

ANDE

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

GT **DH/UA/01/23**

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

Procesos incorporados en la Gestión del Sistema SAP relativos con las intervenciones de las unidades para aprobación y liberación de las actividades (Sincronización de tiempos en cada Intervención del proceso de llamados para contratación de Bienes y/o Servicios)

Área emitente: DH/UA Emitido por: Alberto Alvarez Firma:  Fecha: 28/07/23

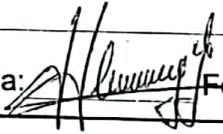
Área origen del Hallazgo u Observación: _____

4- Análisis de las causas

Procesos transversales en la que intervienen distintas unidades de la Institución y otros Entes Externos a la ANDE (Ej. DNCP - MH).

Pautar los tiempos de cada proceso que afecta a las unidades para la aprobación y liberación en el Sistema SAP que permita optimizar el proceso general de llamados(Bienes/Servicios) con financiamiento de Organismos Externos.

Debilidad en la Capacitación de las areas intervinientes.

Nombre y Apellido del funcionario: Alberto Alvarez Firma:  Fecha: 28/07/23

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Mesa de Trabajo con Unidades afectadas en el Proceso de Contratación de Bienes y Servicios para el estudio y mejora de la gestión.				

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

470
2023
04/08/2023

ANDE

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

GT **DH/UA/01/23**
SIGLA / N° / AÑO

Código:
Actualización: 00

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