

1- Categoría

 Hallazgo Observación

2- Origen del Hallazgo u Observación

 Auditorías Actividades de rutina Otros

3- Descripción del Hallazgo u Observación


Solicitudes de modificación presupuestaria incompletas.

Área emitente: GF/PEF Emitido por: Sandra Ruíz Díaz Firma:  Fecha: 19/11/2021Área origen del Hallazgo u Observación: Dpto. de Planificación Económica y Gestión Financiera


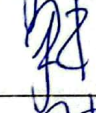
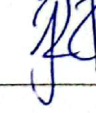
4- Análisis de las causas

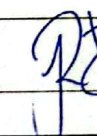
1. Cada unidad solicitante elabora los pedidos de modificación presupuestaria de acuerdo a su propio criterio.

2. Cuando se solicita a las unidades los datos faltantes, como son normalmente la mensualización de los aumentos requeridos y las justificativas, demoran en responder.

Nombre y Apellido del funcionario: Sandra Ruiz Díaz Firma:  Fecha: 19/11/2021

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Confeccionar una guía para solicitudes de modificaciones y/o ampliaciones presupuestarias	AM	31/12/2021	GF/PEF	
2	Presentar borrador de propuesta a la superioridad	AM	31/12/2021	GF/PEF	
3	Una vez aprobado, socializar con las coordinaciones	AM	30/09/2022	GF/PEF	

Nombre y Apellido del funcionario: Sandra Ruiz Díaz Firma:  Fecha: 14/07/2022

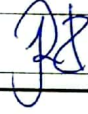
6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (SI/No)	Evidencias/Comentarios
1	SI	Se adjunta guía para solicitudes de modificaciones presupuestarias elaborada
2	SI	Se adjunta impresión de correo remitido a la superioridad

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

La acción N° 3 es reprogramada al 30/09/22, debido a que inicialmente no se cumplió con la fecha del 30/06/22 por trabajos en el marco del Anteproyecto de

Obs./Reprogramaciones: Presupuesto 2023 y Plurianual 2024 - 2025.

Nombre y Apellido del funcionario: Sandra Ruiz Diaz Firma:  Fecha 14/07/2022

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: _____

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