

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

DSA/OAG/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

Manual de Organización GT/GE División de Generación - Sección Usinas y Redes del Interior, unidad nivel F, sin descripción y competencias.

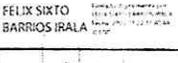
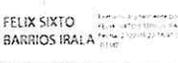
Área emitente: DSA/OAG Emitido por: Econ. Basilia González Firma:  Fecha: 29/12/2021
Área origen del Hallazgo u Observación: DSA/OAG

4- Análisis de las causas

Rotación continua de jefatura

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Basilia González Firma:  Fecha: 29/12/2021

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Presentar borrador de propuesta de atribuciones y funciones conforme al mapa de proceso aprobado	AM	30/06/2022	GT/GE	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA  1174
2	Análisis, ajustes, con participación de GE y DOM. Versión final de atribuciones y funciones	AM	30/12/2022	GT/GE	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA  1175
				DP/DOM	
3	Socializar	AM	30/12/2022	GT/GE	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA  1180

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Basilia Gonzalez Firma:  Econ. Basilia González B. Fecha: 29/12/2021
Dirección de Apoyo a la Gestión de la DSA

**SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA (SAC),
DE MEJORA (SAM) O DE INNOVACIÓN (SAI)**

6- Seguimiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1- Presentar Propuesta		Se ha remitido correo a efectos de iniciar con el
Atribuciones y funciones	SI	proceso
Sección Usinas GT/GE		
2	No	
3	No	

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: 31/10/2022

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: 20/07/2022

7- Evaluación de Eficacia

Verificación del cumplimiento Si No

Fecha de cumplimiento: 30/05/24

Verificación de la eficacia Si No

Fecha de cierre: _____

Motivo de Cierre: No aplicable.

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 afectada
Copia: Unidad Administrativa emitente