

ANDE

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

AI/OAO/05/2023


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

El procedimiento ISE-34 ELABORACIÓN DE INFORMES DE AUDITORIAS INTERNAS no indica como proceder en el caso que no existan Hallazgos u Observaciones de Control Interno.

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)

El procedimiento no contempla como proceder en los casos en que no existan Hallazgos u Observaciones de Control Interno.

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-	Exponer en reunión del CAI el análisis planteado a fin de consensuar el ajuste correspondiente.	AM	30/11/2023	AI/OAO	
2-	Solicitar a la AI/OE realizar los ajustes correspondientes en el Procedimiento ISE-34 ELABORACIÓN DE INFORMES DE AUDITORIAS INTERNAS", referente a lo que se debe indicar para los casos en que no existan Hallazgos u Observaciones de Control Interno, según lo consensuado en reunión del CAI.	AM	29/12/2023	AI/OAO AI/OE	
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