

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


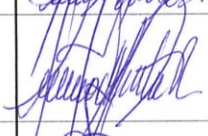

Demora en la remision de solicitud de emision de la Factura por alquiler de inmueble de ANDE, asimismo los datos deben ser verificados previamente con los contratos y las facturas ya emitidas

Área emitente: GF/DTR Emitido por: Susana Mesquita Firma:  Fecha: 29/09/2021Área origen del Hallazgo u Observación: Dpto. Tributario**4- Análisis de las causas**

1. Falta de seguimiento y control de la situacion de cada inmueble y locatario por parte de la unidad administradora del contrato.

2. Los contratos no se renuevan al vencimiento. Dicha demora ocasiona falta de facturación y acumulación de deuda.

Nombre y Apellido del funcionario: Susana Mesquita Firma:  Fecha: 29/09/2021**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Solicitar la remision del pedido de facturación al 30 de cada mes a fin de cumplir con los plazos del Contrato.	(AC)	31/12/2021	GF/DTR	
2	Seguimiento a las Facturas emitidas por la unidad solicitante	(AC)	31/12/2021	GF/DTR	
3	Recordar al Departamento de Administracion de Propiedades el cumplimiento de las condiciones del Contrato de Locacion. (renovacion/cancelacion)	(AC)	30/06/2022	DSA/DAP	

Nombre y Apellido del funcionario: Susana Mesquita

Firma:  Fecha: _____

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1)	SI	Se realizó reunión con funcionarios de las Unidades Administrativas afectadas. Se intercambiaron llamadas telefónicas y correos electrónicos
2)	SI	Se remiten mensualmente copias de las facturas solicitadas via Correo electrónico
3)	SI	Se acordó la comunicación sobre Contratos en los Memorandum - Correo electrónico

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Susana Mesquita
Dpto. Tributario

Firma:  Fecha: 18/03/2022

7- Evaluación de Eficacia

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: _____