

**ANDE**

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

AI/OC/ 01 /21

SIGLA / Nº / AÑO

Código: FL-SGI-12

Actualización: 01

**1- Origen del Hallazgo**

Auditorías  Actividades de rutina  Plan de Acción  Otros

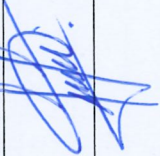
**2- Categoría del Hallazgo**

No Conformidad  Observación  Oportunidad de Mejora

**3- Descripción del Hallazgo**

La falta de espacio en el Dpto. de Archivo Central y el espacio reducido con que cuenta cada oficina de la A.I. derivó la creación del archivo sectorial en la oficina C16., Edificio Ex sede central, para una mejor organización de las documentaciones.

Los documentos de la AI/OC aún no han sido registrados y archivados en su totalidad.

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

Área origen del Hallazgo: AI/OC

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

Traslado de mobiliarios

Clasificación de documentos

Registro e identificación de documentos en planilla excel

Carga en arquipeces

Econ. Carlos A. Rodas D.

Ofic. de Coord. de la

Auditoría Interna

Nombre y Apellido del funcionario:

Firma:

Fecha: 16/12/2021

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

Falta de espacio fisico en el Dpto. de Archivo Central y en las oficinas de A.I.

Nombre y Apellido del funcionario:

Econ. Carlos A. Rodas D.



Ofic. de Coord. de la

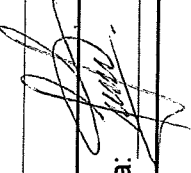
Auditoría Interna

Firma:

Fecha: 16/12/2021

**6- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Ubicación del archivo identificado por oficina	(AM)	30/12/2021	Carlos Rodas	
2	Clasificación y Registro de documentos de AI/OC	(AM)	30/12/2021	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  
 Verificación de la eficacia  Si  No

Motivo de Cierre: \_\_\_\_\_ Fecha de cumplimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha de cierre: \_\_\_\_\_

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