ANDE

Solicitud de Acción Correctiva (SAC)
Solicitud de Acción de Mejora (SAM)

DD/DOR/01/2022
SIGLA / Nº / AÑO

Código:
Actualización: 00

1- Categoría

[X] Hallazgo [ ] Observación

2- Origen del Hallazgo u Observación

[ ] Auditorías [X] Actividades de rutina [ ] Otros

3- Descripción del Hallazgo u Observación

Dificultad en la comunicación de maniobras con las agencias distantes en la operativa diaria

Área emitente: DD/DOR Emitido por: Manuel Martinez Firma: Fecha: 25/01/202

Área origen del Hallazgo u Observación:

4- Análisis de las causas

Falta de equipos de radio comunicación VHF/UHF, satelital o telefonía

Nombre y Apellido del funcionario: Manuel Martinez Firma: Fecha: 25/01/2022

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Solicitar equipos de comunicación satelital	AM	1 6 22	DD/DOR	Ing. Manuel Mar Jefe Dpto. Opera de Distr. - DD/D ANDE

Nombre y Apellido del funcionario: Manuel Martinez Firma: Fecha: 25/01/2022

ANDE	Solicitud de Acción Correctiva (SAC) Solicitud de Acción de Mejora (SAM)	DD/DOR/01/22 SIGLA / Nº / AÑO Código: Actualización: 00

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	NO	La provisión por parte de la DTE de los equipos de radio comunicación VHF/UHF, satelital o telefonía fueron priorizados para la zona del Chaco Paraguayo, por lo que se iniciaran nuevamente los trámites para la instalación en el DD/DOR

Plazos para Evaluación de la Eficacia: Acción N°1: 31/01/2023

Obs./Reprogramaciones: Reprogramación de los Plazos/Fechas

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Baldomero Zacarías R. Oficina de Coordinación Dirección de Distribución Firma: Fecha: 19 JUL. 2022

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

ANDE	Solicitud de Acción Correctiva (SAC) Solicitud de Acción de Mejora (SAM)	DD/DOR/01/22 SIGLA / Nº / AÑO Código: Actualización: 00

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	SI	Se han instalado y se encuentran en funcionamiento los equipos satelitales, tanto en los móviles del Dpto de Operación, como en los móviles de Atención de Reclamos.

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Baldomero Zacarías R. Oficina de Coordinación Dirección de Distribución Firma: _____ Fecha: 15 JUN. 2023

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