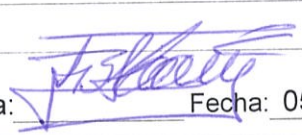


1- Categoría Hallazgo Observación**2- Origen del Hallazgo u Observación** Auditorías Actividades de rutina Otros**3- Descripción del Hallazgo u Observación**

Actualizar atribuciones de las Secciones de este Dpto. de Suministros de Materiales de Distribución.

Área emitente: DD/DSM Emitido por: Jorge Britos Firma: _____ Fecha: 05/01/2022Área origen del Hallazgo u Observación: DD/DSM**4- Análisis de las causas**

Actualmente las atribuciones de las Secciones se encuentran implícitas, es necesario definir las explícitamente a fin de tenerlas bien claras.

Nombre y Apellido del funcionario: Jorge Britos Firma:  Fecha: 05/01/2022**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Presentar borrador de propuesta	AC	30/03/2022	DD/DSM	
2	Análisis, ajustes. Versión final	AC	30/05/2022	DD/DSM-DP/DOM	
3	Socialización área afectada	AC	30/06/2022	DD/DSM	

Nombre y Apellido del funcionario: Jorge Britos Firma:  Fecha: 05/01/2022

ANDE**Solicitud de Acción Correctiva (SAC)
Solicitud de Acción de Mejora (SAM)****DD/DSM/01/22**

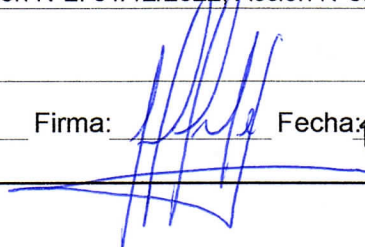
SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 00

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	NO	Se cuenta con un borrador de propuesta de modificación de las atribuciones de las Secciones. Se debe realizar un mejor análisis y ajustes de los mismos para su remisión.
2	NO	PENDIENTE: Depende de la presentación del Borrador con la propuesta.
3	NO	PENDIENTE: Depende de la aprobación final.

Plazos para Evaluación de la Eficacia: Acción N°1: 30/09/2022; Accion N°2: 31/12/2022; Acción N°3: 30/06/2023.
Accion N°4: 31/12/2023Obs./Reprogramaciones: Reprogramación de los Plazos/FechasNombre y Apellido del funcionario: Lic. Baldomero Zacarías R. Firma:  Fecha: 19 JUL. 2022
Oficina de Coordinación
Dirección de Distribución**7- Evaluación de Eficacia**Verificación del cumplimiento Si No Fecha de cumplimiento: _____Verificación de la eficacia Si No Fecha de cierre: _____

Motivo de Cierre: _____

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Original: Oficina de Coordinación o de Apoyo a la Gestión