

**ANDE**

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

SG-DGR/02/2021

SIGLA / N° / 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**

Realizar la Actualización de las Atribuciones del Dpto. de Gestión de Resoluciones, del Manual de Organización, Capítulo 04-Secretaría General.

Área emitente: SG/DGR Emitido por: Teresita Flecha Firma: *Teresita Flecha* Fecha: 29/10/2021

Área origen del Hallazgo u Observación: DGR

**4- Análisis de las causas**

1- Necesidad de actualización de las Atribuciones del Departamento de Gestión de Resoluciones

2- Necesidad de implementación en el Sistema OPENTEXT-SAP

Nombre y Apellido del funcionario: Teresita Flecha Firma: *Teresita Flecha* Fecha: 29/10/2021

**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Gestionar la Actualización de la IOR-7	AC	30/06/2022	SG/DGR	<u><i>Teresita Flecha</i></u>
2	Instalar Mesa de Trabajo con O y M.	AC	29/07/2022	SG/DGR - DP/DOM	<u><i>Teresita Flecha</i></u>
3	Socializar vía Correo Corporativo e Intranet	AC	30/09/2022	SG/DGR - GP/OCI	

Nombre y Apellido del funcionario: Teresita Flecha Firma: *Teresita Flecha* Fecha: 29/10/2021

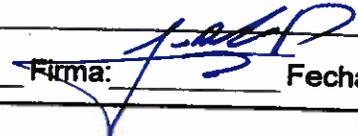
**6- Acompañamiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	Si	
2	NO	El SG/DGR a través de su Interno SG/DGR/SOOS/2022 de fecha 28/08/2022 emite el borrador de procedimiento Especifico a la SG y este mediante Int. SG/SOIA/22 remite a la DP. Con respecto a la acción 2 y 3 aún no vencen los plazos.
3	NO	

Plazos para Evaluación de la Eficacia: \_\_\_\_\_

Obs./Reprogramaciones: \_\_\_\_\_

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

Firma:  Fecha: 25/02/22

**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