

**ANDE**

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

AI/OC/03/21

SIGLA / Nº / 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**

Considerando que se adquirieron nuevos equipos y las mudanzas de varias oficinas de la AI, la actualización del inventario de muebles y equipos es muy urgente

201.

Area emitente: AI/OC      Emitido por: Econ. Carlos Rodas      Firma:       Fecha: 16/12/2021

Área origen del Hallazgo: \_\_\_\_\_

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

Solicitar el inventario de la AI/OC al Dpto. de Patrimonio

Impresión del inventario recibido

Cruce de información con Patrimonio

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Carlos A. Rodas D.  
Ofic. de Coord. de la Auditoría Interna      Firma:       Fecha: 16/12/2021

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

Mudanzas de oficinas de la A.I.

Recursos Humanos apoyando a otras oficinas de la A.I.

Comisionamientos

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Carlos A. Rodas D.  
Ofic. de Coord. de la Auditoría Interna      Firma:       Fecha: 16/12/2021

**6- Acciones**

202

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Actualización del inventario de la AI/OC	(AC)	31/03/2022	Carlos Rodas	

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Carlos A. Rodas D. Firma:  Fecha: 16/12/2021  
Ofic. de Coord. de la Auditoría Interna

**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: \_\_\_\_\_