

ANDE

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

SG-DGR/04/2021

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

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

Área emittente: SG/DGR2 Emitido por: Carolina Duarte Firma:  Fecha: 29/10/2021

Área origen del Hallazgo u Observación: DGR2

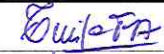

4- Análisis de las causas

1- Necesidad de actualización de las Atribuciones de la Sección Procesamiento de Resoluciones del Departamento de Gestión de Resoluciones

2- Necesidad de implementación en el Sistema OPENTEXT-SAP

Nombre y Apellido del funcionario: Carolina Duarte Firma:  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	
2	Instalar Mesa de Trabajo con O y M.	AC	29/07/2022	SG/DGR - DP/DOM	
3	Socializar vía Correo Corporativo e Intranet	AC	30/09/2022	SG/DGR - GP/OCI	

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

Lic. Teresita Flecha
Dpto. de Gestión de Resoluciones
Jefatura

471
472
416

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	SI	El SG/DGE a través de su Interno
2	NO	SG/DGE/SCOS/22 de fecha 28/03/22
3	NO	remite su borrador de procedimiento específico y esta a través del Int-SG/SCO/22 remite a la DP Acción 2 y 3 aun no vence el plazo

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: Dr. Eduardo Ojeda
Ofic. de Coordinación de la Secretaría General

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