



INFORME D'AUDITORIA INTERNA - INSTITUT LA ROMÀNICA

19 DE FEBRER DE 2013

ÍNDEX

1. Abast i limitacions	2
2. Resum de l'informe d'auditoria	2
3. Informe de no conformitats	3
4. Oportunitats de millora	3
5. Punts forts	4
6. Observacions	4
7. Valoració del grau de conformitat amb els requisits exigits	4
8. Auditats	4
9. Auditors	6
10. Distribució de l'informe d'auditoria	6





ABAST I LIMITACIONS

Auditoria del sistema de Gestió de la Qualitat de l'Institut La Romànica de Barberà del Vallès, realitzada el dia 19 de febrer de 2013, segons el programa d'auditoria elaborat i aprovat per la Comissió de Qualitat en data de 21 de febrer de 2013.

Al quadre de sota es plasmen com a resum els diferents punts de la norma de qualitat ISO 9001:2008 que es van revisar en la citada auditoria.

1. RESUM DE L'INFORME D'AUDITORIA

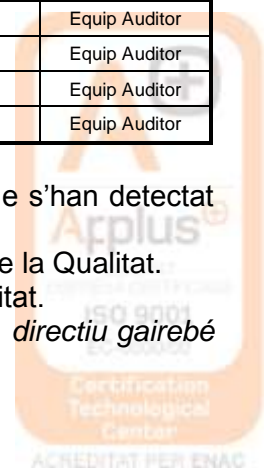
PUNT DE LA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2008		Aplicació (#)	Ref. NC(*)	Auditor(**)
4.1	Requisits generals			Equip Auditor
4.2	Requisits de la documentació			Equip Auditor
4.2.3	Control dels documents		<input checked="" type="checkbox"/>	Equip Auditor
4.2.4	Control dels registres		<input checked="" type="checkbox"/>	Equip Auditor
5.1	Compromís de la direcció			Equip Auditor
5.2	Enfocament al client			Equip Auditor
5.3	Política de qualitat			Equip Auditor
5.4	Planificació			Equip Auditor
5.5	Responsabilitat, autoritat i comunicació			Equip Auditor
5.6	Revisió per la direcció	NA		Equip Auditor
6.1	Provisió de recursos			Equip Auditor
6.2	Recursos humans			Equip Auditor
6.3	Infraestructura			Equip Auditor
6.4	Ambient de treball			Equip Auditor
7.1	Planificació per a la realització del producte			Equip Auditor
7.2	Processos relacionats amb el client		<input checked="" type="checkbox"/>	Equip Auditor
7.3	Disseny i desenvolupament			Equip Auditor
7.4	Compres			Equip Auditor
7.5	Prestació del servei			Equip Auditor
7.5.1	Control de la prestació del servei			Equip Auditor
7.5.2	Validació dels processos de la prestació del servei			Equip Auditor
7.5.3	Identificació i traçabilitat			Equip Auditor
7.5.4	Propietat del client			Equip Auditor
7.5.5	Preservació del producte			Equip Auditor
7.6	Control dels dispositius de seguiment i mesura			Equip Auditor
8.1	Mesura, anàlisi i millora. Generalitats			Equip Auditor
8.2	Seguiment i mesura			Equip Auditor
8.3	Control del servei no conforme			Equip Auditor
8.4	Anàlisi de dades			Equip Auditor
8.5	Millora			Equip Auditor

(*) Assenyalats amb "X" els punts del Sistema de Gestió de la Qualitat als que s'han detectat No Conformitats.

(**) Identificats el/s auditor/s que han auditat cada punt del Sistema de Gestió de la Qualitat.

(#) Assenyalats amb NA (No Aplica) els apartats de la norma que no s'han auditat.

No s'ha pogut auditar el punt de "Revisió per la direcció" per ser un equip directiu gairebé nou i no haver passat per aquest procés encara (final de curs).





2. INFORME DE NO CONFORMITATS

Ref. NC	DESCRIPCIÓ DE LA NO CONFORMITAT	Punt Norma
01 02 03 04 05	En relació a "Control dels registres" 01. PEC pendent d'aprovar per Consell Escolar. 02. Documents estratègics que no estan actualitzats o penjats (al gestor documental). 03. Revisió trimestral del Pla Estratègic (en reunió d'Equip Directiu o Junta Ampliada). 04. Hi ha departaments que no fan convocatòries. 05. Hi ha departaments que no fan l'inventari perquè desconeixen la seva existència (en canvi altres ho fan i molt bé).	4.2.3
06 07 08	En relació a "Control dels registres" 06. Hi ha un procediment per a detectar i/o atendre alumnat amb NEE que no està enregistrat i, a banda, a l'apartat 4 diu "...es comparteix un google docs amb la Junta Ampliada..." i hauria de dir "...es comparteix un google docs amb la Comissió d'atenció a la diversitat..." 07. El procediment PROSG05.3-Gestionar la seguretat, hauria de tenir ben definides les activitats de la Coordinació de PRL per avaluacions, així com hauria d'haver un registre de seguiment de les activitats i un registre de les revisions de senyals, extintors, etc. 08. Actes de reunió on no s'aprova l'acta de la reunió anterior.	4.2.4
09	En relació a "Processos relacionats amb el client" 09. Alguns departaments no donen als alumnes els criteris d'avaluació.	7.3

3. OPORTUNITATS DE MILLORA

OPORTUNITATS DE MILLORA
<ol style="list-style-type: none"> Planificació a l'inici del curs de tot el calendari de reunions anuals (sobretot reunions de departament). Designar un encarregat de l'actualització i dinamització de la Web del Institut. Les enquestes de qualitat les haurien de passar tots els substituïts/temporals que passen pel centre. Hi ha procediments que no estan integrats a dintre de la gestió de qualitat (no estan al docMGR) o no estan escrits: Càlcul de presupostos dels departaments, Formulari d'autoavaluació de l'auditoria interna i Detecció d'alumnat amb NEE. BTX i ESO haurien de fer un seguiment del PAT trimestralment. El professorat nouvingut i substituït o d'incorporacions a meitat del curs, hauria de tenir en el protocol de benvinguda una reunió amb els tutors dels diferents cursos als quals impartirà classe per tal de conèixer el perfil de l'alumnat i poder atendre així les individualitats. Posar un espai de "propostes de millora" als formularis d'autoavaluació de l'auditoria



interna.

8. Millorar el PAT d'FP.
9. Modificació de l'estructura de les Actes de reunió: Aprovació de l'acta anterior, seguiment d'acords i acords presos.

4. PUNTS FORTS

PUNTS FORTS

1. El programa de Gestió integral del centre, GICED (sobretot les programacions).
2. Eines telemàtiques per a la gestió de les tutories, faltes d'assistència, programacions... denoten tendències positives del centre front a les TIC.
3. Canvis en la gestió de les incidències (canvis de fulls).
4. Secretaria (sobretot la traçabilitat de qualsevol documentació).
5. PCC d'ESO és sòlid.

5. OBSERVACIONS

OBSERVACIONS

1. L'equip auditor valora com atenuant que gairebé tot l'equip directiu com la coordinació de qualitat estigui representada per personal nou aquest curs.
2. S'haurien de mantenir actualitzats al curs present els procediments.

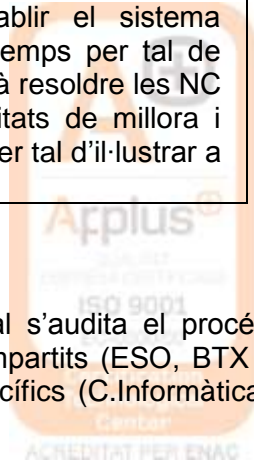
6. VALORACIÓ DEL GRAU DE CONFORMITAT AMB ELS REQUISITS EXIGITS

RESULTAT DE L'AUDITORIA

El Sistema de Gestió de la Qualitat de l'Institut La Romànica quant al seu establiment formal i documental, està en la línia dels objectius establerts en la xarxa Q-5 del Projecte de Qualitat i Millora Contínua, excepte per la no intencionalitat d'establir el sistema d'Excel·lència que la xarxa contempla per trobar que necessitem més temps per tal de consolidar el sistema de qualitat i arribar a tot el claustre. Així mateix, caldrà resoldre les NC detectades a través d'un pla d'actuació, així com aprofitar les oportunitats de millora i suggeriments i difondre, a dintre de la xarxa Q5, els punts forts que tenim per tal d'il·lustrar a altres centres.

7. AUDITATS

L'Auditoria interna s'ha distribuït en dos blocs diferenciats: un en el qual s'audita el procés d'ensenyament aprenentatge desenvolupat al centre als diferents nivells impartits (ESO, BTX I CF) i un altre en el qual s'audita la direcció i càrrecs de coordinació específics (C.Informàtica, C.PRL, C.Qualitat, etc).

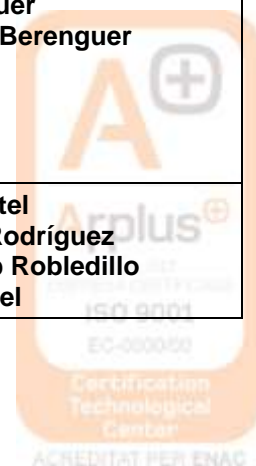




A la graella adjunta es pot veure la distribució dels diferents processos auditats.

PROCÉS E/A	RESPONSABLES
Desenvolupar l'E/A a l'ESO	Coordinador/a de nivell: Isabel Morente Cap departament: Emilia Moralo Professor/a: Antonia Heras Tutor/a: Araceli Prieto
Desenvolupar l'E/A al Batxillerat	Coordinadora de BTX: Silvia Vallespín Cap departament: Josep Cano Professor/a (del mateix dept.): Josep Cano Tutor/a: Anna Isabel Camacho
Desenvolupar l'E/A a l'FP	Cap dep.: Helena Oliart Professor/a de C5: Carme Rodríguez Tutor/a: Pere Grané Coordinadora d'FP: Carme Rodríguez
Desenvolupar l'E/A (Departament)	Cap departament: Jordi Baró Professorat del departament de FiQ

PROCÉS (gestió, organització i funcionament intern)	RESPONSABLES
Presentació	Equip directiu + Coordinador/a qualitat
Planificar i organitzar el centre	EQUIP DIRECTIU Director: Mercè Balaguer Cap d'Estudis: Carles Garcia Cap d'Estudis Adjunt: Empar Àgueda Coord. Pedagògica: Roman Gutiérrez COORDINADOR/A QUALITAT: Esther Berenguer
Gestionar la informació i l'admissió del alumnat Realitzar la gestió acadèmica	Secretari: Jaume Castel
Elaborar i revisar el PCC i l'acció tutorial (PAT)	Director: Mercè Balaguer Coord. Ped: Roman Gutiérrez
Gestionar i formar l'equip humà	CdE: Carles Garcia
Serveis complementaris i extraescolars Biblioteca Assessorament psicopedagògic	Responsables dels serveis: Lourdes Ferran, Núria Roig i Josep M. Lahoz
Desenvolupar i revisar el sistema de gestió	Director: Mercè Balaguer Coordinadora Qualitat: Esther Berenguer
Gestionar la comunicació, promoció i relacions	
Intercanvi experiències pedagògiques i de gestió	
Gestionar la satisfacció de l'alumnat i famílies	
Seguir i mesurar el sistema de gestió de la qualitat	
Gestionar els recursos econòmics Gestionar els recursos materials i compres	Secretari: Jaume Castel Coordinador/a PRL: Carme Rodríguez Coordinador Informàtica: Josep Robledillo
Gestionar el sistema informàtic	Manteniment: J. Castel





8. AUDITORS

Els auditors que han desenvolupat l'auditoria interna han estat:

AC	Auditor/a en cap	Víctor Lino	Professor INS. Nicolau Copèrnic.
A1	Auditor 1	José Robledillo	Professor INS. La Romànica.
A2	Auditora 2	Alicia Pla	Coord. Qualitat INS. Nicolau Copèrnic.

9. DISTRIBUCIÓ DE L'INFORME D'AUDITORIA

L'informe d'auditoria interna s'ha distribuït al claustre general ordinari de data 06 de març de 2013, així com s'ha lliurat a l'equip de direcció del centre i penjat al gestor documental (docMGR) en data 21 de març de 2013.

Signat,

Esther Berenguer (CQ)
Barberà de Vallès, a 05 de març de 2013

