

7

**ANDE**

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

GF/DTR/04/2021  
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**

No se encuentra actualizado el detalle de funciones de la Unidad.

840

Área emitente: GF/DTR Emitido por: Susana Mesquita Firma:  Fecha: 29/09/2021  
Área origen del Hallazgo u Observación: Dpto. Tributario

**4- Análisis de las causas**

- 1. Nuevas tareas asignadas a la Unidad.
- 2. Hasta la fecha no ha sido realizada la actualización de tareas y funciones de la Unidad.

Nombre y Apellido del funcionario: Susana Mesquita Firma:  Fecha: 29/09/2021

**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Actualización de Atribuciones del Departamento Tributario (GF/DTR) -Manual de Organización - Capitulo 09 Gerencia Financiera - item 16 Departamento Tributario y posterior socialización en coordinación con DP/DOM.	(AM)	30/06/2023	DP/DOM	
2	Elaborar un Interno, dirigido a OYM, informando los cambios en el detalle de tareas y funciones de la Unidad.	(AC)	31/07/2023	GF/DTR	
3	Socializar.	(AM)	31/08/2023	GP/OCI	

Econ. Walter Gustavo Luraghi B.  
Dpto. de Organización y Métodos

Lic. Divina Mendoza  
Oficina de Comunicaciones  
Institucionales y Protocolo  
Jefatura

844

845

846

**ANDE**

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

**GF/DTR/04/2021**

SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 00

Nombre y Apellido del funcionario: Susana Mesquita

Firma:



Fecha: 29/09/2021

**6- Acompañamiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios

Plazos para Evaluación de la Eficacia: \_\_\_\_\_

Obs./Reprogramaciones: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del funcionario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**7- Evaluación de Eficacia**

Verificación del cumplimiento  Si  No

Fecha de cumplimiento: \_\_\_\_\_

Verificación de la eficacia  Si  No

Fecha de cierre: \_\_\_\_\_

Motivo de Cierre: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del funcionario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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