

INFORME FINAL
ENCARGO DE AUDITORIA N° 01/2026
Auditoría de Evaluación Independiente del MECIP.

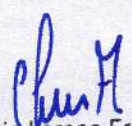

1. ANTECEDENTES:

Encargo de Auditoría vía memorándum N° 01/26, de fecha 19 de Enero de 2026, del Auditor Principal, Lic. *Jorge Espínola*, a los Auditores Internos Sr. *José Cardozo* y Lic. *Cynthia Fretes*, donde se dispone la evaluación del Nivel o Grado de Madurez del MECIP implementado en la Institución, en el marco de la Resolución CGR N° 147/19, emitida por la Contraloría General de la República e implementada por la Auditoría General del Poder Ejecutivo con respecto al Modelo Estándar de Control Interno del Paraguay (MECIP) 2015.

2. MARCO LEGAL:

- ✓ Constitución Nacional.
- ✓ Ley N° 1863/02 “*Que establece el Estatuto Agrario*”.
- ✓ Ley N° 2419/04 “*Que crea el Instituto Nacional de Desarrollo Rural y de la Tierra*”.
- ✓ Ley N° 276/94 “*De la Contraloría General de la República*”.
- ✓ Ley N° 1535/99 “*De Administración Financiera del Estado*”.
- ✓ Decreto N° 8127/00 “*Que reglamenta la Ley 1535/99*”.
- ✓ Decreto N° 13245/01 “*Que reglamenta las funciones de la AGPE y de las Auditorías Internas Institucionales*”.
- ✓ Decreto N° 1249/03 “*Por la cual se aprueba la reglamentación del régimen de control y evaluación de la Administración Financiera del Estado*”.
- ✓ Decreto N° 10883/07 “*Por la cual se establecen las facultades, competencias, responsabilidades y marco de actuación en materia de control interno de la Auditoría General del Poder Ejecutivo*”.
- ✓ Resolución C.G.R. N° 377/16 “*Por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay MECIP:2015*”.
- ✓ Resolución CGR N° 147/19 “*Por la cual se aprueba la Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez, a ser utilizada en el marco del Sistema de Control Interno del Modelo de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay – MECIP 2015*”.




Lic. Cynthia Lorena Fretes Arc
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna


- ✓ Resolución AGPE N° 326/19 “Por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos y la Matriz de Evaluación para un Sistema de Control Interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay MECIP:2015”.
- ✓ Resolución CGR N° 583/19 “Por la cual se actualiza el Manual de Auditoría Gubernamental (MAGU) para las Instituciones Públicas sujetas a la fiscalización y control de la Contraloría General de la República, y se deja sin efecto la Resolución CGR N° 146 del 25 de Marzo de 2019.”.
- ✓ Resolución N° 3012/25 “Por la cual se aprueba Plan Anual de Trabajo, Cronograma de Actividades y la Identificación y Plan de Gestión de Riesgos de la Auditoría Interna, a ser desarrollado en el Ejercicio Fiscal 2026”.

3. DESARROLLO DEL EXAMEN:

Para la realización del trabajo se tuvo a la vista los datos en formato digital insertados en el sistema informático de Evaluación del MECIP de la Contraloría General de la República (CGR) y de la Auditoría General del Poder Ejecutivo (AGPE). Se hace mención que el Sistema de la Contraloría General de la República (CGR), implemento un nuevo formato que se halla a prueba actualmente, con estructuración de criterios un tanto distinta a lo establecido por norma pertinente. En el siguiente cuadro se expone un resumen de la evaluación del nivel de maduración y calificación del Sistema de Control Interno MECIP 2015 por cada componente y arrojando los siguientes resultados:

| Componente | Grado | Nivel | Calificación |
|---------------------------|--------------|--------------|---------------------|
| Ambiente de Control | 3,32 | B- | Gestionado |
| Control de Planificación | 2,09 | C- | Diseñado |
| Control de Implementación | 2,05 | C- | Diseñado |
| Control de Evaluación | 3,17 | B- | Gestionado |
| Control para la mejora | 3,23 | B- | Gestionado |
| SCI consolidado | 2,54 | C | Diseñado |


 Lic. Cynthia Lorena Fretes Arce
 Jefa del Departamento de Control
 de Procesos Administrativos
 Auditoría Interna




Verificación de informes y documentos analizados (Principales Observaciones).-

A. Componente ambiente de control. En esta fase la institución se ubicó en un nivel de madurez **GESTIONADO**, se aprecia que el Sistema de Control Interno se encuentran correctamente definido, en la mayoría de los principios evaluados, con Planes de Mejoramiento implementados y en procesos vigentes, a resultados de auditorías anteriores practicadas, y en el marco de lo precedentemente citado se menciona las siguientes observaciones como oportunidades de mejora:

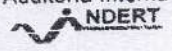
- Impulsar la continua implementación y en mayor grado, de parte de la Auditoría Interna, de los procedimientos de entrevistas a la totalidad de funcionarios, abarcando todas las dependencias, categorías y niveles pertinentes, con mayor énfasis en el conocimiento práctico y demostración efectiva del contenido de los ítems abarcados.
- No se evidenciaron los Acuerdos y Compromisos Éticos asumidos, correspondientes a todos los funcionarios de la Institución. Conforme contenido de entrevistas y en base a evidencias analizadas, este requisito aún no cumple con la base expresada por la norma MECIP:2015.

B. Componente control de la planificación. En esta fase el componente se ubicó en un nivel de madurez **DISEÑADO**, la institución ha estado trabajando en la implementación de los elementos requeridos, en la mayoría de los principios evaluados, con Planes de Mejoramiento implementados y en procesos vigentes, a resultados de auditorías anteriores practicadas, y en el marco de lo precedentemente citado se menciona las siguientes observaciones como oportunidades de mejora:

- No se observa suficiente evidencia de seguimiento de la comunicación y entendimiento del total de los funcionarios, del marco estratégico institucional (Misión, Visión, PEI, POA, Normograma).
- Falta PEI aprobado, Organigrama actualizado, Manual de Funciones, aprobación de Perfiles y Manual de Procedimientos actualizado.
- No se evidenció la ficha procesos pertenecientes a todas las dependencias. Mayor implementación de datos técnicos en la ficha de formulación.
- No se visualiza evidencia de análisis FODA institucional. Falta de formulación de la Matrices de Riesgos Estratégico y Operativo.



Lic. Cynthia Lorena Torres Arias
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna





C. **Componente control de la implementación.** En esta fase el componente se ubicó en un nivel de madurez **DISEÑADO**, esto debido a que algunos controles básicos están establecidos, en la mayoría de los principios evaluados, con Planes de Mejoramiento implementados y en proceso vigente, a resultados de auditorías anteriores practicadas, y en el marco de lo precedentemente citado se menciona las siguientes observaciones como oportunidades de mejora:

- No se visualizaron nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles definidos.
- Falta de indicadores que demuestren el impacto y la efectividad de los controles.
- Falta formulación de Manual de Procedimientos operacional.
- Se visualizo un Manual de Comunicación, pero no se evidencia si las políticas definidas fueron implementadas.
- No se evidencia aplicación de matriz de polifuncionalidad por la Dirección del Talento Humano. No se evidencia suficientemente que la base de datos (digital) correspondiente al legajo de los funcionarios se encuentre en forma completa conforme reza la norma.
- No se evidencia definiciones de niveles de aprobación de documentos.
- No se evidencia implementación de conversatorios.

D. **Componente control de la evaluación.** El puntaje obtenido para este componente está con un nivel de madurez **GESTIONADO**, los controles se encuentran en la fase de diseño, en la mayoría de los principios evaluados, con Planes de Mejoramiento implementados y en proceso vigente, a resultados de auditorías anteriores practicadas, y en el marco de lo precedentemente citado se menciona las siguientes observaciones como oportunidades de mejora:

- No se visualizó implementación de indicadores ni tableros que reporten el cumplimiento de las metas, en tiempo real.
- Se evidencia aprobación de procedimiento de uno de los subprocesos componentes que regula los cuatro procesos de la Auditoría Interna, debiendo impulsarse la aprobación de los restantes procedimientos respectivos.





Lic. Cynthia Lorena Freije
Jefa del Departamento de
de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
INDETER

E. **Componente control para la mejora.** La calificación obtenida del nivel de madurez es **GESTIONADO** teniendo en cuenta que el sistema de control interno se encuentra formalizado en la mayoría de los principios evaluados, con Planes de Mejoramiento implementados y en proceso vigente, a resultados de auditorías anteriores practicadas, y en el marco de lo precedentemente citado se menciona las siguientes observaciones como oportunidades de mejora:

- Conforme informe de seguimiento al PMI arroja un porcentaje de cumplimiento de bajo. Evidencias insuficientes para la verificación de la eficacia de las acciones de mejoramiento tomadas.

4. **CONCLUSIONES:**

La Institución obtuvo como resultado del análisis practicado a los documentos suministrados, una valoración de **2,54** equivalentes a un nivel de madurez **DISEÑADO**, teniendo en cuenta que el Sistema de Control Interno está correctamente definido, los controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta “*disciplina*” respecto a ellos.


5. **RECOMENDACIONES:**

- Arbitrar las medidas administrativas para que la Auditoría Interna, proceda a evaluar la efectiva implementación de la NRM al cierre del Ejercicio Fiscal 2024, utilizando la matriz de evaluación por niveles de madurez, aprobada en la **Resolución CGR 147/19**, cuyo resultado deberá ser comunicado a la CGR y AGPE, conforme al análisis de todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control cargadas en los respectivos sistemas de los Entes de control.
- Proseguir con los planes y cronogramas para la implementación de la NRM, si fuese necesario ajustar acciones, conforme PMI implementados en base a las auditorías anteriores.


Lic. Mag. Jorge Espinosa
Auditor Principal
NDERT



Es nuestro informe.


Lic. Cynthia Lorena Fretes Arce
Jefa del Departamento de Control
de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
NDERT



MODELOS DE EVALUACIÓN POR NIVELES DE MADUREZ

Los modelos de evaluación por Nivel de Madurez pueden ser utilizados para dar soporte a las organizaciones en la búsqueda de la excelencia en sus Sistemas de Control, acompañándolas en sus procesos de desarrollo, implementación, mantenimiento y mejora continua.

Se define al Modelo de Madurez como un marco de referencia conceptual que establece niveles de madurez en diferentes factores de relevancia institucional, alineados con su capacidad de Control Interno.

"Madurez" es la plenitud del desarrollo en perfectas condiciones. ¡Es la razón por la que el Éxito ocurre!

Todas las organizaciones marchan a través de un proceso de madurez, y ese proceso precede a la excelencia. La Curva de Aprendizaje de la madurez se mide con los años (Kerzner, 2001)

BENEFICIOS:

- > Evaluar la Capacidad de Control de las Instituciones
- > Identificar Debilidades y Fortalezas
- > Determinar la Línea Base para los Procesos de Mejora



| Metodología de Evaluación de Implementación MECIP:2015 por NIVEL DE MADUREZ | |
|---|--|
| # | Pasos |
| 1 | El evaluador (auditor interno o externo) realizará auditoría documental y de campo sobre los elementos del Sistema de Control Interno. |
| 2 | En base a las preguntas establecidas para cada requisito normativo, y en consideración a las Evidencias Esperables (ejemplos) en cada caso, indicará el Nivel de Madurez alcanzado teniendo en cuenta la Tabla de Referencias incluidas en este archivo, colocando una "x" en la columna correspondiente (hay una columna de control, inicialmente en amarillo, que pasa a verde si el ítem fue evaluado o rojo, si por error se puso más de una "x" para un mismo ítem evaluado). |
| 3 | Completada la planilla, el sistema calcula y define un Nivel de Madurez por cada Componente de MECIP:2015, que además se consolida en un Nivel Global de Madurez a nivel institucional (hay una solapa por componente y una para el consolidado). |
| 4 | Por supuesto, las valoraciones realizadas deben estar respaldadas por Evidencias Objetivas (verificables), que deberán ser mencionadas en el campo de Observaciones de la planilla, para cada ítem evaluado. |


 Lic. Cynthia Libreña Fletes Arce
 Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
 Auditoría Interna



 Auditor J. Principal







| Interpretación de Niveles de Madurez | | Criterios de Valorización Intermedios (por nivel) | | Puntaje | Escala |
|--------------------------------------|--|---|--|---------|--------|
| Valoración | Situación | Valoración | Criterio | | |
| 0 | El Control Interno no está sistematizado. Algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos | bajo (b) | cuando la realidad de la organización coincide básicamente con las situaciones descritas para ese nivel de madurez | 0 | E- |
| 1 | El Sistema de Control Interno se encuentra en fase de Diseño. Algunos Controles básicos están establecidos, pero en general se trata de "impulsos" personales | medio (m) | cuando la realidad de la organización se encuentra entre las situaciones descritas para ese nivel de madurez y el siguiente nivel | 0,4 | E |
| 2 | El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los Controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta "disciplina" respecto a ellos | Alto (a) | cuando la realidad de la organización se encuentra próxima a las situaciones descritas para el siguiente nivel de madurez pero no lo alcanza en su totalidad | 0,7 | EE |
| 3 | El Sistema de Control Interno se encuentra desplegado e implementado, y se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados | | | 1 | D- |
| 4 | La organización optimiza continuamente su Sistema de Control Interno, logrando mejoras comprobables en su desempeño | | | 1,4 | D |
| 5 | La organización demuestra un nivel de excelencia que la coloca como "Primera en su Clase" para el elemento evaluado | | | 1,7 | DD |
| | | | | 2 | C- |
| | | | | 2,4 | C |
| | | | | 2,7 | CC |
| | | | | 3 | B- |
| | | | | 3,4 | B |
| | | | | 3,7 | BB |
| | | | | 4 | A- |
| | | | | 4,4 | A |
| | | | | 4,7 | AA |
| | | | | 5 | AAA |

Lic. Mag. Jorge Espínola
Auditor Principal
INDERT

[Signature]
INDERT

Lic. Cynthia Lorena Hretes Arce
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos Auditoría Interna
INDERT



| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones | | |
|--|--|---|---|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|--|--|--|
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m | a |
| A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.) | Asume la A.D. su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno? | <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento | <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento | | | | | | | | | | | | BAGP 2025, Reporte de seguimiento PMI, Reportes de AI. | | |
| | Se asegura la A.D. que se establezca la política de control interno? | | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de Política de Control Interno aprobada por la Máxima Autoridad Institucional | | | | | | | | | | | | | Política de Control Interno - R.P. N° 3661/2025. | |
| | Se asegura la A.D. que los requisitos del sistema de control interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo? | | <ul style="list-style-type: none"> Demostración general de conocimiento del Modelo de Gestión por Procesos | | | | | | | | | | | | | | Mapa de Procesos, R.P. N° 3337/2025. |
| | Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos? | | <ul style="list-style-type: none"> Demostración general de conocimiento de la Gestión de Riesgos | | | | | | | | | | | | | | Manual de Gestión de Riesgos, R.P. N° 875/2023. |
| | Asegura la A.D. que los recursos necesarios para el sistema de control interno estén disponibles? | | <ul style="list-style-type: none"> Asignación de partidas específicas en el presupuesto institucional (capacitación, consultorías, etc.) Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno | | | | | | | | | | | | | | Estructura de la Dirección General del MECIP, R.P. N° 3117/2012. |

A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.)

Lic. Cynthia Lora Fretes Arce
 Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
 Auditoría Interna
 INDERT

Lic. Mayra Jorge Espinola
 Auditor Principal
 INDERT





| Ambiente de Control | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|---|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|
| Componente | Requisito | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones |
| | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | |
| | Asegura la A.D. que el sistema de control interno logre los resultados previstos? | <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento | | | | | | | | | | | | BAGP 2025, Reporte de seguimiento PMI, Reportes de AI. |
| | Asume la A.D. el compromiso, dirigiendo y apoyando a todos los niveles de la organización para contribuir a la efectividad del sistema de control interno? | <ul style="list-style-type: none"> Aprobación de un Plan de Capacitación que incluya aspectos del Control Interno Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno Actas o reportes que evidencien su participación en reuniones en los que se tratan aspectos de Control Interno (ej.: reuniones de comités) | | | | | | | | | | | | Plan de Capacitación 2025 y R.P. N° 1276/2025, Comité de Control Interno R.P. N° 2206/2025, Actas de Reunión. |
| | Promueve la A.D. la mejora continua del Control Interno? | <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento | | | | | | | | | | | | Reporte de avance de PMI. |
| | Está la PCI formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad (M.A.)? | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Política de Control Interno con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Política de Control Interno | | | | | | | | | | | | |

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]
Lic. Cynthia Lorena Fretes Arocas
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
INDETER

[Handwritten signature]



Lic. Mag. Jorge Espina
Auditor Principal
INDETER



| Componente | Ambiente de Control | | | | | | | | | | | | | | Observaciones |
|---|---|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|---|---|--|
| | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | ✓ | | | |
| | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m | a | |
| Requisito | Ejemplo de Evidencias / Criterios | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Pregunta</p> <p>Se encuentran los A y CE correctamente formulados?</p> | <ul style="list-style-type: none"> Están alineados con la función constitucional y legal de la institución, su misión, visión, valores y principios compartidos por los funcionarios Están alineados con la cultura institucional relacionada a la integridad, la transparencia y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública Identifican las prácticas éticas de la institución, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación Establecen criterios para el comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés, tanto internos como externos, y otros factores humanos | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Pregunta</p> <p>Los A y CE fueron contruidos de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?</p> | <ul style="list-style-type: none"> Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción de los AyCE Existencia de Compromisos Éticos documentados por dependencia, alineados a los AyCE institucionales | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Pregunta</p> <p>La institución ha definido y aplica instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los AyCE?</p> | <ul style="list-style-type: none"> Conformación de un Comité de Ética Actas de reunión del Comité de Ética que muestren el tratamiento de situaciones asociadas a la evaluación de incumplimientos | | | | | | | | | | | | | | |
| A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AyCE) | | | | | | x | | | | | | | | | <p>Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia rubricados.</p> <p>No se evidenciaron documentos de AyCE de las dependencias del Interior del país.</p> <p>Comité de Ética R.P. N° 2207/2025, Actas de reunión.</p> |



Lic. Cynthia Ibrera Flores Arce
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
INDERT

Lic. Mag. Jorge Espinosa
Auditor Principal
INDERT



| Ambiente de Control | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|------------|---|---|----------|---|---|------------|---|---|------------|---|---|------------|--|--|
| Componente | Requisito | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | | DISEÑADO | | | GESTIONADO | | | OPTIMIZADO | | | EXCELENCIA | Observaciones | |
| | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | m | a | | | |
| | Los AyCE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de los AyCE | | | | | | | | | | | | | x | Actas de reunión, Código de Ética R.P. N° 3742/2025. | |
| | Los AyCE están formalmente documentados y aprobados por la Máxima Autoridad? | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo los AyCE con la firma de la M.A. (Código de Ética) Disposiciones Administrativas que aprueba los AyCE | | | | | | | | | | | | | | x | Código de Ética R.P. N° 3742/2025. |
| | Los AyCE han sido adecuadamente comunicados y son entendidos por todos los funcionarios? | <ul style="list-style-type: none"> Registros de distribución de copias (incluyendo cartelera, disponibilidad en la web institucional, etc.) Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca de los AyCE Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación | | | | | | | | | | | | | | | Resultado de Entrevistas (parcial) de la AI, Registros de comunicación varios. |



Lic. Mag. Jorge Espinola
Auditor Principal

Lic. Cynthia Lorena Frétes Arce
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna



| Ambiente de Control | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|------------|---|---|----------|---|---|------------|---|---|------------|---------------|--|--|
| Componente | Requisito | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | | DISEÑADO | | | GESTIONADO | | | EXCELENCIA | Observaciones | | |
| | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | | | | |
| A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG) | Se encuentra el PBG correctamente formulado? | <ul style="list-style-type: none"> Foco en la orientación estratégica de la institución, su misión, su visión y su naturaleza Alineado con los principios éticos, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación Alineado con los valores institucionales Orientado a cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de interés de la institución Contemple los diferentes canales de comunicación institucional Promueva la mejora continua Identifique y promueva las prácticas democráticas de la institución Considere las políticas de gestión del Talento Humano de la institución | | | | | | | | | | | | | |
| | El PBG fue construido de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización? | <ul style="list-style-type: none"> Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PBG | | | | | | | | | | | | | |
| | El PBG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiados? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones del PBG | | | | | | | | | | | | | |
| | El PBG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad? | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo el PBG con la firma de la M.A. Resolución que aprueba el PBG | | | | | | | | | | | | | |



Lic. Mag. Jorge Espínola
Auditor Principal



Lic. Cynthia Lorena-Fretes Arce
Jefe del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna



| Control de la Planificación | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---|---|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|--|
| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones |
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | |
| | La Misión institucional se encuentra correctamente definida? | <ul style="list-style-type: none"> Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes Incluye la formulación explícita de los propósitos "de la Institución" Expresa la razón de ser de la institución en todas sus dimensiones e involucra al "cliente" (usuario, destinatario o beneficiario) Es corta y fácil de comprender | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Misión | | | | | | | | | | | | Misión Institucional R.P. N° 3874/2025. |
| | La Misión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencian el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueban nuevas versiones de la Misión | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Misión | | | | | | | | | | | | Misión Institucional R.P. N° 3874/2025. |
| | La Misión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencian el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueban nuevas versiones de la Misión | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Misión | | | | | | | | | | | | Misión Institucional R.P. N° 3874/2025, Acta de reunión. |
| | La Visión institucional se encuentra correctamente definida? | <ul style="list-style-type: none"> Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes Provee el marco de referencia de lo que la institución quiere y espera en el futuro Señala el camino que permite a la Dirección establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Visión | | | | | | | | | | | | Visión Institucional R.P. N° 3874/2025. |
| | La Visión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencian el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueban nuevas versiones de la Visión | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Visión | | | | | | | | | | | | Visión Institucional R.P. N° 3874/2025. |
| | La Visión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencian el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueban nuevas versiones de la Visión | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Visión | | | | | | | | | | | | Visión Institucional R.P. N° 3874/2025, Acta de reunión. |



Lic. María Jorge Espinola
Auditor Principal
INDERT



Lic. Cynthia Lorená Frates Arce
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
INDERT



| Componente | Control de la Planificación | | | | | | | | | | | | | | Observaciones | |
|-------------------------------------|--|---|---|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|--|--|---------------|---|
| | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | ✓ | | | | |
| | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | | | | m |
| Requisito | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B.1 Direccionamiento Estratégico | Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa? | | Ejemplo de Evidencias / Criterios | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | | Observaciones | | | |
| | Existe un Plan Estratégico Institucional (PEI)? | | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes Definición de responsabilidades | | x | | | | | | | | Plan Estratégico norma, R.P. N° 3715/2025. | | | |
| | El PEI satisface los criterios básicos para su adecuada formulación? | | <ul style="list-style-type: none"> Documento/s formalmente aprobado/s por la Máxima Autoridad Considera las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica (ej.: FODA) Incluye la definición de objetivos institucionales, y estos son coherentes con la misión y visión institucional Se adecua al cumplimiento de los propósitos constitucionales y legales de la institución, en consonancia con las necesidades de la sociedad a la que atiende Establece los cursos o líneas de acción necesarios para el logro de su misión, visión y objetivos institucionales, para un periodo de tiempo determinado Define los recursos necesarios para el logro de los fines trazados Incluye la definición de instrumentos de seguimiento y medición del grado de avance de los planes, y de los logros alcanzados | | x | | | | | | | | No se observa evidencia al respecto. | | | |
| | Se revisan periódicamente los planes institucionales para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados? | | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueben nuevas versiones de los PEI y/o POI | | x | | | | | | | | No se observa evidencia al respecto. | | | |



Lic. Mag. Jorge Espínola
Auditor Principal
INDERT



Lic. Cynthia Lorena Fretes Arce
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoria Interna
INDERT



Jefe del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
NDERT

| Control de la Planificación | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|----------|--|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones | |
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m |
| B.2 Gestión por Procesos | La institución comunica su Misión, Visión, Objetivos y Planes de acción a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones individuales al respecto? | | <ul style="list-style-type: none"> Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación | | | | | | | | | | | | No se observa evidencia al respecto. | |
| | Se ha desarrollado un Mapa de Procesos, que permita el despliegue de los procesos con un enfoque estratégico, misional y de apoyo? | | <ul style="list-style-type: none"> Documento/s aprobado/s definiendo un Mapa de Procesos Institucional Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Estratégicos Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Misionales Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos de Soporte | | | | | | x | | | | | | Mapa de Procesos, R.P. N° 3373/2025. | |
| | El Modelo de Gestión por Procesos (Mapa de Procesos) está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad? | | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo el Mapa de Procesos con la firma de la M.A. Resolución que aprueba el Mapa de Procesos | | | | | | | | | | x | | | Mapa de Procesos, R.P. N° 3373/2025. |
| | Se cuenta con una adecuada Caracterización de los Procesos identificados? | | <ul style="list-style-type: none"> Documento/s (ej.: fichas de procesos) aprobado/s definiendo: <ul style="list-style-type: none"> Los objetivos de cada proceso, y su coherencia y armonía con la misión y objetivos institucionales Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios Los reportes e información generados y sus destinatarios La interacción con otros procesos Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño, necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos Los recursos necesarios para su ejecución | | | | | | | | | | | x | | Ficha de caracterización. |

Lic. Mag. Jorge Espinola

 Auditor Principal

 Lic. Mag. Jorge Espinola

 Auditor Principal



| Control de la Planificación | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|---|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|--|--|
| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones | |
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m |
| B.3 Estructura Organizacional | El Modelo de Gestión por Procesos (mapa y caracterizaciones) son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueben nuevas versiones del Mapa de Procesos y otros documentos pertinentes | <ul style="list-style-type: none"> x | | | | | | | | | | | | Acta de reunión, R.P. N° 3373/2025. | |
| | Se han definido los puestos de trabajo, con base a las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue de los procesos? | <ul style="list-style-type: none"> Manual de Cargos y Funciones Perfiles de Puestos | <ul style="list-style-type: none"> x | | | | | | | | | | | | | No existe evidencia de Manuales de Cargos y Funciones, ni definición de perfiles de puestos actualizado. |
| | Existe un Organigrama estructural de la institución? | <ul style="list-style-type: none"> Organigrama Funcional documentado | <ul style="list-style-type: none"> x | | | | | | | | | | | | | No existe evidencia de Organigrama Institucional actualizado. |
| | La Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de Puesto) está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad? | <ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo el Organigrama con la firma de la M.A. Documento/s conteniendo los Perfiles de Puesto con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Estructura Organizacional | <ul style="list-style-type: none"> x | | | | | | | | | | | | | No existe evidencia de Organigrama Institucional actualizado. R.P. N° 121/2017. |
| | Las funciones y responsabilidades de cada funcionario han sido adecuadamente comunicadas? | <ul style="list-style-type: none"> Registros de distribución de copias de perfiles de puesto Registros de distribución de copias del Organigrama (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) Registros de Asistencia a Talleres, Capacitaciones o Entrevistas Personales que incluyan discusión acerca de los deberes y responsabilidades de cada funcionario Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento y comprensión | <ul style="list-style-type: none"> x | | | | | | | | | | | | Resultado de entrevistas (parcial) de la AI. | |
| | Se han establecido uno o varios procedimientos para la continua lyER, y para la determinación de las medidas de control necesarias? | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento/s documentados y aprobado/s Guías Técnicas de Implementación Formularios o modelos estándar para la construcción de matrices de riesgo Definición de criterios y responsabilidades | <ul style="list-style-type: none"> x | | | | | | | | | | | | Norma para elaboración de Matriz de Riesgos BIR, R.P. N° 975/2023. | |

Lta. Cynthia Lorena Fretes Arce

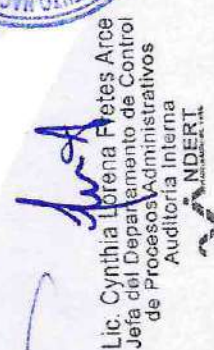
 Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos


 Auditoría Interna

 INDERT

| Control de la Planificación | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|---|---|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|
| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones |
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | |
| | | La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Revisiones asociadas a cambios en el contexto organizacional o en los procesos | | | | | | | | | | | | No se evidencia suficiente documentación al respecto. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|---|
| Cantidad de Casillas puntuadas | 4 | 6 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 7 | 0 | 0 |
| Valor asignado por casilla | 0 | 0,4 | 0,7 | 1 | 1,4 | 1,7 | 2 | 2,4 | 2,7 | 3 | 3,4 | 3,7 | 4 | 4,4 | 4,7 | 5 |
| Puntaje por Columna (cantidad x Valor) | 0 | 2,4 | 0 | 1 | 4,2 | 0 | 0 | 2,4 | 2,7 | 0 | 6,8 | 0 | 4 | 31 | 0 | 0 |
| Valor Final del Componente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas) | 2,09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C- | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Diseñado | | | | | | | | | | | | | | | |


 Lic. Cynthia Lorena Fletes Arce
 Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
 Auditoría Interna
 INDERT


 Lic. Jorge Espinola
 Auditor Principal
 INDERT





| Control de la Implementación | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|--|--|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|
| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones |
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | |
| C.1 Control Operacional | | Los controles implementados contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hacia niveles tolerables | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de planes de mejora y/o definición de controles derivados de la evaluación de Riesgos Significativos Existencia de Indicadores que muestren el impacto y efectividad de los controles | | | | | x | | | | | | | Reportes de seguimiento de PMI de la A.I. |
| | | El nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles definidos son adecuados a las características de la organización? | <ul style="list-style-type: none"> Evaluar coherencia entre la magnitud y sofisticación de los Controles y la criticidad de los Riesgos | x | | | | | | | | | | | |
| C.1.1 Políticas Operacionales | | La institución ha definido políticas operacionales que permiten estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de Políticas Operacionales documentadas para los procesos/subprocesos clave | | | | | | | | | x | | | Manual de Políticas Operacionales, Macroprocesos y Procesos aprobados |
| | | Las políticas operacionales definen los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos? | <ul style="list-style-type: none"> Políticas operacionales coherentes con los objetivos de los procesos/subprocesos clave | | | | | | | | x | | | | Manual de Políticas Operacionales, Macroprocesos y Procesos aprobados |
| | | Existe coherencia entre las políticas definidas y los lineamientos estratégicos determinados en el componente de Control de la Planificación? | <ul style="list-style-type: none"> Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos | | | | | | | x | | | | | Manual de Políticas Operacionales, Macroprocesos y Procesos aprobados |
| | | Las políticas incorporan parámetros que orientan el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento? | <ul style="list-style-type: none"> Políticas operacionales que establecen un adecuado marco de gestión para orientar los procesos/subprocesos de manera efectiva | | | | | | | | | x | | | Manual de Políticas Operacionales, Macroprocesos y Procesos aprobados |
| | | Las políticas incluyen la definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento? | <ul style="list-style-type: none"> Políticas operacionales que incluyen claras definiciones de "premios y castigos" Evidencias objetivas de aplicación adecuada en casos concretos | | | | | | | | | | | | |
| | | Se asegura que las políticas operacionales son revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de documentación que defina criterios y frecuencias de revisión Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueben nuevas versiones de las Políticas Operacionales | | | | | | | | | | | x | Actas de reunion, registros varios. |



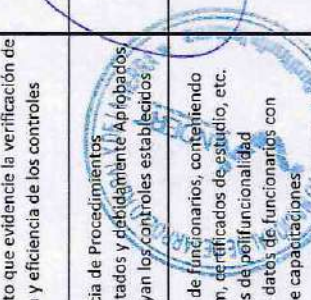
[Signature]
Lto. Cynthia Lorena Frótes Ar
Jefa del Departamento de Cont
de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
NDERT

[Signature]
Mag. Jorge Estrella
Auditor Principal
NDERT

| Componente | Requisito | Ejemplo de Evidencias / Criterios | Control de la Implementación | | | | | | | | | | | | Observaciones |
|------------|---|---|--|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|--|
| | | | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | | |
| | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | m | |
| | Las Políticas Operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la Máxima Autoridad? | <ul style="list-style-type: none"> Documentos conteniendo las Políticas Operacionales con la firma de la M.A. Resolución/es que aprueba/n las Políticas Operacionales | | | | | | | | | | | | | Manual de Políticas Operacionales, R.P. N° 2310/2024. |
| | Las políticas operacionales son comunicadas a todos los niveles de la organización, y los funcionarios son conscientes de sus obligaciones al respecto? | <ul style="list-style-type: none"> Evidencias objetivas de realización de actividades de socialización (actas, planillas de asistencia, etc.) Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de las Políticas Operacionales | | x | | | | | | | | | | | Resultado de entrevistas (parcial) de la AI, registros de comunicación varios. |
| C.1.2 | Procedimientos | Se han desarrollado procedimientos documentados para cubrir situaciones en que su ausencia podría afectar la capacidad de control y/o causar desviaciones a las políticas y objetivos definidos? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados para los procesos críticos Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de los Procedimientos | | x | | | | | | | | | | Procedimientos PKF aprobado, resultado de entrevista (parcial) de la AI. |
| | | La determinación e implementación de los controles, o los cambios a controles existentes, tiene en cuenta la reducción de los riesgos de acuerdo a la siguiente jerarquía: prevención, detección, protección y corrección? | <ul style="list-style-type: none"> Definición documentada de Controles: o Planes de acción preventiva/correctiva o Planes de mejoramiento Controles definidos e implementados, coherentes con la magnitud de los Riesgos identificados | | | | | | | | | | | | Reportes de seguimiento de PMI de la AI. |
| C.1.3 | Controles | Se ha definido e implementado una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes, para asegurar que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados Matrices, reportes, indicadores u otro documento que evidencie la verificación de la eficacia y eficiencia de los controles | | | | | | | | | | | | Procedimientos de AI aprobados, Reportes de seguimiento de PMI de la AI. |
| | | En los casos que fuera pertinente, se han integrado en los controles en los procesos y procedimientos aplicables? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados que incluyan los controles establecidos | | | | | | | | | | | | Procedimientos de AI aprobados. |
| | | Existen registros que permitan evidenciar que los funcionarios son competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno | <ul style="list-style-type: none"> Legajos de funcionarios, conteniendo currículum, certificados de estudio, etc. Matrices de polifuncionalidad Base de datos de funcionarios con registro de capacitaciones | | | | | | | | | | | | Reporte de la DGGDP sobre el legajo de funcionarios, no se evidencia matriz de polifuncionalidad, evidencia insuficiente que demuestre una base de datos completa. |



Lic. Mag. Jorge Espíndola
Auditor Principal



Lic. Cynthia Larrea Fretes Arce
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
INDERT



| Componente | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | Control de la Implementación | | | | | | | | | | | | Observaciones | | |
|---|--|--|------------------------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|---------------|---|--|
| | | | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | | | | |
| | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | m | | a | |
| C.2 Competencia, formación y toma de conciencia | Se han identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno? | <ul style="list-style-type: none"> Evaluaciones de desempeño Reportes por dependencia Reportes del sector responsable del desarrollo del talento humano Plan anual de capacitación y entrenamiento Registros de asistencia a actividades de capacitación (interna o externa) Certificados de cursos Procedimiento que incluya criterios y metodologías aplicables Reportes o registros de evaluación | | | | | | | | | | | | | | | Reportes de necesidades de capacitaciones por dependencia y evaluaciones de desempeño. |
| | Se planifican e implementan actividades de formación de acuerdo a las necesidades detectadas? | <ul style="list-style-type: none"> Resultados de entrevistas con funcionarios de distintos niveles y dependencias | | | | | | | | | | | | | | | Plan anual de capacitación, registro y reporte del área de la DGGDP. |
| C.3.1 Sistema de Información | Se evalúa la eficacia de las actividades de formación implementadas? | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento que incluya criterios y metodologías aplicables Reportes o registros de evaluación | | | | | | | | | | | | | | | Reportes de eficacia. |
| | Los funcionarios de todos los niveles son conscientes de sus funciones y responsabilidades, y de las consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos establecidos? | <ul style="list-style-type: none"> Resultados de entrevistas con funcionarios de distintos niveles y dependencias | | | | | | | | | | | | | | | |
| C.3.1 Sistema de Información | Se han determinado las fuentes de información relevantes y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno? Y se asegura que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna? | <ul style="list-style-type: none"> Metodología, criterios y registros para recolección de datos Identificación de Reportes relevantes por proceso Diseño de Tableros de Indicadores Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar disponibilidad de datos críticos | | | | | | | | | | | | | | | Registro de recolección de datos. |
| | Puede asegurarse que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable? | <ul style="list-style-type: none"> Resultado de Evaluación de Documentos pertinentes (reportes, tableros, etc.) Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar calidad de datos críticos | | | | | | | | | | | | | | | No se evidencia documento al respecto. |
| C.3.1 Sistema de Información | Se asegura que la información documentada requerida por el sistema de control interno (políticas, procedimientos, matrices, tablas de datos, etc.) se encuentren disponibles en su lugar de uso, y que se encuentre adecuadamente protegida? | <ul style="list-style-type: none"> Resultado de Entrevistas con los distintos Niveles de la Organización Resultado de la Observación (disponibilidad) en los distintos lugares de trabajo | | | | | | | | | | | | | | | Resultado de entrevistas (parcial) de la AI. |
| | Se encuentran claramente definidos los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control interno? | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada Tablas de Niveles de Aprobación de Documentos Resoluciones u otros actos administrativos que definan Niveles de Aprobación de Documentos | | | | | | | | | | | | | | | No se evidencia documento al respecto. |



Jorge Espíndola

 Auditor Principal



Cynthia Lorenza Flores Arce

 Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos



 INSTITUTO PARAGUAYO DE AUDITORÍA INTERNA

| Control de la Implementación | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------|--|--|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|---|
| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones | |
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m |
| C.3.2 Control de Documentos | | Se encuentra claramente definida y se aplica una metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución, archivo | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada Resultado de la Observación (aplicabilidad) en los distintos lugares de trabajo | x | | | | | | | | | | | No se evidencia documento al respecto. | |
| | | Se encuentra correctamente identificado el estado de revisión y de cambios en los documentos? | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento que describa la metodología de identificación de versionado y cambios en los documentos Resultado de la evaluación de documentos disponibles en diferentes lugares de trabajo | x | | | | | | | | | | | No se evidencia documento al respecto. | |
| | | Se ha definido y se aplica una metodología para la gestión de documentos de origen externo? | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento que describa la metodología de identificación y control de los documentos de origen externo Resultado de la evaluación de documentos externos utilizados en diferentes lugares de trabajo | x | | | | | | | | | | | | No se evidencia documento al respecto. |
| C.4.1 Comunicación Interna | | Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles Evidencias de no conformidades o reclamos originados en fallas de comunicación interna | | | | | x | | | | | | | Política de Comunicaciones, R.P. N° 15/2023., resultado de entrevista (parcial) de la AI. | |
| | | Se ha definido qué información será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles | | | | | | x | | | | | | | Política de Comunicaciones, R.P. N° 15/2023., resultado de entrevista (parcial) de la AI. |
| | | Se fomenta la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles | | | | | | | | | | | | | |
| | | Se han incorporado mecanismos que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias? | <ul style="list-style-type: none"> Implementación de "conversatorios" Implementación de Boletines de Sugerencias | | | | | | | | | | | | | Informe de la Dirección General de Comunicaciones. |



Jorge Espinola
Auditor Principal

Lic. Cynthia Ibarra Fretes Arce
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna

| Control de la Implementación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|---|---|--|
| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones | | |
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m | a |
| C.4.2 Comunicación Externa | Se revisa periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados? | Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información desde y hacia afuera de la organización ? | <ul style="list-style-type: none"> Actas de reunión (ej.: Análisis Crítico por la Alta Dirección) Reportes de evaluación (Dir. Comunicaciones) | | | | | x | | | | | | | Reporte de la DGC y actas de reunión. | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Política de Comunicaciones, R.P. N° 15/2023, resultado de entrevista (parcial) de la AI. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C.4.3 Rendición de Cuentas | Se ha definido qué información y a través de qué canales será comunicada a los diferentes grupos de interés externos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados? | Se han desarrollado procedimientos documentados para establecer la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencias de las rendiciones de cuenta a la sociedad? | <ul style="list-style-type: none"> Existencia de Procedimiento/s Documentado/s y debidamente Aprobados Resultado de Entrevistas con funcionarios con responsabilidad directa sobre el proceso de Rendición de Cuentas | | | | | | | | | | | | Manual de Rendición de Cuentas R.P. N° 3694/2025, resultado de entrevista (parcial) de la AI. | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Actas de reunión, registros varios. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| Cantidad de Casillas puntuadas | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Valor asignado por casilla | 0 | 0,4 | 0,7 | 1 | 1,4 | 1,7 | 2 | 2,4 | 2,7 | 3,0 | 3,3 | 3,4 | 3,7 | 4 | 4,4 | 4,7 | 5 |
| Puntaje por Columna (cantidad x valor) | 0 | 0,4 | 0,7 | 1 | 7 | 1,7 | 4 | 9,6 | 8,1 | 6 | 10 | 19 | 0 | 4,4 | 0 | 0 | 0 |
| Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas) | 2,05 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Diseñado | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lic. Mag. Jorge Espinola
Auditor Principal

Lic. Cynthia Lorena Frutos Arce
Jefa del Departamento de Control de Puntaje de Actividades

| Control de la Evaluación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|-----|---------|---|----------|-----|------------|-----|------------|---|------------|---|--|-----|
| Componente | Requisito | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones | | |
| | | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m | a |
| D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno | Se han definido indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos? | Los indicadores se encuentran correctamente diseñados asegurando que se ha considerado en cada caso el factor clave a evaluar, el origen de la información, la frecuencia de medición, las metas y rangos de tolerancia y los responsables del seguimiento? | <ul style="list-style-type: none"> • Tableros de Indicadores • Reportes y Gráficos | x | | | | | | | | | | | No se evidencia documentación correspondiente al Ejercicio Fiscal 2025. | | |
| | Los indicadores están actualizados, se aplican y mantienen como fuente para la toma de decisiones que afectan a la capacidad del control interno? | Se han planificado auditorías internas del sistema de control interno (SCI)? | Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de las Auditorías Internas? | <ul style="list-style-type: none"> • Tableros de Indicadores actualizados • Reportes | | | | | | x | | | | | | BAGP 2025 | |
| D.2 Auditoría interna (A.I.) | Se han implementado Auditorías Internas del SCI de acuerdo a lo planificado? | El alcance de las Auditorías Internas cubre todos los requisitos de la Norma de Requisitos Mínimos para SCI? | <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento que incluya la Planificación de A.I. del SCI • Programa Anual de A.I. (incluyendo requisitos de Control Interno) • Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s • Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes y elaboración de Informes • Definición de criterios de auditoría | | | | | | | | | x | | | Procedimiento aprobado para elaboración PTA, PTA aprobado R.P. N° 1992/2024. | | |
| | Se asegura la independencia y objetividad de los Auditores Internos? | Se asegura la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría? | <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Auditoría Interna • Informe de Auditoría Interna • Papeles de Trabajo • Actas de Reunión (Inicial, final) | | | | | | | | | | | x | | Procedimiento aprobado para ejecución de auditorías R.P. N° 3650/2025. | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Auditoría Interna • Informe de Auditoría Interna • Papeles de Trabajo | | | | | | | | | | | | Legajo Encargo de Auditoría N° 02/2025 | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de Selección de Auditores Internos (perfiles) • Registros de Capacitación y Calificación de Auditores Internos • Planes e Informes de Auditoría Interna | | | | | | | | | | | | Legajo Encargo de Auditoría N° 02/2025 | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Informes de Auditoría Interna • Planes de Mejoramiento • Reportes de Seguimiento de Planes de Mejoramiento | | | | | | | | | | | | Perfiles aprobados R.P. N° 3651/2025, Declaración de Independencia normada R.P. N° 3649/2025, Registro de Capacitaciones. | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | Reporte de seguimiento de PMI | | |
| | | | | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | | |
| Cantidad de Casillas puntuadas | | | | 0 | 0,4 | 0,7 | 1 | 1,4 | 1,7 | 2 | 2,4 | 2,7 | 3 | 3,4 | 3,7 | 4 | 4,7 |
| Valor asignado por casilla | | | | 0 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2,4 | 0 | 0 | 3,4 | 3,7 | 0 | 13 |
| Puntaje por Columna (Cantidad x Valor) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor Final del Componente | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas) | | | | 3,17 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | B- | | Gestionado | | | | | |

Lic. Cynthia Lorenz Freije Arce, Lic. Mag. Jorge Espinola

 Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos

 Auditoría Interna

 INDERT

| Componente | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones | | |
|---|---|--|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|------------------------------|---|---|
| | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m | a |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E.1 Análisis Crítico del Sistema de Control Interno | Se ha realizado el Análisis Crítico del SCI por parte de la Dirección? (al menos una vez al año) | <ul style="list-style-type: none"> Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad | | | | | | | | | | | | Informe de Análisis Crítico. | | |
| | Existen evidencias que demuestren que la revisión por la dirección incluyó consideraciones sobre: <ul style="list-style-type: none"> a) decisiones y acciones emanadas de anteriores revisiones por la dirección; b) vigencia de la política de C.I.; c) cambios en el contexto externo e interno que sean pertinentes al sistema de control interno; d) información sobre el desempeño del control interno, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • evolución de planes y objetivos; • resultados de las mediciones; • resultados de las auditorías internas y externas; • retroalimentación de los grupos de interés; • cuestiones relativas a proveedores e instituciones externas, y a otras partes interesadas pertinentes; • adecuación de los recursos requeridos para un SCI eficaz; • desempeño de los procesos y la conformidad de productos y servicios. e) eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos; f) gestión de los programas de mejora? | <ul style="list-style-type: none"> Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de entrada) | | | | | x | | | | | | | Informe de Análisis Crítico. | | |
| | El análisis crítico por la dirección incluye decisiones, acciones y conclusiones relacionadas con: <ul style="list-style-type: none"> a) oportunidades de mejora continua; b) necesidades de cambio en el sistema de control interno, incluyendo las necesidades de recursos? | <ul style="list-style-type: none"> Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de salida) | | | | | | | | | | | x | Informe de Análisis Crítico. | | |

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
 Lic. Cynthia Lorenz Fretes Arce
 Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
 AU 07/03/2018

[Handwritten signature]
 Mag. Jorge Espinola
 Auditor Principal



| Control para la Mejora | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|------------|---|---------|---|----------|---|------------|---|------------|---|------------|--|---|
| Componente | Pregunta | Ejemplo de Evidencias / Criterios | DEFICIENTE | | INICIAL | | DISEÑADO | | GESTIONADO | | OPTIMIZADO | | EXCELENCIA | Observaciones | |
| | | | b | m | a | b | m | a | b | m | a | b | | | m |
| E.2 Mejora Continua | Se toman acciones para optimizar continuamente el SCI, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas? | <ul style="list-style-type: none"> Planes de Mejoramiento (institucional, funcional y/o individual) Informes de Análisis, Determinación y Seguimiento de Acciones Registros de Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora | | | | | | | | | | | | PMI implementados, reporte de seguimiento de las acciones a implementar en el marco PMI. | |
| | Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora? | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s Formularios o modelos estándar para el registro y evaluación de acciones y/o planes de mejoramiento | | | | | | | | | | | | | Procedimiento documentado para elaboración y seguimiento de PMI. |
| | Existen evidencias de la verificación de la eficacia de las acciones tomadas? | <ul style="list-style-type: none"> Planes de Mejoramiento (institucional, funcional y/o individual) Informes de Análisis, Determinación y Seguimiento de Acciones Registros de Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora | | | | | x | | | | | | | | Planes de Mejoramiento implementados y el reporte del seguimiento respectivo. |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|---|-----------|-----|-------------------|--|
| Cantidad de Casillas puntuadas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| Valor asignado por casilla | 0 | 0,4 | 0,7 | 1 | 1,4 | 1,7 | 2 | 2,4 | 2,7 | 3 | 3,4 | 3,7 | 4 | 4,4 | 4,7 | 5 | |
| Puntaje por Columna (cantidad x Valor) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4,8 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 4,4 | 0 | 0 | |
| Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas) | 3,23 | | | | | | | | | | | | | B- | | Gestionado | |



Lic. Cynthia Lorena Fretes Arce
Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
Auditoría Interna
NDERT

| Evaluación del Nivel de Maduración del Sistema de Control Interno (SCI) - MECIP:2015 | | | | |
|--|-------------|----------|-----------------|--|
| Ambiente de Control | 3,32 | B- | Gestionado | |
| Control de Planificación | 2,09 | C- | Diseñado | |
| Control de Implementación | 2,05 | C- | Diseñado | |
| Control de Evaluación | 3,17 | B- | Gestionado | |
| Control para la Mejora | 3,23 | B- | Gestionado | |
| SCI CONSOLIDADO | 2,54 | C | Diseñado | |


Mag. Jorge Espinola
 Auditor Principal




Lic. Cynthia Lorena Fretes
 Jefa del Departamento de Control de Procesos Administrativos
 Auditoría Interna

