ANDE

PLAN DE MEJORAMIENTO

(1) _____
SIGLA / Nº / AÑO

☐ **INSTITUCIONAL** ☐ **FUNCIONAL** (2) ☐ **INDIVIDUAL**

Máxima Autoridad Institucional: (3)

Unidad Administrativa emitente: (4) Gerencia/Dirección/equival (5) Gerente/Director: (6)

Oficina de Auditoría afectada: (7) Jefe de Oficina de Aud (8) Correo electrónico: (9)

Auditor Interno Institucional: (10) Correo electró (11) Teléfono: (12)

Informe N° (13)				**Fecha de emisión** (14)	**Resolución N° de Doc. Interno** (15)	**Periodo auditado** (16)		**Tipo de auditoría** (17)		**Áreas de riesgo analizadas** (18)		**Seguimiento Oficinas de Auditoría Interna**		**Evaluación de la Eficacia Oficinas de Auditoría Interna**	
N° Observ. s/Informe (19)	**Código Hallazgo Observación** (20)	**Hallazgo Observación** (21)	**Causa(s)** (22)	**Recomendación** (23)	**Acción Correctiva o de Mejora** (24)	**Periodo de Ejecución** Fecha de Inicio (25)	Fecha de Finalización (25)	**Responsable de Ejecución** Responsable Directo (26)	Responsable del Area	**Indicador de Cumplimiento (Definir meta)** (27)	**Autoevaluación (Seguimiento del área)** **Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión** (28)	**Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias** (32)	**Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones** (33)	**Verificación de la Eficacia SI/NO** (35)	**Motivo de Cierre Fecha de Cierre** (36)

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA EFICACIA
(29)	(30)	(31)	Nombre del Auditor: (34)	Nombre del Auditor: (37)
Firma	Firma	Firma	Firma	Firma
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:		
Pers. N° Fecha:	Pers. N° Fecha:	Pers. N° Fecha:	Pers. N° Fecha:	Pers. N° Fecha:

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