

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

SG-DDS/01/2021

SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 01




1- Categoría Hallazgo Observación**2- Origen del Hallazgo u Observación** Auditorías Actividades de rutina Otros**3- Descripción del Hallazgo u Observación**


Falta de actualización de Procedimiento : ICO 01 Nota Oficial

Área emitente: SG/DDS Emitido por: Wilma Garcete Firma:  Fecha: 30/10/2021Área origen del Hallazgo u Observación: DDS**4- Análisis de las causas**

1. Falta actualización de Procedimiento
2. Cumplimiento de las Normas legales
3. Implementación del Sistema OPENTEXT-SAP

Nombre y Apellido del funcionario: Wilma Garcete Firma:  Fecha: 30/10/2021**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Gestionar la actualización	AC	30/04/2022	SG/DDS	
2	Gestionar Mesa de Trabajo con OyM	AC	30/05/2022	DP/DOM	
3	Socialización general institucional	AC	30/06/2022	SG/DDS	

Nombre y Apellido del funcionario: Wilma Garcete Firma:  Fecha: 30/10/2021

412

338


334

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	Si	El SG/DDS a través de su Interno
2	Si	SG/DDS/SO04/22. de fecha 28/03/22.
3	NO	remite el borrador de procedimiento a la SG y esta a través del Interno SG/SO19/22 remite a la DP para quites

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Luis Alberto Cespedes Danis Ofic. de Coordinación de la Firma:  Fecha: 28/09/22

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