

1- Categoría

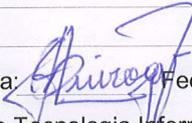
Hallazgo Observación

2- Origen del Hallazgo u Observación

Auditorías Actividades de rutina Otros

3- Descripción del Hallazgo u Observación

En el Sistema de Gestión de Incidencias implementado por el Dpto. de Mantenimiento de Tecnología Informática se registran y gestionan las solicitudes y reclamos de los usuarios de la red informática.

Área emitente: DTE/TI Emitido por: Gustavo A. Quiroga V. Firma:  Fecha: 15/07/22

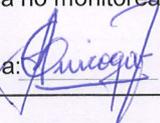
Área origen del Hallazgo u Observación: Departamento de Mantenimiento de Tecnología Informática

4- Análisis de las causas

El Sistema de Gestión de Incidencias, utilizado en el Dpto. DTE/MTI puede ser implementado también en los demás departamentos de la División DTE/TI, porque tienen actividades/tareas similares y pueden registrarse y gestionarse por dicho Sistema.

Ampliar el área de cobertura del Sistema permitirá a la División de Tecnología y Desarrollo Informático y a la Dirección de Telemática monitorear los estados de las tareas de los departamentos.

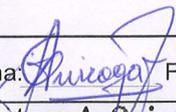
El Sistema de Gestión de Incidencias solo es utilizado en el Dpto. DTE/MTI. La División de Tecnología y Desarrollo Informático y la Dirección de Telemática no monitorean los estados de las tareas a través del Sistema de Gestión de Incidencias.

Nombre y Apellido del funcionario: Gustavo A. Quiroga V. Firma:  Fecha: 15/07/22

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
	Preparar un plan de implementación en los demás departamentos de la División del Sistema de Gestión de Incidencias.	AM	Junio / 2023	DTE/DTI	
	Aprobación del Plan por parte del Director				
	Implementar el Plan efectivamente				

Lic. Gustavo A. Quiroga V.
División de Tecnología y Desarrollo Informático

Nombre y Apellido del funcionario: Gustavo A. Quiroga V. Firma:  Fecha: 15/07/22

6- Acompañamiento

Lic. Gustavo A. Quiroga V.
División de Tecnología y Desarrollo Informático

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

ANDE

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

SIGLA / N° / AÑO

Código:
Actualización: 00

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____
Obs./Reprogramaciones: _____
Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

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

Nombre y Apellido del funcionario: Gustavo A. Quiroga V. Firma: _____ Fecha: 15/07/22

5. Acompañamiento

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