

180

ANDE

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

AI/OAF/03/2021
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

Dentro del Proceso Gestión de Cobranzas, Sub-Proceso: Cobranza de Facturas en Cajas ANDE, no se considera dentro de la Identificación y Evaluación de Riesgos el ROBO. Cuyo proceso se encuentra vinculado al proceso de Ingresos de la Gerencia Financiera donde si se encuentra establecido.

Area emitente: AI/OAF Emitido por: Noelia Melgarejo Firma: _____ Fecha: 14/12/21

Area origen del Hallazgo: Gerencia Comercial - Dpto. de Cobranzas

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)

La Gerencia Comercial tuvo consideración solamente el riesgo de ERROR, en la realización de cobro de facturas en cajas receptoras habilitadas en la ANDE, el depósito en cuentas bancarias y el registro en el sistema informático, sin tener en cuenta los factores externos, como el hecho delictivo de Robo, Hurto, que aconteció en las Agencias Regionales en los últimos tiempos.

Nombre y Apellido del funcionario: Noelia Melgarejo Firma: _____ Fecha: 14/12/2021

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
------	--------	--	---------------	-------------	-------

181	Gestionar la modificación de la Identificación y Evaluación de Riesgos dentro del Formato: Identificación de Riesgos - Sub Procesos, teniendo en cuenta el elevado índice de probabilidad de suceso teniendo en cuenta los antecedentes de hechos similares acontecidos con anterioridad.	AC		GC/DCO DP/OS AI/OAF	<i>Clara Cano.</i>
-----	---	----	--	---------------------------	--------------------

Nombre y Apellido del funcionario: Noella Melgarejo Firma: _____ Fecha: 14/12/2021

7- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: _____ 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: _____

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

Original: Oficina de Evaluación del MECIP (AI/OE)

1a. Copia: Unidad Administrativa emitente