

ANDE

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

AI/OAO/02/2022
SIGLA / Nº / 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

No existe un instructivo para la numeración de los Papeles de Trabajo ni para la elaboración del índice correspondiente a la Carpeta Técnica de los trabajos de auditoria. Cada oficina de auditoria numera a criterio propio.

Área emitente: AI/OAO Emitido por: Gloria Morales Firma:  Fecha: 10/06/22

Área origen del Hallazgo: Oficina de Auditoría Operativa

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)

Falta de comunicación entre oficinas.

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~

Nombre y Apellido del funcionario: Gloria Morales Firma:  Fecha: 10/06/22

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
31- 1-	Poner a consideración de la AI/OE a fin de que los mismos evalúen la necesidad del instructivo y sean los propulsores de la creación del mismo.	AM	30/06/2022	AI/OAO	
232- 2-	Poner a consideración del CAI y solicitar opinión.	AM	30/07/2022	AI/OAO - AI/OE	
233- 3-	Socializar el instructivo entre oficinas.	AM	30/12/2022	AI/OE	

Nombre y Apellido del funcionario: Gloria Morales

Firma:

Fecha: 10/06/22

7- Acompañamiento

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios

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: _____

Nombre y Apellido del funcionario: _____

Firma: _____

Fecha: _____

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

1a. Copia: Unidad Administrativa emitente