




UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Geografía e Historia

Fecha emisión informe: 20 de junio de 2025
versión00

 <p>UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Complutense de Madrid
Centro	Facultad de Geografía e Historia
Alcance de la auditoría	Todos los procesos, procedimientos y registros recogidos en el Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad
Auditoría	Virtual
Fecha de la auditoría interna	3 de junio de 2025

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	D. Miguel Ángel Sastre Castillo (Vicerrector de Calidad) D. Miguel Luque Talaván (Decano) D. Raúl Romero Medina (Responsable del SIGC)
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Audidores	Auditor Jefe: D. Alberto A. Suárez (AAS). Universidad de Oviedo suarez@uniovi.es Auditor: D. Sergio Miranda Castañeda (SMC). Universidad Internacional de la Rioja sergio.miranda@unir.net
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría interna del Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC) de la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Complutense de Madrid se ha llevado a cabo tomando como documento de referencia la [Guía del modelo SISCAL madri+d](#), que desarrolla los criterios y directrices para la certificación de sistemas de garantía interna de calidad en los centros universitarios, conforme al protocolo aprobado por la Conferencia General de Política Universitaria.

La auditoría se ha desarrollado de forma virtual, de acuerdo con la agenda prevista, y ha contado con una participación amplia de los distintos grupos de interés.

Durante la visita se solicitó al centro la aportación de tres evidencias adicionales para completar la evaluación del sistema, que fueron remitidas tras la visita:

- **Evidencia Adicional 1 (EA1): Ejemplo de acta de coordinación de un Máster Interuniversitario.**
La documentación aportada (actas de abril y diciembre de 2024 del Máster Interuniversitario en Historia y Ciencias de la Antigüedad) evidencia la existencia de reuniones periódicas y colaboración efectiva entre universidades. No obstante, no se ha acreditado la existencia de una sistemática común ni un protocolo formalizado de coordinación interuniversitaria, motivo por el que se mantiene la observación correspondiente (OBS3).



- **Evidencia Adicional 2 (EA2): Ejemplo de formación específica.** Se trata de un curso transversal impartido en el marco del proyecto INNOVA-Gestión Calidad (VII edición), dirigido a PDI, PTGAS y estudiantes, con documentación completa de planificación, ejecución, difusión y evaluación. Los resultados de las encuestas de satisfacción son altamente positivos. Esta evidencia refuerza los puntos fuertes ya identificados, especialmente los relacionados con la formación interna (PF6 y PF7).
- **Evidencia Adicional 3 (EA3): Ejemplo de trazabilidad de una mejora.** El centro aportó un registro de consultas, quejas y sugerencias con información estructurada sobre fechas, canales y tipología. Aunque muestra agilidad en la respuesta y cierto nivel de sistematización, no se vincula a un procedimiento formal institucionalizado ni se ha evidenciado su difusión a los grupos de interés. Por tanto, se mantiene la necesidad de mejora NM4.

En conjunto, las evidencias adicionales han permitido contrastar parcialmente algunos aspectos del sistema, si bien no modifican sustancialmente las conclusiones previamente establecidas, las cuales se mantienen conforme a los criterios y directrices establecidos en la Guía SISCAL madri+d.

En línea con el enfoque del modelo SISCAL, los hallazgos obtenidos durante el proceso de evaluación pueden clasificarse en varias categorías:

- **Necesidades de mejora:** aspectos cuya corrección es imprescindible para garantizar el cumplimiento de los criterios del modelo. Estas deben ser abordadas mediante un **Plan de Mejora** elaborado por el centro y evaluado posteriormente por la Comisión de Certificación.
- **Observaciones:** aspectos que no constituyen incumplimientos directos, pero que podrían convertirse en necesidades de mejora si no se corrigen.
- **Oportunidades de mejora:** sugerencias orientadas a optimizar el funcionamiento del sistema, sin que impliquen un incumplimiento.
- **Puntos fuertes:** elementos que evidencian un grado de desarrollo avanzado o especialmente positivo del sistema, más allá de los requisitos mínimos establecidos.

Esta auditoría se ha realizado mediante un enfoque **muestral**, lo que implica que podrían existir otras necesidades de mejora no identificadas en el presente informe.

En el marco de la auditoría participaron también, en calidad de **observadores**, representantes de la Oficina para la Calidad de la UCM y de la Delegación Central de Estudiantes, como parte de su proceso de formación interna:

- Dña. Sonia Martín López – Secretaria Académica de la Oficina de Calidad de la UCM
- Dña. Rosa Martín Manzano – Jefa de la Oficina para la Calidad de la UCM
- D. José Manuel Segovia Guisado – Responsable de la Unidad de Indicadores de Calidad de la UCM
- D. Alejandro del Saz Martínez – Delegación Central de Estudiantes
- D. Luis Antonio del Prado Carro – Delegación Central de Estudiantes



RESUMEN EJECUTIVO

La auditoría interna del Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC) se ha desarrollado de forma virtual conforme a la Guía SISCAL madri+d, contando con una participación representativa de los diferentes grupos de interés. Destaca la implicación activa del equipo directivo.

Durante el proceso se han identificado cinco necesidades de mejora que afectan principalmente al despliegue del plan de comunicación, la trazabilidad del seguimiento, la inexistencia de un informe global del centro, la operatividad del buzón de sugerencias y el seguimiento transversal de egresados. Estas deberán ser abordadas mediante un Plan de Mejora.

Se han formulado cuatro observaciones que, si bien no constituyen incumplimientos directos, podrían derivar en futuras carencias del sistema si no se abordan. Entre ellas destacan la falta de procedimientos formales para reuniones periódicas, el bajo nivel de retorno de información de las encuestas al estudiantado, y la necesidad de sistematizar la coordinación en títulos compartidos.

Asimismo, se recogen siete oportunidades de mejora, entre las que se incluyen la actualización del Manual de Calidad, la formalización de reuniones internas, la mejora de la participación del profesorado y del estudiantado en órganos colegiados, y la incorporación de una tabla de correspondencia entre evidencias y directrices del modelo SISCAL.

Finalmente, se identifican doce puntos fuertes del sistema, como la implicación institucional, la interdisciplinariedad de la oferta, la consolidación del sistema de calidad con participación del PTGAS, la oferta de formación específica, la certificación DOCENTIA, y la realización voluntaria de la auditoría interna.

Este resumen presenta los principales hallazgos y aspectos destacados recogidos en el informe completo, incluyendo necesidades de mejora imprescindibles para la certificación, observaciones relevantes, sugerencias de mejora y fortalezas del sistema evaluado.



RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras necesidades de mejora además de las indicadas en el presente informe.

Criterio SISCAL	Necesidades de mejora ¹
CRITERIO 1. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	
1.1. La institución debe establecer formalmente una política de calidad que dé soporte a la cultura de calidad.	
1.2. En la definición y revisión de la política de calidad se debe tener en cuenta la opinión de diferentes grupos de interés relacionados con el centro y los programas formativos impartidos: estudiantado, profesorado, personal de apoyo, personas egresadas y empleadores.	
1.3. El centro debe desplegar adecuadamente la política de calidad, mediante un sistema interno de garantía de calidad documentado, estableciendo objetivos de calidad y dotándose de mecanismos de medición y de realimentación.	
1.4. El estudiantado es uno de los grupos de interés clave para los centros universitarios, por lo que debe ser considerado de forma singular en el despliegue de la política de calidad.	NM2
1.5. Se deben establecer claramente los órganos de análisis y toma de decisiones del Sistema Interno de Garantía de Calidad y la participación de representantes de los grupos de interés en los mismos.	
1.6. Se deben establecer mecanismos eficaces para que los grupos de interés conozcan la política y el Sistema Interno de Garantía de Calidad.	NM1
1.7. La política y los objetivos de calidad deben ser revisados de forma periódica para asegurar su vigencia, analizando resultados obtenidos en los procesos de mejora continua.	NM1
CRITERIO 2. GESTIÓN DE LA OFERTA FORMATIVA	
2.1. El centro define su oferta formativa en el marco de la estrategia de la institución y cumpliendo con los requisitos establecidos en la legislación vigente.	
2.2. Se deben establecer los procedimientos necesarios para diseñar, aprobar, revisar, modificar y extinguir las titulaciones que se imparten, asegurando en todos los casos los derechos de los estudiantes.	
2.3. Procedimientos de gestión de la oferta formativa	

¹ C. Cumplimiento con necesidad de mejora. Los requisitos de la directriz se cumplen de forma parcial y existe al menos una **Necesidad de Mejora** para alcanzar un grado de cumplimiento suficiente. Página 43 [Guía Siscal](#).



CRITERIO 3. GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS	
3.1. El centro debe implementar procedimientos que regulen los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento de la formación y experiencia previa, coherentes con los perfiles de ingreso y las titulaciones impartidas, y conformes a la legislación vigente.	
3.2. El centro debe disponer de sistemas adecuados de información, apoyo y orientación al estudiantado, desde el proceso de admisión, hasta la finalización de los estudios y la graduación.	NM4
3.3. Metodologías docentes	
3.4. Sistemas de evaluación	
3.5. Por su singularidad en el proceso educativo, el centro debe disponer, en particular, de mecanismos específicos, adecuados a la naturaleza de los estudios, para asegurar la calidad y la originalidad de los Trabajos de Fin de Grado o de Máster, defensa de Tesis Doctorales, y en su caso, de las prácticas externas y de las acciones de movilidad de los estudiantes.	
CRITERIO 4. GESTIÓN DEL PERSONAL DOCENTE	
4.1. El centro debe implementar procesos de revisión de los programas ofertados que permitan identificar las necesidades de personal docente, tanto en volumen de carga de trabajo como en perfiles necesarios.	
4.2. Se debe dotar a los programas ofertados de profesorado capacitado, competente y cualificado, de acuerdo con la normativa y reglamentación aplicable, haciendo uso de los mecanismos establecidos en la institución.	
4.3. El centro debe tener implantado un proceso para asegurar la formación y actualización del profesorado en aquellas materias que sean pertinentes, en particular las relativas a metodologías de enseñanza y uso de tecnologías específicas para la docencia.	
4.4. El centro debe realizar una evaluación periódica del desempeño de su personal docente, utilizando para ello la información del sistema de gestión y mejora de calidad.	
CRITERIO 5. GESTIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES, DE LOS SERVICIOS Y PERSONAL DE APOYO	
5.1. El centro debe disponer de los recursos materiales, servicios y personal de apoyo necesarios para el correcto desarrollo del aprendizaje del estudiantado, el cual debe disponer de la información sobre estos servicios y tener acceso a los mismos. Los servicios de apoyo deben establecerse atendiendo a la diversidad del estudiantado.	



5.2. El centro debe implementar procesos que permitan identificar las necesidades de recursos materiales, servicios y personal de apoyo, que permitan el correcto desarrollo de los títulos ofertados.	
5.3. El centro debe tener implementados procesos para la dotación de los recursos, servicios y personal de apoyo cuando se hayan identificado necesidades. En caso de que los procesos de contratación no dependan directamente del centro deben implementar los procesos de solicitud a los órganos de orden superior correspondientes.	
6. Resultados	
6.1. El centro debe tener implementados procesos que consideren, al menos, la recopilación sistemática de, al menos, los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none">• Información sobre resultados académicos.• Resultados de inserción laboral.• Satisfacción de los grupos de interés con el centro y sus programas formativos.• Resultados de la evaluación del profesorado.• Quejas, reclamaciones y sugerencias de mejora.	NM4
6.2. La información debe estar disponible a todos los niveles necesarios de gestión, según corresponda, desde la coordinación de la actividad docente, hasta la dirección y gerencia del centro.	
CRITERIO 7. INFORMACIÓN PÚBLICA, TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	
7.1. El centro debe tener implementados procedimientos para publicar, revisar y actualizar información clara, fiable, objetiva, y fácilmente accesible sobre todos sus programas formativos y otras actividades relevantes.	
7.2. Los procedimientos relacionados con la información pública y la transparencia implementados por el centro deben tener en cuenta a los diferentes grupos de interés, tales como: <ul style="list-style-type: none">• Estudiantado potencial.• Estudiantado matriculado.• Personas egresadas.• Personal docente.• Personal de apoyo.• Empleadores.• Sociedad en general.	NM2
7.3. La información debe ser publicada, al menos, en la página web del centro, y debe incluir, según corresponda: <ul style="list-style-type: none">• Información sobre el centro:• Información sobre los servicios de gestión del centro.	



<ul style="list-style-type: none">• Información sobre servicios de orientación a los estudiantes.• Información sobre servicios complementarios ofertados.• Acceso al buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias.• Información sobre resultados.	
CRITERIO 8. GESTIÓN DE LA I+D+I Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO	
8.1. 8.1. El centro tiene identificados los grupos de investigación, al menos los que participan en la impartición de programas de doctorado, y revisa y actualiza periódicamente las principales líneas de trabajo de cada uno de ellos.	
8.2. El centro analiza periódicamente la financiación de sus actividades de investigación, identificando, además de las líneas de financiación interna, los programas y proyectos de investigación externos establecidos a nivel nacional o internacional que estén alineados con sus principales líneas de trabajo y concurriendo a convocatorias de una forma planificada.	
8.3. El centro analiza periódicamente los resultados esperados o ya alcanzados de sus líneas de investigación, su potencial interés para entidades públicas, empresas o la sociedad en general, y establece mecanismos para transferir el conocimiento generado.	
8.4. Las actividades e investigación, desarrollo e innovación y de transferencia de tecnología, producen resultados alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado impartidos.	
8.5. Se debe disponer de un repositorio de acceso abierto en el que depositar una copia de la versión final aceptada para publicación de los resultados científicos del personal docente e investigador.	
CRITERIO 9. ORGANIZACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA	
9.1. El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los programas formativos, especialmente las dirigidas a la mejora de los resultados académicos y al incremento de la satisfacción de los grupos de interés.	NM3
9.2. El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre el personal docente.	
9.3. El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo.	



<p>9.4. El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los sistemas de obtención de resultados y de información pública, transparencia y rendición de cuentas.</p>	
<p>9.5. El centro debe asegurar que su Sistema Interno de Garantía de Calidad es adecuado, revisando periódicamente su funcionamiento y estableciendo las acciones de mejora pertinentes.</p>	<p>NM5</p>



DETALLE DE LAS NECESIDADES DE MEJORA (Aspectos cuya corrección es imprescindible para garantizar el cumplimiento de los criterios del modelo. Estas deben ser abordadas mediante un Plan de Mejora elaborado por el centro y evaluado posteriormente por la Comisión de Certificación).

Nº de Hallazgo	Justificación	Directriz Subdirectriz
NM1	Aunque se declara una revisión anual de la política y los objetivos de calidad, no se han evidenciado mecanismos formales y sistemáticos que garanticen la participación activa de los distintos grupos de interés en dicho proceso. No se dispone de documentación (actas u otros registros) que lo respalde. Esta debilidad compromete el principio de mejora continua y limita el conocimiento efectivo del sistema por parte de los colectivos implicados.	Criterio: 1.6 y 1.7 (Mejora continua de la política y rendición de cuentas)
NM2	No se ha desplegado el plan de comunicación del SGIC ni se han establecido mecanismos para evaluar su eficacia. Esta carencia dificulta la difusión estructurada del sistema y sus resultados, especialmente hacia los grupos de interés, como el estudiantado, que debe ser considerado de forma singular en el despliegue de la política de calidad. Tampoco se han definido procedimientos que permitan verificar la eficacia de la información compartida, lo que limita la transparencia y el conocimiento efectivo del sistema.	Criterio 1.4 (El estudiantado como grupo de interés prioritario; gobernanza y comunicación) Criterio 7.2 (Difusión de información adaptada y mecanismos de evaluación de su eficacia)
NM3	No se ha evidenciado la existencia de un informe institucional de centro que analice de forma integrada los resultados del SGIC. Actualmente, el análisis se realiza de manera fragmentada, centrado exclusivamente en los títulos, sin una visión transversal que permita extraer conclusiones globales sobre el funcionamiento del sistema. Esta ausencia limita la mejora continua y dificulta la toma de decisiones estratégicas fundamentadas.	Criterio 9.1 (Revisión integrada y sistemática del sistema de calidad a nivel de centro)



Nº de Hallazgo	Justificación	Directriz Subdirectriz
NM4	No se ha implantado ni difundido un procedimiento formal para la gestión, seguimiento y análisis de sugerencias y quejas. No se evidencian mecanismos que aseguren la trazabilidad de estas aportaciones ni su integración en la mejora del SGIC. Además, el conocimiento del procedimiento por parte de los grupos de interés es limitado, lo que debilita la transparencia y el retorno de información.	Criterio: 6.1 (Recogida y análisis de quejas, reclamaciones y sugerencias como parte de los resultados del SGIC)
NM5	No se ha evidenciado una trazabilidad formal y documentada del cierre de las acciones de mejora derivadas de procesos de evaluación externa, como acreditaciones. Esta debilidad compromete el seguimiento sistemático del SGIC y dificulta la garantía de mejora continua.	Criterio: 9.5 (Revisión periódica del SGIC y conservación de registros)



Observaciones (aspectos que no constituyen incumplimientos directos, pero que podrían convertirse en necesidades de mejora si no se corrigen.)

OBS1. Aunque se afirma que el estudiantado puede participar en procesos de seguimiento, una parte significativa del alumnado entrevistado desconoce los canales formales existentes para la participación y la recepción de información sobre la gestión de calidad. *Criterio:* 3.4 y 7.2

OBS2. Se han detectado solapamientos en la planificación docente de asignaturas optativas en títulos como el Grado en Geografía y el Máster en Estudios Medievales. Aunque están identificados, su persistencia puede afectar a la experiencia del estudiantado. Se sugiere revisar su programación. *Criterio:* 2.2 y 3.4

OBS3. Se declara que existen mecanismos de coordinación interuniversitaria en títulos compartidos, pero no se ha evidenciado una sistemática común ni un protocolo formalizado para asegurar dicha coordinación. *Criterio:* 2.4

OBS4. Aunque se ha avanzado en el diseño del seguimiento de egresados, este aún no se encuentra implantado ni sistematizado de forma general en todos los títulos del centro. *Criterio:* 6.1



Oportunidades de mejora (sugerencias orientadas a optimizar el funcionamiento del sistema, sin que impliquen un incumplimiento)

OM1. Actualizar el Manual de Calidad para incorporar las referencias normativas más recientes y alinearlos con el marco legal vigente.

OM2. Sistematizar y formalizar las reuniones periódicas de los órganos de calidad, asegurando su documentación y trazabilidad.

OM3. Establecer una sistemática para el retorno (feedback) de los resultados de encuestas de satisfacción a todos los colectivos implicados.

OM4. Definir indicadores específicos para el seguimiento del desempeño y la implicación del PTGAS en el SGIC.

OM5. Promover una mayor participación del estudiantado y del profesorado en las evaluaciones de los títulos de la Escuela de Graduados y Estudios Avanzados (EGE), asegurando una representación equilibrada.

OM6. Reforzar la red de contactos y relaciones institucionales en el ámbito del Grado en Geografía, como vía para ampliar la empleabilidad y visibilidad externa del título.

OM7. Ausencia de una tabla de equivalencias entre las evidencias aportadas por el centro y los criterios del modelo SISCAL.

Justificación: Aunque durante la auditoría se presentó documentación relevante, no se facilitó una matriz de correspondencia entre evidencias y subdirectrices del modelo, lo cual dificulta el análisis sistemático del cumplimiento de los criterios por parte del equipo auditor. Guía SISCAL V02_0, página 22

“Además del acceso a la documentación, el centro debe facilitar al equipo evaluador un documento que identifique cuáles son los procedimientos y normativa que aplican a cada directriz del modelo SISCAL madri+d, cuáles son los registros y evidencias que se generan a partir de la aplicación de los procedimientos y normativa y que demuestran el cumplimiento de cada directriz, así como indicaciones sobre la ubicación en el sistema documental de dichos procedimientos y registros.”



Puntos fuertes (elementos que evidencian un grado de desarrollo avanzado o especialmente positivo del sistema, más allá de los requisitos mínimos establecidos)

PF1. Implicación activa del equipo directivo de la Facultad y respaldo institucional por parte de la Universidad en el despliegue del SGIC, reflejo de un compromiso estratégico con la mejora continua.

PF2. Amplia oferta de actividades desarrolladas por el centro, tanto académicas como complementarias, que enriquecen la experiencia formativa del estudiantado.

PF3. Alta valoración del profesorado por parte de los distintos grupos de interés, destacando su disponibilidad, compromiso docente y calidad profesional.

PF4. Enfoque interdisciplinar en el diseño y desarrollo de algunos másteres interuniversitarios, especialmente valorado por el estudiantado.

PF5. Progresiva integración del PTGAS en los procesos del sistema de calidad, con definición de funciones específicas dentro del SGIC, así como la existencia de una documentación formalizada que define con claridad los procedimientos del sistema.

PF6. Desarrollo de acciones de formación y sensibilización en materia de calidad dirigidas a diferentes colectivos del centro.

PF7. Organización de cursos específicos sobre innovación educativa dirigidos al profesorado, con impacto en la mejora de metodologías docentes.

PF8. Implantación y certificación del programa DOCENTIA como marco de evaluación del desempeño docente, lo que refuerza la calidad del personal académico.

PF9. Participación de profesorado externo en determinadas titulaciones, lo que aporta valor añadido y conexiones con el entorno profesional.


PF10. Capacidad de adaptación del centro y de la Universidad en general para responder de forma ágil a los retos de calidad, demostrando resiliencia organizativa.

PF11. Realización voluntaria de una auditoría interna del SGIC, a pesar de no ser un requisito explícito de la Guía SISCAL madri+d, lo que evidencia un compromiso del centro con la mejora continua y la autoevaluación rigurosa del sistema.

PF12. El análisis de resultados a nivel de titulación incorpora el estudio de tendencias y comparativas entre cursos, lo que permite una mejor comprensión de la evolución de los indicadores.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.

GRUPO DE INTERÉS	CARGO / OCUPACIÓN
Comisión de Calidad	
	Vicedecano de Calidad
	Vicedecana de Estudios
	Coordinadora Grado Historia del Arte
	Coordinador Másteres Universitarios en Geografía
	Coordinadora Másteres Universitarios Historia del Arte
	Coordinador del Programa de Doctorado en Historia y Arqueología
	Coordinador del Programa de Doctorado de Historia del Arte
	Directora de Biblioteca / PTGAS
	Agente Externo CLD
Egresados/as	
	Egresado Grado en Historia
	Egresada Grado en Musicología
	Egresada Doble Grado Historia y Filología Clásica
	Egresado Máster Universitario en Ciudades Inteligentes y Sostenibles / Smart Cities
	Egresada Máster Universitario en Música Española e Hispanoamericana
	Egresada Máster Universitario en Estudios Medievales
	Egresada Máster Universitario en Museos y Patrimonio Histórico
	Egresado del Programa de Doctorado en Geografía
	Egresado del Programa de Doctorado en Historia y Arqueología
Equipo Directivo	
	Decano
	Vicedecano de Calidad
	Gerente
	Secretario Académico
	Vicedecano de Ordenación Académica y Planificación Docente
	Vicedecana de Investigación y Doctorado
	Vicedecana de Relaciones Institucionales e Internacionales y Biblioteca
	Vicedecana de Estudiantes y Extensión Universitaria
Estudiantes	
	Grado en Geografía y Ordenación del Territorio
	Grado en Arqueología
	Grado en Historia del Arte
	Máster Universitario en Música Española e Hispanoamericana
	Máster Universitario en Estudios Medievales

 <p>UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID</p>	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

	Máster Universitario en Patrimonio Cultural del siglo XXI
	Máster Universitario en Tecnologías de la Información Geográfica
	Máster Universitario en Estudios Avanzados de Arte Español
	Programa de Doctorado en Historia y Arqueología
	Programa de Doctorado en Geografía
PDI	
	Catedrático, Dpto. Geografía
	Catedrática, Dpto. Prehistoria, Historia Antigua y Arqueología
	Profesor Titular, Dpto. Historia Moderna y Contemporánea
	Ayudante Doctor, Dpto. Musicología
	Profesora Permanente Laboral, Dpto. Hª del Arte
	Ayudante Doctor, Dpto. Historia de América y Medieval
PTGAS	
	Subdirectora de la Biblioteca
	Jefe de Sección de Personal
	Jefa de Secretaría de Estudiantes
	Jefaturas de Negociado de Departamentos
	Responsable del Laboratorio de Geografía Física
	Responsable de aulas de Informática
	Responsable de Servicios Generales
	Responsable de mantenimiento
Tutores/as y empleadores/as	
	Biblioteca Nacional de España
	Desperta Ferro Ediciones
	Trébede Arqueología y Patrimonio
	Fundación Thyssen-Bornemisza
	HERE Technologies
	Directora Biblioteca Musical Víctor Espinós
Equipo Directivo Final	
	Vicerrector de Calidad
	Decano
	Vicedecano de Calidad/Responsable de SIGC
	Vicedecana de Estudios
	Directora del Departamento de Geografía
	Directora del Departamento de Historia de América y Medieval y Ciencias Historiográficas
	Director del Departamento de Historia del Arte
	Director del Departamento de Historia Moderna e Historia Contemporánea
	Subdirectora del Departamento de Musicología

	Director del Departamento de Prehistoria, Historia Antigua y Arqueología
OBSERVADORES	Secretaría Académica de la Oficina de Calidad de la UCM
	Jefa de la Oficina para la Calidad de la UCM
	Responsable de la Unidad de Indicadores de Calidad de la UCM
	Delegación Central de Estudiantes
	Delegación Central de Estudiantes

En el marco de esta auditoría interna del Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC), se han recabado y analizado diversas fuentes de información documental y verbal, incluyendo evidencias institucionales, registros internos y aportaciones realizadas durante las entrevistas con los distintos grupos de interés.

Toda la información obtenida ha sido tratada con estricta confidencialidad y de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos, garantizando en todo momento la anonimización de las personas participantes en las entrevistas y la no difusión de datos personales identificables.

El presente informe recoge exclusivamente valoraciones técnicas del sistema de garantía interna de calidad evaluado, sin incorporar valoraciones personales ni identificar a personas concretas entrevistadas, conforme a las directrices del modelo SISCAL madri+d y a las buenas prácticas en auditoría de calidad universitaria.

El informe ha sido elaborado con base en el análisis de las evidencias disponibles y conforme a los criterios del modelo SISCAL madri+d. Se agradece la colaboración de todos los grupos de interés participantes.

En Oviedo, a fecha de la firma electrónica

Fdo.: D. Alberto Alvarez Suárez
Auditor Jefe