

Requisitos y criterios públicos del proceso de certificación del

Sistema de Garantía Interna de
Calidad en los Centros Asociados a la
UNED. SGICG-CA

Noviembre 2024

#SOMOS2030

www.UNED.es

UNED

TUDELA

Criterios públicos SGICG-CA

© UNED

qGestión

Noviembre 2024

Sumario

Sumario-----	3
INTRODUCCIÓN.-----	4
ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN. -----	4
REQUISITOS A CUMPLIR POR EL CENTRO ASOCIADO A CERTIFICAR-----	5
CRITERIOS APLICABLES AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN-----	9
DOCUMENTOS QUE RECIBE EL CENTRO ASOCIADO. -----	14
HISTORICO DE CAMBIOS-----	15

INTRODUCCIÓN.

Este documento recoge:

- Requisitos de obligado cumplimiento para el Centro Asociado auditado, así como
- Criterios a seguir durante el proceso de certificación del Sistema de Garantía Interna de Calidad en la Gestión, a partir de ahora SGICG-CA.

Se puede encontrar información más ampliada sobre ambos en la **Guía de Requisitos Previos a la Certificación**.

ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN.

El alcance de la certificación será el Centro asociado.

De manera opcional, el Centro podrá incorporar aulas en el alcance de su certificación, individualmente o en su conjunto.

El alcance de la certificación, define los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de calidad dentro de una organización. Por lo tanto, el alcance deberá estar cubierto por el sistema de gestión de calidad, asegurando que todos los requisitos aplicables se cumplen y se documentan adecuadamente.

Si el Centro desea cambiar las sedes auditadas, se necesita iniciar el ciclo de certificación y realizar una nueva solicitud.

REQUISITOS A CUMPLIR POR EL CENTRO ASOCIADO A CERTIFICAR

REQUISITOS PREVIOS A LA SOLICITUD.

NIVEL AL QUE APLICA						REQUISITO
CS	CC	N1	N2	N3	CONCEPTO	DESCRIPCION
X	X	X	X	X	REGISTRO CARTA DE SERVICIOS	Inclusión de la Carta de servicios en el Registro de Cartas de Centros Asociados.
X	X	X	X	X	FORMACIÓN INSTITUCIONAL	Se deberá disponer de, al menos, una persona con formación institucional de Calidad en Gestión de los centros asociados de la UNED. En caso de que dicha persona cause baja en el centro, se deberá formar a otra persona antes de su ausencia. Si la baja es por una causa en la que no se puede actuar con anticipación, se establece un plazo de 3 meses para que la persona designada por el centro, se forme. El centro deberá informar del cambio a qGestión.
X	X	X	X	X	AUTO-COMPROBACIÓN	<u>Dentro de los 12 meses anteriores a la solicitud:</u> Realización de una autocomprobación del Sistema de gestión del nivel que se desea certificar .
	X	X	X	X	DECLARACIÓN SOBRE SOPORTES INSTITUCIONALES	<u>Dentro de los 12 meses anteriores a la solicitud:</u> Cumplimentación y presentación de una declaración estándar firmada sobre la disposición y uso de los soportes documentales propios de la UNED y otros organismos reguladores, para el funcionamiento del Centro Asociado.
		X	X	X _{ODS}	BUENA PRÁCTICA	<u>Dentro de los 4 años anteriores a la solicitud,</u> haber publicado una Buena práctica en qBenchmarking. En el Nivel 3 deberá tener vinculación con, al menos, un Objetivo de desarrollo sostenible (ODS)

Nota: Para el N3 es recomendable que, dentro de los 12 meses anteriores a la solicitud se realice una autoevaluación estratégica y un plan de mejora con al menos 3 acciones seleccionadas.

REQUISITOS TRAS LA SOLICITUD

NIVEL AL QUE APLICA						REQUISITO
CS	CC	N1	N2	N3	CONCEPTO	DESCRIPCION
X	X	X	X	X	DOCUMENTACIÓN SUBIDA A QAUDITORIAS	Deberá haberse subido al menos el 90% de la documentación requerida en la guía de su correspondiente nivel para que qGestión pueda dar respuesta a la solicitud y se pueda iniciar la auditoria documental.

REQUISITOS EN LAS AUDITORIAS FUNCIONALES

NIVEL AL QUE APLICA					REQUISITO			
CS	CC	N1	N2	N3	CONCEPTO	DESCRIPCION		
X	X	X	X	X	DISPONIBILIDAD DE REPRESENTACIÓN DE PROFESORES Y ESTUDIANTES (*)	Será necesario convocar a la siguiente cantidad mínima de personas, tendiendo, si es posible, a máximos en certificación, de modo que estén disponibles en las entrevistas con el equipo auditor y así, poder contar con su aportación respecto al desempeño y resultados de los procesos que les atañen y la calidad percibida. Este requisito busca dar cumplimiento a la demanda realizada por ANECA.		
						Tipo de auditoria	PROFESORES	ALUMNOS
						MANTENIMIENTO	1	1
						CERTIFICACIÓN	(1-2)	(1-3)
X	X	X	X	X	DISPONIBILIDAD DE REPRESENTACIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO (*)	Será necesaria la presencia de, al menos, un miembro del equipo directivo del centro con capacidad de dar respuesta a preguntas del equipo auditor en el área de su responsabilidad, siendo recomendable y valorable que sea el director.		

(*) La organización de la agenda tratará de adaptarse a la disponibilidad de estos grupos de interés. Su no asistencia y, por lo tanto, ausencia de respuesta por su parte ante una pregunta del auditor supondrá el tratamiento de no conformidad menor sobre el requisito auditado, siempre que el equipo auditor no pueda encontrar la evidencia de otro modo.

REQUISITOS DURANTE EL PERIODO DE VALIDEZ DE LA CERTIFICACION

NIVEL AL QUE APLICA					REQUISITO		
CS	CC	N1	N2	N3	CONCEPTO	DESCRIPCION	
X	X	X	X	X	CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA EL CENTRO ASOCIADO DE ESTE DOCUMENTO, ASÍ COMO DEL CONTRATO	El centro asociado debe cumplir con los requisitos establecidos en este documento y en el contrato.	
X	X	X	X	X	AUDITORIA DE MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN Y PERIODO/PLAZO REQUERIDO DE REALIZACIÓN	Es requerida la realización de una auditoria de mantenimiento de la certificación. Para poder completar todas las tareas de esta fase y poder disponer del mantenimiento realizado a mitad de ciclo, se estima un plazo de 3 meses previos a la mitad de ciclo de validez del certificado, en el que el centro asociado y su sistema de gestión tienen que estar disponibles para realizar dicha auditoria. <u>Link a información en la sección de criterios, en el apartado de mantenimiento de la certificación.</u>	

NIVEL AL QUE APLICA					REQUISITO	
CS	CC	N1	N2	N3	CONCEPTO	DESCRIPCION
X	X	X	X	X	PRORROGAS. AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE VALIDEZ DEL CERTIFICADO	<p>Para poder solicitar una prórroga o ampliación de un plazo de alguna de las etapas o tareas establecidas dentro del ciclo de validez del certificado, se requiere que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se solicite por escrito a la dirección de qGestión. 2. Se realice dentro del periodo de vigencia del certificado y antes de que se inicie el plazo para la fase o tarea para la que se solicita. 3. La petición deberá hacerse por un tiempo determinado y limitado. El límite acumulado de posibles prórrogas otorgadas por certificado, no podrá exceder de 1 año. 4. Se deberá indicar la causa concreta y objetiva por la que se hace la solicitud. Esta causa deberá tener carácter imprevisible que no pudiera haberse evitado con acciones planificadas que permitieran llegar al plazo.
X	X	X	X	X	RESPUESTA A UN APERCEBIMIENTO. Plazo	<p>En la sección de criterios se puede encontrar las causas de apercebimiento. El plazo para dar respuesta documentada a estos por parte del Centro Asociado es de 10 días hábiles desde la notificación de apercibimiento por parte de qGestión.</p>
X	X	X	X	X	ENVÍO DE INFORME DE RESOLUCIÓN DE NO CONFORMIDADES. Plazo.	<p>En los informes de las diferentes auditorías del proceso de certificación o mantenimiento, si la valoración es favorable con condiciones, el centro asociado debe presentar un informe de resolución a través de la plataforma qAuditorías en el plazo indicado para ello en la sección de ayuda de este paso. Este informe será validado por qGestión.</p> <p>Nota: Se trata de un informe en el que el centro asociado documenta el planteamiento de resolución, es decir: análisis de causas y acciones planteadas para eliminar la causa y, por lo tanto, la recurrencia de la desviación.</p> <p>La corrección de la desviación puede y debería iniciarse de manera inmediata, ya que siempre deberá corregirse, mientras sea aplicable y es independiente de la resolución de las causas.</p>
X	X	X	X	X	CONTENIDO DEL INFORME DE RESOLUCIÓN DE NO CONFORMIDADES	<p>El contenido del informe de resolución que el centro asociado debe presentar, contendrá:</p> <p>CORRECCIÓN: La/s acción/es correctora/s o de reparación de la no conformidad detectada, con su responsable y plazo. Son las acciones que demuestran que la desviación ha sido corregida (corrigen el fallo). Si la corrección no es aplicable, el centro deberá justificar en este informe, su por qué.</p> <p>RESOLUCIÓN: Causa/s identificada/s y acciones correctivas establecidas para eliminar cada una de las causas identificadas, responsable y plazo de su implantación. (1)</p>
X	X	X	X	X	AUDITORIA FUNCIONAL DE CORRECTORAS. EVIDENCIAS DE RESOLUCIÓN DE NO CONFORMIDADES	<p>En la auditoría funcional de la fase de correctoras, (ver diferentes plazos, link) deberán presentarse, las evidencias de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CORRECCIÓN. Las acciones correctoras o de reparación de la no conformidad detectada. 2. RESOLUCIÓN. La implantación de cada acción correctiva: <ol style="list-style-type: none"> 2.a. para las NC menores: aquellas acciones cuyo plazo esté vencido en dicha auditoría. 2.b. para las NC mayores: <ol style="list-style-type: none"> 2.b.1 en la auditoría de certificación y renovación: evidencias de <u>todas</u> las acciones correctivas. 2.b.2 en la auditoría de mantenimiento: <ul style="list-style-type: none"> -evidencias de todas las acciones correctivas con plazo vencido o,

						-hasta que se realicen las acciones correctivas, evidencias de acciones de contención establecidas, justificación de su pertinencia y del porque son útiles para contener la desviación y evitar que siga ocurriendo hasta que se finalice la implantación de la acción correctiva definitiva. (2)
X	X	X	X	X	RENOVACION	Si el centro asociado desea una renovación de su certificado, para que se pueda garantizar que no haya días sin cobertura de certificación entre un ciclo y otro, esta fase debe iniciarse como mínimo, con 11 meses de antelación respecto al fin de vigencia del certificado. Por lo tanto, para esta condición, es el plazo tope para que el centro haya solicitado su renovación. Posteriormente, deberá seguir los plazos establecidos después de esta, con especial atención al plazo para la realización de la auditoria funcional de certificación (renovación), del mismo nivel u otro nivel, según decida el centro, que siempre deberá estar realizada dentro de la vigencia del certificado, salvo por razones ajenas al centro asociado.

- (1) Se debe describir detalladamente e identificar de qué manera la acción correctiva va a resolver la causa de la no conformidad y previene su recurrencia. *Por ejemplo, no sería válido: "se cambiará la directriz", sino que debe indicarse en qué sentido va a modificarse, relacionado con la causa.*

Nota sobre la extensión de la no conformidad :Se recomienda que el centro evalúe si la desviación detectada se ha producido en otros ámbitos para aplicar la resolución a toda la extensión del sistema de gestión que esté afectada.

Nota sobre la transversalidad de las acciones correctivas: Se recomienda que el centro implemente las acciones correctivas de manera uniforme en todos los procesos y areas de la organización a las que pueda alcanzar el analisis de la extensión de la no conformidad, de esta manera se asegura que la resolución a la no conformidad no solo se aplica al area donde se detectó el problema, sino que también se extiendan a otros procesos similares para prevenir la recurrencia en cualquier parte de la organización.

- (2) Las acciones de contención son cualquier acción encaminada a contener el problema detectado y evitar que se siga repitiendo, hasta que se haya implantado la acción correctiva, si esta conlleva más tiempo para realizarse que el plazo para la realización de la auditoria funcional de correctoras.

Las acciones de contención no eximen de realizar las acciones correctivas en el plazo que se haya establecido, que serán auditadas en la siguiente auditoría al centro.

PLAZOS REQUERIDOS AL CENTRO ASOCIADO

En la plataforma qAuditorías se establecen los plazos máximos requeridos al Centro Asociado y que es necesario cumplir para una correcta evolución del proceso de certificación. Están recogidos en las secciones de ayuda de cada paso del proceso, así como en los correos automáticos enviados al centro.

El incumplimiento de plazos por parte del Centro asociado, puede acumular retrasos en el proceso de certificación y mantenimiento del SGICG-CA, que desencadenen el no poder alcanzar algunos de los requisitos establecidos en este documento.

Para el control práctico de la evolución de un centro en su paso por las diferentes etapas del proceso de certificación, se tomará el equivalente en días hábiles del plazo teórico que está expresado en días naturales. Siendo días hábiles, para este caso, aquellos de lunes a viernes, menos: los días comprendidos en los periodos declarados como inhábiles por UNED generales para todos los centros asociados y los festivos nacionales.

CRITERIOS APLICABLES AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

CONCEPTO	CRITERIO
SELECCIÓN DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Estar aprobado como auditor o auditora por el Centro Asociado a la UNED en Tudela (qGestión) • Proceder de otro Campus UNED diferente al del Centro Auditado • Que el Centro al que pertenece no haya recibido una auditoría por parte de algún miembro del Centro solicitante en el plazo de dos años. • No poseer ningún vínculo institucional con el centro auditado susceptible de coartar su imparcialidad. • Estar exento de cualquier situación que pueda entenderse como conflicto de interés entre las partes • En caso de profesionales externos, no haber realizado ninguna labor de consultoría al Centro a auditar, durante los dos años anteriores a la solicitud de certificación.
SELECCIÓN DEL COMITÉ DE CERTIFICACION	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes del Centro Asociado a la UNED en Tudela (qGestión) y de Sede Central de la UNED, que no participen en las comisiones de evaluación. • Experiencia en responsabilidades de gestión • Conocimiento del SGICG-CA y del proceso - criterios de certificación
VALORACIÓN DE LOS SOPORTES DOCUMENTALES EN CONTRASTE Y AUDITORIA DOCUMENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • EXISTENCIA: Visible en la plataforma virtual. • IDONEIDAD: Según los requisitos de la guía de referencia. Hace referencia a que el documento tiene un contenido acorde con el título del documento requerido y es adecuado para su uso dentro del sistema de gestión. • VIGENCIA DE USO: Hace referencia a que el documento está en vigor (no está obsoleto en el momento de la Auditoría Documental). • REPRESENTATIVIDAD: Hace referencia a que la evidencia presentada se pueda considerar que abarca el contenido del requisito de la guía de referencia, de forma suficiente y supone una muestra aceptable de su aplicación.
CALIFICACIÓN DE INFORME DE AUDITORIA DOCUMENTAL	<p>Según el porcentaje de documentación existente, representativa, idónea y vigente, será:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FAVORABLE: 100%. 2. FAVORABLE CON CONDICIONES: entre 90% y 100% 3. NO FAVORABLE: <90%
PASO A AUDITORIA FUNCIONAL	<p>Según la calificación del informe de auditoría documental:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FAVORABLE: Permite acceder a la Auditoría Funcional 2. FAVORABLE CON CONDICIONES: Permite acceder a la fase de Auditoría Funcional. El centro podrá subir documentos que corrijan o atiendan las recomendaciones recogidas en el informe de auditoría documental para que estén disponibles en la auditoría funcional. 3. NO FAVORABLE: El resultado no permite acceder a la fase de Auditoría Funcional. El Centro debe realizar cambios o mejoras en la documentación de su sistema. Se volverá a realizar una segunda auditoría documental.

CONCEPTO	CRITERIO	
CALIFICACIÓN DE HALLAZGOS EN LA AUDITORIA FUNCIONAL	No conformidad	Ausencia de evidencia objetiva, o desvío, en implantar y mantener algún requisito establecido en la guía del nivel aplicable a la certificación o en el sistema de gestión del centro asociado. Nota: Cualquier no conformidad vinculada a un compromiso de la carta de servicios, hace extensiva la no conformidad a la gestión del servicio vinculado al mismo.
CALIFICACIÓN DE HALLAZGOS EN LA AUDITORIA FUNCIONAL	No conformidad mayor	<ol style="list-style-type: none"> 1. No conformidad que, afecta potencialmente a la capacidad del SGICG-CA del centro auditado para lograr los resultados previstos para él en la guía aplicable o a mantener la calidad de los servicios relevantes del centro. 2. Podrá considerarse no conformidad mayor la acumulación de no conformidades menores previas y recurrentes o la inacción en la resolución de las mismas, a criterio del comité de certificación debidamente argumentado. 3. La manipulación, falseamiento u ocultación de los registros que sirven como base para demostrar el cumplimiento de los requisitos de la certificación.
	No conformidad menor	No conformidad que no afecta significativamente a la capacidad del SGICG-CA del centro auditado para lograr los resultados previstos para él, en la guía aplicable del nivel a certificar o a mantener la calidad de los servicios relevantes del centro.
	Áreas de mejora	Existe un cumplimiento de los requisitos, pero imperfecto o incompleto, (ej. errores frecuentes o importantes, uso no sistemático, falta de utilidad)
	Puntos Fuertes	Desarrollo avanzado más allá de los requisitos (ej. buenas prácticas, desarrollos especiales, resultados importantes logrados, innovaciones)
	Se establece el plazo máximo del día en curso de la auditoria funcional para subir una evidencia demandada por el auditor en dicha auditoria, si pasado este plazo, no se presenta, se considerará no existente lo que conllevará una no conformidad menor o mayor según el incumplimiento que represente la ausencia de dicho documento o, la no consideración de mejora o punto fuerte que pudiera tener asociada. No se considerará la documentación presentada fuera del plazo establecido.	
CALIFICACIÓN EN LA AUDITORIA FUNCIONAL	Satisfactorio	NO se han detectado NO CONFORMIDADES. SI se han identificado PUNTOS FUERTES.
	Suficiente	NO se han detectado NO CONFORMIDADES. NO se han identificado PUNTOS FUERTES. Pueden haberse identificado AREAS DE MEJORA.
	Insuficiente	SI se han detectado NO CONFORMIDADES.
EVALUACIÓN DE INFORME DE RESOLUCIÓN DE CORRECTORAS	De manera general, en ausencia de “Análisis de las causas” el comité de certificación, no estaría en disposición de evaluar la pertinencia de las acciones correctivas, en esos casos, no podrá considerar que se ha dado un tratamiento adecuado a las no conformidades.	

CONCEPTO	CRITERIO	
DECISIÓN DE INFORME DE CERTIFICACIÓN	Favorable con condiciones. Se inicia proceso de acciones correctoras	SI se han detectado no conformidades.
	Favorable Se otorga certificación.	NO se han detectado no conformidades o, tras la valoración de favorable con condiciones, las acciones correctoras han sido presentadas por el Centro asociado en tiempo y en forma (aceptadas por el comité de certificación) en el número de ciclos permitidos de acciones correctoras.
	No favorable No se emite certificación.	Tras la valoración de favorable con condiciones, las acciones correctoras no han sido presentadas en tiempo o en forma después de agotar la cantidad de ciclos permitidos de acciones correctoras.
CICLOS DE AUDITORIAS DE ACCIONES CORRECTORAS	2 máximo	Para certificaciones por debajo del NIVEL 1 incluido.
	1 máximo	Para certificaciones por encima del NIVEL 1.
PLAZO AUDITORIA FUNCIONAL DE CORRECTORAS-RESOLUCIÓN	Los plazos a partir de los cuales se puede realizar las auditorias funcionales de correctoras-resolución están establecidos y se informa de ellos a los centros asociados, en los informes y correos emitidos desde qGestión para esta fase. Se establece un plazo más amplio para el caso de existencia de No Conformidades mayores	
CUMPLIMIENTO CON EL CONTENIDO DEL CONTRATO DE CERTIFICACIÓN Y DE ESTE DOCUMENTO.	Durante todo el ciclo de vigencia del certificado, qGestión: -puede comprobar el cumplimiento con lo establecido en el contrato, donde se incluye, entre otros, las normas del uso de la marca. En la fase de mantenimiento se realiza un chequeo de cumplimiento con lo establecido en el contrato. link a sección de chequeo de cumplimiento de contrato en mantenimiento. -puede comprobar, para la correcta evolución del proceso, el cumplimiento de lo requerido para el centro asociado en este documento. En caso de detectar algún incumplimiento, qGestión realizará apercibimiento.	
VALIDEZ DEL CERTIFICADO	La validez del certificado es de 4 años desde la fecha de emisión de este, salvo ampliación (link a sección prórrogas) o retirada.	

CONCEPTO	CRITERIO
MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN	<p>PERIODO-PLAZO DE EJECUCIÓN</p> <p><u>Link a plazo requerido al centro para realizar este mantenimiento en la sección de requisitos durante el periodo de validez de la certificación.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No se podrá realizar antes del plazo establecido, salvo por motivos organizativos de qGestión acordándolo con el centro asociado. • Cuando el Centro Asociado tenga una prórroga-ampliación de algún plazo previo a esta fase, debidamente solicitada y validada (<u>link a requisitos para solicitar prórrogas</u>), la mitad del ciclo será calculado teniendo en cuenta el tiempo concedido en la prórroga. <p>Se podrá realizar con posterioridad en estos dos supuestos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando el Centro Asociado, solicite una prórroga para esta fase cumpliendo los requisitos establecidos y esta sea validada por qGestión. 2. Por motivos organizativos de qGestión, como por ejemplo, los relativos a la disponibilidad de integrantes de la comisión de evaluación.
	<p>CHEQUEO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO</p> <p>En el periodo de la fase de mantenimiento, qGestión revisará el cumplimiento del contrato que incluye el uso de la marca-logo de certificación. Si se detecta un incumplimiento, se realizaría apercibimiento y solo se realizaría la auditoria de mantenimiento si este se ha subsanado favorablemente.</p>
	<p>AUDITORIA DOCUMENTAL de fase de mantenimiento</p> <p>En mantenimiento, se sigue el mismo criterio de porcentaje de documentación existente, representativa, idónea y vigente, indicado en el apartado de "<u>Calificación de informe de auditoría documental</u>" (<u>link</u>), pero no se asigna calificación ni se emite informe de auditoría documental. El criterio para paso a auditoria funcional también se mantiene respecto a dicho porcentaje y lo documentado en el apartado de "<u>paso a auditoria funcional</u>" (<u>link</u>)</p>
	<p>AUDITORIA FUNCIONAL de fase de mantenimiento</p> <p>La comisión de evaluación realiza una auditoría funcional donde se comprueba el estado de las <u>correcciones</u> relacionadas con las no conformidades detectadas en la auditoria previa de certificación, en caso de que las haya habido, y se auditan los procesos dinamizadores. Se sigue la calificación de hallazgos definidos en el apartado de este documento denominado "<u>calificación de hallazgos en la auditoria funcional</u>" (<u>link</u>).</p> <p>En esta fase, no se determina la <u>calificación</u> (<u>link</u>) de la valoración de los diferentes apartados de la guía.</p>
	<p>DECISIÓN DEL INFORME de mantenimiento</p> <p>Se siguen los mismos criterios indicados para la decisión del informe de certificación. El informe de mantenimiento podrá concluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • favorable con condiciones (se inicia el proceso de acciones correctoras) • favorable (se mantiene la certificación) • o no favorable (se retira la certificación)
CERTIFICACIÓN DE CARTA DE SERVICIOS INCLUIDA EN CERTIFICACIONES SUPERIORES	<p>En el caso que un Centro obtenga una certificación de nivel del SGICG-CA superior al de la Carta de Servicios, también obtendrá la certificación de la Carta de Servicios.</p>

CONCEPTO	CRITERIO	
ESTADOS DE LA CERTIFICACIÓN/ CERTIFICADO:	ACCIONES CORRECTORAS	<p>El centro está inmerso en el proceso de presentar acciones correctoras o que se le evalúen.</p> <p>Observación:</p> <p>En el caso de que un Centro esté siendo auditado bajo una guía de un nivel superior al que tiene y el resultado del informe de auditoría sea distinto de favorable, por lo tanto, se han detectado no conformidades, pero están en requerimientos solo aplicables a ese nivel superior y no a niveles inferiores, el centro podrá elegir entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - certificar por ese nivel inferior, en cuyos requisitos no se ha detectado no conformidades o -seguir con el proceso de acciones correctoras del nivel superior al que opta.
	CONCEDIDA	Cuando el informe de auditoría es favorable.
	VIGENTE	Después del estado: “concedida” o del informe de mantenimiento con valoración “favorable”, hasta el fin del plazo estandarizado de validez.
	APERCIBIMIENTO	Incumplimiento de requisitos o compromisos incluidos en el Contrato de Certificación o en el presente documento. Esto conlleva una suspensión temporal automática de la certificación hasta que se solviente.
	SUSPENDIDA TEMPORALMENTE	Se ha realizado apercibimiento y se está en plazo de recibir respuesta y valorarla.
	RETIRADA	<p>La certificación se considerará retirada de manera automática, si tras el apercibimiento y vencido el plazo para dar respuesta por parte del centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • no se ha recibido respuesta en el plazo asignado o, • la respuesta ha llegado en plazo, pero se mantienen las causas del apercibimiento.
	CON VIGENCIA AMPLIADA	<p>La vigencia de la certificación/certificado podrá ser ampliada si se cumplen los requisitos a cumplir por el centro asociado, indicados en la sección de <u>prórrogas (link)</u>.</p> <p>La causa será validada por la dirección de qGestión.</p> <p>El plazo de ampliación solicitado, junto con otros previos que hubieran sido solicitados y concedidos, no podrá exceder de 1 año a la fecha de validez estándar del certificado.</p>
	NO VIGENTE	<p>Estado que adquiere la certificación/certificado de manera automática, llegado el plazo de fin de validez estandarizado o ampliado. El fin de la vigencia será automático, es decir, no se requiere expresamente comunicación por parte de qGestión al Centro de dicha circunstancia.</p> <p>Si dentro del plazo de vigencia de una certificación, el centro inicia otro nivel de certificación y lo finaliza antes de que acabe dicho plazo, la certificación que tenía el centro, pierde vigencia, pasando a ser vigente el de la nueva certificación.</p>

DOCUMENTOS QUE RECIBE EL CENTRO ASOCIADO.

ENTREGABLES PARA EL CENTRO		COMENTARIO
CERTIFICADO	<p><u>Niveles Compromiso, 1, 2 y 3:</u></p> <p>Dos certificados. El del nivel y el de la carta de servicios</p> <p><u>Nivel carta de servicios:</u></p> <p>Un certificado.</p>	<p>Atestigua la concesión de la certificación a favor de la organización y en él se reflejará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del Centro. • Logo del nivel certificado. • Nº de certificado. • Fecha de concesión. • Periodo de validez (1) <p>(1) Si se concede alguna ampliación, no se emitirá otro certificado actualizando este dato. El centro dispondrá de la respuesta favorable por parte de qGestión a la prórroga solicitada.</p>
CONTRATO DE CERTIFICACIÓN	<p>Que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derechos del Centro Certificado • Obligaciones derivadas de la certificación 	
REGLAS DE USO DE LA MARCA	<p>Recoge las reglas para el uso de la condición de centro certificado.</p>	
LOGO Y REGLAS DE USO DEL MISMO	<p>Las reglas incluyen las condiciones en el uso del logo por parte del Centro Certificado para garantizar la coherencia de su uso y sacar el máximo partido de su publicidad y promoción.</p>	
REGISTRO PUBLICO COMO CENTRO CERTIFICADO EN WEB qGestión. <u>Registro de Centros Certificados en el SGICG-CA</u>	<p>Este registro incluye, ordenado por nombre de centro asociado, la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcance: Nombre del centro asociado y aulas, cuando estén incluidas. • Nivel certificado del SGICG-CA y número de ciclo. • Certificado de conformidad con el nivel alcanzado. Si este no está vigente, no se visualizará y esta condición de certificación expirada estará indicada en la fila del nivel. • Informe/s de certificación vigente. Si no es vigente, se podrá acceder a los últimos informes mediante enlace. 	

HISTORICO DE CAMBIOS

LEYENDA: RE: Requisito eliminado. RM: Requisito modificado. NR: Nuevo requisito. MJ: Mejora de estructura, claridad del contenido y redacción

ED.	Fecha	TIPO	CAMBIO
9	22-11-24	RE	Se elimina el requisito de número de auditores a disponer en cada centro asociado.
		RE	Se elimina la circunstancia de que las guías de referencia de la certificación sean de estas ediciones en adelante para tener junto con el nivel que certifica, también el de la carta de servicios, ya que todos los centros están con guías superiores. <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 implantación: ed8.v2. junio 2016 Nivel 2 Consolidación: ed2.v2. junio 2016 Nivel 3 avanzado con RSU: ed1.v2. Marzo 2017.
		RE	Se elimina el requisito para N1 de hacer una autoevaluación estratégica y un plan de mejora plan de mejora con al menos 3 acciones seleccionadas que estaba pautado dentro de los 12 meses anteriores a la solicitud, solo la primera vez que se presenta o si la certificación ya no es vigente, y pasa a ser opcional y recomendable para el nivel 3.
		RM	Para concluir la certificación de valorable con condiciones, se elimina la distinción entre carta de servicios y el resto de niveles, así como los porcentajes de no conformidades menores.
		RM	Será voluntario para todos los niveles el incluir o no, las aulas en el alcance, tanto individualmente como en su conjunto.
		RM	Incluir la necesidad de asistencia a la auditoria de los grupos de interés en una cantidad especificada: profesorado y alumnado (demanda ANECA) y de una representación del equipo directivo, así como la consecuencia de su no asistencia.
		RM	Se detalla las evidencias a presentar en la auditoria funcional de correctoras-resolución, estableciendo las diferencias entre no conformidades menores y mayores y según si se detectarán en la auditoria de certificación-renovación o en mantenimiento.
		RM	Se incluye unas nuevas casuísticas de no conformidad mayor.
		NR	Se incluye el nuevo nivel "compromiso" en los requisitos para el centro asociado.
		NR	Se establece el plazo máximo del día en curso de la auditoria funcional para subir una evidencia demandada por el auditor, así como la consecuencia de no presentarla.
		NR	Se incorpora apartado para tratar las nociones en relación a los plazos a seguir por el centro asociado.
		MJ	Hacer dos grupos claramente diferenciados en el documento, por un lado, los requisitos para el Centro, distinguiendo por fases del proceso y, por otro lado, los criterios establecidos por qGestión.
		MJ	Los requisitos, se ordenan y se ponen seguidos los que son comunes a todos los niveles de certificación y posteriormente los que son variables según nivel.
		MJ	Adecuar la descripción del contenido del certificado y del registro de centros certificados a la realidad implantada.
		MJ	Revisión de la tipología de estados de certificación.
		MJ	Se documenta explícitamente las consideraciones específicas que tiene el mantenimiento de la certificación.
MJ	Se incorpora la sección para tratar la renovación de la certificación y se documenta el plazo límite para su solicitud.		
MJ	Revisión completa del documento, se regulan algunos aspectos y se mejora la redacción o explicación.		