

369

SG-DGR/02/2021

SIGLA / Nº / AÑO

Código:

Actualización: 01

**ANDE**

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

**1- Categoría**

Hallazgo  Observación

**2- Origen del Hallazgo u Observación**

Auditorías  Actividades de rutina  Otros

**3- Descripción del Hallazgo u Observación**

Realizar la Actualización de las Atribuciones del Dpto. de Gestión de Resoluciones, del Manual de Organización, Capítulo 04-Secretaría General.

Área emitente: SG/DGR Emitido por: Teresita Flecha Firma: *Teresita Flecha* Fecha: 29/10/2021

Área origen del Hallazgo u Observación: DGR

**4- Análisis de las causas**

- 1- Necesidad de actualización de las Atribuciones del Departamento de Gestión de Resoluciones
- 2- Necesidad de implementación en el Sistema OPENTEXT-SAP

Nombre y Apellido del funcionario: Teresita Flecha Firma: *Teresita Flecha* Fecha: 29/10/2021

**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Gestionar la Actualización de la IOR-7	AC	30/06/2022	SG/DGR	<u><i>Teresita Flecha</i></u>
2	Instalar Mesa de Trabajo con O y M.	AC	29/07/2022	SG/DGR - DP/DOM	<u><i>Teresita Flecha</i></u>
3	Socializar vía Correo Corporativo e Intranet	AC	30/09/2022	SG/DGR - GP/OCI	

Nombre y Apellido del funcionario: Teresita Flecha Firma: *Teresita Flecha* Fecha: 29/10/2021

**Lic. Teresita Flecha**  
Dpto. de Gestión de Resoluciones  
Infatur

373  
378  
380

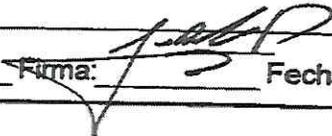
**6- Acompañamiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	Si	
2	No	El SG/DBR/ a través de su Interno SG/DBR/SOOS/2012 de fecha 28/08/2022 remite el borrador de procedimiento específico a la SG y este mediante Int. SG/SOIA/22 remite a la DP. Con respecto a la acción 2 y 3 aún no vencen los plazos.
3	No	

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

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

Nombre y Apellido del funcionario: Mic. Luis Alberto Céspedes Doris  
Ofic. de Coordinación de la  
Secretaría General  
Jefe

Firma:  Fecha: 25/07/22

**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