

INSTITUCIONAL

2

FUNCIONAL

Máxima Autoridad Institucional: 3	Gerencia/Dirección/equivalente: 5	Gerente/Director: 6
Unidad Administrativa afectada: 4	Jefe de Oficina de Auditoría: 8	Correo electrónico: 9
Oficina de Auditoría emite: 7	Correo electrónico: 11	Teléfono: 12
Auditor Interno Institucional: 10		

Informe N°			Fecha de emisión	Resolución N° de Doc. Interno	Periodo auditado	Tipo de auditoría		Áreas de riesgo analizadas		ACOMPANIAMIENTO OFIC. DE AUDITORIA INTERNA		EVALUACION DE LA EFICACIA / OFICINAS DE AUDITORIA INTERNA		
13			14	15	16	17		18						
N° Observ. s/Informe	Código Hallazgo Observación	Hallazgo Observación	Recomendación	Acción Correctiva o de Mejora	PERIODO DE EJECUCIÓN		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento (Definir meta)	Autoevaluación (Seguimiento del área)	Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias	Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones	Verificación de la Eficacia SI/NO	Motivo de Cierre Fecha de Cierre
					Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Responsable Directo	Responsable del Area		Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión				
19	20	21	22	23	24		25		26	27	31	32	34	35

Elaborado por: 28	Revisado por: 29	Aprobado por: 30	Nombre del Auditor: 33	Nombre del Auditor: 36
Firma _____				
Nombre y Apellido: _____				
Pers. N° _____ Fecha: _____				

Original: Auditoría Interna (AI)
Copia: Unidad Administrativa emitente