

ANDE

Solicitud de Acción Correctiva (SAC)
Solicitud de Acción de Mejora (SAM)

AI/OAT/01/21
SIGLA / Nº / AÑO

Código:
Actualización: 00

1- Categoría

[X] Hallazgo [ ] Observación

2- Origen del Hallazgo u Observación

[ ] Auditorías [X] Actividades de rutina [ ] Otros

3- Descripción del Hallazgo u Observación

El formato del Informe de Auditoria, señala en la parte inferior original: Unidad Auditada. A la unidad Auditada se le remite copia de los informes

Área emitente: AI/OAT Emitido por: José Vázquez Firma: [Firma] Fecha: 29/12/21
Área origen del Hallazgo u Observación: Oficina de Auditoria Técnica

4- Análisis de las causas

- Falta de Actualización del Formato
- Falta del Analisis de la mejor practica.

Nombre y Apellido del funcionario: Firma: Fecha:

5- Acciones

Table with 6 columns: Nro., Acción, Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM), Plazo / Fecha, Responsable, Firma. Row 1: 01, Actualización de Formulario, AC, 30/01/22, OAT/OE, [Firma]

Nombre y Apellido del funcionario: Ing. José V. Vázquez G. Oficina de Auditoria Técnica Firma: [Firma] Fecha: 29/12/21

**ANDE**

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

AI/007/012

SIGLA / Nº / AÑO

Código:

Actualización: 00

**6- Acompañamiento**

| Acción N° | Cumplida (Si/No) | Evidencias/Comentarios  |
|-----------|------------------|---|
| 1         | No               |   |
| 2         | Si               | Se modifico el formulación, el mismo se encuentra en la D. Honor. |
|           |                  |   |
|           |                  |   |
|           |                  |   |
|           |                  |   |
|           |                  |   |
|           |                  |   |
|           |                  |   |
|           |                  |   |

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

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

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

**7- Evaluación de Eficacia**

Verificación del cumplimiento  Si  No

Fecha de cumplimiento: \_\_\_\_\_

Verificación de la eficacia  Si  No

Fecha de cierre: \_\_\_\_\_

Motivo de Cierre: Se completo actualización y utilización del referido permiso

Nombre y Apellido del funcionario: Juan Navarro D. Firma: [Firma] Fecha: \_\_\_\_\_

Original: Oficina de Coordinación o de Apoyo a la Gestión  
1a. Copia: Unidad Administrativa emitente