



Informe de auditoría

Tipo de visita:	Mantenimiento especial
Informe para:	Escuela de Ingenierías Marina, Náutica y Radioelectrónica
Referencia LRQA:	SGI6018249 / 7470086
Fechas de la auditoría:	02-Octubre-2025
Fecha del informe:	02-Octubre-2025
Dirección del cliente:	CASEM. Polígono Rio San Pedro, s/n, Puerto Real, Cádiz 11510, Spain
Criterio de auditoría:	ISO 9001:2015
Equipo auditor:	Belen Parra
Oficina LRQA:	SGI Spain

Contenidos

	Página
01. Informe ejecutivo	3
02. Hallazgos de la auditoría	4
03. Resumen de la auditoría	13
04. Detalles de la próxima visita	15
05. Listado de Asistentes a Reuniones	16
06. Consideraciones al Informe	17
07. Información Adicional	19
08. Apéndice	20

Anexos:

SGI6018249_APP_Ciclo 2025_2028.docx
SGI6018249_APP_FU-SEP 2025.docx

Este informe fue presentado a y aceptado por:

Nombre: Nieves Endrina //Eugenia Tejeiro.

Cargo: Directora //Representante de la Dirección en materia de Calidad

01. Informe ejecutivo

Objetivo genérico de la visita:

Esta ha sido una visita de Mantenimiento especial, llevada a cabo de acuerdo a objetivos previamente notificados al cliente. Los objetivos de la siguiente visita, incluyendo cualquier objetivo específico (tema, enfoque) se confirman en el plan de auditoría que se adjunta en este informe.

Resultado de la auditoría:

Esta visita se realiza para comprobar el cumplimiento del sistema de gestión de Escuela de Ingenierías Marina, Náutica y Radioelectrónica de acuerdo a ISO 9001:2015 según lo definido en la documentación de planificación de la auditoría. El resultado de la auditoría está registrado abajo.

Las acciones correctivas implantadas en la organización así como los procesos relacionados con las NC Mayores documentadas en la auditoría anterior han sido auditadas en esta auditoría de Mantenimiento Extraordinaria, y se ha comprobado que éstas han sido EFICACES, lo que permite cerrar las 4 No Conformidades Mayores por lo que el Sistema de Gestión a vuelto a estar alineado con los requerimientos de la norma ISO 9001.2015 y consecuentemente se recomienda* el MANTENIMIENTO de su certificado.

*Pendiente de revisión técnica por parte del LRQA

NOTA: Después de haber realizado la auditoría con técnicas de comunicación en remoto mediante Teams, se confirma que esta ha sido eficaz y por lo tanto se da validez a los resultados de la misma

Mejora continua:

Se valora el gran esfuerzo realizado por la organización junto con la profesionalidad del asesoramiento externo recibido como soporte para dar respuesta a los todos los hallazgos documentados en la visita anterior y para reactivar el sistema de acuerdo a los requisitos de norma.

Se evidencia el compromiso de la nueva Dirección en la aportación de recursos en personas, tiempo, formación, concienciación y económicos encaminados a la mejora continua del sistema implantado.

Áreas para la atención de la Alta Dirección:

-. Solo se realizan los siguientes comentarios:

- 1.- Objetivos 2025/26: Recordar la importancia de asignar metas numéricas (no por atributos: Cumplido/No cumplido) a los objetivos.
- 2.- Uso del logo: Se está utilizando el logo antiguo del LRQA así como la razón social que ya no está vigente.

Hallazgos de la auditoría

Cuando el requisito del esquema difiera de la definición de la norma mencionada abajo, tendrá preferencia la definición del esquema.

No-conformidad Mayor:

La ausencia de, o el fallo en la implantación y mantenimiento de uno o más elementos del sistema de gestión, o una situación que podría, en base a evidencias objetivas, despertar importantes dudas sobre la gestión para lograr: la política, objetivos o compromisos públicos de la organización, cumplimiento con los requisitos reglamentarios aplicables, conformidad con los requisitos del cliente aplicables, conformidad con los criterios de auditoría correspondientes

No-conformidad Menor:

Un hallazgo indicativo de una debilidad en el sistema implantado y mantenido, que no ha impactado de forma significativa en la capacidad del sistema de gestión o puesto en riesgo el sistema, pero al que se necesita prestar atención para asegurar la futura capacidad del sistema.

Número de referencia	6813090_MCOBPB01	Criterio de auditoría (cláusula)	ISO 9001:2015 (4)
Grado	Mayor	Fecha de emisión	06-Mayo-2025
Estado	Cerrada	Proceso / Aspecto	Contexto, Partes interesadas y Gestión de riesgos
Sede(s)	CASEM. Polígono Rio San Pedro, s/n,Puerto Real,ES		
Declaración de No Conformidad	<p>Durante la auditoria al contexto de la organización, se ha encontrado que:</p> <p><u>Estudio del contexto interno y externo</u></p> <p>1.- No existen evidencias de haber realizado el estudio del contexto DAFO del año 2025.</p> <p><u>Partes interesadas</u></p> <p>2.- No existen evidencias de que se hayan actualizado las necesidades y expectativas de las partes interesadas,</p> <p><u>Riesgos y oportunidades</u></p> <p>3 .- No existen evidencias de que se haya analizado la eficacia de los planes de acción para mitigar los riesgos y oportunidades del año 2024.</p> <p>4.- No existen evidencias de que se haya analizado los riesgos y oportunidades del año 2025 y se haya implantado los planes de acción correspondientes,.</p>		
Requisito	<p>4.1</p> <p>4.2</p> <p>6.1</p>		
Evidencia	Ausencia de evidencia		
Corrección, acción correctiva y plazos propuestos	<p>PAC</p> <p>Acciones</p> <p><u>Estudio del contexto interno y externo</u></p> <p>1.- Realizar el estudio del contexto DAFO del año 2025.</p> <p><u>Partes interesadas</u></p> <p>2.- Actualizar las necesidades y expectativas de las partes interesadas,</p> <p><u>Riesgos y oportunidades</u></p> <p>3 .- Analizar la eficacia de los planes de acción para mitigar los</p>		

Corrección, acción correctiva y plazos propuestos	<p>riesgos y oportunidades del año 2024.</p> <p>4.- Analizar los riesgos y oportunidades del año 2025 y se haya implantado los planes de acción correspondientes,.</p> <p>Responsable: Dirección y responsable de Calidad</p> <p>Plazo: 3-6 meses</p>		
Corrección	<p>-. Seguimiento 02 de Octubre de 2025:</p> <p>-. Ahora se ha revisado:</p> <p>1.- PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN Y LAS PARTES INTERESADAS SGC-PG02 en rev: 2 de fecha Julio de 2025.</p> <p>2.- ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN (Curso 2025/2026)</p> <p>3.- Lista de las Partes Interesadas en EIMANAR de fecha Julio de 2025</p> <p>4.- Tabla de control de modificaciones de necesidades y expectativas de las Partes Interesadas ultima revisión de fecha 16/09/2025</p> <p>5.- Valoración de la eficacia de los planes de acción para abordar los riesgos y oportunidades del curso académico 2023/24/25 de fecha 22.09.2025</p> <p>6.- Evaluación de los riesgos y oportunidades del curso académico 2025-26</p>		
Análisis de la causa raíz	<p>-. Seguimiento 02 de Octubre de 2025:</p> <p>-. Ahora se ha comprobado que la causa raíz en la falta de tiempo y coordinación entre el equipo saliente y entrante con responsabilidades asignada para el mantenimiento y mejora continua en el sistema de gestión de calidad implantado ha sido reparada con la contratación de una asesoría externa para la implantación de las acciones correctivas que subsanen las NC mayores encontradas en mayo de 2025 y para la formación/concienciación del equipo directivo en los requerimientos de norma ISO 9001.2015</p>		
Acción correctiva	<p>-. Seguimiento 02 de Octubre de 2025:</p> <p>-. Ahora se ha comprobado que las acciones correctivas implantadas han sido eficaces y permiten el cierre de la NC.</p> <p>CERRADO</p>		
LRQA ha revisado y verificado la implantación de las acciones tomadas.	<table> <tr> <td data-bbox="647 1451 1023 1526">Fecha de cierre</td><td data-bbox="1023 1451 1476 1526">02-October-2025</td></tr> </table>	Fecha de cierre	02-October-2025
Fecha de cierre	02-October-2025		

Número de referencia	6813090_MCOBPB02	Criterio de auditoría (cláusula)	ISO 9001:2015 (6)
Grado	Mayor	Fecha de emisión	06-Mayo-2025
Estado	Cerrada	Proceso / Aspecto	Política, Objetivos, Indicadores
Sede(s)	CASEM. Polígono Rio San Pedro, s/n,Puerto Real,ES		
Declaración de No Conformidad	<p>Durante la auditoria a los citados procesos de gestión, se ha encontrado que:</p> <p><u>Política de calidad</u></p> <p>1.- La Política de Calidad publicada Intranet de EIMANAR de fecha 22 de abril de 2022 no ha sido revisada y aprobada por la nueva Dirección.</p> <p><u>Objetivos</u></p> <p>2.- Los objetivos publicados en la Intranet de EIMANAR son los del año 2022 por lo que no se encuentran actualizados</p> <p>3.- Si bien se ha realizado el seguimiento de los objetivos del año académico 2023/24 no se ha dejado registro en el formato oficial de su grado de consecución.</p> <p>4.- No existen evidencias de haber establecido objetivos para el año académico 2024/25 ni consecuentemente los planes de acción para conseguirlos</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>5.- No existen evidencias que desde mayo de 2024 se haya dejado registrado el seguimiento de los resultado de la medida de los indicadores en las periodicidades oficialmente establecidas</p>		
Requisito	<p>5.2</p> <p>6.2</p> <p>4.4.</p>		
Evidencia	<p><u>Política de calidad</u></p> <p>1.- La Política de Calidad publicada Intranet de EIMANAR de fecha 22 de abril de 2022</p> <p><u>Objetivos</u></p> <p>2.- Los objetivos publicados en la Intranet de EIMANAR son los del año 2022</p> <p>3.- Ausencia de registro del seguimiento de los objetivos del año académico 2023/24</p> <p>4.- Ausencia de evidencias de haber establecido objetivos para el año académico 2024/25 ni consecuentemente los planes de acción para conseguirlos</p>		

Evidencia	<p><u>Indicadores</u></p> <p>5.- No existen evidencias que desde mayo de 2024 se haya dejado registrado el seguimiento de los resultado de la medida de los indicadores en las periodicidades oficialmente establecidas pe en los siguientes: 1.- Grados y Máster: Número de quejas relacionadas con la impartición y promoción 2.- Máster y grados: Tasa de éxito .3.- Cursos Homologados: %alumnos matriculados y %alumnos asisten a clase 4.- Examen del Instituto Ceutí % alegaciones aceptadas y % alegaciones recibidas B.- -Seguimiento de los indicadores establecidos por curso académico en la UCA. Muestreado el curso 2022/23 1.- Grado de satisfacción del alumno con el título. 2.-Grado de satisfacción del PDI (Personal Docente e Investigador) con el título 3.- Grado de satisfacción del PTGAS (personal técnico gestión y administración de servicio) con el título.</p>
Corrección, acción correctiva y plazos propuestos	<p>PAC</p> <p>Acciones:</p> <p><u>Política de calidad</u></p> <p>1.- Revisar y aprobar la Política de calidad por la nueva Dirección.</p> <p>2.- Publicarla en web</p> <p><u>Objetivos</u></p> <p>3.- Dejar registro en el formato oficial del grado de consecución, seguimiento y cierre de los objetivos del año 2023/24</p> <p>4.- Establecer objetivos para el año académico 2024/25 y sus los planes de acción para conseguirlos</p> <p>5.- Publicarlos en la Intranet de EIMANAR</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>6.- Registrar el seguimiento de los resultado de la medida de los indicadores en las periodicidades oficialmente establecidas</p> <p>Responsable: Calidad y Dirección</p> <p>Plazo: 3 a 6 meses</p>
Corrección	<p>- Seguimiento 02 de Octubre de 2025:</p> <p>- Ahora se ha revisado:</p> <p>- <u>Política de Calidad</u>.</p> <p>- Política de Calidad Versión 2.0 (15.07.2025) con aprobación de la nueva Dirección.</p> <p>- <u>Objetivos</u>.</p> <p>- 1.- Seguimiento de los objetivos para el curso académico 2022/23</p> <p>- 2.-Seguimiento de los objetivos para el curso académico 2023/24</p> <p>- 3. Establecimiento y planificación de los objetivos para el curso académico 2025/26 muestreados pe: Objetivo 7 Inclusión de competencias emanadas en ODS en al menos un 10% de las asignaturas de los grados Objetivo 5 : Aumentar anualmente un % no indicado el grado de satisfacción de alumnos en distintos atributos de la encuesta . La UCA de octubre a noviembre, proporcionará los datos del año académico finalizado 2024/25 para poder realizar el seguimiento y cierre de los objetivos concernientes a ese año académico.</p> <p>- <u>Desempeño de procesos</u>.</p>

Corrección	<p>-. Revisados por muestreo indicadores y tendencia en función de los valores de referencia del Curso académico 2024/25 (la UCA de octubre a noviembre,proporcionará los datos del año académico finalizado 2024/25) pe: 1.- Eficacia del proceso docente Máster EINMANAR: 1.- ISGC-P05-04: Grado de satisfacción global de los estudiantes con la docencia. 2.- ISGC-P05-02: Participación del profesorado en acciones formativas. 2.- Eficacia del proceso docente UCA: ISGC-P05-07: 1.- Porcentaje calificaciones "FAVORABLE" obtenidas por los profesores participantes en la evaluación de la actividad docente.3.- Exámenes deportivos Convocatorias 2c 2024 y 1C 2025 : INDICADOR 1.6: Número de alegaciones . Aceptadas de los alumnos con respecto al total de alegaciones recibidas con relación a los exámenes * 100. 4.- Cursos SCTW año 2024 : Indicador 1.5: % de alumnos que asisten a clase por asignatura / frente a los alumnos matriculados *100. Trimestral. Valor Previsto: 40 % de alumnos matriculados. Fuente de información de este indicador: Coordinadores y profesorado.</p>	
Análisis de la causa raíz	<p>-. Seguimiento 02 de Octubre de 2025: -. Ahora se ha comprobado que la causa raíz en la falta de tiempo y coordinación entre el equipo saliente y entrante con responsabilidades asignada para el mantenimiento y mejora continua en el sistema de gestión de calidad implantado ha sido reparada con la contratación de una asesoría externa para la implantación de las acciones correctivas que subsanen las NC mayores encontradas en mayo de 2025 y para la formación/concienciación del equipo directivo en los requerimientos de norma ISO 9001.2015</p>	
Acción correctiva	<p>-. Seguimiento 02 de Octubre de 2025: -. Ahora se ha comprobado que las acciones correctivas implantadas han sido eficaces y permiten el cierre de la NC. CERRADO</p>	
LRQA ha revisado y verificado la implantación de las acciones tomadas.	Fecha de cierre	02-October-2025

Número de referencia	6813090_MCOBPB03	Criterio de auditoría (cláusula)	ISO 9001:2015 (9)
Grado	Mayor	Fecha de emisión	06-Mayo-2025
Estado	Cerrada	Proceso / Aspecto	No conformidades, Auditorías internas y revisión del Sistema por la Dirección
Sede(s)	CASEM. Polígono Rio San Pedro, s/n,Puerto Real,ES		
Declaración de No Conformidad	<p>Durante la auditoria a los procesos citados, se ha encontrado que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>No conformidades. Acciones correctivas</u> 1.- No existen evidencias de que se haya actualizado la tabla excel con el registro de NC/AC desde mayo de 2024 - <u>Auditorías Internas</u> 2.- No existen evidencias de que se haya realizado la auditoria interna ISO 9001.2015 en el año 2025 - <u>Revisión del sistema por la dirección</u> 3.- No existen evidencias de que se haya realizado el Informe de revisión del sistema por la Dirección en 2025. 		
Requisito	10.2 9.2 9.3		
Evidencia	<ul style="list-style-type: none"> - <u>No conformidades. Acciones correctivas</u> Tabla excel 2023/2024: Desde las NC 10--15 que fueron auditadas en el año 2024 no se ha evidenciado que se haya documentado ninguna. - <u>Auditorías Internas</u> En la auditoria de mayo de 2024, se revisión el Informe de auditoria de fecha 02.05.2024. No existen evidencias de que se haya realizado la auditoria en el periodo académico 2025. - <u>Revisión del sistema por la dirección</u> En la auditoria de mayo de 2024 se revisó el Informe de revisión del sistema por la dirección de fecha 06.05.2024. No existen evidencias de que se haya realizado en 2025. 		
Corrección, acción correctiva y plazos propuestos	PAC <u>No conformidades y Acciones correctivas</u> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar en la tabla excel las NC y AC afloradas en esta auditoria <u>Auditorías internas</u> 2.- Planificar y Realizar las auditorias internas según ISO 9001.2015 a todas las actividades/procesos incluidos en el alcance. <u>Informe de revisión del sistema por la dirección</u> 3.- Realizar el Informe de revisión del sistema por la dirección según		

Corrección, acción correctiva y plazos propuestos	los requerimientos de la norma 9.3. Responsables: Calidad y Dirección plazo: 3-6 meses		
Corrección	- Seguimiento 02 de Octubre de 2025: - Ahora se ha revisado: - <u>No conformidades. Acciones correctivas</u> Tabla excel de NC/AC del curso académico 2024/2025. Muestreadas: 1.1, 1.2., 1.3, 1.4., 2.1, 2.2 , 2.3, 2.4, 2.5, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1., 4.2., 4.3., 5. - <u>Auditorías Internas.</u> 1.- Plan de auditorías internas de fecha 3.09.2025 2.- Informe de auditoría interna realizado por entidad externa subcontrada en fecha 23.09.2025 3.- CV de la auditora externalizada Patricia Martín - <u>Revisión del sistema por la dirección</u> . Informe de revisión del sistema por la dirección de fecha 29.09.2025.		
Análisis de la causa raíz	- Seguimiento 02 de Octubre de 2025: - Ahora se ha comprobado que la causa raíz en la falta de tiempo y coordinación entre el equipo saliente y entrante con responsabilidades asignada para el mantenimiento y mejora continua en el sistema de gestión de calidad implantado ha sido reparada con la contratación de una asesoría externa para la implantación de las acciones correctivas que subsanen las NC mayores encontradas en mayo de 2025 y para la formación/concienciación del equipo directivo en los requerimientos de norma ISO 9001.2015		
Acción correctiva	- Seguimiento 02 de Octubre de 2025: - Ahora se ha comprobado que las acciones correctivas implantadas han sido eficaces y permiten el cierre de la NC. CERRADO		
LRQA ha revisado y verificado la implantación de las acciones tomadas.	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="647 1171 1023 1247">Fecha de cierre</td><td data-bbox="1023 1171 1476 1247">02-October-2025</td></tr> </table>	Fecha de cierre	02-October-2025
Fecha de cierre	02-October-2025		

Número de referencia	6813090_MCOBPB04	Criterio de auditoría (cláusula)	ISO 9001:2015 (7.5)
Grado	Mayor	Fecha de emisión	06-Mayo-2025
Estado	Cerrada	Proceso / Aspecto	Control de la Información documentada
Sede(s)	CASEM. Polígono Rio San Pedro, s/n,Puerto Real,ES		
Declaración de No Conformidad	<p>Durante la auditoria al proceso de control de la información documentada, se ha encontrado que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- La información publicada en la Intranet no está actualizada 2.- La información publicada en la carpeta compartida UCA Drive no se encuentra actualizada desde mayo del año 2024. 3.- El nuevo equipo de calidad evidencia dificultades para encontrar información del sistema 		
Requisito	7.5		
Evidencia	<p>Durante la auditoria al proceso de control de la información documentada, se ha encontrado que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- La información publicada en la Intranet no está actualizada pe Política de calidad 2.- La información publicada en la carpeta compartida UCA Drive no se encuentra actualizada desde mayo del año 2024. Pe: Tablas de NC/CA 3.- El nuevo equipo de calidad evidencia dificultades para encontrar información del sistema pe: tabla de gestión de riesgos y oportunidades 		
Corrección, acción correctiva y plazos propuestos	<p>PAC</p> <p>Acciones</p> <p>Asegurar que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- La información publicada en la Intranet está actualizada 2.- La información publicada en la carpeta compartida UCA Drive se encuentra actualizada 3.- El nuevo equipo de calidad accede sin problemas a la información del sistema <p>responsables: calidad y Dirección</p> <p>Plazo: 3-6 meses</p>		
Corrección	<p>- Seguimiento 02 de Octubre de 2025:</p> <p>- Ahora se ha revisado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- CONTROL Y ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN Y LOS REGISTROS de fecha Julio de 2025 		

Corrección	2.- "Listado de documentación vigente " de fecha 22.09.2025. 3.- Mapa de Procesos Global de fecha inicial 22.09.2022 Revisión: 01 15/07/2025 4.- Procedimiento SGC-PG01 CONTROL DOCUMENTAL Y REGISTROS en rev: 2. 4.- Comprobado actualización y control del soporte documental, 5.- La documentación ha sido actualizada en septiembre de 2025 tanto en la Intranet como en la carpeta de trabajo compartida	
Análisis de la causa raíz	- Seguimiento 02 de Octubre de 2025: - Ahora se ha comprobado que la causa raíz en la falta de tiempo y coordinación entre el equipo saliente y entrante con responsabilidades asignada para el mantenimiento y mejora continua en el sistema de gestión de calidad implantado ha sido reparada con la contratación de una asesoría externa para la implantación de las acciones correctivas que subsanen las NC mayores encontradas en mayo de 2025 y para la formación/concienciación del equipo directivo en los requerimientos de norma ISO 9001.2015	
Acción correctiva	- Seguimiento 02 de Octubre de 2025: - Ahora se ha comprobado que las acciones correctivas implantadas han sido eficaces y permiten el cierre de la NC. CERRADO	
LRQA ha revisado y verificado la implantación de las acciones tomadas.	Fecha de cierre	02-October-2025

03. Resumen de la auditoría

Auditoría de:	Procesos de Gestión: Procesos de Gestión: Seguimiento de acciones correctivas implantadas	Auditor:	Belén Parra (LA)
Auditado(s):	Nieves Endrina. Directora Eugenia Tejeiro. Representante de la Dirección en materia de Calidad.		

Evidencia Objetiva, Controles de Proceso revisados y Comentarios:

- Liderazgo y Cambios organizativos. Se ha mantenido una reunión con la Dirección para presentar la evolución del nuevo equipo que tomó sus responsabilidades el 12 de noviembre de 2024 y compartir los hitos conseguidos después de la última auditoría fundamentalmente la contratación con una entidad de Consultoría y Auditoría Interna para la implantación de las acciones correctivas que subsanen las NC mayores encontradas en mayo de 2025 y para la formación/concienciación del equipo directivo en los requerimientos de norma ISO 9001.2015 .

- Contexto. Partes interesadas. Gestión de Riesgos y oportunidades. Se ha revisado: 1.- PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN Y LAS PARTES INTERESADAS SGC-PG02 en rev: 2 de fecha Julio de 2025. 2.- ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN (Curso 2025/2026) 3.- Lista de las Partes Interesadas en EIMANAR de fecha Julio de 2025 4.- Tabla de control de modificaciones de necesidades y expectativas de las Partes Interesadas ultima revisión de fecha 16/09/2025 5.- Valoración de la eficacia de los planes de acción para abordar los riesgos y oportunidades del curso académico 2023/24/25 de fecha 22.09.2025 6.- Evaluación de los riesgos y oportunidades del curso académico 2025-26

- Política de Calidad. Revisada Intranet de EIMANAR: Política de Calidad Versión 2.0 (15.07.2025) con aprobación de la nueva Dirección.

- Objetivos. Revisada la siguiente información documentada: 1.- Seguimiento de los objetivos para el curso académico 2022/23 2.-Seguimiento de los objetivos para el curso académico 2023/24 3.- Establecimiento y planificación de los objetivos para el curso académico 2025/26

muestreados pe: Objetivo 7 Inclusión de competencias emanadas en ODS en al menos un 10% de las asignaturas de los grados Objetivo 5 : Aumentar anualmente **un % no indicado** el grado de satisfacción de alumnos en distintos atributos de la encuesta . La UCA de octubre a noviembre,proporcionará los datos del año académico finalizado 2024/25 para poder realizar el seguimiento y cierre de los objetivos concernientes a ese año académico.

Comentario: Recordar la importancia de asignar metas numéricas (no por atributos: Cumplido/No cumplido) a los objetivos.

- Desempeño de procesos. Revisados por muestreo indicadores y tendencia en función de los valores de referencia del Curso académico 2024/25 (la UCA de octubre a noviembre,proporcionará los datos del año académico finalizado 2024/25) pe: 1.- Eficacia del proceso docente Máster EINMANAR: 1.- ISGC-P05-04: Grado de satisfacción global de los estudiantes con la docencia. 2.- ISGC-P05-02: Participación del profesorado en acciones formativas. 2.- Eficacia del proceso docente UCA: ISGC-P05-07: 1.- Porcentaje calificaciones "FAVORABLE" obtenidas por los profesores participantes en la evaluación de la actividad docente.3.- Exámenes deportivos Convocatorias 2c 2024 y 1C 2025 : INDICADOR 1.6: Número de alegaciones . Aceptadas de los alumnos con respecto al total de alegaciones recibidas con relación a los exámenes * 100. 4.- Cursos SCTW año 2024 : Indicador 1.5: % de alumnos que asisten a clase por asignatura / frente a los alumnos matriculados *100. Trimestral. Valor Previsto: 40 % de alumnos matriculados. Fuente de información de este indicador: Coordinadores y profesorado.

. No conformidades. Acciones correctivas Tabla excel de NC/AC del curso académico 2024/2025. Muestreadas: 1.1, 1.2., 1.3, 1.4., 2.1, 2.2 , 2.3, 2.4, 2.5, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1., 4.2., 4.3., 5.

- Auditorías Internas. Se ha revisado: 1.- Plan de auditorías internas de fecha 3.09.2025 2.- Informe de auditoría interna realizado por entidad externa subcontrada en fecha 23.09.2025 3.- CV de la auditora externalizada Patricia

Martín

- Revisión del sistema por la dirección. Revisado el Informe de revisión del sistema por la dirección de fecha 29.09.2025.

- Información documentada. La información del sistema de Calidad se encuentra alojada en UCA Drive. Se ha revisado: 1.- CONTROL Y ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN Y LOS REGISTROS de fecha Julio de 2025 2.- "Listado de documentación vigente " de fecha 22.09.2025. 3.- Mapa de Procesos Global de fecha inicial 22.09.2022 Revisión: 01 15/07/2025 4.- Procedimiento SGC-PG01 CONTROL DOCUMENTAL Y REGISTROS en rev: 2. Comprobado actualización y control del soporte documental, si bien está pendiente de aprobación oficial por el comité Pendiente aprobación CGC+JE Otc. 2025. Se ha comprobado que la documentación ha sido actualizada en septiembre de 2025 tanto en la Intranet como en la carpeta de trabajo compartida.

- Uso del logo. **Comentario: Se está utilizando el logo antiguo del LRQA así como la razón social que ya no está vigente.**

Evaluación y conclusiones:

En la muestra tomada se ha comprobado que el (los) proceso(s) es (son) conforme(s).

04. Detalles de la próxima visita

Norma(s) / Esquema(s)	ISO 9001:2015	Tipo de visita	Renovación de certificación		
Días de auditoría	2.50 DIA	Fecha prevista	February, 2026		
Equipo	Belén Parra (LA)				
Sede		Días de auditoría	Modalidad de auditoría	Tiempo en remoto	Códigos de actividad
CASEM. Polígono Rio San Pedro, s/n,Puerto Real,ES		2.5 DIA	Mixta	1 DIA	EA37,EA38,EA39,009001

05. Listado de Asistentes a Reuniones

Nombre	Función	Asistentes Reunión de Inicio	Asistentes Reunión de Cierre
Nieves Endrina	Directora	Y	Y
Eugenia Tejeiro.	Representante de la Dirección en materia de Calidad.	Y	Y
Antonio Salmerón	Secretario Académico	Y	Y

06. Consideraciones al Informe

Pregunta	Confirmación	Comentario del auditor
En relación a los requisitos de LRMS03-04-07 Use of ICT for Auditing Purposes - Risks & Opportunities. ¿Dispone la organización de los recursos para acceder y presentar información, imágenes o vídeos de las localizaciones relevantes para llevar a cabo una auditoría remota eficaz?	Si	Teams
Por favor confirmar en los comentarios las herramientas ICT acordadas para las futuras auditorías o para ser usadas durante la presente auditoría, por ejemplo, TEAMS, SKYPE, LRQA REMOTE, WECHAT, Otros...	Si	Teams
Si la auditoría es una Fase 1 o una Última Visita de Mantenimiento (Planificación de la visita de Renovación de la Certificación) , ¿El tiempo de auditoría en remoto asignado al siguiente ciclo de certificación será superior al 50% del tiempo total de auditoría?	Si	La idoneidad continua del uso de las TIC se revisará y confirmará en cada visita
Por favor, confirmar si los controles legales y reglamentarios fueron eficaces.	Si	No comentarios
Confirmación de que el sistema de gestión es conforme a los requisitos de la norma y es capaz de alcanzar los objetivos de la organización y de las partes interesadas de forma eficaz.	Si	No comentarios
¿ Ha habido alguna desviación respecto al Plan de Auditoría original o algún aspecto significativo que haya impactado en el Programa de Auditoría?	No	No comentarios
¿ Ha habido algún cambio significativo, desde la última visita de auditoría, que haya afectado a la idoneidad del : ámbito de certificación, el sistema de gestión, número de empleados efectivo , en relación a las actividades/productos /servicios de la organización?	Si	Cambio de la Representante de la Dirección en materia de calidad

Pregunta	Confirmación	Comentario del auditor
¿ Se han identificado hallazgos pendientes de resolver entre el cliente y el equipo auditor?	No	No comentarios
¿ La organización está controlando efectivamente el uso de las marcas (logos) de certificación, de los documentos asociados y no es engañosa en sus declaraciones de certificación vía telemática?	No	Ver comentarios añadidos en el informe del Resumen Ejecutivo
¿ Los objetivos de la auditoría fueron cubiertos durante la visita?	Si	No comentarios
En el caso de una auditoría SST, ¿Los responsables relevantes en materia de SST han sido involucrados en la auditoría y sus datos incluidos en el listado de asistentes a reuniones?	NA	No es una auditoría de SST.
En el caso que la organización trabaje en Turno de Noche, ¿Pueden ser auditados todos los procesos de forma eficaz durante el horario normal de Oficina?	N/A	No se realizó ninguna actividad de turno de noche.
En el caso de una auditoría SST y que se lleven a cabo actividades en el Turno de Noche, confirmar que la auditoría al Turno de Noche ha sido planificada.	A: No es una auditoría de SST	No comentarios
Si para las actividades auditadas en remoto se utilizaron ICTs , ¿fueron éstas efectivas y permitieron cumplir los objetivos de la auditoría?	Si	No comentarios
Los procesos operacionales,¿ se auditaron de forma remota y utilizando técnicas de video en directo? En caso afirmativo, por favor confirmar si en la tabla del proceso correspondiente se incluyó un comentario confirmando la eficacia de la auditoría realizada.	NA	No se auditaron procesos operativos utilizando TIC.

07. Información Adicional

LRQA Observación

Notificación al cliente de una oportunidad de mejora en las prácticas actuales observadas, o un aspecto positivo observado que merece una mención especial. Los requisitos de la(s) Norma(s) se cumplen, no es obligatorio un seguimiento por parte del cliente o de LRQA. Se registrará en la tabla del proceso aplicable al área auditada y se resaltará en el resumen ejecutivo cuando sea relevante.

Confidencialidad

El contenido de este informe, junto con cualquier nota tomada durante la visita, serán tratados en la más estricta confidencialidad y no se distribuirán a ninguna tercera parte sin expreso consentimiento escrito por parte del cliente, excepto si son requeridos por las entidades de acreditación.

Muestreo

El proceso de auditoría se basa en tomar una muestra de las actividades desarrolladas por el negocio. No es un muestreo estadístico, pero se basa en ejemplos representativos. Por tanto, como no se pueden muestrear todas las actividades del negocio de forma exhaustiva, si no se detectan hallazgos adversos en un proceso en concreto, no significa necesariamente que no existan esos hallazgos adversos, y si se detectan hallazgos adversos, no significa que sean los únicos.

Entidad Legal

La entidad legal acreditada y la oficina de LRQA que ha realizado el servicio de auditoría en este informe aparece referenciada en el contrato aplicable a este servicio.

Objetivos generales de la auditoría y responsabilidades del equipo auditor

Los objetivos generales de la auditoría y las responsabilidades del equipo auditor se incluyen en las Notas de Información al Cliente - 'Proceso de Auditoría' disponibles en nuestra página web www.lrqa.com. Cualquier objetivo específico para la próxima visita se registrará en el informe de la visita anterior y será contemplado a través del plan de auditoría para esa visita. La norma de auditoría y las funciones del equipo auditor están definidos en la confirmación de la visita de auditoría enviada al cliente. Además, en la página web están disponibles las "Notas de Información a Cliente" para los distintos tipos de visita.

Criterio de Auditoría

El criterio de auditoría se constituye de la norma de referencia aplicable a la auditoría y de la documentación y procesos relativos al sistema de gestión del cliente.

LRQA Group Limited, its affiliates and subsidiaries and their respective officers, employees or agents are, individually and collectively, referred to in this clause as 'LRQA'. LRQA assumes no responsibility and shall not be liable to any person for any loss, damage or expense caused by reliance on the information or advice in this document or howsoever provided, unless that person has signed a contract with the relevant LRQA entity for the provision of this information or advice and in that case any responsibility or liability is exclusively on the terms and conditions set out in that contract. LRQA retains ownership of this report.

08. Apéndice



1. Programa Auditoría ciclo 2025-2028

Tipo de visita	FV	FU	RC	1SV	FV	
Fecha prevista	ene-25	Oct 25	ene-26	ene-27	ene-28	
Fecha de inicio	06.05.25	02.10.25				
Fecha de finalización	06.05.25	02.10.25				
Días de auditoría	1,5 MD	0.75	2,5 MD	1,5 MD	1,5 MD	
Días de auditoría presencial	0,75		1,5	0,75	0,75	
Día de auditoría en remoto	0,75	0.75	1	0,75	0,75	
Proceso / aspecto			<i>S = Si completado</i>	<i>X = propuesto</i>		
Reunión de apertura	X		X	X	X	
Reunión de cierre	X		X	X	X	
PROCESOS DE GESTIÓN Y LIDERAZGO						
Contexto y partes interesadas.	X	X	X	X	X	
Gestión del cambio	X	X	X	X	X	
Gestión de riesgos y oportunidades	X	X	X	X	X	
Liderazgo. Política y estrategia	X	X	X	X	X	
Objetivos	X	X	X	X	X	
Desempeño de procesos:	X	X	X	X	X	
Indicadores	X	X	X	X	X	
Satisfacción del cliente	X	X	X	X	X	
No conformidades, reclamaciones, Acciones Correctivas	X	X	X	X	X	
Auditorías internas	X	X	X	X	X	
Revisión del Sistema por la Dirección	X	X	X	X	X	
Uso del logo	X	X	X	X	X	
PROCESOS OPERATIVOS						
Prestación del servicio GRADOS: Diseño y Desarrollo/ Planificación Docente / Realización y Evaluación de la Docencia/ Impartición de Grado.	X		X		X	
Prestación del servicio MASTER: Diseño y Desarrollo/ Planificación Docente / Realización y Evaluación de la Docencia/ Impartición de Grado.			X	X		
Prestación del servicio : Procesos de Realización y evaluación de Títulos Deportivos.			X	X		
Prestación del servicio: Impartición de Cursos Homologados por la Dirección General de la Marina Mercante (STCW).	X		X		X	
PROCESOS DE SOPORTE						

Gestión de RR.HH			X			
Control de la información documentada		X	X	X		
Infraestructura/Instalaciones/mantenimiento equipos de laboratorios	X		X	X	X	
PROCESOS TRANSVERSALES						
Compras, recepción y evaluación de proveedores			X			
Matriculación (proceso externo)	X		X	X	X	

2. Plan de Auditoría Renovación del certificado 2026

Tipo de auditoría Renovación del certificado Modalidad: Híbrida	Criterios de auditoría: <ul style="list-style-type: none">- Procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente- Normas: ISO 9001.2015	
MODALIDAD: HIBRIDA (Remoto+ Presencial)		
Equipo auditor Belén Parra (LA)	Fechas de la auditoría Enero de 2026	Fecha de emisión 02.10.2025
Alcance de la auditoría: 1.- Proceso de impartición de los Títulos Oficiales de Grado en: Ingeniería Marina (Marine Engineering) Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo (Nautical Engineering and Maritime Transport). Ingeniería Radioelectrónica (Radio Electronic Engineering) 2.- Impartición de Cursos homologados por la Dirección General de la Marina Mercante (STCW): Formación, evaluación de competencias, titulación, refrendo y revalidación en el ámbito de las profesiones marítimas. Formación conducente a la expedición de certificados de especialidad marítima 3.- Realización de los exámenes teóricos para la obtención de los títulos que habilitan para el gobierno de embarcaciones de recreo expedidos por la Ciudad Autónoma de Ceuta. 4.- Máster en Transporte Marítimo: Especialidad de Marina; Especialidad de Náutica y Especialidad de Radioelectrónica		
Objetivo de auditoría: Verificar el cumplimiento de los requisitos de la Norma aplicados al sistema, su mantenimiento, eficacia y mejora continua.		

(Día 1) Primer día Fecha: Enero de 2026 Auditora: Belén Parra (LA) MODALIDAD: REMOTO			
09:00	Reunión de apertura con la dirección al objeto de explicar el ámbito de la visita, la metodología de la auditoría, el método de informe, y para comentar la organización de la empresa (aproximadamente 10 minutos). El Auditor Jefe acordará un tiempo para comentar con la alta dirección la política y objetivos del sistema de gestión.		
09:15	Seguimiento de temas pendientes del día anterior		
09:30	Reunión con Departamento de Calidad <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestión del cambio ✓ Contexto: Aspectos internos y externos estratégicos. ✓ Riesgos y oportunidades asociados al negocio. ✓ Política y objetivos ✓ Desempeño de procesos ✓ Retroalimentación de clientes. ✓ Gestión de actividades y no conformidades. Acciones correctivas. ✓ 		
12:30	Control de la documentación/registros/información documentada		
13:30	Compras y evaluación de proveedores		
14:45-15:00	Cierre		
15:00-16:00	Almuerzo		
16:00-18:00	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorías internas ✓ Revisión del sistema por la Dirección Realización del informe		
18:00	✓ Viaje a Jerez de la Frontera		

(Día 2) Segundo día Fecha: ENERO de 2026 Auditora: Belén Parra (LA) MODALIDAD: ON SITE

(Día 2) Fecha: 01/2026	
9:00	Reunión de apertura para organizar la jornada
<Belen Parra > (Auditor Jefe)	
09:15	Matriculación (proceso externo)
10:30	Prestación del servicio GRADOS Diseño y Desarrollo de contenido y método didáctico. Planificación Impartición Selección del profesorado Evaluación y emisión de diplomas acreditativos
12:00	Prestación del servicio : :Impartición de Cursos Homologados por la Dirección General de la Marina Mercante (STCW).
13:30	Infraestructura y mantenimiento
14:30	Redacción del informe
15:00	Cierre

Día 3) Tercer día Fecha: ENERO de 2026 Auditora: Belén Parra (LA) MODALIDAD: ON SITE	
9:00	Reunión de apertura para organizar la jornada
<Belen Parra > (Auditor Jefe)	
9:15	Prestación del servicio MÁSTER Diseño y Desarrollo de contenido y método didáctico. Planificación Impartición Selección del profesorado Evaluación y emisión de diplomas acreditativos
11:00	Prestación del servicio : Procesos de Realización y evaluación de Títulos Deportivos.
13:30	Formación y Competencia del personal Docente y de soporte
14:30	Redacción del informe
15:00	Cierre presentación del informe
16:00	Viaje a Madrid

1. Plan de Auditoría FU. Seguimiento Extraordinaria 2 octubre 2025

Tipo de auditoría Extraordinaria	Criterios de auditoría: <ul style="list-style-type: none">- Procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente- Normas: ISO 9001.2015	
MODALIDAD: Remoto		
Equipo auditor Belén Parra (LA)	Fechas de la auditoría 2 Octubre de 2025	Fecha de emisión 15.09.2025
Alcance de la auditoría: <p>1.- Proceso de impartición de los Títulos Oficiales de Grado en:</p> <p>Ingeniería Marina (Marine Engineering)</p> <p>Ingeniería Náutica y Transporte Marítimo (Nautical Engineering and Maritime Transport).</p> <p>Ingeniería Radioelectrónica (Radio Electronic Engineering)</p> <p>2.- Impartición de Cursos homologados por la Dirección General de la Marina Mercante (STCW):</p> <p>Formación, evaluación de competencias, titulación, refrendo y revalidación en el ámbito de las profesiones marítimas.</p> <p>Formación conducente a la expedición de certificados de especialidad marítima</p> <p>3.- Realización de los exámenes teóricos para la obtención de los títulos que habilitan para el gobierno de embarcaciones de recreo expedidos por la Ciudad Autónoma de Ceuta.</p> <p>4.- Máster en Transporte Marítimo: Especialidad de Marina; Especialidad de Náutica y Especialidad de Radioelectrónica</p>		
Objetivo de auditoría: Verificar el cumplimiento de los requisitos de la Norma aplicados al sistema, su mantenimiento, eficacia y mejora continua.		

(Día 1) Primer día

Fecha: 02 Octubre de 2025

Auditora: Belén Parra (LA)

MODALIDAD: Remoto

9:00	Reunión de apertura al objeto de explicar el ámbito de la visita, la metodología de la auditoría, el método de informe, y para comentar la organización de la empresa (aproximadamente 10 minutos). El Auditor Jefe acordará un tiempo para comentar con la alta dirección la política y objetivos del sistema de gestión.
<Belen Parra > (Auditor Jefe)	
Guía(s): José Luis Cueto. Responsable de Calidad	
9:30	Seguimiento de las NC de visitas anteriores.
09:45	<u>REUNIÓN CON LA ALTA DIRECCIÓN</u> <ul style="list-style-type: none">✓ Liderazgo y compromiso para el sistema(s) de gestión✓ Planificación de cambios✓ Estrategia, política y objetivos
11:00	<u>REUNIÓN CON LA DIRECCIÓN DE CALIDAD</u> <ul style="list-style-type: none">✓ Contexto: Aspectos internos y externos estratégicos.✓ Necesidades y expectativas de las Partes Interesadas✓ Riesgos y oportunidades. Acciones para abordar riesgos y oportunidades✓ Acciones para abordar objetivos✓ Desempeño de procesos. Indicadores.✓ No conformidades/Acciones correctivas✓ Uso del logo.
13:00	Gestión de la información documentada
13:30	<ul style="list-style-type: none">✓ Auditorías internas✓ Revisión por la dirección.
14:00	Cierre
14:30	Redacción del informe
15:00	Envío del informe