## **ANDE** SG/DAC/01/2022 Solicitud de Acción Correctiva (SAC) SIGLA / Nº / AÑO Solicitud de Acción de Mejora (SAM) Código: Actualización: 00 1- Categoría Hallazgo X Observación 2- Origen del Hallazgo u Observación Auditorías X Actividades de rutina Otros 3- Descripción del Hallazgo u Observación 1. En las visitas realizadas a la Unidades Administrativas se constata, la falta de aplicación de los criterios sebre Gestión Documental en el manejo de sus archivos de gestión. YUDIS YALUFF PARTY FECHA: 24/11/2022 Área emitente: SG/DAC \_\_Emitido por: <u>Jazmin</u> Yudis Yaluff Firma: Área origen del Hallazgo u Observación: SG/DAC 4- Análisis de las causas 1. Falta de socialización de las Politica del Sistema de Información de Gestión Documental de la ANDE, Resolución P/N°45999.

## 5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1.	Elaboración de cronogramas a fin de realizar socializaciones a nivel país.	AC	Enero -Diciembre 2023	SG/DAC	
	Elaboración de planes de socialización. Jornadas de Socialización sobre la Politica	AC	Enero -Diciembre 2023	SG/DAC	
3.	del Sistema de Información de Gestión Documental de la ANDE Cumplimiento del cronograma.	AC	Enero -Diciembre 2023	SG/DAC	
4	auto del dichograma.	AC	Enero -Diciembre 2023	SG/DAC	

Nombre y Apellido del funcionario: Jazmin Yudis Yaluff

Nombre y Apellido del funcionario: Jazmin Yudis Yaluff

Firma: LEYLA JAZMIN POLETIA JAZMIN YUDIS YALUFF FECHA PAZIN POLETIA PAZINI YUDIS YALUFF FECHA PAZINI YUDIS YUDIS

Firma: WALLER WALLER TO THE PARTY OF THE PAR

Fecha: 24/11/2022

Fecha: 24/11/2022

ANDE	Solicitud de Acción Co Solicitud de Acción de	rrectiva (SAC) Mejora (SAM)	SG/DAC/01/2022 SIGLA / Nº / AÑO Código: Actualización: 00	
6- Acompañamiento				
Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Com	videncias/Comentarios	
Plazos para Evaluación de la l	Eficacia:			
Obs./Reprogramaciones:				
Nombre y Apellido del funciona	ario:	Firma:	Fecha:	
7- Evaluación de Eficacia				
Verificación del cumplimiento	Si No	Fecha de cump	olimiento:	
Verificación de la eficacia	Si No	Fecha de cierre		
Motivo de Cierre:				
Nombre y Apellido del funciona	ario:	Firma:	Fecha:	

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