ANDE

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

DD/NEM/03/22

SIGLA / Nº / AÑO

Código:	
Actualización: 00	

						Actualización. 00
1- Ca	tegoría					
X Ha	allazgo	Observació	n			
2- Or	igen del Hallazgo u Obse	rvación				
Au	uditorías	X Actividades	de rutina	Of	tros	
3- De	scripción del Hallazgo u	Observación				
Neces	sidad de mejorar la comun	icación con disti	intas Unida	ddes de ANE	DE, que permita me	jorar las
comp	ras de materiales y equipo	s de distribuciór	า a través d	le una mejora	a continua de las e	ett.
Área	emitente: DD/NEM Er	nitido por: Ing. (Carlos J. Rodrígue	z Cáceres Fir	rma:	echa: 02/12/22
	origen del Hallazgo u Obse		DD/NEM		9	1.7-2
4- An	álisis de las causas					
El cel	o excesivo que muchas ve	ces se tiene por	el trabajo	que se desar	rollan en las distint	as Unidades y
la falta	a de comunicación entre la	as mismas, hace	que se pie	erda informac	ción valiosa e impide	en un esfuerzo
coord	inado, que permita lograr r	nejores resultad	los en la co	mpras de eq	uipos y materiales	de distribución.
		-				
Nomb	re y Apellido del funcionar	10.	Rodríguez Cáceres	i Fir	ma: A Fe	echa: 02/12/11
	ciones	DD	/NEM			John Capital II
		***	Acción		T	7
Nro.	Acción		Correctiva (AC) / Acción de	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
	Reuniones periódicas cor	ı las distintos	Mejora (AM)			
1	clientes de la Unidad (Uni			1 año /		
1	suministros y control de n distribución; así como de mantenimiento).		I AM I	02/12/23	Carlos Rodríguez	
		WAR THE TAXABLE PROPERTY OF TAXABLE PR				
Nomb	re y Apellido del funcionari		Rodríguez Cácere	s Fir	ma: Fe	echa: 02/12/22

Ing. Carlos J. Rodríguez Cáceres DD/NEM

A۱	ID	E
AN	1D	E

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

DD		IL N	A /	112	/77
$\boldsymbol{\nu}$	/ 1 7	LI	V.L.	vJ.	144

SIGLA / Nº / AÑO

Código:	
Actualización: 00	

- Acompañamiento				
Acción N°	Cumplid	a (Si/No)	Evidencias/Co	mentarios
	1			
	-			
				A
Plazos para Evaluación de la E	ficacia:	<u> </u>	***************************************	
Obs./Reprogramaciones:	*			
Iombre y Apellido del funciona	ario:		Firma:	Fecha:
- Evaluación de Eficacia				
erificación del cumplimiento	∐Si —	No	Fecha de cun	nplimiento:
erificación de la eficacia	Si	No	Fecha de cier	re:
lotivo de Cierre:				
		4		
	in .			
· ·				
Nombre y Apellido del funciona	ario:		Firma:	Fecha:

Original:

Oficina de Coordinación o de Apoyo a la Gestión

1a. Copia: Unidad Administrativa emitente