

PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEL SGC

1. OBJETO	4
2. ALCANCE	4
3. REFERENCIAS / NORMATIVA	4
4. DEFINICIONES	4
5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO	5
5.1. DOCUMENTOS RELATIVOS AL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO.....	5
5.2. DOCUMENTOS RELATIVOS A LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO ...	6
6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA.....	7
7. ARCHIVO.....	7
8. RESPONSABILIDADES	8
9. ANEXOS	8
9.1 ESTRUCTURA DEL MANUAL	8
9.2 ESTRUCTURA DEL PROCEDIMIENTO.....	9
9.3 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	100
9.4 FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE LOS DOCUMENTOS Y LAS EVIDENCIAS.....	122

EDICIONES DEL DOCUMENTO – PAC01		
Número	Fecha	Justificación
00	25-03-09	Adaptación del Modelo Marco para a la Estructura de Teleformación ULPGC .
01	11-03-11	Adaptación del Modelo Marco en la revisión de la Circular 2009-01 a la Estructura de Teleformación de la ULPGC e incorporación de las propuestas de mejora del Gabinete de Evaluación Institucional y Coordinador de Calidad.
02	20-04-15	Adaptación del SGC de la Estructura de Teleformación al Modelo Marco de los SGC de los Centros de la ULPGC (Consejo de Gobierno de 29 de febrero de 2012).
03	04-11-16	Recomendaciones del panel de evaluadores internos (informe de auditoría interna emitido el 30 de septiembre de 2016: introducción del logotipo, modificación de la tabla de ediciones del documento, actualización de las firmas, corrección del código del pie de página, actualización de los reglamentos.
04	29-11-17	Por indicación de la Directora de Calidad del Vicerrectorado de Calidad, la lista incluida en el apartado “Documentación de referencia” se sustituye por un enlace a una página web (repositorio) donde se encuentra toda la normativa aplicable a nivel externo (internacional, nacional) e institucional. La normativa específica de la ETULPGC se cita igual que en la edición 03.
05	02-10-19	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se han corregido las erratas detectadas en el documento. ○ Se ha añadido el nuevo logotipo del Centro. ○ Se han actualizado los responsables de darle validez al documento, a través de las firmas de elaboración, revisión y aprobación. ○ Se ha actualizado la normativa y referencias, utilizando el enlace web (https://calidad.ulpgc.es/sgc_normativa) que ha dispuesto el Vicerrectorado con competencias en Calidad de la ULPGC para que sea más ágil la actualización de dichas normativas y referencias externas y de la ULPGC. ○ Modificación del Anexo, formato para el Informe de revisión del procedimiento.
06	01-04-22	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se han corregido los errores de redacción y ortográficos detectados. ○ Se ha sustituido el logotipo del Centro por el vigente, según las directrices de la identidad corporativa. ○ Se ha incluido el enlace https://online.ulpgc.es para remitir al lector a la normativa y referencias propias actualizadas de la ETULPGC (apartado 3). ○ Se ha modificado el término ‘garantía’ por el de ‘gestión’ cuando se nombra el Sistema y la Comisión de Gestión de la Calidad. ○ Se ha especificado que algunos documentos se publican en la



		<p>web de la ET y otros, como el listado de evidencias, se registran y conservan en el Campus Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se ha eliminado la mención al listado de documentos aplicables, que ya no se realiza. ○ Se ha añadido, cuando se habla de la firma de los documentos, que algunos son firmados por la persona responsable, y no todos por el/la director/a. ○ Se ha eliminado el flujograma (anterior apartado 9), su mención en la descripción de la estructura de los procedimientos y la imagen 1 (anexo 10.2).
--	--	--

Elaborado por:	Revisado y aprobado por:	Implantado en:
Comisión de Gestión de la Calidad de la ETULPGC Fecha: 08-04-2022	Consejo de Dirección de la ETULPGC Fecha: 10-06-2022	ETULPGC Fecha: 11-06-2022
Fdo. Subdirectora de Calidad	Fdo. Director del Centro	

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento es establecer la forma de elaborar, conservar y registrar los documentos relativos al diseño e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de la ET, con el propósito de garantizar la oficialidad y accesibilidad a la documentación vigente del Sistema de Gestión de la Calidad de la Estructura de Teleformación de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ETULPGC).

2. ALCANCE

La gestión documental se aplica a todos los documentos del SGC de la ETULPGC. Por lo tanto, este procedimiento se aplica cada vez que se requiere diseñar o actualizar el Manual del SGC y registrar los documentos relacionados con la implantación del SGC del Centro.

3. REFERENCIAS / NORMATIVA

- Externa y de la ULPGC
 - Enlace a la web de Calidad de la ULPGC: https://calidad.ulpgc.es/sgc_normativa
- De la ETULPGC (<https://online.ulpgc>)
 - Reglamento de la ETULPGC.
 - Capítulo 1 del Manual del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro relativo a la presentación del Sistema de Gestión de la Calidad.
 - Capítulo 7 del Manual del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro relativo a la gestión de la información.

4. DEFINICIONES

Manual de la calidad: documento que especifica el SGC de una organización (capítulos y procedimientos).

Procedimiento: forma especificada, documentada o no, para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Documento de evidencia: documento que presenta testimonio de la realización de la actividad o actividades de los procedimientos.

5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

5.1. DOCUMENTOS RELATIVOS AL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO

5.1.1. Elaboración

Los documentos del SGC de la ETULPGC se generan a partir de instrucciones del Vicerrectorado con competencias en Calidad y de los reglamentos de la ULPGC. Dicho Vicerrectorado informa a la ETULPGC de los cambios del Reglamento que afecta a los sistemas de Gestión de la calidad publica las respectivas circulares informativas en el Boletín Oficial de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (BOULPGC).

La Comisión de Gestión de la Calidad (CGC) de la ETULPGC es la responsable de elaborar su propio SGC a partir de las instrucciones del Vicerrectorado y de los reglamentos de la ULPGC. Dicha comisión también es responsable de la actualización del SGC motivada por los objetivos anuales de la ETULPGC, las instrucciones dictadas por el Vicerrectorado con competencias en Calidad, cambios de normativas, etc. Esta documentación cumple con los requisitos del diseño establecidos por el Vicerrectorado con competencias en Calidad. Una vez elaborada la documentación, esta es revisada por el Equipo Directivo (ED) y, si fuera el caso, por el responsable del procedimiento afectado. En cuanto a su oficialidad, cualquier documento del SGC entra en vigor en el momento de su ratificación por el Consejo de Dirección, no considerándose válido ningún documento hasta que el documento aprobado no haya sido firmado y fechado.

5.1.2. Conservación

Los documentos son archivados por el Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad en formato digital, por lo que los miembros del Consejo de Dirección de la ETULPGC deben disponer de firma digital.

Cuando un documento deje de estar en vigor, el Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad difunde los nuevos documentos a toda la comunidad universitaria



y guarda una copia reconocida bajo el epígrafe de *documentos obsoletos*, al menos, hasta la siguiente certificación del SGC y de sus Títulos.

5.1.3. Difusión

Los documentos oficiales son difundidos públicamente en el enlace al apartado de Calidad de la página web de la ETULPGC. En ella se encuentra la versión actualizada de la documentación en formato PDF. Toda la documentación llevará la firma del Director o Directora de la ETULPGC o de la persona responsable.

Además, el Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad realiza todas las actuaciones necesarias para fomentar el conocimiento de la documentación por parte de la comunidad de la ETULPGC y, especialmente, por los responsables de los procedimientos y de las acciones especificadas en ellos.

5.2. DOCUMENTOS RELATIVOS A LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO

5.2.1. Elaboración

Durante la implantación del SGC de la ETULPGC se utilizan y se generan variedad de documentos, los cuales clasificamos como documentos aplicables al SGC y documentos de evidencias.

- a. Los documentos aplicables al SGC son aquellos que se generan en la dinámica de trabajo de gestión administrativa y cuya estructura documental y oficialidad responde a las normativas internas o instrucciones que especifica cada entidad o unidad responsable de su elaboración.
- b. Los documentos de evidencias del SGC son aquellos que se generan por la implantación del mismo y cuya estructura documental y oficialidad responde a lo especificado en cada procedimiento (apartado 7. Archivo) tanto del SGC o programa de calidad en el que se participe.

5.2.2. Conservación

La conservación y archivo de esta documentación, depende, en particular, de lo establecido en las diferentes normativas y en los propios procedimientos del SGC. No obstante, de forma general, se establece que, además del archivo que le corresponda a cada unidad responsable, el Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad archiva en la

plataforma del Campus Social un documento con su identificación, responsable y localización (documentos de evidencias).

5.2.3. Difusión

La difusión de esta documentación la realiza cada entidad o unidad responsable de su elaboración a los grupos de interés a los que va destinado y la difusión de cada evidencia se especifica en los procedimientos del SGC o en el programa de calidad en que se participe. Además, el Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad, elabora y conserva en el Campus Social un listado de evidencias, por curso académico, en el que se identifica el contenido de cada evidencia, localización y la fecha de su obtención. Este listado es difundido, anualmente, en la página web de la ETULPGC.

6. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA

El Subdirector o Subdirectora de Calidad procede, bienalmente, al control y seguimiento de este procedimiento, obteniéndose como evidencia un informe donde se detallan los puntos fuertes, débiles y propuestas de mejora sobre la ejecución del procedimiento y debe velar para que dichas propuestas de mejora se ejecuten.

La medición, análisis y rendición de cuentas de la gestión documental, 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 son aplicadas según se determine en el *Procedimiento Estratégico para la elaboración y actualización de la Política del Centro*.

7. ARCHIVO

Tabla 1. Archivo de evidencias

Identificación de la evidencia	Soporte de archivo	Responsable custodia	Tiempo de conservación
Documentos oficiales del diseño del SGC vigente	Informático	Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad	Permanentemente actualizado
Documentos oficiales del diseño del SGC obsoletos	Informático	Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad	6 años
Listado anual de evidencias de la implantación del SGC	Informático	Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad	6 años

Informe de revisión del procedimiento	Informático	Subdirector o Subdirectora con competencias en Calidad	6 años
---------------------------------------	-------------	--	--------

8. RESPONSABILIDADES

Tabla 2. Responsabilidades de grupos de interés

Responsables	Grupos de interés representados			
	PDI	PAS	Estudiantado	Agentes externos
Consejo de Dirección	X	X	X	
Equipo Directivo	X			
Comisión de Gestión de la Calidad	X	X	X	
Subdirector o Subdirectora de Calidad	X			
Responsables procedimientos de la ETULPGC	X	X		

9. ANEXOS

9.1. ESTRUCTURA DEL MANUAL

El Manual del Sistema de Gestión de la Calidad (MSGC) incluye una descripción general del Sistema de Gestión de la Calidad de la ETULPGC, de acuerdo con las directrices del programa AUDIT elaborado por ANECA. A continuación, se especifica la estructura de cada capítulo del MSGC, tal y como establece el Vicerrectorado con competencias en Calidad.

- **Encabezado:** constituido por el logotipo de la Universidad, el nombre del capítulo y el logotipo o nombre del Centro.
- **Pie de página:** constituido por el código del capítulo, número y fecha de revisión, número de página y número total de páginas del documento.
- **Portada:** constituida por el nombre del capítulo y, a continuación, el índice del documento.

Apartado de ediciones: constituido por dos tablas: la primera contiene la fecha de elaboración inicial del documento y el número, fecha y justificación de las sucesivas ediciones del mismo. A la edición inicial de cualquier documento elaborado se le



asigna “00” y una vez aprobado, cada vez que sea modificado se le asigna un nuevo estado de edición. La segunda tabla contiene los nombres y firmas de las personas que han elaborado y aprobado la última versión del documento.

- **Apartado ‘Objeto’:** se describe el contenido y propósito fundamental del documento.
- **Apartado ‘Ámbito de aplicación’:** designa la delimitación de validez del documento y su contenido, nos dice cuándo, dónde y sobre quién se aplica su contenido.
- **Apartado ‘Referencias / Normativa’:** se relacionan los reglamentos o normas y documentos aplicables que regulan o complementan el contenido del documento.
- **Apartado ‘Desarrollo’:** se describe de forma clara y concreta los contenidos necesarios para el logro del propósito del documento.
- **Apartado ‘Anexos’:** incluye documentos complementarios para la comprensión o despliegue del objeto del documento.

9.2. ESTRUCTURA DEL PROCEDIMIENTO

Los procedimientos del SGC especifican la realización de las diferentes actividades necesarias para la gestión de la ETULPGC, de acuerdo con las directrices del MSGC. A continuación, se especifica la estructura de cada procedimiento, tal y como establece el Vicerrectorado con competencias en Calidad.

- **Encabezado:** constituido por el logotipo de la Universidad, el nombre del procedimiento, el responsable del mismo y el logotipo o nombre del Centro
- **Pie de página:** constituido por el código del procedimiento, número y fecha de edición, número de página y número total de páginas del procedimiento.
- **Portada:** constituida por el nombre del procedimiento y a continuación el índice del documento.

Apartado de ediciones: constituido por dos tablas. Una contiene la fecha de elaboración inicial y el número, fecha y otra con los nombres y firmas de las personas que han elaborado y aprobado la última versión del documento. A la edición inicial de cualquier documento elaborado se le asigna la revisión “00”, y una vez aprobado, cada vez que sea modificado se le asigna un nuevo estado de edición.

- **Apartado ‘Objeto’:** se describe el contenido y propósito fundamental del documento.
- **Apartado ‘Alcance’:** Se indica cuándo se aplica el procedimiento y sobre qué o quiénes se aplica su contenido.



- **Apartado ‘Referencias / Normativa’:** se relacionan los reglamentos o normas y documentos aplicables que regulan o complementan el contenido del documento.
- **Definiciones:** se incluye, si procede, un vocabulario de las palabras o conceptos que precisen una definición para su correcto uso o interpretación. En caso de no figurar en este Apartado algún término que se considere de interés, se entiende que queda definido por la norma ISO 9000:2005 o por el Glosario incluido en el Documento 02 del Programa AUDIT (Directrices, definición y documentación...).
- **Apartado ‘Desarrollo’:** se describe de forma clara y detallada las acciones necesarias para el logro del propósito del documento.
- **Apartado ‘Seguimiento, Medición y Mejora’:** se describe la sistemática para la revisión de los resultados de las acciones del procedimiento, para la revisión del cumplimiento de las fases el procedimiento, para la rendición de cuentas a los grupos de interés y la mejora de los resultados obtenidos.
- **Archivo:** Incluye un listado de los documentos derivados de la implantación de los procedimientos que se deben archivar y custodiar como evidencias.
- **Responsabilidades:** Se indican los grupos de interés que tienen funciones en el desarrollo del procedimiento.
- **Anexos:** Cualquier documento adicional que integre especificaciones necesarias para la implantación del procedimiento.

9.3. CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

La codificación de los documentos relativos a los capítulos del manual, procedimientos e indicadores queda establecida por parte del Vicerrectorado con competencias en Calidad, del siguiente modo:

- **Capítulos del Manual del Sistema de Gestión de la Calidad** se codifican como **MSGCZZ:**
M = Manual
S = Sistema
G = Garantía
ZZ = Ordinal simple; indica el número de orden del capítulo (del 01 al 99).
- **Procedimientos que son competencia directa de la ETULPGC,** se codifican como **PXCZZ:**

P = Procedimiento

X = E (estratégico); C (clave); A (de apoyo)

C = Centro

ZZ = Ordinal simple; indica el número de orden del capítulo (del 01 al 99).

- **Procedimientos Institucionales**, que son desarrollados por órganos de gobierno y servicios generales de la ULPGC, se codifican como **PIZZ**:

PI = Procedimiento Institucional.

ZZ = Ordinal simple; indica el número de orden del documento (del 01 al 99).

- **Indicadores** para la medición del SGC se codifican como **R-INDZZCAT- N**:

R= Revela la unidad responsable del cálculo, puede ser la Universidad (U) o el Centro (C).

IN= Indicador.

ZZ= Número ordinal simple; indica el número de orden del documento (del 01 al 99).

CAT= Revela la categoría del indicador que puede ser de rendimiento (REN) o de satisfacción (SAT).

N= Revela el nivel del indicador que puede ser principal (P) o secundario (S).

Tabla 3. Ejemplos de codificación

Documento	Código	Significado
Capítulo del Manual	MSGC01	Capítulo del Manual del SGC número 1
Procedimiento	PEC01	Procedimiento Estratégico del Centro número 1.
Procedimiento	PI01	Procedimiento Institucional número 1.
Indicador	U-IN01REN-P	Indicador principal de rendimiento, número 1, cuyo responsable del cálculo es la Universidad.



9.4. FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE LOS DOCUMENTOS Y LAS EVIDENCIAS

1. Puntos débiles del procedimiento

○

2. Puntos fuertes del procedimiento

○

3. Propuestas de mejora del procedimiento

○

Fecha y firma

Subdirector o Subdirectora de Calidad