

305

ANDE

GT/OP/07/23
SIGLA / Nº / AÑO

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

1- Categoría

Hallazgo Observación Innovación

2- Origen del Hallazgo, Observación o Innovación

Auditorías Actividades de rutina Otros

3- Descripción del Hallazgo, Observación o Innovación

Considerando la necesidad de obtener recomendaciones adicionales que coadyuven a mantener los estándares de políticas tendientes a la excelencia en el servicio, se identifica la oportunidad de mejora a través de la unificación de los informes emitidos independientemente por los Departamentos de la División de Operación.

Área emitente: GT/OP Emitido por: Ing. Rolando M. Benítez B. Firma:  Fecha:

Área origen del Hallazgo, Observación o Innovación: GT/OP

Ing. Rolando Benítez B.
División de Operación
GT/OP

4- Análisis de las causas

La unificación de los informes permitirá obtener un panorama más amplio que facilitará evaluar parámetros de operación y sugerir condiciones que ameriten una intervención en la operación del sistema eléctrico nacional para su mejora continua

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. Rolando M. Benítez B.

Firma:  Fecha:

Ing. Rolando Benítez B.
División de Operación
GT/OP

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) / Acción de Innovación (AI)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
501	Elaborar Informe de Desempeño Hidroenergético Mensual del Sistema de Potencia	AM	dic-23	GT/OP	
512	Elaborar Informe de Desempeño Eléctrico Mensual del Sistema de Potencia	AM	dic-23	GT/OP	

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. Rolando M. Benítez B.

Firma:  Fecha:

Ing. Rolando Benítez B.
División de Operación
GT/OP

ANDE

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

GT/OP/07/23

SIGLA / N° / AÑO

6- Seguimiento

Acción N°	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 afectada
Copia: Unidad Administrativa emitente