

ANDE	Solicitud de Acción Correctiva (SAC) Solicitud de Acción de Mejora (SAM) Solicitud de Disposición (SD)	AI/OAI/03/2022 SIGLA / N° / AÑO <hr/> Código: FL-SGI-12 Actualización: 01
-------------	---	---

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

En el Formulario FL-ISE-32-03 (Programa de Trabajo) existirían campos faltantes y otros que no agregan valor.

* Agregar el campo "Fecha de inicio" del procedimiento en cuestión, a los efectos de programar fehacientemente su ejecución, definiendo de esta manera su precedencia en relación a otras, independientemente de su ordenamiento por Item.

* Retirar el campo "Horas Estimadas" y preservar el campo "Horas Totales", de manera a registrar la cantidad de tiempo real insumido en el procedimiento en cuestión, que es lo que vale.

* Retirar el campo "Ejecutado por: " y preservar el campo "A ser ejecutado por: ", de manera a definir fehacientemente el responsable de la ejecución, con anterioridad.

Área emitente: AI/OAI
 Emitido por: Marco D. Duarte C.
 Firma: 
 Fecha: 20/06/2022
 Área origen del Hallazgo: AI

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)

Necesidad de actualización de dicho formulario.

Nombre y Apellido del funcionario: Marco D. Duarte C.
 Firma: _____
 Fecha: 20/06/2022

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma

1	Solicitar a la AI/OE incluir la actualización del Formulario FL-ISE-32-03 (Programa de Trabajo).	AM	31/12/2022	Oscar Navarro	
---	--	----	------------	---------------	---

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

7- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
Reprogramado para el 30/01/23 (1)	NO	
	Si	Se encuentra disponibilizado en la Intranet y en el SIMA.

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: Oscar Navarro Firma:  Fecha: 20/01/23

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: Se comta ha la modificación del formato referido y su utilización por parte de los diferentes Oficinas de Rendición

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

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

1a. Copia: Unidad Administrativa emitente