| ANDE | Solicitud de Acción Correctiva (SAC)<br>Solicitud de Acción de Mejora (SAM) | DD/MLI/01/23<br>SIGLA / Nº / AÑO<br>Código:<br>Actualización: 00 |
|---|---|---|

**1- Categoría**

[ ] Hallazgo [X] Observación

**2- Origen del Hallazgo u Observación**

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

**3- Descripción del Hallazgo u Observación**

El ***Departamento de Mantenimiento de Líneas de Distribución (DDMLI),*** realiza las gestiones pertinentes para la construcción de un galpón en el area aledaña a las instalaciones del Departamento, el cual se utilizará como estacionamiento techado para los camiones con hidroelevadores aislados de la unidad.

Área emitente: **DD/MLI** Emitido por: **Ing. Edgar Castro** Firma: Ing. Edgar D. Castro N. Jefe Dpto. Mto. de Línea DD/MLI - ANDE Fecha: 07/06/2023

Área origen del Hallazgo u Observación: **Dpto de Mantenimiento de Líneas de Distribución**

**4- Análisis de las causas**

Falta de espacio protegido para el estacionamiento de camiones con hidroelevadores aislados.

Nombre y Apellido del funcionario: **Ing. Edgar Castro** Firma: Ing. Edgar D. Castro N. Jefe Dpto. Mto. de Línea DD/MLI - ANDE Fecha: 07/06/2023

**5- Acciones**

| Nro. | Acción | Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) | Plazo / Fecha | Responsable | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Construcción del galpón. Adecuación del espacio cubierto para el resguardo de camiones con hidroelevadores aislados. | AM | 31/12/2023 | DD/MLI | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

Nombre y Apellido del funcionario: Firma: Fecha: 07/06/2023

Ing. Edgar D. Castro N.
Jefe Dpto. Mto. de Línea
DD/MLI - ANDE



CamScanner

## 6- Acompañamiento

| Acción Nº | Cumplida (Si/No) | Evidencias/Comentarios |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

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

## 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
**1a. Copia:** Unidad Administrativa emitente



CamScanner