

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

AI/OAI/02/2021

SREJA - N° 450

Código: FL-SGI-12

Actualización: 01

1- Origen del Hallazgo Auditorias Actividades de rutina Plan de Acción Otros**2- Categoría del Hallazgo** No Conformidad Observación Oportunidad de Mejora**3- Descripción del Hallazgo**

El procedimiento **ICA-01 Información documentada** se encuentra desactualizado. Las acciones indicadas en el punto 5.3.3 del Item 5 RESGUARDO DE DOCUMENTOS ORIGINALES no se realizan actualmente. La AI cuenta con un servidor donde se resguardan todos los archivos de las diferentes oficinas

Área emitente: AI/OAI Emitido por: Carmen Morlas Firma: _____ Fecha: 08/11/2021

Área origen del Hallazgo: Oficina de Auditoría Informática

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)

Se emitió la propuesta de modificación al CGC el 27/08/2019 y le dieron salida a la AI 30/08/2019 y quedó pendiente de recepción en la AI mediante el INTERNO AVOE/08/2019 **Falta de seguimiento de la actualización de la ICA.**

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Marco D. Duarte C. Firma: _____ Fecha: 10-11-2021

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Solicitar la actualización de la ICA 01	Acción Correctiva (AC)	31/11/2021	Carmen Morlas Oscar Navarro	
2	Actualizar la ICA 01	Acción Correctiva (AC)	31/12/2021	Oscar Navarro Gustavo Luraghi	
3	Una vez actualizada la ICA, socializar a todos los funcionarios de la Auditoría Interna,	Acción Correctiva (AC)	31/01/2021	Oscar Navarro Gustavo Luraghi	

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