

ID 47624143

ANDE

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

AI/OAI/03/2023

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

En el Informe AI/OAI/01/2023 "Evaluación de Servicios de la Red Corporativa", emitido en fecha 30/06/2023 no fueron establecidas las Causas de los Hallazgos/Observaciones de Control Interno, como se establece en el Procedimiento ISE-33 "EJECUCIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS" que indica en el punto 6.1.4. "Determinar las inconsistencias, faltas administrativas y legales en los procesos auditados, así como evaluar las causas y efectos de las mismas".

Área emitente: AI/OAI Emitido por: Carmen Morlas Firma: Fecha: 03/07/2023

Área origen del Hallazgo: AI

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)

Insuficiente capacitación del personal de la AI/OAI para determinar las causas utilizando la metodología ACR.

Nombre y Apellido del funcionario: Carmen Morlas Firma: Fecha: 03/07/2023

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Realizar capacitaciones a todos los funcionarios de la IA/OAI en la metodología ACR (Análisis Causa Raíz)	AM	31/12/2023	AI/OAI	
2	Evaluar las Causas de los Hallazgos/Observaciones de Control Interno en todos los Informes de Auditoría emitidos	AM	31/12/2023	AI/OAI	

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. Carmen Morlas
Oficina de Auditoría Informática

Firma:



Fecha:

03/07/2023

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