
	<p><b>PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</b></p> <p><b>RESPONSABLE: SUBDIRECTOR CON COMPETENCIAS EN CALIDAD</b></p>	
---	---	---

**PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES**

**1. OBJETO..... 3**

**2. ALCANCE..... 3**

**3. REFERENCIAS / NORMATIVA..... 3**

**4. DEFINICIONES..... 3**

**5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO..... 4**

    5.1. PRESENTACIÓN DE NO CONFORMIDAD O NO CONFORMIDAD POTENCIAL..... 4

    5.2. RESOLUCIÓN..... 4

    5.3. REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN..... 5

    5.4. RESPUESTA..... 5

**6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA..... 5**

**7. ARCHIVO..... 6**

**8. RESPONSABILIDADES..... 6**






 	<b>PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</b>	
	<b>RESPONSABLE: SUBDIRECTOR CON COMPETENCIAS EN CALIDAD</b>	

TABLA DE MODIFICACIONES – PAC05		
Número	Fecha	Justificación
00	22-02-12	Edición Inicial. Primera circular informativa del 2012 (CI 2012-01)
01	12-12-13	Modificación atendiendo a la actualización del Modelo Marco del Sistema de Garantía de Calidad de los Centros (CI 2012/01)
02	01-10-14	Cambio título “resumen de revisiones” por “tabla de modificaciones”
03	18-01-17	Actualización de la normativa aplicable al SGC y de Logos. Cambio en el responsable de notificación y contestación a las No Conformidades.
04	29-07-19	Actualización de la normativa y referencias. Actualización de los cargos unipersonales y órganos de gobierno, atendiendo a la renovación del convenio de adscripción. Cambio responsable custodia de evidencia.
05	28-07-21	Cambios en los firmantes del documento. Eliminación del flujograma. Cambio logos ULPGC y Cabildo de Lanzarote.
06	19-06-24	Sustitución del término personal de administración y servicios (PAS) por personal técnico, de gestión, y de administración y Servicios (PTGAS), según lo establecido en la normativa vigente.

	Cargo u órgano	Nombre y apellidos	Fecha
Elaborado por:	Subdirectora de Calidad	M <sup>a</sup> Desirée León Alberto	19-06-24
Revisado por:	Comisión de Garantía de Calidad	Eva Crespo Fontes Presidenta	19-06-24
Aprobado por:	Junta de Escuela	Eva Crespo Fontes Directora	19-06-24

	<p><b>PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</b></p> <p><b>RESPONSABLE:</b> SUBDIRECTOR CON COMPETENCIAS EN CALIDAD</p>	
---	---	---

## 1. OBJETO

El **objeto** del presente procedimiento es documentar y establecer los mecanismos por los que la Escuela Universitaria de Turismo de Lanzarote (EUTL) adscrita a la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) corrige los incumplimientos de requisitos detectados por los agentes externos al Centro, con el **propósito** de garantizar que la gestión del Centro y sus titulaciones mejoran atendiendo a los estándares de calidad determinados por las normativas europeas de Educación Superior.

## 2. ALCANCE

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



## 3. REFERENCIAS / NORMATIVA

Toda la documentación de referencia se localiza en los documentos accesibles a través de los siguientes enlaces:

- Normativa general: [https://calidad.ulpgc.es/otros\\_normativa](https://calidad.ulpgc.es/otros_normativa)
- Normativa centro y Cabildo: [http://www.eutl.es/\\_private/SGC/referencias\\_normativas\\_eutl.pdf](http://www.eutl.es/_private/SGC/referencias_normativas_eutl.pdf)

## 4. DEFINICIONES

- **Requisito:** Requerimiento determinado en los documentos normativos a nivel europeo, nacional, autonómico y propio de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria que rige la Educación Superior, así como los especificados en programas de gestión y de calidad en los que participe el Centro, o unidad de gestión, para su evaluación y mejora.
- **No Conformidad:** Especificación documentada y argumentada del incumplimiento de un requisito por parte de un evaluador externo competente en la gestión del Centro en sus diferentes actuaciones (administración, calidad, docencia, etc.). Se incluyen, en esta definición, las *enmiendas* realizadas a los proyectos y seguimiento de los Títulos, Centros, etc.

	<p><b>PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</b></p> <p><b>RESPONSABLE: SUBDIRECTOR CON COMPETENCIAS EN CALIDAD</b></p>	
---	---	---

- **No Conformidad potencial:** Se entiende como tal, la detección y comunicación documentada de una posible No-Conformidad, por parte tanto de un evaluador externo al Centro como de cualquier miembro de la comunidad universitaria. Se incluyen, en esta definición, las *propuestas de mejora* realizadas a los proyectos y seguimiento de los Títulos, Centros, etc.
- **Corrección de una no conformidad:** Acción encaminada a eliminar una no conformidad.
- **Acción correctiva:** Acción llevada a cabo para eliminar la *causa* de una no conformidad.
- **Acción preventiva:** Acción llevada a cabo para eliminar la *causa* de una no conformidad potencial.



## 5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

### 5.1. PRESENTACIÓN DE NO CONFORMIDAD O NO CONFORMIDAD POTENCIAL

Todos los documentos que constituyen No Conformidades (NC) o No conformidades potenciales (NCP) son notificados al director, quien asigna a un responsable y un periodo para su resolución. Además, remite al subdirector con competencias en Calidad tanto el documento constitutivo de la NC como el nombre del responsable y periodo de la resolución, para su registro.

### 5.2. RESOLUCIÓN

El responsable asignado analiza la NC/NCP y emite un informe sobre la valoración de esta, en el que se incluyen las medidas que se estima oportuno adoptar (corrección de la no conformidad, acción correctiva o acción preventiva) y el plazo previsto. Este informe es presentado al Equipo Directivo y, si fuera necesario, a la Junta de Escuela para su aprobación. El documento aprobado se remite al subdirector con competencias en Calidad para su registro. Una vez aprobadas las medidas, a lo largo del plazo previsto, el responsable asignado, vela por el cumplimiento de las medidas y una vez terminado el plazo, emite un informe de conclusión con las acciones realizadas y lo enviará al subdirector con competencias en Calidad para su registro.

	<p><b>PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</b></p> <p><b>RESPONSABLE:</b> SUBDIRECTOR CON COMPETENCIAS EN CALIDAD</p>	
---	---	---

### **5.3. REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN**

Con la información remitida por el director, el subdirector con competencias en Calidad elabora un expediente de NC/NCP en el que incluye una descripción de esta (autor de la NC/NCP, resumen de la NC/NCP, responsable de la resolución y el plazo previsto), anexa a este expediente el documento original y, a medida que se vayan elaborando, el informe valorativo de la NC/NCP aprobado y el informe de conclusión de la NC/NCP.




### **5.4. RESPUESTA**

A través de los mecanismos dispuestos para ello por el evaluador externo, el director, o persona en quien delegue, contesta la NC/NCP utilizando la información disponible en el expediente de la NC/NCP.

## **6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA**

El subdirector con competencias en calidad procede al control y seguimiento de este procedimiento bienalmente, obteniéndose como evidencia un informe donde se detallan puntos fuertes, débiles y propuestas de mejora sobre la ejecución del procedimiento.

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

 	<b>PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</b>	
	<b>RESPONSABLE: SUBDIRECTOR CON COMPETENCIAS EN CALIDAD</b>	

## 7. ARCHIVO

**Tabla 1. Archivos de evidencias**

Identificación de la evidencia	Soporte del archivo	Responsable custodia	Tiempo de conservación
Expedientes de NC/NCP	Papel / informático	Subdirector con competencias en Calidad	6 años
Respuesta a la NC/NCP	Papel / informático	Subdirector con competencias en Calidad	6 años
Informe de revisión del procedimiento	Papel / informático	Subdirector con competencias en Calidad	6 años

## 8. RESPONSABILIDADES

**Tabla 2. Responsabilidades de grupos de interés**

Responsables	Grupos de interés representados			
	PDI	PTGAS	Estudiantes	Agentes externos
Junta de Centro	X	X	X	
Equipo Directivo	X			
Director	X			
Subdirector con competencias en Calidad	X			
Responsables de la resolución	X	X		