ANDE

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

DD/DPD/01/2022
SIGLA / Nº / AÑO

Código:
Actualización: 00

1- Categoría

☐ Hallazgo ☒ Observación

2- Origen del Hallazgo u Observación

☐ Auditorías ☒ Actividades de rutina ☐ Otros

3- Descripción del Hallazgo u Observación

Sistema utilizado para elaboración de presupuestos de los proyectos está desfasado.

Área emitente: DD/DPD Emitido por: Daniel Melgarejo Firma: Fecha: 03/01/2022

Área origen del Hallazgo u Observación:

4- Análisis de las causas

El sistema de carga de presupuestos es muy antiguo y con una base de datos rigida, dificultando su actualización.

Nombre y Apellido del funcionario: Daniel Melgarejo Firma: Fecha: 03/01/2022

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Gestionar la migración del sistema de presupuestos al sistema SMOD	AM	30/06/2022	DD/DPD	

Nombre y Apellido del funcionario: Daniel Melgarejo Firma: Fecha 03/01/2022

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

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	SI	Respecto a las gestiones para la migración del sistema de presupuestos al sistema SMOD, se han realizado en un 100% las migraciones inherentes a las estructuras de media y baja tensión, depuración de materiales de distribución por cada tipo de estructura; así como también los precios de cada material componentes de las estructuras así como los presupuestos de mano de obra de acuerdo al precio actualizado unitario de las Horas

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: 27 DIC. 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