

1- Categoría

Hallazgo Observación Innovación

2- Origen del Hallazgo, Observación o Innovación

Auditorías Actividades de rutina Otros

3- Descripción del Hallazgo, Observación o Innovación

— No existe una sincronización de datos entre los formatos del MECIP utilizados actualmente para la
— Gestión de Riesgos Institucionales, Políticas Operacionales y Diseño de Controles.

Área emitente: DP/DPS Emitido por: Lic. María Natalia Ferreira Firma: [Firma] Fecha: 17.08.2023
Jefa Dpto. de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Gestión

Área origen del Hallazgo, Observación o Innovación: DP/DPS

4- Análisis de las causas

— Falta de una base de datos única que relacione los formatos utilizados en la Gestión de Riesgos
— Institucionales, Políticas Operacionales y Diseño de Controles requeridos por el MECIP .

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. María Natalia Ferreira Firma: [Firma] Fecha: 17.08.2023
Jefa Dpto. de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Gestión

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) / Acción de Innovación (AI)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
1	Gestionar la adquisición de un Software que integre todos los formatos de la Gestión de Riesgos Institucionales, Políticas Operacionales y Diseño de Controles.	AI	01/12/2025	DP/DPS	<u>[Firma]</u> Lic. María Natalia Ferreira Jefa Dpto. de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Gestión

Nombre y Apellido del funcionario: Lic. María Natalia Ferreira Firma: [Firma] Fecha: 17.08.2023
Jefa Dpto. de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Gestión

ANDE

**SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA (SAC),
DE MEJORA (SAM) O DE INNOVACIÓN (SAI)**

DP/DPS/01/2023

SIGLA / N° / AÑO

6- Seguimiento

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

Plazos para Evaluación de la Eficacia: 30/12/2025

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Stella Maris Villalba Allende Firma: [Firma] Fecha: 13/08/2023
Ofic. de Coordinación y Control de Gestión de la Dirección de Planificación

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: _____