

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

AI/OAF/03/2023

SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 00



1- Categoría Hallazgo Observación**2- Origen del Hallazgo u Observación** Auditorías Actividades de rutina Otros**3- Descripción del Hallazgo u Observación**

Se observa la falta de inclusión de la Resolución CGR N° 250 Por la cual se modifica parcialmente la Resolución CGR N° 677 de fecha 30 de Junio de 2004 "Por la cual se reglamenta la Rendición de Cuentas y su Revisión; y se establece la información a ser presentada a la Contraloría General de la República". Así también, se observa la descripción de Jerarquía de la Norma como Decreto a la Resolución AGPE N° 12/15. Cabe mencionar que el último Normograma actualizado no se encuentra disponibilizado en el SIMA.

Área emitente: AI/OAF Emitido por: Noelia Melgarejo Firma:  29/08/2023Área origen del Hallazgo u Observación: Oficina de Auditoría Financiera**4- Análisis de las causas**

Necesidad de Actualización del Normograma

Nombre y Apellido del funcionario: Noelia Melgarejo Firma: **5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Proponer la actualización del Normograma y su disponibilización actualizada en el SIMA	AM	29/08/2023	Noelia Melgarejo	
2	Proceder a la Actualización del Normograma	AM	31/01/2024	Oscar Navarro	

ANDE


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

AI/OAF/03/2023

SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 00

3	Disponibilizar en el SIMA el Normograma actualizado	AM	01/02/2024	Oscar Navarro	
---	---	----	------------	---------------	---

Nombre y Apellido del funcionario: Noelia Melgarejo Firma: 

6- Acompañamiento

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

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____

7- Evaluación de Eficacia

Verificación del cumplimiento Si No

Verificación de la eficacia Si No

Fecha de cumplimiento: _____

Fecha de cierre: _____

Motivo de Cierre: _____

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____

Original: Oficina de Coordinación o de Apoyo a la Gestión
1a. Copia: Unidad Administrativa emitente