

ANDE

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

AI/OC/ 03 /22

SIGLA / Nº / AÑO

Código: FL-SGI-1;

Actualización: 01

1- Origen del Hallazgo

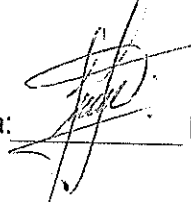
Auditorías Actividades de rutina Plan de Acción Otros

2- Categoría del Hallazgo

No Conformidad Observación Oportunidad de Mejora

3- Descripción del Hallazgo

Las visitas realizadas a las diferentes unidades de la Institución realizando el seguimiento de los Planes de Mejoramiento Funcional, requiere de un registro documental, de forma a tener evidencias de las entrevistas realizadas.

Area emitente: AI/OC Emitido por: Econ. Carlos Rodas Firma:  Fecha: 30/06/22

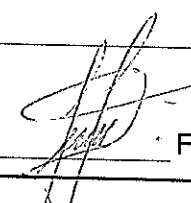
Área origen del Hallazgo: AI/OC

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

Contar con un registro actualizado de los PMFs pendientes

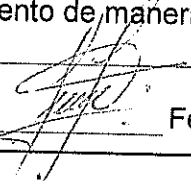
Diseñar el formulario de registro de entrevistas

Clasificar los tipos de acciones (cumplidas, previstas, actualizadas etc)

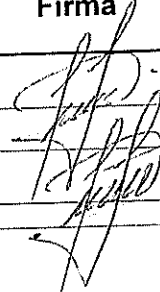
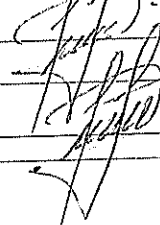
Nombre y Apellido del funcionario: Carlos Rodas Firma:  Fecha: 30/06/22

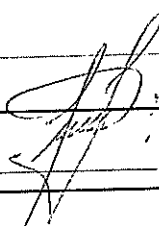
5- Análisis de las causas (No aplicable a SD)

Considerando la ISE-37 en el punto 6.3 "Es responsabilidad de las Oficinas de dependientes de la Auditoría Interna (AI) realizar el seguimiento a los planes de acción definidos como consecuencia de los hallazgos u observaciones detectados por las auditorías internas realizadas y evaluar la eficacia de los mismos", y la necesidad del Registro de Seguimiento realizado a los Planes de Mejoramiento de manera a evidenciar las visitas realizadas a Unidades Administrativas auditadas.

Nombre y Apellido del funcionario: Carlos Rodas Firma:  Fecha: 30/06/22

6- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Sugerir formato de registro de visitas C	(AM)	30/09/2022	Carlos Rodas	
2	Gestionar la aprobación P	(AM)	30/09/2022	Carlos Rodas	

Nombre y Apellido del funcionario: Carlos Rodas Firma:  Fecha: 30/06/22

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: _____