

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

DD/MLD/5754/2023

SIGLA / N° / AÑO

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

1. Dificultad para la entrega de ordenes de trabajo correspondientes a SIM MT LV - MANTENIMIENTO DE ZONA PD asi tambien para su control y avance de ejecución, causando retrasos en la programación de los trabajo tambien la alta probabilidad de presentar error humano ya que las ordenes eran emitidas de manera impresa y las coordenadas de averias debían ingresarse de manera manual en el aplicativo de navegación por lo que el informe de ejecución y avance era emitido y registrado de la misma manera.

Área emitente: DD/MLI Emitido por: P/A Lic. Baldomero Zacarías R. Firma: [Firma] Fecha: 01/08/23

Área origen del Hallazgo, Observación o Innovación: Oficina de Coordinación Dirección de Distribución

4- Análisis de las causas

1. La utilización de medios escritos ya sean manuales o impresos para la comunicación e informe
2. Dificultad del personal (CONTRATISTA) para realizar la migración de los datos escritos a un medio digital.
3. Escasa cantidad de Fiscales (ANDE) para realizar un seguimiento permanente a cada cuadrilla.

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) / Acción de Innovación (AI)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
	Planificación, diseño, creación y puesta en marcha de un Aplicativo Web que agilice la ubicación, el avance y la ejecución de las averías.	AI	30.06.24	P/A Baldomero Zacarías R. Oficina de Coordinación Dirección de Distribución	[Firma]

Nombre y Apellido del funcionario: Gustavo Cabral R. Firma: [Firma] Fecha: 06/08/23

Jefe de Sección Fiscalización
DD/MLI - ANDE

ANDE

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

DD/MLD/5754/2023

SIGLA / N° / AÑO

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: _____