



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

1212  
DSA/OAG/03/21 - 1

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

Falta de capacitación al personal operador de la Central Térmica de Bahía Negra

Área emitente: DSA/OAG Emitido por: Econ. Basilia Gonzalez

Firma:

Fecha: 29/12/2021

Área origen del Hallazgo u Observación: DSA/OAG

Econ. Basilia González B.

Ofic. de Apoyo a la Gestion  
de la DSA

4- Análisis de las causas

No se cuenta con un Manual de Operación actualizado

Nombre y Apellido del funcionario: Julio Paredes

Firma:

Fecha: 29/12/2021

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1215 1	Presentar borrador de propuesta	AM	28/06/2022	GT/GE	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA <small>Firmado digitalmente por FELIX SIXTO BARRIOS IRALA Fecha: 2022/06/22 16:27:24 -0500</small>
1222 2	Análisis, ajustes. Versión final del procedimiento aprobado, con participación de GE y DOM	AM	30/12/2022	GT/GE DP/DOM	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA <small>Firmado digitalmente por FELIX SIXTO BARRIOS IRALA Fecha: 2022/12/29 16:11:47 -0500</small>
1224 3	Socialización del procedimiento actualizado	AM	30/12/2022	GT/GE	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA <small>Firmado digitalmente por FELIX SIXTO BARRIOS IRALA Fecha: 2022/12/29 16:24:47 -0500</small>

Nombre y Apellido del funcionario: Julio Paredes

Firma:

Fecha: 29/12/2021

**6- Seguimiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1- Presentar Propuesta para capacitación a operador Central Térmica	SI	Se ha remitido correo a efectos de iniciar con el proceso
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: \_\_\_\_\_