|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESPONSABLE (S) DE LA UNIDAD AUDITADA:** | **Nombre del Funcionario** | **FECHA DEL REPORTE DEL HALLAZGO:** | XX-XXX-20XX |
| **COPIA DEL REPORTE DIRIGIDO A:** | **Nombre del Funcionario** | **HALLAZGO RECURRENTE:** | **SI – NO**, se debe indicar si lo es. |
| **AUDITOR(ES) RESPONSABLE(S):** | **Nombre del Funcionario** | | |
| **OBJETIVO(S) DEL PAPEL DEL TRABAJO:** | | | |
| 1. *Informar permanentemente al(los) responsable(s) de la(s) unidad(es) auditada(s) acerca de los hallazgos identificados en el transcurso de la auditoría.* 2. *Recibir la retroalimentación por parte del(los) responsable(s) de la(s) unidad(es) auditada(s) que permita subsanar los hallazgos detectados de manera oportuna.* | | | |
| **ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL AUDITOR** | | | |
| **TÍTULO DEL HALLAZGO:** | | | |
| ***TÍTULO*** | | | |

| **DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA Y CRITERIO(S):** |
| --- |
|  |

| **HERRAMIENTA APLICADA PARA ANÁLISIS DE CAUSAS:**  *Registrar el nombre de la herramienta utilizada para realizar el análisis de causas.* | **LLUVIA DE IDEAS o BRAINSTORMING** |
| --- | --- |
|  | |

| **CAUSA(S) PRINCIPAL(ES):** | **DESCRIPCIÓN DEL(LOS) RIESGO(S):** | **DESCRIPCIÓN DEL(LOS) IMPACTO(S):** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **RECOMENDACIÓN(ES) DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD AUDITADA*** | | | | |
| **RESPUESTA** | **Seleccione una opción** | **ACCION REQUERIDA:** | | *Seleccione una opción de acuerdo con la respuesta* |
| **JUSTIFICACION:** | | | | |
|  | | | | |
| **HERRAMIENTA APLICADA PARA ANÁLISIS DE CAUSAS:**  *Registrar el nombre de la herramienta utilizada para realizar el análisis de causas.* | | | **Seleccione una opción** | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| **PLAN DE MEJORAMIENTO**  *En caso de que el auditado acepte el hallazgo, definir Acción(es) Propuesta(s), Meta(s), Tipo de Acción (Preventiva o Correctiva), Responsable(s), Fecha de Inicio y Fecha de Finalización proyectada.* |

| **CAUSA(S) PRINCIPAL(ES)** | **ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)** | **META(S)** | **TIPO DE ACCIÓN** | **RESPONSABLE(S)** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FINALIZACIÓN** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Seleccione una opción |  |  |  |
|  |  |  | Seleccione una opción |  |  |  |
|  |  |  | Seleccione una opción |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:** | | **Seleccione una opción** | |
|  | | | |
| **SUSCRIPCIÓN DIGITAL / FÍSICA** | | | |
| **OFICINA DE CONTROL INTERNO** | | **UNIDAD AUDITADA** | |
| **Socializado o comunicado por:** | | **Respondido por:** | |
| **Nombre(s) y Apellido(s):** | *Nombre y Firma - Funcionario Oficina de Control Interno* | **Nombre y Apellido:** | *Nombre y Firma - Funcionario Proceso Auditado* |
| **Cargo y/o Rol:** |  | **Cargo y/o Rol:** |  |
| **Fecha:** |  | **Fecha:** |  |
|  | | | |