

ANDE

0205216

039

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

DP/DPS/1/2023

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

Los funcionarios de las Gerencias/Direcciones y Unidades de Nivel Jerárquico Equivalente no conocen sus matrices de riesgos, tampoco la metodología para identificar los riesgos de sus procesos, subprocesos y actividades, así como tampoco conocen sus Políticas Operacionales y el Diseño de sus Controles.

Área emitente: DP/DPS Emitido por: Lic. Fabiola Chamorro R. Sección Desarrollo de Sistemas de Gestión Empresarial Firma: [Firma] Fecha: 25/05/23

Área origen del Hallazgo u Observación: Dpto. de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Gestión.

4- Análisis de las causas

Falta de socialización y capacitación a los funcionarios de las Gerencias/Direcciones y Unidades de Nivel Jerárquico Equivalente sobre la metodología para identificar los riesgos de sus procesos, subprocesos y actividades, así como también sobre sus Políticas Operacionales y el Diseño de sus Controles.

Lic. Fabiola Chamorro R. Sección Desarrollo de Sistemas de Gestión Empresarial

Nombre y Apellido del funcionario: [Firma] Fecha: 25/05/23

5- Acciones

Table with 6 columns: Nro., Acción, Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM), Plazo / Fecha, Responsable, Firma. Contains two rows of corrective actions.

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. María Natalia Ferreira Jefa Dpto. de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Gestión Firma: [Firma] Fecha: 25/05/23

**ANDE**

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

SIGLA / N° / AÑO

Código:

Actualización: 00

**6- Acompañamiento**

Acción N°	Cumplida (Si/No)	Evidencias/Comentarios

Plazos para Evaluación de la Eficacia: 15/04/2025

Obs./Reprogramaciones: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Stella Maris Villalba Allende  
Ofic. de Coordinación y Control de Gestión  
de la Dirección de Planificación

Firma: [Firma] Fecha: 30/05/23

**7- Evaluación de Eficacia**

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