

ANDE

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

AI/01/2023

SIGLA / N° / AÑO

Código: FL-SGI-12

Actualización: 01

1- Origen del Hallazgo

Auditorías Actividades de rutina Plan de Acción Otros

2- Categoría del Hallazgo

No Conformidad Observación Oportunidad de Mejora

3- Descripción del Hallazgo

En la ISE 37 - Mejora Continua de Procesos no se estableció el plazo máximo de 5 días hábiles para recibir los Planes de Mejoramiento elaborados por las Unidades Auditadas.

Área emitente: AI Emitido por: Romina Franco Firma:  Fecha: 17/01/2023
Área origen del Hallazgo: Auditoria Interna

4- Acción inmediata llevada a cabo / Disposición (si corresponde)

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

5- Análisis de las causas (No aplicable a SD)

Falta de inclusión del tiempo definido en el Comité de Auditoria Interna para recibir los PMF elaborados por las unidades auditadas.

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Poner a consideración de la AI la incorporación del plazo de 5 días para la elaboración de los PMF en la ISE 37		10.02.23		
2	Gestionar la Incorporación del plazo de 5 días para recibir los PMF en la ISE 37.		10.02.23		
3	Socializar la actualización de la ISE 37		10.02.23		

Nombre y Apellido del funcionario: Felina Lopez.

Firma: 

Fecha: _____

7- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
<u>1, 2 y 3</u>	<u>Si</u>	<u>Fue actualizado el ISE 37, en el mismo se incorporó el plazo de 5 días para la elaboración de PMF's. La versión actualizada fue enviada por correo a todos los auditores</u>

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: Reprogramada para el 30/05/23

Nombre y Apellido del funcionario: Quen Norono Nig

Firma: 

Fecha: _____

8- Evaluación de Eficacia (No aplicable a SD)

Verificación del cumplimiento Si No

Fecha de cumplimiento: _____

Verificación de la eficacia Si No

Fecha de cierre: _____

Motivo de Cierre: Se cumplió actualización del procedimiento referido

Nombre y Apellido del funcionario: Quen Norono Nig

Firma: 

Fecha: _____