



# INFORME D'AUDITORIA INTERNA - INSTITUT LA ROMÀNICA

25 DE FEBRER DE 2015

## 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 25 de febrer de 2015, segons el programa d'auditoria elaborat prèviament.

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
4.2.2	Manual de qualitat			Equip Auditor
4.2.3	<b>Control dels documents</b>		<b>X</b>	Equip Auditor
4.2.4	<b>Control dels registres</b>		<b>X</b>	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
5.5.2	<b>Comunicació interna</b>		<b>X</b>	Equip Auditor
5.6	Revisió per la direcció			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 servei			Equip Auditor
7.2	Processos relacionats amb el client			Equip Auditor
7.3	Disseny i desenvolupament			Equip Auditor
7.4	<b>Compres</b>		<b>X</b>	Equip Auditor
7.5	Prestació del servei			Equip Auditor
7.5.1	<i>Control de la prestació del servei</i>			Equip Auditor
7.5.2	<i>Validació dels processos de la prestació del servei</i>			Equip Auditor
7.5.3	<i>Identificació i traçabilitat</i>			Equip Auditor
7.5.4	<i>Propietat del client</i>			Equip Auditor
7.5.5	<i>Preservació del producte</i>			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
8.2.1	Satisfacció del client			Equip Auditor
8.2.2	Auditories internes			Equip Auditor
8.3	Control del servei no conforme			Equip Auditor
8.4	Anàlisi de dades			Equip Auditor
8.5	Millora			Equip Auditor
8.5.1	Millora contínua			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.

## 2. INFORME DE NO CONFORMITATS

Ref. NC	DESCRIPCIÓ DE LA NO CONFORMITAT	Punt Norma
01	En relació a "compres" <b>01. Desconeixement dels procediments de recerca de proveïdors per part de secretaria.</b>	7.4
02 03	En relació a "Control dels documents" <b>02. No es fan servir models actuals d'actes i convocatòries.</b> <b>03. Al gestor documental falten els següents documents:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocol NEE</li> <li>• Protocol "Atendre alumnat de risc"</li> <li>• Carta per a comunicar l'acumulació de al menys 25 faltes d'assistència injustificades.</li> </ul>	4.2.3
04	En relació a "Control de registres" <b>04. El document del "Pla d'Orientació Educativa" està elaborat pel C.Ped i hauria d'estar elaborat per l'equip d'orientació</b>	4.2.4
05	En relació a "Comunicació interna" <b>05. No es donen als alumnes els criteris d'avaluació/qualificació.</b>	5.5.2

## 3. OPORTUNITATS DE MILLORA

OPORTUNITATS DE MILLORA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coneixement, control o més implicació per part de direcció/cap d'estudis del lloc on es guarda la facturació del centre.</li> <li>2. Posar al PCD un apartat on quedi reflectit l'acord de corresponsabilitat (implicació de tots els departaments en el projecte). Alguns PCD no tenen els criteris d'avaluació.</li> <li>3. Definició de càrrecs o responsabilitats a la web o moodle del centre (facilitar la tasca a desenvolupar per cada càrrec).</li> <li>4. Desenvolupament del moodle del centre, així com actualització i dinamització de la pàgina web (possible col·laboració en projecte comú amb l'INS Nicolau Copèrnic i els seus alumnes d'FCT).</li> </ol>

## 4. PUNTS FORTS

PUNTS FORTS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PAT i seguiment tutoria - coordinació de nivell.</li> <li>2. Comunicació de la gestió de la qualitat: Canvi de l'enfocament del suro del centre aconseguint transparència cap a tots els estrats: alumnat, professorat, PAS i famílies.</li> </ol>



3. Accés de tota la comunitat educativa i PAS als resultats dels indicadors de qualitat a través del gestor documental.
4. Treball en equip entre la Coordinació de Qualitat i el Coordinador d'Indicadors.
5. Treball humà de l'Equip Directiu (força cohesionat).
6. Millora continuada de la gestió de les queixes i suggeriments.
7. Organització de l'alumnat dintre dels grups - classe (molt pautat i clar el model a seguir des de direcció).
8. Actualització de la documentació en funció de l'evolució del centre (adaptació a les noves necessitats, eliminant els documents que finalment no es fan servir).
9. Projecte d'innovació d'apadrinament d'alumnes de 1r d'ESO per part d'alumnes de BTX per tal d'ajudar-los a millorar el seu comportament.
10. Harmonització per part dels professors que imparteixen una mateixa matèria a un mateix nivell (departament de BIG).

## 5. OBSERVACIONS

### OBSERVACIONS

1. Es detecta un claustre desmotivats amb la formació, exigeixen formar-se però després no participen en les activitats que es desenvolupen. L'Equip Directiu hauria de buscar el motiu per poder corregir-ho.
2. S'ha detectat una errada al Pla d'Auditoria ja que l'assessorament pedagògic ja no rep aquest nom, sinó que ara es diu "Orientació educativa". S'ha de canviar al Pla d'auditoria.
3. Al full de canvi de grup/matèria no es pregunta res, els coordinadors de nivell troben que hauria de ser més complet.
4. Les autoavaluacions s'han de separar per càrrecs. És el primer any que els auditats a la interna fan les autoavaluacions a casa i troben interessant que cada autoavaluació sigui només referent al càrrec del qual estan sent auditats (fins ara es feia per parelles amb un altre càrrec amb qui tinguessin relació).

## 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 Q5/2 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 Q5/2, 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 i CF) excepte BTX que serà auditat el curs vinent, i un altre en el qual s'audita la direcció i càrrecs de coordinació específics (Orientació Educativa. C. Qualitat i Responsable d'Indicadors, deixant pel curs vinent els càrrecs de C.TIC i C.PRL).

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

DESCRIPCIÓ DEL PLA					
DIMARTS 19/02/2013					
HORARI	LLOC	AUDITORS	PROCÉS	RESPONSABLES	REQUISITS DE LA NORMA
9.15 – 9.45	A	AC, A1, A2	Presentació	Equip directiu + Coord. Qualitat	
9.45 – 10.15	A	AC	- Control de la gestió - Gestionar la satisfacció de l'alumnat i famílies - Seguir i mesurar el sistema de gestió de la qualitat	COORDINADORA QUALITAT: <b>Esther Berenguer</b>	4.2.2 Manual de qualitat 4.2.3 Control dels documents 4.2.4 Control del registres 8.2.1 Satisfacció client 8.2.2 Auditories internes 8.3 Control del servei no conforme 8.4 Control de dades 8.5 Millora 8.5.1 Millora contínua
10.30-11.00	B o C	A2	Desenvolupar l'E/A a l'ESO	C. Nivell: <b>Elena Sánchez</b> Tutora: <b>Pilar Pérez</b>	7. Realització del servei 7.1 Planificació de la realització del servei 7.2 Requisits relacionats amb el client 7.3 Disseny i desenvolupament 7.5 Prestació del servei 7.6 Control dels dispositius de seguiment i mesura 8.2 Seguiment i Mesura
11.00-11.30				Cap dpnt i professor: <b>Daniel Mañé</b>	
11.30-12.00	C	A1	Desenvolupar l'E/A a l'FP	C.FCT: <b>Carne Caparrós</b> Tutora: <b>Carne Rodríguez</b>	
12.00-12.30				C. Dpnt: <b>Isabel Moldes</b> Professores: <b>Mariona Puig i Empar Àgueda</b>	
10.30-11.00	C	A1	-Assessorament pedagògic	Assessorament pedagògic: <b>Carmen Aragón</b>	4.2 Requisits de la documentació 5.5.3 Comunicació interna 7.5 Prestació del servei
10.30-11.00	A	AC	-Gestionar la informació i l'admissió del alumnat -Realitzar la gestió acadèmica -Gestionar els recursos econòmics Gestionar l'inventari	Secretari: <b>Jaume Castel</b>	4.2 Requisits de la documentació 5.5.3 Comunicació interna 5.5.3 Comunicació amb el client
11.00-11.30	A	AC	-MIB, seguiment i recollida d'indicador. -Tractament de dades dels indicadors i comunicació.	Coord. d'indicadors: <b>Jorge Cereijo</b>	8.4 Control de dades 8.5 Millora 8.5.1 Millora contínua
11.30-12.30	A	AC	-Planificar i organitzar el centre (NOFC, PEC, PGAC...) -Elaborar i revisar el PCC i l'acció tutorial PAT -Desenvolupar l'ESO i el BTX (MS)	<b>EQUIP DIRECTIU</b> Director: <b>Mercè Balaguer</b> Cap d'Estudis: <b>Roman Gutiérrez</b> Cap d'Estudis Adjunt: <b>Empar Àgueda</b> Coord. Pedagògic: <b>Lluís Coll</b>	4.1 Requisits generals 4.2 Requisits de la documentació 5.1 Compromís de la direcció. 5.2 Enfocament a client. 5.3 Política de qualitat 5.4 Planificació. 5.5 Responsabilitats, autoritat i comunicació 5.6 Revisió per la direcció 8.2.1 Satisfacció del client 8.4 Anàlisi de dades 8.5 Millora
12.00-13.00	A	Cafè i Reunió auditors: <b>elaboració informe provisional</b>			
<b>Fi de la sessió</b>					



## 8. AUDITORS

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

AC	Auditor/a en cap	Jordi Cardenas	Coord. Qualitat INS. Nicolau Copèrnic.
A1	Auditora 1	José Robledillo	Professor i Coord. TIC INS. La Romànica
A2	Auditora 2	Esther Berenguer	Coord. Qualitat INS. La Romànica

## 9. DISTRIBUCIÓ DE L'INFORME D'AUDITORIA

L'informe d'auditoria interna s'ha lliurat a l'equip de direcció del centre i penjat al gestor documental (docMGR) en data 20 de març de 2015, tot informant mitjançant correu electrònic a la totalitat de la disponibilitat del mateix al gestor documental.

Signat,

Esther Berenguer (CQ)  
Barberà de Vallès, a 20 de març de 2015