

asu 05997

ANDE

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

DSA/DSG2/01/21
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

Liberar celda de almacenamiento de materiales obsoletos dados de baja con documentos aprobados

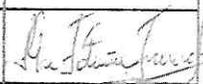
Área emitente: DSA/DGS2 Emitido por: María Fátima Franco Firma:  Fecha: 29/12/2021
Área origen del Hallazgo u Observación: Secc. Clasificación y Saneamiento de Materiales (DA/DGS2)

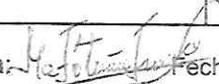
4- Análisis de las causas

Falta de espacio físico en el Depósito de San Lorenzo (destino de materiales obsoletos) para completar el ciclo.

Nombre y Apellido del funcionario: María Fátima Franco Firma: Fecha: 29/12/2021

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Gestionar disponibilidad de espacio físico	AM	30/06/2022	Ma. Fátima Franco	

Nombre y Apellido del funcionario: María Fátima Franco Firma:  Fecha: 29/12/2021

A. A. B.

A. A. C.

ANDE	Solicitud de Acción Correctiva (SAC)	DSA/DGS2/21
	Solicitud de Acción de Mejora (SAM)	SIGLA/Nº/A
		Código:
		Actualización: 00

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
Se procedió a la liberación de espacio físico.	Si	Se remitió Memo DSA/DGS2-5002-2022 solicitando al DSA/SEM autorización para el traslado a dicha dependencia de los materiales dados de baja correspondientes a la Celda 11 98, solicitado según interno DSA/DGS/042/2019, para su posterior enajenación como inservibles.

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: María Fátima Franco Firma: [Firma] Fecha 08/11/2022

7- Evaluación de Eficacia

Verificación del cumplimiento Si No Fecha de cumplimiento: 20/05/24

Verificación de la eficacia Si No Fecha de cierre: _____

Motivo de Cierre: CERRADO x Reprogramación DSA/DGS2/02/2022.

[Firma]
Econ. Baylía González B
Ofic. de Apoyo a la Gestión de la DSA

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

Original: Oficina de Coordinación o de Apoyo a la Gestión
1a. Copia: Unidad Administrativa emittente