

ANDE

DR/OC/02/2023

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

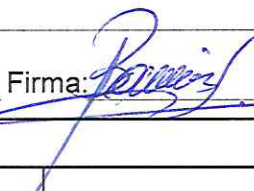
En el Tablero de Comando de la PR, vincular los gráficos de las acciones de mejora con el listado de las mismas, de manera a facilitar el acceso permanentemente a ellas y poder así saber en qué consisten, ayudando a identificarlas claramente y actuar en consecuencia para que sean realizadas/ejecutadas.

Área emitente: DR/OC Emitido por: Ing. Jorge Barrios S. Firma:  Fecha: 22/12/23





Área origen del Hallazgo, Observación o Innovación: Auditoría Interna

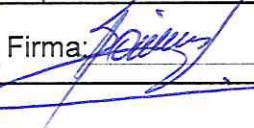
4- Análisis de las causas

Al consultar el Tablero de Comando, a la fecha, es meramente ilustrativo, atendiendo a que no se tiene el detalle de las diversas acciones representadas en el mismo, limitando la información que puede proveer, tanto a los tomadores de decisión como a los que se valen de ello para coordinar el actuar de las dependencias para lograr realizarlas y poder levantarlas, de manera a encaminar al cumplimiento de las Metas establecidas.

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. Jorge Barrios S. Firma:  Fecha: 22/12/23

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) / Acción de Innovación (AI)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Crear una tabla de las acciones de mejora en los diversos status que se encuentren (pendientes/vencidas de años anteriores, vencidas nuevas, cumplidas, etc).	AM	2024 30/06		
2	Vincular la Tabla creada con el gráfico.	AM	2024 30/06		

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. Jorge Barrios S. Firma:  Fecha: 22/12/23

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