

ANDE

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

GT/DOP/06/23

SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 00

1- Categoría

Hallazgo

Observación

2- Origen del Hallazgo u Observación

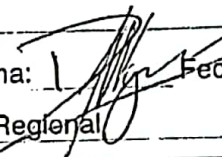
Auditorías

Actividades de rutina

Otros

3- Descripción del Hallazgo u Observación

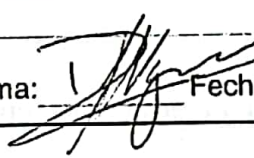
Necesidad de una Instrucción de Operación del Sistema para el Restablecimiento de Alimentadores de 23 kV del SIN, después de una perturbación por actuación de sus protecciones.

Área emitente: GT/DDR Emitido por: Ing. Rodrigo Noguera Firma:  Fecha: 29/05/2023

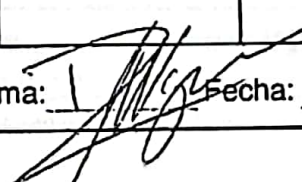
Área origen del Hallazgo u Observación: Departamento de Despacho Regional

4- Análisis de las causas

De modo a minimizar las posibilidades de afectación a la vida de las personas y a los equipos electromecánicos del sistema, principalmente los transformadores de potencia, es necesario uniformizar los procesos operativos en todos los Centros de Despacho Regional (CDR) y la Oficina de Despacho de Carga (ODC), adoptando procedimientos más seguros en la operación de líneas de distribución.

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. Rodrigo Noguera Firma:  Fecha: 29/05/2023

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Formalizar a través de una Resolución de Presidencia la Instrucción de Operación del Sistema de Restablecimiento de Alimentadores de 23 kV del SIN.	AM	31/12/2023	Ing. R. Noguera	

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. Rodrigo Noguera Firma:  Fecha: 29/05/2023

**ANDE**

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

**GT/DOP/06/23**

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 emittente