

1- Categoría

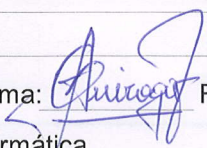
Hallazgo Observación

2- Origen del Hallazgo u Observación

Auditorías Actividades de rutina Otros

3- Descripción del Hallazgo u Observación

Falta formalizar el procedimiento de copias de seguridad.

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

Área origen del Hallazgo u Observación: Departamento de Tecnología Informática

4- Análisis de las causas

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

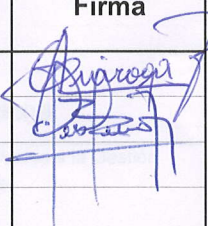
Las copias de seguridad de los datos es una tarea fundamental para el resguardo seguro de los datos de la empresa, contar con un procedimiento es de suma importancia para asegurar la correcta realización del mismo y facilitar la incorporación de nuevos funcionarios, al área responsable de dicha tarea.

Nombre y Apellido del funcionario: Gustavo A. Quiroga V.

Firma:  Fecha: 15/07/22

5- Acciones

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

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma
	Elaborar el borrador de procedimiento y solicitar al Dpto. de Organización y Métodos la aprobación del mismo.	AC	Junio / 2023	DTE/DTI DP/DOM	

Nombre y Apellido del funcionario: Gustavo A. Quiroga V.

Firma:  Fecha: 15/07/22

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

6- Acompañamiento

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: 15/07/22

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: Gustavo A. Quiroga V. Firma: _____ Fecha: 15/07/22

5- Acciones

Nro.	Acción	Estado (Atendida/No Atendida)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma

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/Comentarios