

Objetivo	Diseñar e Implementar todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) que son responsabilidad del centro		
Alcance	Titulaciones oficiales que oferta el Instituto Universitario de Sanidad Animal y Seguridad Alimentaria (IUSA). Se aplica cada vez que se requiere una modificación del diseño del Manual del Sistema de Gestión de Calidad y el registro de documentos relacionados con la implantación de dicho sistema.		
Responsable/s	Subdirector/a con competencias en Calidad		
Edición	Modificación de la estructura de los documentos (anexo 1); Simplificación del desarrollo del procedimiento; Corrección de responsabilidades; Eliminación de flujograma; Adecuación a las normativas vigentes		
Grupos de interés	Personal técnico, de gestión y de administración y servicios (PTGAS); Personal Docente e Investigador (PDI); Estudiantes		
Documentos de referencia	Externa e Institucional: https://calidad.ulpgc.es/sgc_normativa	Del Centro Capítulos del SGC del Instituto: todos Procedimientos del SGC del Instituto: todos Reglamentos del Instituto: https://iusa.ulpgc.es/normativas-y-reglamentos/ Objetivos anuales del centro y planes de mejora Glosario Informes de revisión de los procedimientos	
Seguimiento, medición y mejora	Medición institucional: Indicadores (https://calidad.ulpgc.es/sgc_relindica) Seguimiento de resultados: (PAC08) Procedimiento de apoyo del centro para el análisis de los resultados y rendición de cuentas: Desarrollo 1, secuencia 3. Seguimiento del diseño: Desarrollo 2, secuencia 3-4. Mejora: (PEC01) Procedimiento estratégico para la elaboración y actualización de la política del Instituto. Mejora: (PAC09) Procedimiento de apoyo para la gestión de no conformidades.		
Evidencias	Identificación	Responsable de custodia	Conservación
	Documentos oficiales del diseño del SGC vigente	Subdirector/a con competencias en calidad	Hasta nueva actualización
	Documentos oficiales del diseño del SGC obsoletos	Subdirector/a con competencias en calidad	Hasta nueva certificación
	Listado anual de evidencias de la implantación del SGC	Subdirector/a con competencias en calidad	6 años
	Actas de la comisión con competencias en calidad (CGC)	Subdirector/a con competencias en calidad	6 años
	Informes de revisión de cada uno de los procedimientos del SGC	Subdirector/a con competencias en calidad	6 años
	Listado de ediciones no vigentes como adjunto a este procedimiento	Subdirector/a con competencias en calidad	Hasta nueva actualización
Glosario	Subdirector/a con competencias en calidad	Hasta nueva actualización	

Aprobado: Fecha y firma del Director/a

Desarrollo 1: Elaboración o modificación de los documentos relativos al Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad que son responsabilidad del centro			
Secuencia	Responsabilidad	Etapas de desarrollo (Periodicidad estimada)	Observaciones
1	Subdirector/a con competencias en calidad y responsables de los documentos	Elaboración o modificación del documento del centro de diseño del SGC (cuando proceda)	Los documentos del centro de diseño del SGC serán: - Capítulos del manual - Procedimientos del centro - Listado de ediciones no vigentes (documento que identifica el histórico de cada edición, con indicación de número de la edición, fecha y la causa de la modificación) - Glosario (documento que recoge las definiciones de conceptos relevantes del SGC) Los responsables de cada documento se identifican en cada uno de ellos. La estructura de los capítulos y procedimientos del centro y sistema de codificación se encuentra en el Anexo 1.
2	Comisión con competencias en Calidad (CGC)	Revisión de los documentos del centro de diseño del SGC	
3	Comisión Ejecutiva	Aprobación del documento (capítulo o procedimiento) del centro de diseño del SGC (cuando proceda)	Si no se aprueba, volver a la secuencia 1. El listado de ediciones no vigentes, así como el glosario no es necesario que se aprueba en la Comisión Ejecutiva.
4	Director/a del Instituto	Firma del documento (capítulo o procedimiento) del centro de diseño del SGC (cuando proceda)	Los documentos se firmarán digitalmente. El listado de ediciones no vigentes y el glosario podrán ir firmados por el responsable de calidad.

Aprobado: Fecha y firma del Director/a

Desarrollo 1: Elaboración o modificación de los documentos relativos al Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad que son responsabilidad del centro			
Secuencia	Responsabilidad	Etapas de desarrollo (Periodicidad estimada)	Observaciones
5	Subdirector/a con competencias en Calidad	Publicación, difusión y archivo del documento del centro de diseño del SGC vigente (cuando se apruebe) así como del listado de ediciones no vigentes y glosario	Los documentos se difundirán firmados digitalmente. La difusión se planificará atendiendo al procedimiento clave de información pública. El archivo del diseño del SGC vigente se hará de forma virtual en el espacio determinado por el Equipo de Dirección. Una copia de la documentación vigente en formato editable será archivada como indican las directrices del Vicerrectorado con competencias en calidad.
6	Subdirector/a con competencias en Calidad	Archivo del documento del centro de diseño del SGC obsoleto (cuando se apruebe una nueva edición)	Cuando los documentos dejen de estar en vigor son eliminados de los archivos oficiales tras la puesta en conocimiento a toda la comunidad universitaria. Se guarda una copia reconocida bajo el epígrafe de documentos obsoletos, al menos, hasta la siguiente certificación del SGC y de sus títulos.

Aprobado: Fecha y firma del Director/a

Desarrollo 2: Elaboración de los documentos relativos a la Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad que son responsabilidad del centro			
Secuencia	Responsabilidad	Etapas de desarrollo (Periodicidad estimada)	Observaciones
1	Responsables de los procedimientos	Archivo de la documentación de la implantación del SGC (según procedimientos)	Las actas de la CGC serán archivadas como evidencias de la implantación.
2	Subdirector/a con competencias en Calidad	Elaboración del listado de evidencias de la implantación (anual)	Este listado es un único documento donde se identifica el tipo de documento, responsable y localización.
3	Responsables de los procedimientos	Revisión de los procedimientos (bienal)	A solicitud de la CGC, cada responsable del procedimiento procede, bienalmente, al control y seguimiento de su procedimiento, obteniéndose como evidencia un documento que contiene: - Nombre del procedimiento y número de edición - Puntos débiles del procedimiento - Puntos fuertes del procedimiento - Propuestas de mejora del procedimiento El documento es enviado al Subdirector/a con competencias en calidad.
4	CGC	Revisión de los procedimientos (bienal)	La revisión de los procedimientos es revisada y aprobada por la comisión.

Aprobado: Fecha y firma del Director/a

Anexo 1. Estructura de los documentos del SGC que son responsabilidad del centro		
Documento	Estructura	Codificación
Capítulos del SGC	Encabezado: constituido por el logotipo de la Universidad y centro, nombre del documento, el número de edición y página. Pie de página: Fecha y firma del responsable de su aprobación. Portada: constituida por el nombre del capítulo y, a continuación, el índice del documento. Edición (modificaciones realizadas): se señala los motivos por los que se ha acometido la versión actualizada Objeto: Se describe el propósito fundamental del documento. Ámbito de aplicación: designa la delimitación de validez del documento y su contenido, nos dice cuándo, dónde y sobre quién se aplica su contenido. Documentación de referencia: Se relacionan los reglamentos o normas y documentos aplicables que regulan o complementan el contenido del capítulo. Desarrollo: Se describe los contenidos necesarios para el logro del propósito del documento. Anexos (opcional): Incluye documentos complementarios para la comprensión o despliegue del objeto del documento.	La codificación queda establecida en las directrices del SGC elaboradas por el Vicerrectorado con competencias en calidad.
Procedimientos del Centro del SGC	Encabezado: constituido por el logotipo de la Universidad y centro, nombre del documento, el número de edición y página. Pie de página: Fecha y firma del responsable de su aprobación. Objetivo: Se describe el propósito fundamental del documento. Alcance: Se indica cuándo y sobre qué o quiénes se aplica el contenido del procedimiento. Responsable: se señala quién o quiénes son los responsables de velar por el procedimiento. Edición: se señala los motivos por los que se ha acometido la versión actualizada. Grupos de interés: Se indican los grupos de interés que tienen funciones en el desarrollo del procedimiento. Documentos de referencia: Se relacionan los reglamentos o normas y documentos aplicables que regulan o complementan el contenido del procedimiento. Seguimiento, Medición y Mejora: Se detalla los pasos involucrados en su medición y mejora. Evidencias: Listado de los documentos derivados de la implantación del procedimiento que se deben conservar, el responsable de su custodia y el tiempo mínimo de conservación. Desarrollo: Listado de pasos para el despliegue del procedimiento. Este apartado podrá estar dividido por subapartados que deberán estar numerados e identificados con un nombre. En ese apartado y subapartado, si procede, se indica la secuencia de acciones que comenzará con el número 1, el responsable, la actividad o acción que se va a desarrollar y las observaciones cuando procedan. Anexos (opcional): se podrá incluir, cualquier documento adicional que integre especificaciones necesarias para la implantación del procedimiento.	

Aprobado: Fecha y firma del Director/a