

DM

00005691

ANDE

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

DSA/DSG/02/21
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

Ausencia de Procedimientos para realizar el servicio de limpieza integral en instalaciones y predios de la Institución

Área emitente: DSA/DSG Emitido por: Lic. Francisca Soria
Área origen del Hallazgo u Observación: DSA/DSG

Firma: *[Signature]* Fecha: 29/12/2021

4- Análisis de las causas

Nuevas exigencias administrativas.
Nuevas áreas ocupadas por diferentes unidades administrativas

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Francisca Soria

Firma: *[Signature]* Fecha: 29/12/2021

5- Acciones

| Nro. | Acción | Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) | Plazo / Fecha | Responsable | Firma |
|------|---|--|---------------|-------------------|--------------------|
| 1 | Presentar borrador de propuesta | AC | 30/07/2022 | DSA/DSG | <i>[Signature]</i> |
| 2 | Análisis y ajustes en coordinación con el DOM. Versión final del procedimiento aprobado | AC | 30/10/2022 | DSA/DSG | <i>[Signature]</i> |
| | | | | DP/DOM | <i>[Signature]</i> |
| 3 | Socialización del procedimiento actualizado | AC | 30/12/2022 | DSA/DSG GP/DCG | <i>[Signature]</i> |

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Francisca Soria

Firma: *[Signature]* Fecha: 29/12/2021

1170

1172

1182

1183

ANDE

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

DSA-DSG-02-21

SIGLA N° / AÑO

Código:

Actualización: 00

6- Acompañamiento

| Acción N° | Cumplida (Si/No) | Evidencias/Comentarios |
|------------------------------------|------------------|------------------------|
| 1- Presentar borrador de propuesta | No | Reprogramación |
| 2 | No | |
| 3 | No | |

Plazos para Evaluación de la Eficacia:

Obs./Reprogramación: Agosto 2023

Nombre y Apellido del funcionario:

Firma:

Fecha: 10/11/2022

7- Evaluación de Eficacia

Verificación del cumplimiento Si No

Fecha de cumplimiento:

Verificación de la eficacia Si No

Fecha de cierre:

Motivo de Cierre:

Econ. Basilia 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 emitente