

la hoja de atrás 3/3
GF/DC/02/2022 esta en
el SIMA.

ANDE

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA (SAC), DE MEJORA (SAM) O DE INNOVACIÓN (SAI)

GF/DC/02/2022

SIGLA / N° / AÑO

1- Categoría

Hallazgo Observación

2- Origen del Hallazgo u Observación

Auditorías Actividades de rutina Otros

3- Descripción del Hallazgo u Observación

Dispersión, desorden y saturación del archivo documental del Dpto. de Contabilidad.

A. emitente GF/DCL Emitido por: C.P. Marlene García
Jefa - Dpto. de Contabilidad

Firma: *MGarcía* Fecha: 04/08/2023

Área origen del Hallazgo u Observación: Gerencia Financiera

4- Análisis de las causas

Falta de espacio físico adecuado para el resguardo del acervo documental del Dpto. de Contabilidad, lo que ocasiona acumulación en forma desordenada y dispersa.

Nombre y Apellido del funcionario: C.P. Marlene García
Jefa - Dpto. de Contabilidad

Firma: *MGarcía* Fecha: 04/08/2023

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Trasladar la documentación al lugar asignado que ya se cuenta.	SAM	30/06/2023	GF/DC - GF/DCL	
2	Ordenar, clasificar y codificar los documentos	SAM	30/06/2023	GF/DC - GF/DCL	

Nombre y Apellido del funcionario: C.P. Marlene García
Jefa - Dpto. de Contabilidad

Firma: *MGarcía* Fecha: 04/08/2023

6- Seguimiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1 Transladar la documentación al lugar asignado que ya se cuenta.	No	No se pudo cumplir debido a la necesidad de priorizar los trabajos previos a la implementación del nuevo sistema SAP. Por otro lado, el orden de prioridad para el traslado y ubicación, correspondía a los legajos de pagos e ingresos, a cargo de otra unidad administrativa.
2 Ordenar, clasificar y codificar los documentos.	No	

Plazos para Evaluación de la Eficacia: 31/10/2023

Obs./Reprogramaciones: Reprogramado

Nombre y Apellido del funcionario: C.P. Marlene García
Jefa - Dpto. de Contabilidad

Firma: *M. García* Fecha: 04/08/2023

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 afectada
Copia: Unidad Administrativa emitente