

<b>ANDE</b>	<b>Solicitud de Acción Correctiva (SAC)</b> <b>Solicitud de Acción de Mejora (SAM)</b> <b>Solicitud de Disposición (SD)</b>	<b>AI/OAI/03/2022</b> 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