

1- Categoría Hallazgo Observación Innovación**2- Origen del Hallazgo, Observación o Innovación** Auditorías Actividades de rutina Otros**3- Descripción del Hallazgo, Observación o Innovación**

Área emitente: _____ Emitido por: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Área origen del Hallazgo, Observación o Innovación: _____

4- Análisis de las causas

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

5- Acciones

Nro.	Acción	Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) / Acción de Innovación (AI)	Plazo / Fecha	Responsable	Firma

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

6- Seguimiento

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

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: _____