

**ANDE**

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

DRH/DAP/01/21

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**

Dificultad de información de stock actualizado de uniformes de los diferentes planos ocupacionales.

Área emitente: DRH/DAP Emitido por: Daisy Pereira Firma:  Fecha:


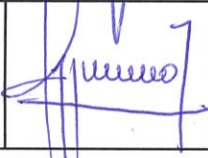
Área origen del Hallazgo u Observación: Tareas de rutina de la Sección Uniformes.

**4- Análisis de las causas**

Inexistencia de un sistema informático de stock de uniformes, el cual dificulta una información inmediata de los tipos y talles de uniformes disponibles

Nombre y Apellido del funcionario: Daisy Pereira Firma:  Fecha:

**Medidas**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1-	Gestionar la incorporación en SAP de un campo para tener el STOCK de Uniformes dentre otros del Departamento de Acompañamiento del Personal.	AC	jun-22	Sección Sup. De Guardería y Gestión de Uniformes	
				Oficina de Apoyo a la Gestión de Recursos Humanos	

Nombre y Apellido del funcionario: Daisy Pereira Firma:  Fecha:

**ANDE**

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

**DRH/DAP/01/21**

SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 00

**6- Acompañamiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
7 Se realizo la actualización del stock de uniformes en una planilla electronica (Excel).	SI	Se solicitara al Dpto de tecnologia e Informatica el desarrollo de un sistema de Gestion de stock de Uniformes para la Seccion

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

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

Nombre y Apellido del funcionario: Daisy Pereira Ing. María Carmen Silguero Firma:  Fecha: 20/07/2022

Oficina de Apoyo a la Gestión de la DRH  
ANDE

**7- Evaluación de Eficacia**

Verificación del cumplimiento  Si  No

Fecha de cumplimiento: \_\_\_\_\_

Verificación de la eficacia  Si  No

Fecha de cierre: \_\_\_\_\_

Momento de Cierre: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del funcionario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Original:  
1a. Copia:

Oficina de Coordinación o de Apoyo a la Gestión  
Unidad Administrativa emitente