



**INSTRUCCIONES PARA LLENADO DE FORMULARIO**

- FORMULARIO:** “Plan de Mejoramiento”.
- OBJETIVO:** Registrar datos e informaciones relacionados a los planes de mejoramiento institucional, funcional o individual llevados a cabo por las distintas Unidades Administrativas de la ANDE.
- UNIDAD EMITENTE:** Unidades Administrativas afectadas.
- EJEMPLARES:** **Original:** Auditoría Interna (AI), Color Blanco, Obra 1ª, 75 g.  
**Copia:** Unidad Administrativa emitente, Color Blanco, Obra 1ª, 75 g.
- FORMATO:** 216 x 279 mm

**REFERENCIAS**

<b><u>N° DE CASILLA</u></b>	<b><u>CONTENIDO</u></b>
-----------------------------	-------------------------

**A. Para que llene el funcionario de la Unidad Administrativa emitente:**

- 01** Indicar la sigla de la Unidad Administrativa emitente, N° correlativo y Año de emisión del formulario.
- 02** Marcar con una X si el formulario corresponde a un plan de mejoramiento institucional, funcional o individual.
- 03** Indicar el nombre y apellido de la Máxima Autoridad Institucional.
- 04** Indicar la denominación de la Unidad Administrativa afectada.
- 05** Indicar la denominación de la Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico “B” o “C” afectada (Gerencia, Dirección o equivalente).
- 06** Indicar el nombre y apellido del Jefe de la Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico “B” o “C” afectada (Gerencia, Dirección o equivalente).
- 07** Indicar la denominación de la Oficina de Auditoría emitente.
- 08** Indicar el nombre y apellido del Jefe de la Oficina de Auditoría emitente.
- 09** Indicar el correo electrónico corporativo del Jefe de la Oficina de Auditoría emitente.
- 10** Indicar el nombre y apellido del Auditor Interno Institucional.
- 11** Indicar el correo electrónico corporativo del Auditor Interno Institucional.

**TEMA: MEJORA CONTINUA DE PROCESOS INSTITUCIONALES**

- 12 Indicar el número de teléfono interno del Auditor Interno Institucional.
- 13 Indicar el número de informe correspondiente.
- 14 Indicar la fecha de emisión del informe correspondiente.
- 15 Indicar el Número de Resolución o Número de Documento Interno afectado.
- 16 Indicar el periodo afectado al presente informe.
- 17 Indicar el tipo de auditoría que afecta al presente informe, si corresponde.
- 18 Indicar las áreas de riesgo analizadas.
- 19 Indicar el número de observación según el presente informe.
- 20 Indicar cada uno de los códigos de los hallazgos u observaciones afectados al presente informe.
- 21 Indicar cada uno de los hallazgos u observaciones afectados al presente informe.
- 22
- 23 Indicar la recomendación a cada uno de los hallazgos u observaciones afectados al presente informe.
- 24 Indicar la acción correctiva o de mejora de cada uno de los hallazgos u observaciones afectados al presente informe.
- 25 Indicar el periodo de ejecución de cada una de las acciones correctivas o de mejora determinadas, estableciendo la fecha de inicio y la fecha de fin de las mismas.
- 26 Indicar los nombres y apellidos de los responsables de la ejecución de cada una de las acciones correctivas o de mejora determinadas, estableciendo el responsable directo y el responsable de área.
- 27 Establecer el indicador de cumplimiento de cada una de las acciones correctivas o de mejora.
- 28 Indicar el avance en porcentaje del cumplimiento de cada una de las acciones correctivas o de mejora.
- 29 Firma del funcionario responsable de la elaboración del presente formulario. Indicar el nombre y apellido, Número de Personal y fecha de suscripción correspondiente.

**A. Para que llene el Jefe de la Unidad Administrativa afectada:**

- 30 Firma del Jefe de la Unidad Administrativa afectada. Indicar el nombre y apellido, Número de Personal y fecha de suscripción correspondiente.

**B. Para que llene el Gerente, Director o Jefe de la Unidad Administrativa equivalente:**

**Departamento de Organización y Métodos (DP/DOM) – Sección Análisis de Procesos (DP/DOM2)**

Elaborado por: Gladys R. Samaniego S.    N° de Personal: 12069    Firma:    Página 2 de 3



FECHA		
08	05	23

- 31 Firma del Gerente, Director o Jefe de la Unidad Administrativa equivalente. Indicar el nombre y apellido, Número de Personal y fecha de suscripción correspondiente.

**C. Para que llene la Oficina de Auditoría afectada:**

- 32 Indicar si se cumplieron o no las acciones correctivas o de mejora.
- 33 Indicar los plazos establecidos para evaluar la eficacia de las acciones correctivas o de mejora.
- 34 Firma del funcionario de Auditoría Interna afectado. Indicar el nombre y apellido, Número de Personal y fecha de suscripción correspondiente.
- 35 Indicar si se verificó o no la eficacia de las acciones correctivas o de mejora.
- 36 Indicar el motivo y la fecha de cierre de la evaluación de la eficacia de las acciones correctivas o de mejora.
- 37 Firma del funcionario de Auditoría Interna afectado. Indicar el nombre y apellido, Número de Personal y fecha de suscripción correspondiente.
-