

ANDE

A/IOC/02/21

SIGLA / N° / AÑO

Código: FL-SGI-12

Actualización: 01

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

1- Origen del Hallazgo

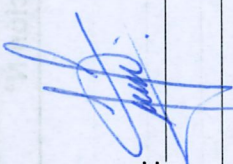
Auditorías Actividades de rutina Plan de Acción Otros

2- Categoría del Hallazgo

No Conformidad Observación Oportunidad de Mejora

3- Descripción del Hallazgo

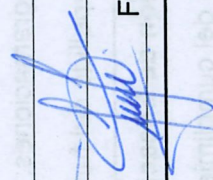
Teniendo en cuenta las necesidades de capacitación de funcionarios de todas las oficinas dependientes de la AI y considerando la imposibilidad de realizar cursos de capacitación presenciales durante la pandemia, creemos oportuno proyectar un Plan de Capacitación para el año 2022.

Area emittente: A/IOC Emitido por: Econ. Carlos Rodas Firma:  Fecha: 16/12/2021

Área origen del Hallazgo: A/IOC

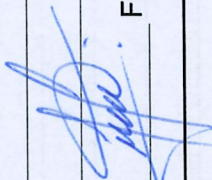
4- Acción inmediata llevada a cabo / Disposición (si corresponde)

Solicitar a todas las oficinas de A.I. las necesidades de capacitación de sus funcionarios
Consolidar las necesidades

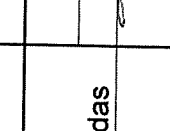
Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Carlos A. Rodas D. Firma:  Fecha: 16/12/2021
Ofic. de Coord. de la Actividad Anterior


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

Necesidades de capacitación de funcionarios manifestados por las oficinas de la A.I.

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

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Elaborar el Plan de Capacitación para el año 2022	(AM)	31/01/2022	Carlos Rodas	

Nombre y Apellido del funcionario: Sr. Carlos A. Rodas D. Firma:  Fecha: 16/12/2021
 DNE 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: _____