

**1- Categoría** (2) Hallazgo Observación**2- Origen del Hallazgo u Observación** (3) Auditorías Actividades de rutina Otros**3- Descripción del Hallazgo u Observación** (4)

Área emite: (5) Emitido por: (6) Firma: Fecha:

Área origen del Hallazgo u Observación: (7)

**4- Análisis de las causas**

(8)

Nombre y Apellido del funcionario: (9) Firma: Fecha:

**5- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)

Nombre y Apellido del funcionario: (16) Firma: Fecha:

**6- Acompañamiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
17	18	19

Plazos para Evaluación de la Eficacia: 20

Obs./Reprogramaciones: 21

Nombre y Apellido del funcionario: 22 Firma: Fecha:

**7- Evaluación de Eficacia**Verificación del cumplimiento  Si  No 23

Fecha de cumplimiento: 24

Verificación de la eficacia  Si  No 25

Fecha de cierre: 26

Motivo de Cierre: 27

Nombre y Apellido del funcionario: Firma: Fecha: