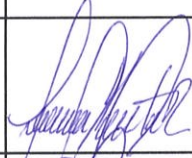



1- Categoría Hallazgo Observación**2- Origen del Hallazgo u Observación** Auditorías Actividades de rutina Otros**3- Descripción del Hallazgo u Observación**Pago de multas o contravenciones ante la SET a consecuencia del registro extemporaneo del
Comprobante de Retencion Virtual por parte de los responsables de los FFRÁrea emitente: GF/DTR Emitido por: Susana Mesquita Boselli Firma: _____ Fecha: 29/09/2021Área origen del Hallazgo u Observación: Departamento Tributario**4- Análisis de las causas**

1. Cada unidad autorizada para manejar los Fondos Fijos Rotarios es responsable de la emision de los Comprobantes de Retension Virtual en tiempo y forma.
2. Algunas unidades administrativas responsables de los Fondos Fijos Rotatorios estan encargadas de gastos de oficinas situadas en otras localidades, razon que ocasiona una comunicacion tardía en el proceso de rendicion de fonfos.

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

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Realizar recordatorio de los plazos establecidos para el cumplimiento de las normativas vigentes a fin de minimizar las falta tributarias.	AC	31/12/2021	GF/DTR	
2	Seguimiento al cambio de Responsable del FFR, a fin de evuacuar consultas relacionadas a la Emision de los Comprob. de Rentenc. Virtual y sus procesos adicionales.	AC	31/12/2021	GF/DTR	

Nombre y Apellido del funcionario: Susana Mesquita

Firma:  Fecha: 29/09/2021

6- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1	SI	Comunicación via Wassap en el Grupo denominado FONDO ASUNCION - 21/12/2021
2	SI	Comunicación via Correo Electronico Institucional

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: _____

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