

**ANDE**

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

DD/PMS/01/2023

SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 00

**1- Categoría**

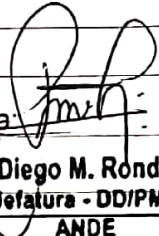
Hallazgo  Observación

**2- Origen del Hallazgo u Observación**

Auditorías  Actividades de rutina  Otros

**3- Descripción del Hallazgo u Observación**

El total de averías detectadas en el Sistema Eléctrico de Distribución no son registradas en una base de datos única y consolidada.

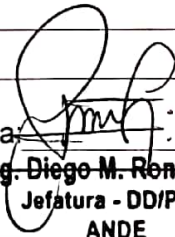
Área emitente: DD/PMS Emitido por: Diego Rondelli Firma:  Fecha: 07/06/23

Área origen del Hallazgo u Observación: \_\_\_\_\_  
Ing. Diego M. Rondelli G.  
Jefatura - DD/PMS  
ANDE

**4- Análisis de las causas**

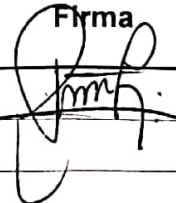
1- Falta de administración del Sistema SIM MT

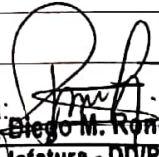
2- Falta de un registro único y consolidado de averías georeferenciadas del SED.

Nombre y Apellido del funcionario: Diego Rondelli Firma:  Fecha: 07/06/23

Ing. Diego M. Rondelli G.  
Jefatura - DD/PMS  
ANDE

**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
	Levantamientos de averías georeferenciadas del SED, área Metropolitana	AM	31 12 23	DD/PMS	

Nombre y Apellido del funcionario: Diego Rondelli Firma:  Fecha: 07/06/23

Ing. Diego M. Rondelli G.  
Jefatura - DD/PMS  
ANDE

**ANDE**

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

**DD/PMS/01/2023**

SIGLA / Nº / AÑO

Código:

Actualización: 00

**6- Acompañamiento**

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  
1a. Copia: Unidad Administrativa emitente