

011

**ANDE**

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

**AI/OAF/02/2023**  
SIGLA / N° / AÑO  
Código:  
Actualización: 00

**1- Categoría**

Hallazgo  Observación

**2- Origen del Hallazgo u Observación**

Auditorías  Actividades de rutina  Otros

**3- Descripción del Hallazgo u Observación**

A fin de dar cumplimiento a lo establecido por la AGPE, sobre la Evaluación de Cumplimiento del Art. 41° de la Ley 2051/03, a través de su Resolución N° 84/2019, se procede a incluir como Informe de Auditoría Ordinaria dentro del Plan de Trabajo Anual, y considerando que el tipo de trabajo no cumple los parámetros de Auditoría de Ejecución Presupuestaria y/o Estados Financieros, situándose en el ítem E - Otros trabajos de Auditorías sin codificación pre establecida, dificultando su localización.

Área emitente AI/OAF Emitido por: Noelia Melgarejo Firma: [Firma] 01/08/2023

Área origen del Hallazgo u Observación: Oficina de Auditoría Financiera

**4- Análisis de las causas**

No se encuentra pre establecida la codificación dentro del PTA para el ítem E - Otros trabajos de Auditoría.

Nombre y Apellido del funcionario Noelia Melgarejo Firma: [Firma]

**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Proponer la codificación AR(Siglas de Oficina de Auditoría) que fue definida en el software de Auditoría ya que es un campo que no podía quedar en blanco.	AM	01/08/2023	Noelia Melgarejo	<u>[Firma]</u> 285
2	Proceder a la codificación de AROAF03 Aplicación de Leyes Tributarias según requerimiento de informe a la AGPE	AM	10/08/2023	Noelia Melgarejo	<u>[Firma]</u> 286

3	Proceder al llenado del campo Item E con la codificación mencionada, en el PTA 2024	AM	Fecha de elaboración del PTA	Noelia Melgarejo	<i>Noelia Melgarejo</i> (29/1)
---	---	----	------------------------------	------------------	--------------------------------

Nombre y Apellido del funcionario: Noelia Melgarejo Firma: *Noelia Melgarejo*

**6- Acompañamiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1, 2 y 3	Si	Se constata el cumplimiento en el PTA 2024

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

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

Nombre y Apellido del funcionario: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**7- Evaluación de Eficacia**

Verificación del cumplimiento  Si No Fecha de cumplimiento: \_\_\_\_\_

Verificación de la eficacia  Si No Fecha de cierre: \_\_\_\_\_

Motivo de Cierre: *Se constata la codificación en el PTA 2024*

Nombre y Apellido del funcionario: *Alex Novarro D.* Firma: *Alex Novarro D.*

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