

**ACTA No. 01****REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN****CIUDAD Y FECHA:** Bogotá  
D.C., 17-06-2015**HORA DE INICIO:** 11:00 am**HORA TERMINACIÓN:** 4:15  
p.m.**LUGAR:** Torre Central piso 8**DIRECCIÓN GENERAL****TEMAS:** Revisión por la Dirección 2014**OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN**

Realizar el ejercicio de nivel nacional de la Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas.

Presentar a la alta Dirección el análisis de los resultados aportados por los Procesos que conforman el Sistema Integrado de Gestión con el objeto de contribuir con información relevante para la toma de decisiones de la Alta Dirección de la Entidad de manera que orienten la gestión institucional y promueva la mejora continua del Sistema y de la Entidad

**DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

La apertura del ejercicio la realiza el Director de Planeación y Direccionamiento Corporativo, doctor Iván Ernesto Rojas, quien manifiesta que el SENA tiene cuatro subsistemas, uno de los cuales está certificado por ICONTEC, el Subsistema de Gestión de la Calidad, y teniendo en cuenta la importancia que ello reviste para la Entidad, es necesario que todos los colaboradores trabajemos para mantenerla. En cumplimiento de la norma que se implementó, es importante tener claro que a la Revisión por la Dirección se presentan los elementos que evidencian y alertan a todos los directivos sobre la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema, en contribución de la buena gestión institucional, e incluye la toman decisiones para implementar acciones de mejora al Sistema para su fortalecimiento.

La Coordinadora del Grupo de Mejora Continua Institucional, de la Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo, doctora Fabiola Cadena, explica el alcance de la certificación con la firma ICONTEC y advierte la programación de la Auditoría de Seguimiento para el mes de julio del presenta año.

## **Estado actual del SGC**

- **Certificados de Calidad**  
GP-CER339688: NTCGP 1000:2009.  
SC-CER 339681: ISO 9001:2008.  
CO- SC-CER 339681 IQNet.  
Otorgados por ICONTEC el 03 de octubre de 2014.
- **Vigencia del Certificado:** 3 años, hasta el 02 de octubre de 2017, sujeta a seguimientos anuales por parte del Ente Certificador.
- **Primera auditoría de seguimiento:** Julio de 2015

Para iniciar el ejercicio se expone la agenda, que contiene los elementos de entrada que establece la Norma Técnica de Calidad NTCGP: 1000-2009 en su numeral 5.6

1. Resultados de las auditorías.
2. Retroalimentación del Cliente
3. Desempeño de los procesos y la conformidad del servicio
4. Estado de las acciones correctivas y preventivas
5. Acciones de seguimiento revisiones previas
6. Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad
7. Recomendaciones para la mejora
8. Resultados de la gestión realizada sobre los riesgos.
9. Decisiones y conclusiones del Comité

### **1. Resultados de las auditorías.**

Interviene como Jefe de la Oficina de Control Interno, el doctor Raúl González, explicando la ejecución de las auditorías de gestión durante el 2014. Manifiesta que la Oficina cumplió durante el periodo con el cronograma del Plan Anual de Auditorías en un 100%, y presenta los hallazgos en temas claves así: Gestión Presupuestal, Cartera Misional, Gestión Contractual, Convenios, Ingreso y Salida de bienes, Formación Profesional Integral, Apoyos de Sostenimiento y Sistemas, los cuales han sido revisados previamente con los responsables de proceso.

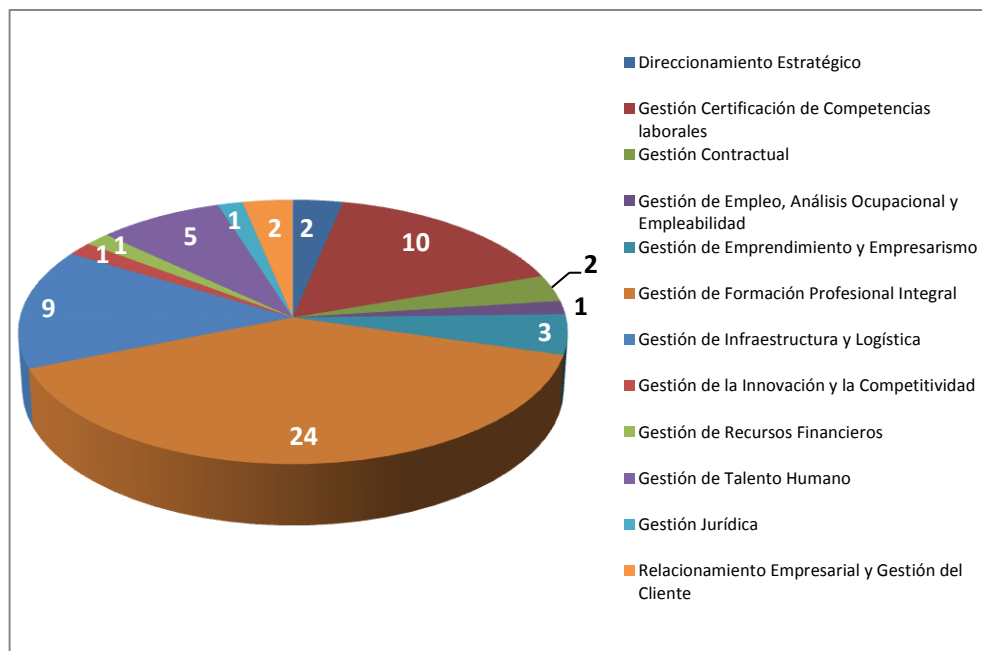
Igualmente, con corte a abril 30 de 2015 de un total de 14 auditorías programadas por el proceso de Evaluación y Control, se ejecutaron 12, para un cumplimiento del 86%.

### AUDITORÍAS DE GESTIÓN

PUNTOS DE AUDITORÍA	AUDITORIAS PROGRAMADAS CON CORTE A ABRIL 30/ 2015	AUDITORIAS EJECUTADAS CON CORTE A ABRIL 30/ 2015
REGIONALES	3	3
CENTROS DE FORMACIÓN	7	5
DIRECCIÓN GENERAL	4	4

La coordinadora del Grupo de Mejora Continua Institucional, Fabiola Cadena expone los resultados de la Auditoria de Otorgamiento, el número de no conformidades identificadas fue de 61, de los cuales 3 se presentaron en Dirección General, 2 en Despachos Regionales y 51 fueron en Centros de Formación.

### Hallazgos por proceso – Auditoria de Otorgamiento



Fuente: Informe Auditoría de Otorgamiento - Icontec

Igualmente, expone que con el objetivo de evaluar la conformidad de los documentos formalizados del Sistema Integrado de Gestión que soporta los procesos del Subsistema de Gestión de la Calidad del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se realizó una encuesta que sirvió como insumo para la auditoría documental llevada a cabo entre el 07 y 15 de mayo. Los resultados de esta auditoría serán entregados a cada uno de los responsables de proceso a fin de que se tomen las acciones correctivas y de mejora.

## 2. Retroalimentación del Cliente

Con el propósito de cumplir con este lineamiento, como delegado de la Dirección de Empleo, el líder SIG Germán Sarmiento, hace presentación de los resultados de la encuesta de medición de satisfacción al cliente, la cual se realizó a la siguiente muestra:

Grupos de Interés	Total entrevistas efectivas
Aprendices	2473
Empresarios	1299
Egresados	1754
Otros	333
Total	5859

Fuente: Informe Medición de la Satisfacción del Cliente 2014

El resultado de esta consulta determinó que el canal más usado es el virtual, con un 54%, y una calificación del servicio prestado por este canal de 88% de aceptación.

Igualmente, se establece que el 78% de los encuestados utiliza principalmente el servicio de formación. De acuerdo con los criterios del servicio, en general, se observa una calificación positiva, con un promedio de 87,27% de calificación alta (entre 4 y 5); el grupo de interés que más utiliza los servicios del SENA son los aprendices en un 42%, califican igualmente el buen aporte al país que hace el SENA en un 94%, así mismo, el 47% considera que la principal fortaleza del SENA es la formación para el trabajo.

Como conclusión respecto de los canales de atención el 40,43% de nuestros grupos de interés, consideran aspectos a mejorar: el acceso a la página web, la divulgación y actualización de información de interés cursos, programas servicios, etc.)

Finalmente y como resultado del ejercicio de encuesta de satisfacción del cliente, se concluyó que el grado de satisfacción de las personas encuestadas corresponde a un 89%, destacando como principales fortalezas de la Entidad, la formación para el trabajo, oportunidades para la población vulnerable, empleo, cobertura y acceso a nivel nacional.

En cuanto a la atención de Peticiones, quejas y Reclamos, se informa que durante el 2014 se presentaron 36.207 PQRS, siendo las peticiones las más representativas con número de 32.141, seguida por las quejas con 1.626.

El representante de la Dirección de Empleo, manifiesta que el Grupo de Servicio al Cliente se encuentra trabajando en la disminución de tiempos de respuesta y que a la fecha ha presentado una disminución de tiempos de respuesta del 4% en marzo al 1% en mayo.

## 3. Desempeño de los procesos y la conformidad del servicio

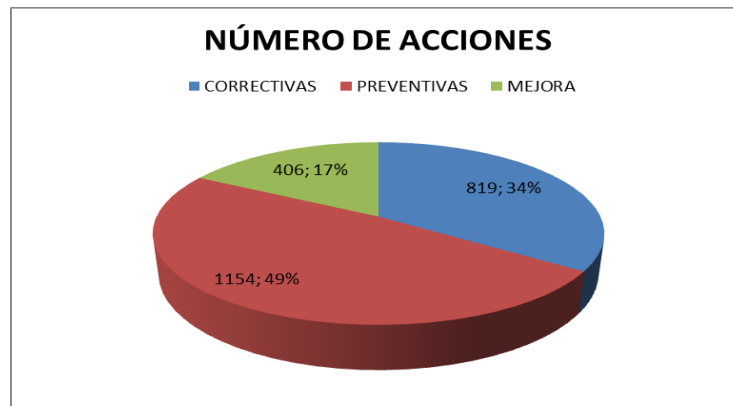
Para la exposición de este ítem, los responsables de los procesos realizaron con sus equipos de trabajo una matriz DOFA, en la que se evidenciaron la gestión de cada proceso. Las presentaciones entregadas a la Dirección de Planeación como insumo para el análisis de esta entrada, forman parte integral de esta acta (Anexo Carpeta: Revisión por la Dirección 2014 – Plataforma Compromiso)

#### 4. Estado de las acciones correctivas y preventivas

El Jefe de la Oficina de Control Interno, destaca la importancia de la implementación de la plataforma Compromiso, para la administración del Sistema Integrado de Gestión y en especial la gestión oportuna, organizada y trazable de las acciones correctivas, preventivas y de mejora provenientes de las diversas fuentes para la mejora establecidas por el SENA.

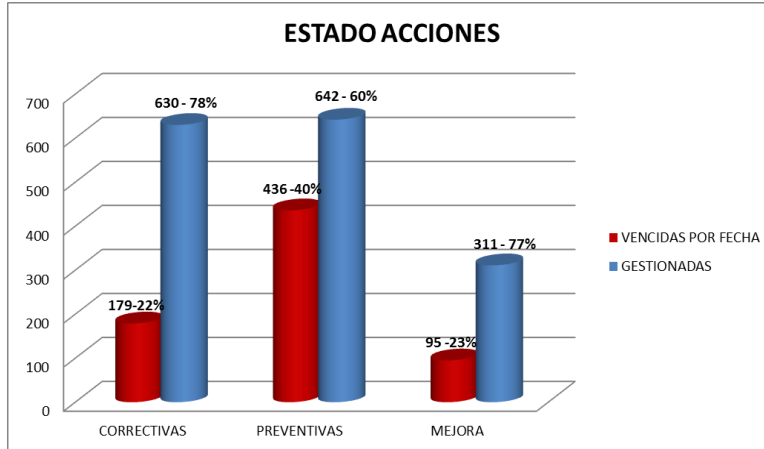
Igualmente manifiesta la necesidad de organizar a nivel nacional, actividades de formación para que se facilite la identificación adecuada de las causas de las no conformidades, de tal forma que las acciones tomadas resulten eficaces y fortalecer el uso del módulo de mejora continua de la plataforma Compromiso, para que los responsables realicen oportunamente el seguimiento y el cierre de las acciones registradas.

Con corte al 5 de diciembre de 2014, el SENA gestionó 2.379 acciones entre correctivas, preventivas y de mejora, de las cuales 819 fueron acciones de mejora, 1154 preventivas y 406 de mejora.



Fuente: Informe Oficina de Control Interno

A excepción de las acciones preventivas cuya fuente es la gestión de riesgos, la principal fuente para generar acciones correctivas y de mejora son las auditorías realizadas ya sea al sistema de gestión, a la gestión de la entidad o las realizadas por el ente de control, por lo tanto se hace necesario sensibilizar en la importancia de generar acciones como mejora a los procesos y no esperar a que sean producto de alguna auditoría.



Fuente: Informe Oficina de Control Interno

### 5. Acciones de seguimiento revisiones previas

La coordinadora del Grupo de Mejora Continua Institucional expone las acciones que la entidad ejecutó frente a las decisiones tomadas en el ejercicio de Revisión por la Alta Dirección del año 2013.

Decisiones RXD 2013	Acciones tomadas
Se requiere que el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo revise los elementos estructurales del SIG: Promesa de valor, objetivos del SIG y Red de Procesos para mejorar su adecuación y pertinencia.	Se modificó la Red de Procesos para mejorar su adecuación y pertinencia. La Promesa y los Objetivos se encuentran en revisión para presentar al CIDA.
Se aprueba la versión 2.0 del Manual del SIG. Para la próxima versión incluir los capítulos de los otros tres Subsistemas.	Se formalizaron en la plataforma CompromISO las versiones 2.0 y 3.0 del Manual del SIG. Sigue pendiente incluir los capítulos para los tres subsistemas.
Aprobar los ajustes a las Tablas de Retención Documental (TRD) que se actualizaron por cuenta de su articulación con los Registros del SIG.	Se aprobaron y ajustaron las Tablas de Retención Documental.  Se requiere nueva actualización para articular con registros del Sistema
Recibir la pre auditoría de tercera parte de ICONTEC liderado por el Directivo Responsable de Proceso acompañado de los Coordinadores y de los Líderes SIG.	Se recibió la pre auditoría de tercera parte de ICONTEC con resultados exitosos a nivel nacional

Consolidar la información recibida de las Regionales del ejercicio de Revisión por la Dirección para estructurar el plan de mejoramiento del SIG.	Se consolidó la información recibida del ejercicio de Revisión por la Dirección Regional para estructurar el Plan de Mejoramiento. Se encontró que estas revisiones deben ser estandarizadas para asegurar su completitud y adecuación a las necesidades del Sistema.
Atender con prioridad los resultados del análisis del servicio no conforme en los aspectos críticos, con base en directrices definidas desde la Dirección General.	Se definió el Plan de Control de Calidad del Servicio como la herramienta estandarizada para el control, identificación y tratamiento del Servicio No Conforme y se actualizó el procedimiento. Se está fortaleciendo la apropiación de esta herramienta en los procesos misionales.
Impartir instrucciones para que el Comité Regional del SIG haga el cierre de no conformidades que no fueron cerradas por los Auditores Internos.	Se generó la versión 04 del procedimiento de Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora DE-P-018 en el cual se establecieron los lineamientos para realizar el cierre de hallazgos en Dirección General y en Regionales.
Revisar con prioridad los resultados de las PQRS, analizar las causas del incremento, implementar planes de mejoramiento y monitorear las acciones de mejora a través del Comité Regional del SIG y del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, con informes presentados por los responsables de la Gestión (Grupo Atención al Ciudadano).	El incremento de las PQRS obedece a que ahora si se registran bajo ésta denominación. Antes se ingresaban con otros asuntos en el aplicativo oficial de la entidad. Se resalta lo anterior como una mejora institucional, toda vez que el Grupo de Servicio al Cliente ha logrado hacer mayor control y seguimiento sobre las Peticiones de los grupos de interés externos de la entidad y así en los informes mensuales garantizar respuesta con oportunidad, en donde se pasó de un 7% de vencimientos de términos I semestre 2014 a un promedio I semestre 2015 de 2%, , también en el 2015 a través de CRM se busca dejar trazabilidad de todas las acciones; correctivas, preventivas y de mejora que se tomen cuando la fuente es PQRS.

## 6. Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad

La coordinadora del Grupo de Mejora Continua Institucional pone a consideración los cambios que podrían afectar al sistema:

ASPECTO	CÓMO NOS AFECTA	ACCIONES PROPUESTAS – RESPONSABLE
Implementación de normas legales tales como:  • Dto. 2482 de 2012, Modelo Integrado de Planeación y	• Se requiere tomar acciones pertinentes y oportunas para cumplir la totalidad de requerimientos	• Conformar y formalizar el Comité Operativo de Desarrollo Institucional para determinar planes de acción que aseguren el cumplimiento de las normas.

<p>Gestión.</p> <p>Dto. 2641 de 2012 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p>Ley 1712 de 2014 Transparencia y de derecho a la información y Dto. reglamentario 103 de 2015.</p> <p>Dto. 1785 de 2014, modificación manual de funciones.</p> <p>Dto. 1443 de 2014, implementación Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST</p>	<p>normativos en los plazos definidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desactualiza la documentación del sistema porque no contempla los requisitos normativos.</li> <li>• Se desactualiza el Normograma institucional y por procesos.</li> </ul>	<p>Responsable: Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o modificar la documentación del SIG con los lineamientos articulados con las normas: Procesos relacionados con la implementación de cada norma.</li> <li>• Articular acciones con entidades tales como Ministerios, DAFP, Registraduría Nacional del Estado Civil, DPN, Procuraduría General de la Nación, para establecer actividades de interoperabilidad. Responsable: Procesos relacionados con la implementación de cada norma.</li> <li>• Asegurar la articulación del SGSST con el SIG considerando los cambios que implica la implementación de la nueva norma. Responsables: dirección de Planeación y Secretaria General.</li> <li>• Generar estrategias de divulgación de las nuevas normas. Responsables: Oficina Jurídica.</li> <li>• Actualizar el Normograma institucional y definir proyecto para organizar el Normograma por Proceso para facilitar su consulta y cumplimiento. Responsable: Oficina Jurídica</li> </ul>
---	---	---



<p>Cambios en las versiones de las normas técnicas que se están implementando: ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desactualiza la documentación del sistema porque no contempla los requisitos en el marco de la nueva estructura de la norma.</li> <li>• Se impacta la estructuración del sistema que está concebido bajo la actual norma NTCPG 1000:2009.</li> <li>• Se impactan las funcionalidades de la plataforma CompromISO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignar recursos y generar estrategias para la divulgación a nivel país de las nuevas normas técnicas y asegurar su implementación: Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo y Secretaría General.</li> <li>• Definir o modificar la documentación del SIG con los lineamientos articulados con la nueva versión de las normas técnicas: Todos los Procesos.</li> <li>• Establecer e implementar los nuevos desarrollos o ajustes que requiera la plataforma CompromISO. Responsable: Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo y Secretaría General.</li> </ul>
<p>La formulación de nuevos planes tales como: Nacional de Desarrollo, Estratégico Sectorial, Institucional y cumplimiento de sus respectivos pilares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere asegurar la articulación de la política y los objetivos del SIG con la Planeación Institucional para la prestación de los servicios con eficacia y efectividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer mesas de trabajo para dar a conocer los nuevos lineamientos estratégicos y operativos que surjan de la formulación de los planes institucionales.</li> <li>• Ajustar los elementos estructurales del SIG con la Planeación Institucional. Responsable: Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo.</li> </ul>
<p>Rotación de Gestores y líderes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pierde la memoria institucional y el manejo de los temas del SIG con suficiencia y articulación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar mecanismos permanentes de inducción y reinducción y fortalecimiento de la cultura de la calidad a nivel nacional. Responsable: Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo.</li> </ul>
<p>Expedición de normatividad interna incoherente con la documentación elaborada para la gestión de los procesos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desarticulan los lineamientos de los procesos desde nivel central hacia las regionales y Centros de Formación, creando confusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer mecanismos para que cuando se generen actos administrativos se consulten a las áreas relacionadas con los temas para articular dicho documentos con los lineamientos y directrices impartidas en otros actos</li> </ul>

		administrativos o en los documentos formalizados en el SIG. Responsable: Oficina Jurídica.
Cambio de operador tecnológico que da soporte a las herramientas TIC's, incluyendo la plataforma a través de la cual se administra el Sistema Integrado de Gestión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pueden presentar fallas en el soporte y en la generación de los back ups para respaldar la información gestionada en la Plataforma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el impacto que podría traer en la operación de la entidad por cuenta de esta transferencia y tomar las medidas para asegurar la generación de back ups y soporte que se requiera. Responsable: Oficina de Sistemas</li> </ul>
Falta de conectividad en las Regionales y Centros de Formación a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se afecta la comunicación oportuna y eficiente impactando la gestión institucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el diagnóstico de las regionales más afectadas y establecer planes de mejoramiento. Responsable: Oficina de Sistemas.</li> </ul>

## 7. Recomendaciones para la mejora

Con el fin de tener en cuenta para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, La Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo a través del Grupo de Mejora Continua Institucional presenta las recomendaciones que fueron enviadas por las regionales como parte del ejercicio de revisión por la dirección.

- **La Medición de la Gestión Institucional:** Para que la Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo emita un concepto para estandarizar la medición de la gestión de la Institucional, a través de una batería única de indicadores que ayude a la toma de decisiones en cada nivel de la organización y que contemple la Eficiencia, Eficacia, Efectividad, Economía y demás aspectos que sean de interés de la Entidad o de los entes de control. Iniciar esta articulación a partir de los indicadores que se establezcan para el Plan Estratégico.
- **La Articulación del Proceso de Autoevaluación:** Para que la Dirección de Formación Profesional evalúe los puntos de articulación del proceso de Autoevaluación con fines de acreditación con el Sistema Integrado de Gestión.
- **La Medición de la Satisfacción del Cliente:** Para que la Dirección de Empleo divulgue a las regionales los lineamientos para la medición de la satisfacción del cliente-usuario a nivel regional, se realicen mediciones en periodos más cortos, no anualmente y articule la medición de la satisfacción del cliente con las necesidades específicas de los procesos misionales.
- **La Gestión de los Riesgos:** Para que la Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo con la Oficina de Control Interno, defina estrategias para que los responsables de proceso apropien la administración de los riesgos de sus procesos.
- **El Rol de Gestores y Líderes SIG:** Para que los Responsables de Proceso involucren al Líder SIG DG, Gestor SIG y Líder SIG de Centros, en la gestión institucional, ya que a través de ellos se

articula la gestión de los Procesos para evitar que se impartan lineamientos contradictorios, repetidos o desarticulados. **Ejemplos:** 1. Definición de Planes de Mejoramiento en diferentes formatos y diferentes metodologías sin contemplar lo establecido en el SIG ni utilizar el Módulo de Mejoramiento Continuo de la Plataforma Compromiso 2. Actos administrativos (Resoluciones o Circulares) con lineamientos diferentes a lo que está escrito y formalizado en un documento del Proceso o de otros Proceso. 3. Se trasladan procesos entre dependencias (Gestión Contractual), sin contemplar impacto en el SIG; entre otros. Igualmente, asegurar la disponibilidad del equipo SIG a las obligaciones propias del sistema.

- **La Certificación de Laboratorios:** Para que la Dirección de Formación defina directrices claras con respecto a los laboratorios y establezca controles sobre la prestación de los servicios prestados por estos, así como el uso de los laboratorios certificados, los cuales no se pueden utilizar con fines didácticos para la formación, impidiendo que los aprendices aprovechen esta infraestructura.
- **La Gestión Documental:** Para que la Secretaría General amplíe y formalice las directrices para la gestión documental, especialmente lo relacionado con los documentos electrónicos, la política de cero papel y la implementación del escáner de código de barras y de microfilmación de todos los expedientes.

#### **8. Resultados de la gestión realizada sobre los riesgos.**

Sobre el particular el Jefe de Control Interno, realiza una contextualización sobre la teoría de la administración del riesgo, con el fin de enfatizar sobre su importancia y las implicaciones que representa para la entidad no generar una adecuada gestión de los riesgos.

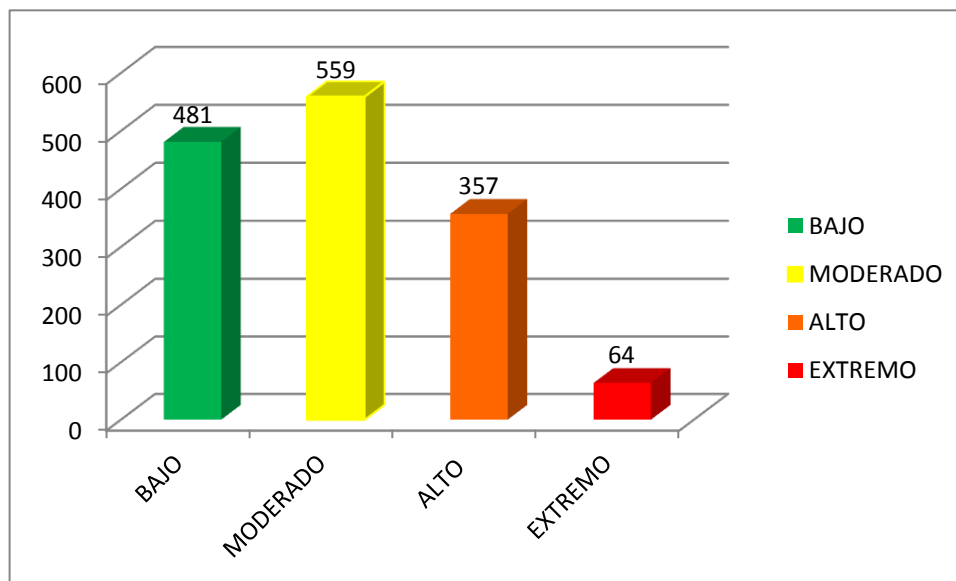
Manifiesta que en el ejercicio de evaluación de los riesgos, se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Se observan deficiencias en la **identificación de riesgos** debido que esta actividad debió implementarse con base en análisis estadísticos e históricos.
- **La identificación de riesgos** se encuentra incompleta, aunque se ha avanzado en la identificación de algunos riesgos por cada proceso, aún falta el análisis e inclusión de algunos.
- **La identificación de riesgos:** No obstante, que la identificación se efectuó desde las áreas de Dirección General, es importante profundizar en las necesidades y aspectos culturales, económicos, de infraestructura y capacidad operativa de las diferentes Regionales y Centros de Formación.
- En la **definición de las causas y consecuencias** de los riesgos deben definirse cada concepto con el fin de que obtener claridad sobre el riesgo y no generar confusión.
- En el **análisis de controles** se evidenció que algunos de ellos no se encuentran documentados o definidos en los flujogramas de los procedimientos de la Entidad.
- **La valoración de riesgos** inherentes debe ser objetiva, no depender de criterios subjetivos y estimar la relación probabilidad- impacto.

Las anteriores situaciones indican que aunque el SENA ha implementado la metodología DAFP para administración del riesgo y cuenta, con un módulo para la administración del mismo en la plataforma CompromISO, considera necesario crear un área multidisciplinaria que se encargue de

asesorar en la aplicación de la metodología y de gestionar todo el ciclo del riesgo, con el fin de ayudar a la Entidad en la consecución de sus objetivos estratégico

Los siguientes son los resultados obtenidos del módulo de administración del riesgo de la plataforma CompromISO



Fuente: Módulo Administración de Riesgos – Plataforma CompromISO

Dado lo anterior se presentan una serie de aspectos relativos a la trazabilidad de los riesgos en el tiempo, a fin poder saber si, efectivamente, los riesgos actuales son riesgos que en el tiempo se materializan, es necesario reconocer y buscar la trazabilidad de los mismos. El jefe de la Oficina de Control Interno considera necesario realizar un diagnóstico que permita la gerencia de manera más ejecutiva del riesgo e invertir en una plataforma tecnológica que permita hacer seguimiento a los riesgos potenciales. El director Juan Valdez dice que se debe conocer la experiencia de otras entidades del estado para ver como es el manejo del tema, a lo que el Jefe de control Interno manifiesta que Colpensiones tiene excelente manejo de riesgos, por lo que propone tener una reunión con ellos.

### 9. Decisiones y Compromisos

Decisiones	Responsable
Continuar la revisión de la Promesa de valor y de los objetivos del SIG que se encuentra en construcción y validación a nivel nacional. Se delega al Comité Institucional de Desarrollo Administrativo la aprobación de los ajustes a estos elementos estructurales del Sistema, de manera que se adapten a las condiciones actuales de la Planeación Estratégica Institucional, las nuevas versiones de las Norma Técnicas y la aplicación de nuevos requisitos legales (especialmente para el SGSST).	Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo

Generar una nueva versión del Manual del SIG para incluir los capítulos correspondientes al Subsistema de Gestión Ambiental, de Seguridad y Salud en el Trabajo y de Seguridad de la Información.	Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo, Secretaría General y Oficina de Sistemas.
Actualizar la Tablas de Retención Documental para articular con los registros que han surgido por la implementación del SIG.	Secretaría General
Generar un documento con lineamientos que permitan estandarizar el ejercicio de Revisión por la Dirección que realizan las regionales y aseguren la revisión de toda la información de entrada de conformidad con lo establecido en la Norma Técnica (5.62)	Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo
Validar con los procesos misionales la identificación y tratamiento de los servicios no conformes ejecutados por cada uno de ellos.	Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo
Hacer seguimiento y presentar un informe al CIDA sobre el cierre de los hallazgos, en cumplimiento de los lineamientos impartidos en el procedimiento DE-P-018.	Oficina de Control Interno
Revisar y generar con la participación de los gerentes públicos una batería única de indicadores que permita medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos en los niveles estratégico, táctico y operativo.	Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo
Revisar toda la documentación de los procesos para que se ajusten de acuerdo con los hallazgos de la auditoría interna.	Todos los Procesos
Revisar el Normograma para validar la vigencia de las normas, la Inclusión de nuevas normas y la definición de mecanismos para articular el Normograma con la Normatividad que le aplica a cada proceso (Normograma por proceso).	Dirección Jurídica
Evaluar la posibilidad de Articular el proceso de Autoevaluación con fines de acreditación con el Sistema Integrado de Gestión	Dirección de Formación Profesional.
Divulgar de una manera más clara a las regionales los lineamientos para la medición de la satisfacción del cliente-usuario, y entregar estas mediciones en periodos más cortos no anualmente. Hacer más pertinentes los contenidos de acuerdo con las dinámicas regionales	Dirección de Empleo y Trabajo
Fortalecer las competencias de los gestores y líderes SIG, a través de actividades de formación.	Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo
Revisar que las funciones asignadas a las dependencias correspondan a las que por norma (Decreto 249/2004) fueron definidas	Dirección de Planeación y Direccionamiento Corporativo, Dirección de Formación Profesional, Dirección Jurídica, Dirección de Empleo y Trabajo y

**CONCLUSIÓN GENERAL**

Sobre la conveniencia del Sistema, el Director encargado, doctor Juan Valdez, ratifica que la entidad al ser certificada en calidad, cuenta con un Sistema implementado, en proceso de maduración que debe necesariamente mejorar permanente cada día, en cada proceso y que los equipos de trabajo lo incorporen en sus agendas de trabajo. Sobre el proceso de seguimiento a la Certificación por parte de ICONTEC, es necesario mejorar en las debilidades que desde cada proceso aportan al desarrollo institucional. Sin embargo desde el punto de vista de mejora continua es necesario asumir la cultura de la calidad en cabeza de la dirección y luego se lleve a socializar en todos los servidores públicos del SENA.

**ASISTENTES**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/DEPENDENCIA/ENTIDAD</b>
Juan Manuel Valdés Barcha	(Director SENA encargado), Director Sistema Nacional de Formación de Trabajo
Piedad Jiménez Montoya	Directora Administrativa y Financiera
Milton Núñez Paz	Secretario General
Mauricio Alvarado Hidalgo	Director de Formación Profesional
Melba Pinto Gualdron	Jefe Oficina de Comunicaciones
Dora Milena García Moreno	Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario
Carlos Mauricio Corredor Vera	Jefe Oficina de Sistemas
Juan Pablo Castro Morales	Director de Relaciones Corporativas
Raúl Eduardo González Garzón	Jefe Oficina de Control Interno
Iván Ernesto Rojas Guzmán	Director de Planeación
Carlos Cesar Jiménez Aponte	Coordinador Oficina Sistemas
Delka Patricia Ortiz Cortazar	Dirección Jurídica (asesora)
Lina Luz Ramos Santos	Dirección del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo, Líder SIG
Germán Sarmiento Mora	Dirección de Empleo y Trabajo, Líder SIG
Edgar Adrián Zambrano Tamayo	Dirección de Promoción y Relaciones Corporativas. Coordinador GRIC
Doris Enith Briceño	Oficina de Comunicaciones, Líder SIG
Alma Elvira Novoa Lelión	Dirección de Formación Profesional Integral, Líder SIG