

155



ANDE

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

AI/OAO/01/2021

SIGLA / N° / AÑO

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 formato de Informe Detallado - Actualización 00, en el punto 6. **NORMATIVAS VIGENTES** (Leyes y Decretos), la leyenda de Leyes y Decretos limita al alcance de las normativas a detallar y no contempla otros tipos de normativas como Resoluciones, Circulares, etc., que pueden servir de criterios en un trabajo de Auditoría.

Área emitente: AI/OAO Emitido por: Gloria Morales Firma:  Fecha: 15/11/21

Área origen del Hallazgo: Oficina de Auditoría Operativa

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

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: 15/11/21

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

Falta de revisión a los formatos relacionados al proceso auditor .

Nombre y Apellido del funcionario: Gloria Morales Firma:  Fecha: 15/11/21



6- Acciones

157
158
159

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1-	Poner a consideración de la Auditoría Interna la modificación del Título del punto 6, eliminando lo escrito entre paréntesis (Leyes y Decretos).	AM	30/11/2021	AI/OAO - AI/OE	
2-	Una vez aprobado por la AI, gestionar la modificación del formato con el DP/DOM.	AM	15/12/2021	AI/OAO - AI/OE	
3-	Luego de ser modificado por el DP/DOM, socializar a todas las oficinas de la AI.	AM	31/12/2021	AI/OAO - AI/OE	

Nombre y Apellido del funcionario: Gloria Morales Firma: Fecha:

7- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
1, 2, 3 3	No	
1, 2 3 3	Si	Actualización del formulario, disponibilizado en la intranet.

Plazos para Evaluación de la Eficacia: 30/07/23

Obs./Reprogramaciones: Reprogramado para el 30/12/22

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Ana A. Navarro D. Firma: Fecha: 30/12/22

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 cerró por actualización del formato repido.

Nombre y Apellido del funcionario: Ana Navarro Diaz Firma: Fecha: