

**ANDE**

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

AI/OAO/04/2023

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**

El equipo auditor de la Oficina de Auditoría Operativa no cuenta con la pericia suficiente para la evaluación de riesgos de los trabajos de auditoría.

Área emitente: AI/OAO      Emitido por: Gloria Morales      Firma:       Fecha: 05/06/23

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)**

No se cuenta con la capacitación suficiente para realizar el análisis de riesgos de los trabajos de auditoría.

Nombre y Apellido del funcionario: Gloria Morales      Firma:       Fecha: 05/06/23

**6- Acciones**

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1-	Solicitar a la AI/OC, a través de un correo electrónico, jornadas de capacitación referente al análisis de riesgos relacionados a los trabajos de auditoría.	AM	20/06/2023	AI/OAO AI/OC	
2-	Realizar jornadas de capacitación sobre análisis de riesgos identificados y valorados por las Unidades Auditadas.	AM	31/08/2023	AI/OC	
3-					

Nombre y Apellido del funcionario: Gloria Morales      Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: 05/06/23

**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 (A/VOE)

1a. Copia: Unidad Administrativa emitente