

165.



AI/OAO/03/2021

SIGLA / N° / AÑO

Código: FL-SGI-12

Actualización: 01

**ANDE**

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

**1- Origen del Hallazgo**

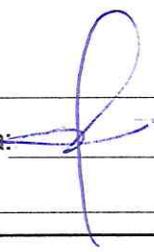
Auditorías       Actividades de rutina       Plan de Acción       Otros

**2- Categoría del Hallazgo**

No Conformidad       Observación       Oportunidad de Mejora

**3- Descripción del Hallazgo**

En el formato del formulario de DECLARACIÓN DE INDEPENDENCIA DEL AUDITOR INTERNO, en el primer párrafo, en la última línea refiere entre otras cosas: "...y objeto de auditoría estimadas en el Plan de Trabajo Anual o esta Auditoría Extraordinaria... " Al decir "esta" Auditoría Extraordinaria" está mal expresado debido a que la Auditoría en uso puede ser del PTA.

Área emitente: AI/OAO Emitido por: Rubén Dávalos Firma:  Fecha: 15/11/21

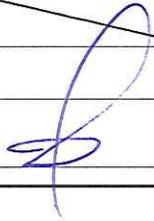
Área origen del Hallazgo: Oficina de Auditoría Operativa

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

Nombre y Apellido del funcionario: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Falta de revisión de formatos relacionados al proceso auditor.

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

**6- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1-	Poner a consideración de la Auditoría Interna la corrección de la frase "esta Auditoría Extraordinaria" por otra mas general.	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: Rubén Dávalos Firma: Fecha: 15/11/21

**7- Acompañamiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios
<u>No (1,2,3)</u>	<u>No</u>	
<u>Si (1,2,3)</u>	<u>Si</u>	<u>Formulario actualizado, disponibilizado en la Fm home</u>

Plazos para Evaluación de la Eficacia: \_\_\_\_\_

Obs./Reprogramaciones: Reprogramado para el 30/01/23

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Juan Navarro D 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 constata actualización y utilización del formato.

Nombre y Apellido del funcionario: Juan Navarro Díaz Firma: Fecha: \_\_\_\_\_

<b>ANDE</b>

<b>FECHA</b>		

### DECLARACION DE INDEPENDENCIA DEL AUDITOR INTERNO

Declaro que, a mi leal saber y entender, no tengo relaciones profesionales, personales o financieras con los funcionarios dependientes de: (nombre de la(s) Unidad(es) Administrativa(s) a ser auditada(s)), ni intereses comerciales, profesionales, financieros o económicos en actividades sujetas a examen. Asimismo, tampoco tuve un desempeño previo en la ejecución de las actividades y operaciones relacionadas con los sujetos y objetos de este Informe de Auditoría Interna.

Declaro no tener relaciones de parentesco con el personal vinculado con el sujeto y el objeto de la auditoría, no realizar favores ni tener prejuicios sobre personas, grupos o actividades del sujeto de la auditoría o evaluación, incluyendo los derivados de convicciones sociales, políticas, religiosas, de género, de igualdad o equidad. Asimismo, no tener impedimentos ajenos a la voluntad del Auditor Gubernamental que pudieran restringir o interferir su capacidad de formarse opiniones.

Me comprometo a informar oportunamente y por escrito cualquier impedimento o conflicto de interés de tipo personal, profesional o contractual, sobreviniente a esta declaración, como ser: inhabilitaciones, insolvencias, familiares, amistad íntima, enemistad, odio o resentimiento, litigios pendientes, razones de afinidad religiosa e ideológica.

En el ejercicio de mis funciones como auditor, es posible que tenga acceso a información sobre distintos aspectos de la Unidad Administrativa auditada y otras relaciones que, por lo general, no están disponibles al público, comprendo plenamente poseer esta información que requiere el más alto nivel de integridad y confidencialidad, comprometiéndome a no divulgarla ni utilizarla sin la debida autorización.

Declaro que conozco, acepto y actúo de acuerdo al Código de Ética de la Administración Nacional de Electricidad.

---

**FIRMA**

**Nombre y Apellido:**

**Unidad Administrativa:**

**Personal Nro.:**