

**ANDE**

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

AI/OC/ 02 /23

SIGLA / Nº / AÑO

Código: FL-SGI-12

Actualización: 01

**1- Origen del Hallazgo**

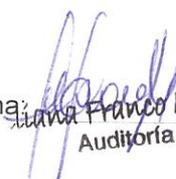
Auditorías       Actividades de rutina       Plan de Acción       Otros

**2- Categoría del Hallazgo**

No Conformidad       Observación       Oportunidad de Mejora

**3- Descripción del Hallazgo**

Falta de utilización del instrumento para evidenciar las reuniones llevadas a cabo con las áreas por planes de mejoramiento pendientes de elaboración o de cumplimiento de acciones

Area emitente: AI/OC      Emitido por: Liliana Franco      Firma:       Fecha: 22/03/2023

Auditoría

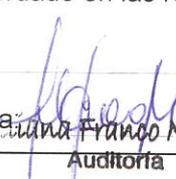
Área origen del Hallazgo: AI/OC

**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)**

Falta de registro que permita evidenciar el seguimiento y registro de lo acordado en las reuniones

Nombre y Apellido del funcionario: \_\_\_\_\_      Firma:       Fecha: 22/03/2023

Auditoría

**6- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Utilizar el Formulario Plan de Mejoramiento , Avance de Acciones de Mejoramiento y Control de Seguimiento	AM	24/03/2023	Liliana Franco	
2	Completar el acta de reunión y consignar la firma de los participantes	AM	14/04/2023	Liliana Franco	

Nombre y Apellido del funcionario: Cristian Franco

Firma: 

Fec 22/03/2023

**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