|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROCESO / ACTIVIDAD:** |  | **FECHA DEL REPORTE DEL HALLAZGO:** |  |
| **COPIA DEL REPORTE DIRIGIDO A:** |  | **HALLAZGO RECURRENTE:** |   NO SI SI  |
| **AUDITOR(ES) RESPONSABLE(S):** |  | **NÚMERO DEL HALLAZGO:** |  |
| **OBJETIVO(S) DEL PAPEL DEL TRABAJO:** |
| 1. ***Informar permanentemente al(los) responsable(s) del(los) proceso(s) auditado(s) acerca de los hallazgos identificados en el transcurso de la auditoría.***
2. ***Recibir la retroalimentación por parte del(los) responsable(s) del(los) proceso(s) auditado(s) que permita subsanar los hallazgos detectados de manera oportuna.***
 |
| **ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL AUDITOR** |
| **TÍTULO DEL HALLAZGO:** |
| ***Describe brevemente y de forma objetiva y específica el asunto.*** |

|  |
| --- |
| **CONDICIÓN:**  |
| ***Describe o relata los hechos concretos que revelan que no se cumplió con las normas requeridas.***  |
| **CRITERIO(S):**  |
| ***Norma(s) utilizada(s) para evaluar la situación.*** |
| **DESCRIPCIÓN DEL RIESGO - IMPACTO: (Auditor)** |
| ***Riesgo o evento que podría materializarse y afectar los objetivos del proceso y el impacto potencial de no haber cumplido con uno o más criterios.***  |

| **RECOMENDACIÓN(ES): (Auditor)** |
| --- |
| ***Sugerencias presentadas para corregir la novedad y evitar que vuelva a presentarse.*** |

| **CAUSA(S) : (Auditado)** |
| --- |
| ***Razón(es) fundamental(es) que motivaron el incumplimiento.*** |

|  |
| --- |
| ***ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO / ACTIVIDAD AUDITADA*** |
| **RESPUESTA** | * ***ACEPTADO***
* ***ACEPTADO PARCIALMENTE***
* ***NO ACEPTADO***
* ***NO RESPONDIÓ***
 | **ACCION REQUERIDA:** | ***ACEPTADO*** ***NO ACEPTADO***  |
| **JUSTIFICACION:** |
| ***Si el hallazgo no es aceptado, favor registre en este espacio la justificación debidamente soportada.*** |
| **HERRAMIENTA APLICADA PARA ANÁLISIS DE CAUSAS:***De acuerdo con la orientación dada por la Oficina de Planeación, se debe utilizar la metodología de las 5M* | * **Máquina**
* **Método**
* **Mano de obra**
* **Medio ambiente**
* **Materia prima**
 |
|  |

|  |
| --- |
| **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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Preventiva****Correctiva****Mejora** |  |  |  |
|  |  |  | **Preventiva****Correctiva****Mejora** |  |  |  |
|  |  |  | **Preventiva****Correctiva****Mejora** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:** | * ***ACEPTADO***
* ***ACEPTADO CON OBSERVACIONES***
* ***NO ACEPTADO***
 |
| ***El plan de mejoramiento es aceptado, en razón a que...*** |
| **SUSCRIPCIÓN** |
| **Responsable del Proceso / Actividad Auditada** | **Auditor(a) Responsable** |
| **Firma:**  | **Firma:** |
| **Nombre y Apellido:** | **Nombre y Apellido:** |
| **Cargo:** | **Cargo:** |
| **Fecha:** | **Fecha:** |