

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

SG-DDS/03/2021

SIGLA / Nº / AÑO

Código:

Actualización: 01

1- Categoría Hallazgo Observación**2- Origen del Hallazgo u Observación** Auditorías Actividades de rutina Otros**3- Descripción del Hallazgo u Observación**

Contar con Procedimiento de Gestión de Expediente


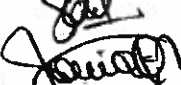

Área emitente: SG/DDS4 Emitido por: Sonia Quiñonez  Firma: Fecha: 30/10/2021

Área origen del Hallazgo u Observación: DDS4

4- Análisis de las causas

1. Falta de un Procedimiento de Mesa de Entrada
2. Desconocimiento de forma de proceder ante consultas de Instituciones/Empresas

Nombre y Apellido del funcionario: Sonia Quiñonez  Firma: Fecha: 30/10/2021**5- Acciones**

| Nro. | Acción | Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) | Plazo / Fecha | Responsable | Firma |
|------|---------------------------------------|--|---------------|-------------|---|
| 1 | Gestionar aprobación de Procedimiento | AC | 30/04/2022 | SG/DDS |  |
| 2 | Gestionar Mesa de Trabajo con OyM | AC | 30/05/2022 | DP/DOM |  |
| 3 | Socialización general institucional | AC | 30/06/2022 | SG/DDS |  |

Nombre y Apellido del funcionario: Wilma Garcete

Firma  Fecha: 30/10/2021

6- Acompañamiento

| Acción N° | Cumplida (Si/No) | Evidencias/Comentarios |
|-----------|------------------|--|
| 1 | Si | El SG/DDS a través de su Interno |
| 2 | Si | SG/DDS/5004/22 de fecha 28/03/2022 |
| 3 | NO | remite el borrador de procedimiento específico a la SG y gestiona mesa de trabajo con DP/DM. SG a través del Into SG/5019/22 remite a DP |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Luis Alberto Céspedes Denis
Oficina Ejecutiva de la
Secretaría General
Jefe

Firma:  Fecha: 25/03/22

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