

ANDE

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

GC/DCO/01/2021

SIGLA / N° / 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

Procedimiento de Cheques Rechazados. Está desactualizado. Última revisión

Área emitente: **DPTO. DE COBRANZAS** Emitido por: Ing. Claudia Cano

Firma:

Ing. Claudia Cano
 Dpto. de Cobranzas ANDE Fecha: 25/10/2021

Área origen del Hallazgo u Observación: Departamento de Cobranzas

4- Análisis de las causas

Lo establecido no era aplicable.

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. Claudia Cano

Firma:

Ing. Claudia Cano
 Dpto. de Cobranzas ANDE Fecha: 25/10/2021

5- Acciones

| Nro. | Acción | Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) | Plazo / Fecha | Responsable | Firma |
|------|---|--|---------------|-------------------|---|
| | Presentar Actualización (Describir Proceso) | AC | 26/08/2021 | GC/DCO | <i>Ing. Claudia Cano</i> Dpto. de Cobranzas ANDE |
| | Formalizar actualización del procedimiento | AC | 12/10/2021 | GC/ADC | <i>Ing. Claudia Cano</i> Dpto. de Cobranzas ANDE |
| | Socializar vía outlook | AC | 01/12/2021 | GC/DCO- GC/ADC | <i>Ing. Claudia Cano</i> Dpto. de Cobranzas ANDE |

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. Claudia Cano

Firma:

Ing. Claudia Cano
 Dpto. de Cobranzas ANDE Fecha: 25/10/2021

6- Acompañamiento

6- Acompañamiento

| Acción N° | Cumplida (Si/No) | Evidencias/Comentarios |
|-----------|------------------|--|
| 1 | SI | Se adjunta Instrucción de Procedimientos Tratamiento de cheques rechazados Se adjunta correo de socialización impreso |
| 2 | SI | |
| 3 | SI | |

Plazos para Evaluación de la Eficacia:

Obs./Reprogramaciones:

Nombre y Apellido del funcionario:

Firma: *Lig. Carlos Alfonso* Fecha: 22 MAR, 2022

*Ofic. de Coordinación y Control de Gestión
de la Gerencia Comercial*

7- Evaluación de Eficacia

Verificación del cumplimiento Si No

Verificación de la eficacia Si No

Fecha de cumplimiento:

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