

**ANDE**

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

DSA/OAG/05/21

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 Procedimientos Generales - Capítulo 10 sin procedimientos

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 Gonzalez

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	AM	30/07/2022	GT/GE	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA <small>Firmado digitalmente por FELIX SIXTO BARRIOS IRALA Fecha: 2022.07.30 16:41:00</small>
2	Análisis, ajustes con la participación de GE y DOM. Versión final del procedimiento aprobado	AM	30/12/2022	GT/GE	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA <small>Firmado digitalmente por FELIX SIXTO BARRIOS IRALA Fecha: 2022.12.27 14:42:04</small>
				DP/DOM	
3	Socialización del procedimiento actualizado	AM	30/12/2022	GT/GE	FELIX SIXTO BARRIOS IRALA <small>Firmado digitalmente por FELIX SIXTO BARRIOS IRALA Fecha: 2022.12.27 14:42:04</small>

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Basilia González

Econ. Basilia González B.  
Firma:

Fecha: 29/12/2021

Ofic. de Apoyo a la Gestión  
de la DSA

**6- Seguimiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1- Presentar Propuesta procedimiento capitulo 10, GT/GE	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.

*Ecun. Basilio 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