



Índice

1. INTRODUCCIÓN	2
2. EJES DE ACTUACIÓN	2
2.1. EJE 1 DISEÑO Y CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA INTERNO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (SIGC).....	2
2.1.1. Enfoque y justificación.....	2
2.1.2. Desarrollo del eje	2
2.1.3. Objetivos – Acciones Eje 1	3
2.1.3.1. O_1.1 Desarrollar y consolidar el sistema de gestión de calidad basado en procesos y evidencias	3
2.1.3.2. O_1.2 Establecer mecanismos de gestión de documentación eficientes.....	4
2.2. EJE 2 PERSONAS, FORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN.....	4
2.2.1. Enfoque y justificación.....	4
2.2.2. Objetivos – Acciones Eje 2	5
2.2.2.1 O_2.1 Fomentar la participación y la formación en seguridad y salud.....	5
2.3. EJE 3 PROYECCIÓN Y TRANSPARENCIA	5
2.3.1. Enfoque y justificación.....	5
2.3.2. Objetivos – Acciones Eje 3	5
2.3.2.1 O_3.1 Mejora de la comunicación institucional.....	5
3. NORMATIVA	6
4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	6
5. TABLA EJES – OBJETIVOS – ACCIONES	7

Tabla de cambios:

Nº revisión	Fecha	Modificación
v1.0	septiembre 2026	Edición inicial

- Elaborado por: Coordinador de la Comisión de la Facultad de Veterinaria y la Jefatura del Negociado de Calidad
- Revisado por: Comisión de Calidad de la Facultad de Veterinaria





1. INTRODUCCIÓN

El presente Plan de Actuación y Mejora (PAM) de la Facultad de Veterinaria es el instrumento de planificación, seguimiento y evaluación de las actuaciones dirigidas a la mejora continua de los servicios del Centro, en el marco de la Política de Calidad de la Universidad de Zaragoza y del II Plan de Calidad de los Servicios impulsado por la Inspección General de Servicios (IGS). Responde al compromiso del Centro con una cultura de calidad basada en la gestión por procesos, la toma de decisiones fundamentada en evidencias y la transparencia hacia los grupos de interés.

Paralelamente, la Universidad de Zaragoza ha situado la Acreditación Institucional de los centros entre los objetivos estratégicos de su política de calidad. Su obtención exige, como requisito previo, la certificación de la implantación efectiva del Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC), desplazando el foco desde la evaluación individual de las titulaciones hacia el funcionamiento global del centro universitario.

Esta versión inicial del Plan recoge las acciones que se desarrollarán durante el curso 2026-2027, que concluye con el análisis del cumplimiento de las acciones programadas que se recogerán en el proceso de seguimiento previsto para octubre de 2027. Con el fin de facilitar su seguimiento y evaluación, el Plan se estructura en tres ejes estratégicos que agrupan los objetivos y actuaciones prioritarias del Centro:

- Eje 1. Diseño y consolidación del Sistema Interno de Garantía de Calidad, orientado al desarrollo de las herramientas, procedimientos, indicadores y evidencias necesarios para la implantación efectiva del SIGC.
- Eje 2. Personas, formación y organización, centrado en el fortalecimiento de las capacidades del personal, la mejora de la organización y el impulso de la participación en la gestión de la calidad.
- Eje 3. Proyección y transparencia, destinado a reforzar la comunicación institucional, la difusión de la información de calidad hacia los diferentes grupos de interés.

La ejecución de las actuaciones previstas en estos tres ejes permitirá consolidar un modelo de gestión alineado con los principios de calidad y mejora continua de la Universidad de Zaragoza, y avanzar de forma planificada hacia la certificación del SIGC y la posterior obtención de la Acreditación Institucional.

2. EJES DE ACTUACIÓN

2.1. EJE 1 DISEÑO Y CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA INTERNO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (SIGC)

2.1.1. Enfoque y justificación

El eje 1 se configura como el eje prioritario del PAM, centrado en el desarrollo y consolidación del Sistema Interno de Garantía de Calidad.

El análisis de la situación actual muestra que, si bien el Centro dispone ya de elementos estructurales relevantes, como el mapa de procesos o la actualización de la Carta de Servicios, todavía es necesario avanzar en su implantación efectiva, especialmente en lo relativo a:

- El diseño, elaboración y publicación de procedimientos
- La implantación de sistemas de evidencias
- El seguimiento sistemático de indicadores

2.1.2. Desarrollo del eje

Este eje constituye el núcleo del sistema de calidad del Centro. A partir del diagnóstico previo realizado, durante el periodo de vigencia del PAM 2026-2027, se evidencia la necesidad de consolidar un modelo de gestión basado en la implementación de procedimientos, reforzando la necesidad de recogida de evidencias, y el análisis del cumplimiento a través del seguimiento de los indicadores.





La existencia de un mapa de procedimientos ya definido constituye la base inicial para avanzar en su desarrollo mediante la elaboración y publicación de procedimientos, la implantación de sistemas de recogida de evidencias y el seguimiento de indicadores, con el objetivo de alcanzar al menos un 80% de desarrollo.

En cuanto a la Carta de Servicios del Centro, publicada el 11 de noviembre de 2025, se continuará con el seguimiento de la misma mediante su publicación y actualización en la web, garantizando la transparencia y análisis de la consecución de los compromisos asumidos por el Centro. Paralelamente, para ello se desarrollará un sistema estructurado de recogida de evidencias, que permita verificar el grado de cumplimiento de dichos compromisos y avanzar hacia un modelo de gestión basado en datos objetivos (objetivo: 100% de implantación en los sistemas de recogida de evidencias definidos).

Asimismo, se impulsará la implantación de un sistema de seguimiento de indicadores y la creación de un repositorio o archivo, actualmente no iniciado, cuya puesta en marcha como herramienta de gestión resulta fundamental para evaluar el grado de cumplimiento del SIGC.

Por último, se abordará la mejora de la web de calidad del Centro, reforzando la accesibilidad, la transparencia y la difusión de la información relevante.

2.1.3. Objetivos – Acciones Eje 1

2.1.3.1. O_1.1 Desarrollar y consolidar el sistema de gestión de calidad basado en procesos y evidencias

Este objetivo se orienta a garantizar la implantación efectiva del SIGC, mediante la formalización de los procesos, su documentación y la medición de su desempeño.

Indicadores:

- Seguimiento de la Carta de Servicios (publicación en web)
- % de sistemas de recogida de evidencias implantados (100%)
- % de procedimientos elaborados (80%)
- % de indicadores alcanzados (80%)
- Web disponible y actualizada

Desarrollo de acciones:

A_2026_001 Implantación del sistema de recogida de evidencias en la Carta de Servicios

Se desarrollará un sistema estructurado de recogida de evidencias que permita verificar el grado de cumplimiento de los compromisos establecidos en la Carta de Servicios.

A_2026_002 Seguimiento de la Carta de Servicios

Se continuará con el seguimiento de la Carta de Servicios publicada el 11 de noviembre de 2025, mediante su actualización y publicación en la web del Centro, garantizando su accesibilidad y transparencia, y evaluando la consecución de los compromisos adquiridos.

A_2026_003 Publicación del mapa de procesos

Se ha completado la publicación del mapa de procesos, lo que constituye un punto fundamental en la implantación del SIGC.

Este elemento permite identificar y sistematizar los procesos estratégicos, procesos clave y procesos de apoyo del Centro.





A_2026_004 Elaboración y publicación de procedimientos

Se abordará la elaboración progresiva de los procedimientos asociados a los procesos identificados en el mapa de procesos, priorizando aquellos de mayor impacto en la actividad docente y administrativa.

El objetivo es alcanzar al menos un 80% de procedimientos documentados.

A_2026_005 Implantación de sistemas de evidencia en procedimientos

Se desarrollarán mecanismos específicos de recogida de evidencias para cada procedimiento, asegurando la trazabilidad de su ejecución.

Actualmente esta acción se encuentra en fase inicial.

A_2026_006 Seguimiento de indicadores de los procedimientos

Implantación un sistema de seguimiento periódico de indicadores que permita evaluar el grado de cumplimiento de los procesos definidos.

Actualmente esta acción se encuentra sin iniciar.

A_2026_007 Mejora de la web de calidad

Se llevará a cabo la actualización de la página web de calidad del Centro, incorporando información relevante sobre carta de servicios, procedimientos, indicadores y resultados, agentes SIGC, calidad de los servicios, calidad de las titulaciones, y acreditación institucional. Esta última ha de iniciarse una vez finalizado el proceso de acreditación europea por la EAEVE, cuya visita de auditoría está prevista para mediados del mes de octubre de 2026.

2.1.3.2. O_1.2 Establecer mecanismos de gestión de documentación eficientes

A_2026_008 Archivo electrónico

Se definirán los responsables y criterios para la implantación de un sistema de archivo o repositorio electrónico, con el fin de mejorar la gestión documental y garantizar la conservación de evidencias, mediante la correspondiente instrucción técnica.

2.2. EJE 2 PERSONAS, FORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN

2.2.1. Enfoque y justificación

El análisis realizado pone de manifiesto la necesidad de reforzar la gestión del personal técnico, de gestión, administración y servicios, y su implicación en la mejora y calidad de los servicios.

La participación del PTGAS en las comisiones del Centro constituye un factor necesario para trasladar la experiencia organizativa y de funcionamiento de las unidades administrativas y de servicios a la toma de decisiones, y es condición necesaria para que el SIGC funcione como un sistema vivo y no como una estructura meramente documental.





2.2.2. Objetivos – Acciones Eje 2

Este objetivo responde a la necesidad, identificada en el diagnóstico del Centro, de reforzar la implicación del personal técnico, de gestión, administración y servicios en el funcionamiento de la Facultad y de garantizar unas condiciones de trabajo seguras y saludables. Las actuaciones de este eje se alinean con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 asumidos por la Universidad de Zaragoza, en particular con el ODS 3 “Salud y bienestar”,

El objetivo se articula en la participación en los órganos y comisiones del Centro y la capacitación del personal en gestión de emergencias y salud laboral.

2.2.2.1 O_2.1 Fomentar la participación y la formación en seguridad y salud.

A_2026_009 Reuniones periódicas

Se promoverá la participación del personal perteneciente a comisiones, mediante la celebración de reuniones periódicas.

A_2026_010 Formación en emergencias

Se promoverá la realización de acciones formativas en materia de gestión de emergencias relativas al Centro.

A_2026_011 Formación en salud laboral

Se desarrollarán acciones formativas en materia de salud laboral.

2.3. EJE 3 PROYECCIÓN Y TRANSPARENCIA

2.3.1. Enfoque y justificación

Este eje responde a la necesidad de mejora de visibilidad del Centro, y facilitar el conocimiento de la normativa relativa a los procedimientos administrativos, académicos y de convivencia, de interés para la comunidad universitaria.

2.3.2. Objetivos – Acciones Eje 3

Facilitar el acceso a la normativa relevante del Centro mediante la publicación en la web, asegurando la actualización de los cambios normativos.

La publicación ordenada y actualizada de esta información en la web de la Facultad reduce las consultas repetitivas dirigidas a las unidades administrativas, disminuye el riesgo de aplicación de versiones derogadas y refuerza la seguridad jurídica en las relaciones con los grupos de interés.

Además, la disponibilidad pública y actualizada de la información constituye un requisito expreso del principio de transparencia del II Plan de Calidad de los Servicios y una evidencia exigible en los procesos de certificación del SIGC y de Acreditación Institucional.

2.3.2.1 O_3.1 Mejora de la comunicación institucional

A_2026_012 Difusión normativa

Se garantizará la publicación en la web de la Facultad de las novedades normativas relevantes.





3. NORMATIVA

La normativa de aplicación a este PAM se encuentra disponible en el siguiente enlace:

<https://inspecciongeneral.unizar.es/plan-calidad/ii-plan-de-calidad-de-los-servicios-2526>

4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento del PAM se realizará mediante la herramienta JUNO, permitiendo registrar:

- Estado de ejecución de las acciones
- Grado de cumplimiento de los indicadores
- Evidencias documentales
- Observaciones

La evaluación se realizará en el mes siguiente al inicio del ciclo (mes de octubre), y se basará en el grado de cumplimiento ponderado de los indicadores, considerándose satisfactorio un nivel igual o superior al 80%.



2d0900a63e039331a8c79cdb83432f11

Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en <http://valide.unizar.es/csv/2d0900a63e039331a8c79cdb83432f11>

CSV: 2d0900a63e039331a8c79cdb83432f11	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 6 / 7	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
EDUARDO MUNARRIZ BERMUDO	Administrador Facultad de Veterinaria	02/09/2026 08:50:00	
ALICIA BENEDÍ BELTRÁN	Jefatura Negociado Calidad Facultad Veterinaria	02/09/2026 08:52:00	



5. TABLA EJES – OBJETIVOS – ACCIONES

Eje	Objetivo operativo	Acción (cód.)	Acción (descripción)	Origen de la acción	Responsable (ejecución y/o seguimiento)	Plazo (1)	Indicador (cód.)	Indicador (descripción)	valor a alcanzar (2)	valor alcanzado	estado acción (3)	observaciones	incorporar a PAM 2027
E_1	O_1.1	A_2026_001	Implantación del sistema de recogida de evidencias en la Carta de Servicios	II PCS	Comisión de Calidad (CC)	2026	iA_2026_001	% sistema de recogida implantados	100%		En curso		
E_1	O_1.1	A_2026_002	Seguimiento de la Carta de Servicios	II PCS	Jefes/as de negociado/JN Calidad/Administrador	2026	iA_2026_002	Publicación en web	Sí		En curso		
E_1	O_1.1	A_2026_003	Publicación mapa de procesos	II PCS	Comisión de Calidad (CC)	nov-25	iA_2026_003	Mapa en web	Sí		Finalizada		
E_1	O_1.1	A_2026_004	Elaboración y publicación de procedimientos recogidos en el mapa de procesos	II PCS	Jefes/as de negociado/JN Calidad/Administrador	2027	iA_2026_004	% de procedimientos elaborados sobre los establecidos en el mapa	80%		En curso		
E_1	O_1.1	A_2026_005	Implantación de sistemas de recogida de evidencias de los procedimientos	II PCS	Jefes/as de negociado/JN Calidad/Administrador	2027	iA_2026_005	% sistema de recogida implantados	80%		Sin iniciar		
E_1	O_1.1	A_2026_006	Seguimiento de indicadores de los procedimientos	II PCS	Equipo decanal / JN Calidad/Administrador / JN Académico	2027	iA_2026_006	% indicadores alcanzados	80%		En curso		
E_1	O_1.1	A_2026_007	Mejora de la Web de Calidad	II PCS	Jefes/as de negociado/JN Calidad	2027	iA_2026_007	web disponible y actualizada	Sí		En curso		
E_1	O_1.2	A_2026_008	Establecer responsables y criterios para archivo electrónico	II PCS	Comisión de Calidad	2027	iA_2026_008	Instrucción aprobada	Sí		Sin iniciar	Instrucción IT_xxxxxx	no
E_2	O_2.1	A_2026_009	Fomentar la asistencia y participación del personal en reuniones periódicas	Autoevaluación	Administrador	2027	iA_2026_009	Número de reuniones	>= 3		En curso		
E_2	O_2.1	A_2026_010	Promover la Realización de cursos básicos periódicos de actuación en caso de emergencia	Autoevaluación	Encargado Conserjería	2027	iA_2026_010	Número de cursos realizados	>=2		Sin iniciar		
E_2	O_2.1	A_2026_011	Promover la realización de cursos básicos periódicos de salud laboral	Autoevaluación	JN Calidad	2027	iA_2026_011	Número de cursos realizados	>=2		Sin iniciar		
E_3	O_3.1	A_2026_012	Dar a conocer las novedades en la normativa del Centro	Autoevaluación	JN Calidad /Administrador	2026	iA_2026_012	Publicación en web	Sí		Sin iniciar		

(1) Plazo: mes/año en que tiene que estar finalizado / si es continuo, indicar curso "202x/202x+1" o "año 202x", según la periodicidad del PAM

(2) número | % | sí-no

(3) Finalizado | En curso | Sin iniciar | Descartado

