

✓ Cargado DS 7^o 02/NOV/22 ✓ SIMIO

AI/OAI/03/2021

SIGLA / N° / AÑO

Código: FL-SGI-12

Actualización: 01

Solicitud de Acción Correctiva (SAC)
Solicitud de Acción de Mejora (SAM)
Solicitud de Disposición (SD)

1- Origen del Hallazgo

Auditorías

Actividades de rutina

Plan de Acción

Otros

2- Categoría del Hallazgo

No Conformidad

Observación

Oportunidad de Mejora

3- Descripción del Hallazgo

Se ha detectado una inconsistencia entre los códigos de procesos inicialmente definidos mediante la Resolución P/N° 44620 de fecha 29-12-2020, y las actividades vinculadas a esos procesos mediante la Resolución P/N° 45364 de fecha 06-06-2021.

Ejemplo: El "Proceso 03.04 Desarrollo / Adquisición e Implementación de TIC" aparece con una codificación diferente en el cuadro de las Actividades

Área emitente: AI/OAI Emitido por: Lic. Marco Duarte Firma: Fecha: 11/11/2021

Área origen del Hallazgo: Oficina de Auditoría Informática

4- Acción inmediata llevada a cabo / Disposición (si corresponde)

Nombre y Apellido del funcionario: Firma: Fecha:

5- Análisis de las causas (No aplicable a SD)

Confusión en el momento de la codificación entre las planillas "02 - RP 44620 Identif Procesos y Subproc - Act 00.pdf" y "05 - RP 45364 Desdoblamiento del Mapa de Procesos - Act 00.pdf" actualmente levantados en la Intranet.

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Marco D. Duarte C. Firma: Fecha: 11-11-2021

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Corrección de la codificación de las planillas "02 - RP 44620 Identif Procesos y Subproc - Act 00.pdf" y "05 - RP 45364 Desdoblamiento del Mapa de Procesos - Act 00.pdf"	Acción de Mejora (AM)	15/12/2021	Gustavo Luraghi	

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

7- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
①	Si	En la actualización del desdoblamiento del Mapa de Procesos; fue corregida la inconsistencia de la clave.

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

8- Evaluación de Eficacia (No aplicable a SD)

Verificación del cumplimiento Si No Fecha de cumplimiento: _____

Verificación de la eficacia Si No Fecha de cierre: _____

Motivo de Cierre: *Verificado en el SIMA y en la Intranet. Codificación corregida. En la reunión 03 ya no hubo reincidencias.*

Nombre y Apellido del funcionario: *Guay Novaro* Firma: *[Firma]* Fecha: _____

Original: Oficina de Evaluación del MECIP (AI/OE)

1a. Copia: Unidad Administrativa emitente