Gestión de las Enseñanzas
Auditora	María Belén Blázquez Vilaplana	<a href="mailto:bblazquez@ujaen.es">bblazquez@ujaen.es</a>	UJA – Vicedecana de Calidad e Igualdad de la Facultad de Trabajo Social

CRITERIOS DE AUDITORÍA
El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC).
- Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC).

#### OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría.
- Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia).
- Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC en cada ciclo de gestión.
- Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGCC.
- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.

#### ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

#### DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN NECESARIAS DURANTE LA AUDITORÍA INTERNA

El Centro facilitará un enlace (y, en su caso, contraseña) que permita al equipo auditor acceder a la documentación e información que comprende el Sistema de Garantía de Calidad implantado del Centro (SGCC), incluidos sus registros, y que, en su caso, no esté disponible de forma pública en la Web del Centro.

En el análisis de la documentación e información, el equipo auditor tendrá en cuenta los registros generados por el SGCC en el último ciclo de gestión cerrado (curso académico 2024/25) y en el actual. Para ello, podrá:

- Revisar el Manual del SGCC y los Procedimientos del SGCC.
- Revisar la composición y funciones de los órganos que participan en el Sistema de Garantía de Calidad del Centro.
- Revisar los documentos generados por cada procedimiento y, en su caso, formato.

- Revisar las actas de reunión (derivadas de las principales actividades del procedimiento).
- Revisar el cumplimiento de indicadores de cada procedimiento.
- Revisar los registros (evidencias) establecidos en cada procedimiento.

AGENDA DE ENTREVISTAS DE AUDITORÍA				
DÍA	HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES ENTREVISTAS (PERFILES)	LUGAR
28/11/2025	09:30 – 12:00	Comisión de Garantía de Calidad del Centro	Miembros de la Comisión de Garantía de Calidad	A3 158
28/11/2025	12:30 – 12:45	Reunión de cierre	Representantes del Centro / Representantes de la Comisión de Garantía de Calidad	A3 158

La Agenda de entrevistas de auditoría anterior es susceptible de modificación, siempre de común acuerdo entre el/la representante del Centro y el auditor jefe.

**El Centro auditado debe contactar con las personas que van a asistir a las distintas audiencias y fijar la fecha, horario y lugar donde se realizará la entrevista.**

**Una vez cerrado el compromiso con los asistentes, el Centro elaborará la lista de asistentes, que remitirá al equipo auditor antes del comienzo de la visita.**

Durante la realización de las auditorías, el equipo auditor recogerá las evidencias necesarias mediante el desarrollo de entrevistas, examen de documentos/registros, observación directa de las actividades realizadas o cualquier otro medio.

#### INFORME DE AUDITORÍA INTERNA


Conforme al [Procedimiento PAI-SGCC de Auditoría Interna](#), una vez realizada la auditoría, el equipo auditor elaborará un Informe de Auditoría Interna.

El Centro tiene opción a presentar alegaciones en un plazo de 5 días hábiles.

En caso de alegaciones, el equipo auditor revisa y elabora nueva versión del Informe.

En caso de que existan No-conformidades, la Comisión de Garantía de Calidad del Centro elaborará un Plan de Acciones de Mejora en un plazo máximo de 20 días.

El equipo auditor revisará el Plan de Acciones de Mejora y elaborará la versión final del Informe de Auditoría Interna.

	<p align="center"><b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b></p>	<p>Nº Informe: 2025/06 Fecha: 03/12/2025</p>
---	--	--

El Centro publicará el Informe de auditoría interna en su página web, que servirá de referencia para el Informe Global de Resultados del Centro y Plan de Mejora del Centro, incorporando las recomendaciones de mejora detectadas en el mismo.