

INSTITUCIONAL

FUNCIONAL

INDIVIDUAL

Máxima Autoridad Institucional: _____
 Unidad Administrativa emitente: _____ Gerencia/Dirección/equivalente: _____ Gerente/Director: _____
 Oficina de Auditoría afectada: _____ Jefe de Oficina de Auditoría: _____ Correo electrónico: _____
 Auditor Interno Institucional: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Informe N°				Fecha de emisión	Resolución N° de Doc. Interno	Periodo auditado	Tipo de auditoría		Áreas de riesgo analizadas		Seguimiento Oficinas de Auditoría Interna		Evaluación de la Eficacia Oficinas de Auditoría Interna		
N° Observ. s/Informe	Código Hallazgo Observación	Hallazgo Observación	Causa(s)	Recomendación	Acción Correctiva o de Mejora	Periodo de Ejecución		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento (Definir meta)	Autoevaluación (Seguimiento del área)	Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias	Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones	Verificación de la Eficacia SI/NO	Motivo de Cierre Fecha de Cierre
						Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Responsable Directo	Responsable del Área		Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión				

Elaborado por: _____ Firma	Revisado por: _____ Firma	Aprobado por: _____ Firma	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA EFICACIA
			Nombre del Auditor: _____ Firma	Nombre del Auditor: _____ Firma
Pers. N°	Fecha:	Pers. N°	Fecha:	Pers. N°

Original: Auditoría Interna (AI)
 Copia: Unidad Administrativa emitente