



**CONTRALORÍA
GENERAL DE
LA REPÚBLICA**
PARAGUAY



**AUDITORÍA
GENERAL DEL
PODER EJECUTIVO**
PARAGUAY



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

**EMPRESA DE SERVICIOS
SANITARIOS DEL PARAGUAY -
ESSAP**

Mayo, 2024



Índice

I. Antecedentes	1
II. Objetivo	1
III. Alcance.....	1
IV. Desarrollo.....	2
A. Componente ambiente de control	3
B. Componente de control de la planificación.....	6
C. Componente de control de la implementación	7
D. Componente de control de evaluación	11
E. Componente de control para la mejora	11
V. Conclusión	12
VI. Recomendación	12



INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA CONTROL INTERNO DE LA EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL PARAGUAY ESSAP

I. Antecedentes

En la Resolución CGR 377/16, la Contraloría General de la República - CGR, resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación del Sistema de Control Interno – SCI de las instituciones sujetas a su supervisión, la Norma de Requisitos Mínimos – NRM, para un Sistema de Control Interno mecip:2015.

Posteriormente, con la Resolución CGR 147/19: "...se aprueba la matriz de evaluación por niveles de madurez, a ser utilizada en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno mecip:2015".

En fecha 12 de marzo de 2024, la Contraloría General de la República y la Auditoría General del Poder Ejecutivo - AGPE, firmaron un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional, y ratificaron la suscripción del Convenio Específico a fin de evaluar conjuntamente el grado de implementación de la NRM para un Sistema de Control Interno mecip:2015, dentro del ámbito de competencia de cada institución parte.

Igualmente, en la Resolución CGR 909/21, se resolvió aprobar y adoptar el uso del Sistema Informático para la evaluación del Sistema de Control Interno en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno para instituciones públicas del Paraguay, denominado Sistema NRM.

II. Objetivo

Evaluar si los requisitos mínimos exigidos en la norma para un SCI fueron desarrollados e implementados, estableciendo los niveles de madurez de cada uno de los componentes del sistema, a fin de identificar eventuales deficiencias que requieran mayor profundización y acompañar a la institución en la búsqueda de la excelencia.

III. Alcance

La evaluación realizada con base a los documentos proporcionados por la institución y que respaldan la fase de diseño y medición de la aplicación de los controles que evidencian las acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2023.

IV. Desarrollo

La evaluación del SCI se define como: *"Proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados de la entidad, para proporcionar seguridad razonable, respecto a si se están logrando los siguientes objetivos:*

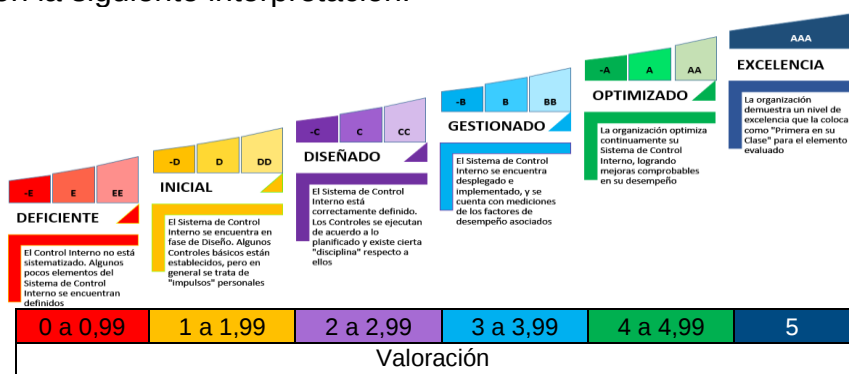
- Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad de los servicios.
- Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.
- Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad".

En ese contexto, la NRM promueve como modelo de gestión la utilización del enfoque basado en procesos de manera que permita:

- a) La comprensión y el cumplimiento de los requisitos (de la institución, de la ciudadanía u otros grupos de interés y/o legales) de manera coherente.
- b) La consideración de los procesos en términos que aporten valor.
- c) El logro de un control de procesos eficaz.
- d) La mejora continua del Sistema de Control Interno con base en la evaluación de los datos y la información interna y externa.

Igualmente, la NRM incorpora la concepción de la administración de riesgos como pilar del control interno, lo que implica el establecimiento de una estructura y cultura organizacional apropiadas, que aplica un método lógico y sistemático para establecer los riesgos asociados con cualquier actividad, función o proceso, de forma tal que permite minimizar pérdidas y maximizar beneficios.

Para determinar el grado de adopción de la Norma de Requisitos Mínimos, se utilizó la herramienta de evaluación del nivel de madurez del SCI, de acuerdo a criterios de valoración con la siguiente interpretación:





En el siguiente cuadro se exponen los resultados consolidados de la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay - ESSAP, y que reflejan el nivel de madurez de su Sistema de Control Interno por cada componente:

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	3,19	B-	Gestionado
Control de planificación	3,18	B-	Gestionado
Control de implementación	2,84	CC	Diseñado
Control de evaluación	3,12	B-	Gestionado
Control para la mejora	3,17	B-	Gestionado
SCI consolidado	3,06	B-	Gestionado

A partir del análisis de los documentos proporcionados por la institución a través de la herramienta de evaluación de la NRM y las entrevistas *in situ* a funcionarios de la ESSAP, se señalan las debilidades más significativas por componente de control.

A. Componente ambiente de control

La NRM señala que: *"La institución debe propiciar una conciencia de control que influya profundamente en la cultura organizacional de la institución manteniendo su orientación hacia el cumplimiento de su función constitucional, legal, y la finalidad social del Estado"*.

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, con una valoración de 3,19, que refiere que los esfuerzos realizados en la implementación de este componente se han mantenido en el camino de la mejora continua.

Sin embargo, es importante abordar las debilidades identificadas mediante la aplicación del enfoque de mejora continua:

- La Máxima Autoridad encabezó las acciones relacionadas al Sistema de Control Interno, buscando alcanzar las metas definidas para los objetivos institucionales, pese a ello, se debe mantener el nivel de esfuerzo en la gestión de algunas fragilidades como:
 - Diseñar capacitaciones promoviendo el entendimiento y la aplicación de los principios del SCI para todos los funcionarios, incluyendo a las regionales.
 - Disponer de las herramientas básicas para que la comunicación interna fluya continuamente en beneficio de la ejecución de las actividades diarias.



- Impulsar la igualdad de oportunidades en los procesos de promoción en todas las dependencias, incluidas las regionales.
- Ampliar los fundamentos relacionados con la Identificación y Evaluación de Riesgos contemplando todos los niveles de modelo de gestión por procesos, involucrando a los responsables operativos. La Identificación y Evaluación de Riesgos aplicada en los niveles de actividades es la base para el diseño de Políticas Operacionales que sustenten el logro de los objetivos de los procesos.
- En el Acta N° 1727/23 Resolución 5 del 28/12/23 se aprobó la tercera versión de la Política de Control Interno; sin embargo, se comprobó la publicación de la segunda versión en el portal electrónico de la institución y los registros de socialización corresponden también a esta versión. Además, se visualizó resultados de una entrevista a funcionarios de la ESSAP sobre aspectos generales del SCI. No obstante, durante las entrevistas realizadas por la CGR para evaluar el conocimiento y aplicación de la documentación del SCI, se constató un conocimiento vago del contenido y aplicación de la misma.
- Con el Acta N° 1736/24 Resolución 2 del 07/02/24 se aprobó, entre otros, la tercera versión del Código de Ética de la ESSAP. Se debe considerar la gestión de las siguientes observaciones:
 - Aunque se visualizó documentación relacionada con la necesidad de incluir a funcionarios de todos los niveles, no se constató que el documento haya sido revisado de manera participativa.
 - Se visualizaron Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia de años anteriores, los que deben ser actualizados en atención a la última versión aprobada. Asimismo, deben ser compartidos, ya sea mediante la utilización de cartelería o paneles, con el objetivo de fomentar el compromiso con el cumplimiento del Código de Ética en todas las dependencias de la institución.
 - No se constató la publicación de la última versión en el sitio web. Se comprobaron actividades de socialización de aspectos generales del SCI, sin ampliar el contenido ni la duración de los mismo, asimismo, no se visualizó aspectos de aplicación del mismo.
 - No se visualizó documentación de talleres que incluyan concientización y/o internalización del Código de Ética, así como las actividades del Comité de Ética. Se resalta la necesidad de realizar estos talleres en las regionales.



- En el Acta N° 1684/23 Resolución 5 del 04/08/23 se aprobó la tercera versión del Protocolo de Buen Gobierno, entre otros. Se exponen fragilidades que deben ser gestionadas:
 - No se constató la inclusión explícita de la Visión institucional.
 - Se reitera la falta de aseguramiento, con registros, de la participación de funcionarios del nivel directivo para su revisión.
 - Se visualizó publicación en el sitio web y resultados de entrevistas relacionados a aspectos generales del SCI, sin embargo, no se visualizó registros de actividades de capacitación específicas del Protocolo de Buen Gobierno que pudieran refrendar entendimiento y aplicación.
 - Se reitera la falta de registros sobre el cumplimiento de las funciones que deben cumplir el Comité de Buen Gobierno como ser, entre otros:
 - a) Monitorear y hacer seguimiento al desarrollo y cumplimiento del Protocolo de Buen Gobierno.
 - b) Informar por lo menos una vez al año al Comité de Control Interno sobre las tareas que le fueron encomendadas.
 - c) Apoyar la interrelación de los diferentes Comités (Ética, Buen Gobierno, entre otros), contribuyendo a una gestión integrada, transparente, eficaz, eficiente y sustentable.
 - Socializar actividades del Comité de Buen Gobierno.
- Con el Acta N° 1687/23 Resolución 9 del 14/08/23 se aprobó la tercera versión de la Política de Talento Humano. En el informe de Auditoría Interna no se constató que se haya verificado el cumplimiento de los procesos indicados en la NRM.
- Se enfatiza nuevamente la necesidad de tratar las debilidades señaladas precedentemente y las indicadas en informes anteriores. Es fundamental involucrar al funcionario para que comprenda y aplique las herramientas del componente de ambiente de control, buscando asegurar el logro del compromiso asumido por las autoridades de la ESSAP, de manera eficiente y oportuna; esto incluye la difusión y socialización de los principios de este componente, las funciones de los comités asociados y tratamiento del incumplimiento de los mismos.



B. Componente de control de la planificación

Para este componente la NRM señala: *"La institución debe determinar el marco de referencia que oriente su gestión hacia el cumplimiento de su Misión, Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales"*.

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, con una valoración de 3,18, indicando con esto el esfuerzo realizado por la institución para mantener la valoración de este componente.

Como se especificó en el párrafo anterior, la institución debe perseverar en la implementación de este componente, por ello, se deben gestionar las debilidades citadas a continuación:

- Falta de conocimiento de aspectos relacionados al Plan Estratégico Institucional y su divulgación en las regionales. La institución debe comunicar acerca de 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.
 - La socialización del mismo debe incluir actividades que ayuden al conocimiento de la vinculación de los objetivos institucionales con el Plan Nacional de Desarrollo 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, de manera tal a valorar la importancia de sus tareas en la consecución de los productos relacionados con el bienestar general de la ciudadanía. Incluir las políticas de desarrollo relacionadas.
 - Socializar avance del PEI y del POA.
- En Acta N° 1655/23 Resolución 4 del 07/07/23 se aprobó la octava versión del mapa de procesos. Al respecto:
 - No se actualizó la documentación del mapa de procesos publicada en el sitio web.
 - Aunque se visualizó profusa documentación de revisión de los formatos sobre la caracterización de los procesos, los mismos están relacionados a una versión anterior. No se constató fehacientemente que se hayan definido los objetivos de todos los componentes del modelo de gestión por procesos, así tampoco la verificación de la caracterización de todos los procesos contenidos en el mapa de procesos, conforme lo exige la NRM. La revisión deberá basarse en la aprobación de la última versión del mapa de procesos.
 - Se visualizó las normativas legales necesarias para la ejecución de las actividades incluidas en los procesos y subprocesos, compilada en un único documento. A efectos de aumentar la eficacia, la identificación y



cumplimiento de la base legal aplicable debe ser elaborado por procesos y subprocesos. Esto permitirá dar cumplimiento a las políticas administrativas y operativas en la ejecución del proceso y subproceso.

- Socializar el marco conceptual del modelo de gestión por procesos.
- Con el Acta N° 1727/23 Resolución 4 del 28/12/23 se aprobó el organigrama institucional consolidado N° 1/23. Al respecto:
 - No fue posible corroborar que el mismo esté basado en el último mapa de procesos del modelo de gestión por procesos aprobado. El modelo de gestión por procesos deberá ser tenido en cuenta para la definición o revisión de la estructura organizacional, al mismo tiempo, corresponde la socialización constante de los aspectos relacionados al conocimiento y práctica de las competencias necesarias de los funcionarios para la ejecución de sus tareas.
 - Actualizar y socializar perfil de cargo
- En cuanto a la Identificación y Evaluación de Riesgos, se reitera debilidades notadas en la evaluación anterior, por lo que se detallan las siguientes observaciones:
 - No se visualizó matrices de riesgos sobre procesos, subprocesos ni sobre las actividades de los mismos. Se recuerda que para la construcción de Políticas Operacionales es necesario llegar a este nivel del modelo de gestión por procesos. Al respecto se reitera la necesidad de identificar y evaluar riesgos en los diferentes niveles del modelo de gestión por procesos, incluidos los procesos en las regionales.
 - Se visualizó documentación de diversas dependencias revisadas en el periodo evaluado, las mismas utilizan un tratamiento simplificado de la Identificación y Evaluación de Riesgos. No se visualizó evidencias de talleres de revisión y no se constató revisiones relacionadas a cambios en el contexto organizacional o en procesos.
 - Se debe tener en cuenta que para la construcción de Políticas Operacionales es necesario primero identificar los riesgos en todos los niveles del modelo de gestión por procesos, y subsecuentemente analizar la necesidad del diseño y aplicación de controles en la presencia de riesgos significativos especialmente en los procesos misionales.

C. Componente de control de la implementación

Para este componente la NRM señala: *"Abarca las acciones establecidas por la institución, mediante políticas y procedimientos, orientadas a reducir los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos de la organización. Las actividades de control son llevadas a cabo por todas las áreas de la organización, a través de los procesos y la tecnología que les da soporte".*



En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una valoración de 2,84, que demuestra un descenso en la valoración de este componente.

A continuación, se puntualizan debilidades que deben ser gestionadas:

- Con respecto a las Políticas Operacionales:
 - Se visualizó documentación de Políticas Operacionales, sin embargo, las mismas no están diseñadas teniendo en cuenta los criterios dados en la NRM.
 - La institución debe definir Políticas Operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos. Las Políticas Operacionales deben definir los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos. Entre los criterios a considerar se encuentran: la incorporación de parámetros que orienten el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento y la definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento.
 - Inicialmente, se diseñan las Políticas Operacionales a partir del modelo de gestión por procesos definido para la institución, teniendo en cuenta los objetivos esperados de cada uno de los procesos y los posibles riesgos para su logro, con el fin de parametrizar, de manera general, las posibilidades de acción y desempeño de los funcionarios que participan en él, a modo de que operen dentro de un marco determinado.
 - Seguidamente se establecen los procedimientos específicos para la ejecución de las actividades de cada proceso para el logro de los objetivos de los mismos, así mismo, se deben diseñar controles asociados a las actividades, que permitan reducir los eventos que puedan afectar su ejecución.
 - La Identificación y Evaluación de Riesgos debe estar desarrollada hasta el nivel de actividades. Para la definición de la política se debe tener en cuenta:
 - El aspecto específico que requiere la directriz.
 - Los responsables de acatarla, esto es, el ámbito de aplicación.
 - La directriz que deben cumplir los responsables, para evitar las situaciones indeseables.
 - El término de aplicación, en caso de no ser permanente. En caso de ser permanente se pueden usar expresiones como: "...a partir de la fecha..."



- El objetivo institucional, macroproceso, proceso y subproceso al que se aplica.
- Se visualizó documentación de la aprobación de procedimientos, sin embargo, no se realizó la presentación de los mismos en el apartado para este principio, se constató su existencia al estar incluidos en otros principios del SCI. Es menester asegurar que la documentación de los procedimientos debe ser actualizada en función de la última versión del mapa de procesos.
- No se constató que se haya gestionado la observación sobre la documentación de controles. Los controles constituyen los mecanismos o acciones, inherentes a los procesos, dirigidos a reducir la ocurrencia de los eventos que pueden inhibir la adecuada ejecución de las actividades requeridas para el logro de los objetivos del proceso. Básicamente se diseñan en las actividades, tomando como base los procesos identificados, el mapa y las políticas de riesgos, el análisis y evaluación de los riesgos, estableciendo acciones pertinentes para mantener los riesgos que son inaceptables, importantes y moderados para la institución en un nivel aceptable o tolerable de manera tal que no afecten a los resultados esperados de las actividades.
- Con respecto al principio Competencia, formación y toma de conciencia:
Se visualizó formalización del Plan de Capacitación 2023, registros de detección de necesidades por dependencia, listado de participación de funcionarios en varias actividades de capacitación, así también; muestra de legajos físicos. Sin embargo, se observó diversos aspectos a ser gestionados:
 - No se corroboró que los funcionarios poseen las competencias necesarias para la ejecución de sus actividades y tareas.
 - No se visualizó matrices de polifuncionalidad, tampoco se pudo corroborar la existencia de una aplicación informática para la gestión de datos de los funcionarios, mayormente, no se visualizó el cargo ocupado.
 - No se visualizó documentación de evaluación de desempeño del periodo evaluado.
 - No se visualizó documentación relacionada al análisis de la efectividad de las actividades de capacitación.
- Se visualizó evidencia relacionada a las fuentes de información como la definición de criticidad y propietarios por dependencias, sin embargo, no se visualizó la metodología y criterios para la recolección de datos. Así tampoco se corroboró documentación de que los datos cumplan con los cánones de la calidad de la información: que la misma sea correcta, accesible por área, se encuentre actualizada, protegida, sea suficiente y oportuna, válida, verificable y conservable.
- No se visualizó elaboración de un plan de mejoramiento basado en el análisis de la entrevista a funcionarios sobre sistemas de información.



- Se visualizó procedimientos de gestión documental datados en 2021, la misma debe ser revisada teniendo en cuenta la actualización del modelo de gestión por procesos 2023.
- Con respecto a la Política de Comunicación V.3 aprobada en el año 2022:
 - No se constató capítulo relacionado al establecimiento de mecanismos para que los funcionarios puedan establecer espacios de comunicación, no obstante, se visualizó la utilización de un enlace web para la presentación de sugerencias.
 - Asegurar que los mecanismos de comunicación con las regionales sean efectivos.
 - No se visualizó documentación del tratamiento de no conformidades o reclamos relacionados a la comunicación externa. No se visualizó procedimientos de relacionados a la ejecución de los mecanismos concernientes a la comunicación externa.
- Entre la documentación adjuntada en la herramienta de evaluación para el periodo 2023 se visualizó parte de ella adolece de ciertas deficiencias que deben ser tenidas en cuenta para futuras evaluaciones:
 - Documentación repetida en varias preguntas del principio evaluado.
 - Documentos pocos legibles.
 - Documentos que no corresponden al criterio evaluado.
 - Evidencia suministrada de manera imprecisa en relación a lo requerido para cada principio y elemento; denominación de la misma elaborada de manera incorrecta e incierta, en otros casos se observó que la evidencia se presentó en otro componente. En tal sentido se requiere arbitrar los mecanismos tendientes a subsanar las deficiencias señaladas y aplicar mejoras para futuras evaluaciones.
 - Entre la documentación presentada se visualizó datos innecesarios como ser aspectos relacionados con vacaciones, permisos, problemas de marcación de horas y otros, por otro lado, se visualizó documentación que adolece de la falta de criterio de presentación en el sentido que hay hojas giradas a la izquierda, otras a la derecha y otras puestas de cabeza. Esto, aparte de dificultar la lectura y comprensión de los datos, pone en peligro la evaluación correcta de la información. Se recuerda que la documentación presentada refrenda al SCI.
 - La documentación del SCI publicada en los portales institucionales debe ser actualizada, ordenada y completa.
- Se visualizó cumplimiento de los procesos relacionados a la elaboración de la Rendición de Cuentas y sus productos, sin embargo, no se constató la realización de actividades de interacción con la ciudadanía.



D. Componente de control de evaluación

Para este componente la NRM señala: *"La organización debe definir, desarrollar y ejecutar evaluaciones sistemáticas para determinar la suficiencia y adecuado funcionamiento de los componentes del control interno"*.

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, con una valoración de 3,12, indica el esfuerzo realizado para mantener la valorización anterior.

En la búsqueda de aspectos que contribuyan a fortalecer los principios de este componente deben administrarse las siguientes observaciones:

- En atención a la actualización del mapa de procesos se debe revisar el perfil de cargos de los funcionarios de la Auditoría Interna Institucional.
- Se visualizó profusa documentación de planes de mejoramiento, pero no se pudo corroborar que se haya elaborado un plan de mejoramiento sobre informes de Auditoría Interna Institucional con la evaluación del SCI o de la evaluación realizada por la CGR. La presentación de los planes de mejoramiento no contempló la elaboración con una resolución que favorezca la nitidez para una lectura fluida de la información, no se observó la inclusión de un índice que facilite la ubicación de los planes.

E. Componente de control para la mejora

Al definir este componente la NRM señala: *"La institución debe mejorar continuamente la efectividad del Sistema de Control Interno mediante el uso de los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y el Análisis Crítico de la Alta Dirección"*.

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, con una valoración de 3,17, indicando que se ha realizado el esfuerzo para mantener los beneficios de este componente en la gestión de la institución. Aun así, se deben gestionar algunas debilidades:

- La institución debe conservar información documentada del informe del Análisis Crítico como evidencia de los resultados de las revisiones realizadas y como fundamento para la elaboración de futuros análisis.



- No se visualizó documentación relacionada con la medición de la efectividad de las acciones de mejora. No se visualizó elaboración de plan de mejoramiento individual. Se debe realizar la revisión de los procedimientos relacionados a las acciones de mejora considerando la actualización del mapa de procesos.
- Establecer mecanismos ágiles para la socialización de los planes de mejoramiento.

V. Conclusión

Del análisis de los documentos suministrados por la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay, como resultado de la evaluación, la institución obtuvo una valoración consolidada de 3,06 equivalente a un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, teniendo en cuenta los elementos definidos en los componentes del Sistema de Control Interno.

La institución debe garantizar la realización de actividades que favorezcan la internalización y utilización de los principios del componente de control como ser la Política de Control Interno, el Código de Ética, el Protocolo de Buen Gobierno y las Políticas de Talento Humano, además socializar de manera permanente la actualización de los indicadores del avance de los resultados conseguidos en la búsqueda de logro de los objetivos estratégicos y operativos.

Se reitera la necesidad de mejorar los mecanismos de la comunicación interna como asegurar la disponibilidad de redes wifi en las regionales. En cuanto a la comunicación externa se podría dar con la organización de audiencias públicas para la presentación de la Rendición de Cuentas.

La oportunidad de ofrecer mejor servicio a la ciudadanía se logrará mejorando y fortaleciendo continuamente el Sistema de Control Interno redoblando el esfuerzo que la ESSAP ha venido demostrando.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto más arriba, es necesario que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias a alcanzar la mejora continua en la gestión institucional en busca de la excelencia.

Por tanto, la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay deberá:

1. Elaborar un plan y cronograma para la implementación del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377/16, por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.
2. Gestionar la capacitación del personal directivo y funcionarios sobre la NRM, a fin de apoyar su efectiva implementación.



**CONTRALORÍA
GENERAL DE
LA REPÚBLICA**
PARAGUAY

Misión: "Organismo Constitucional de Control Gubernamental, que fiscaliza y protege el Patrimonio Público, en beneficio de la sociedad"



**AUDITORÍA
GENERAL DEL
PODER EJECUTIVO**
PARAGUAY

Misión: "Realizar auditorías a los Organismos y Entidades del Poder Ejecutivo, reglamentar y supervisar el funcionamiento de las auditorías internas institucionales"

3. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2024, sea actualizado en el sistema informático para la evaluación del Sistema de Control Interno en la página web de la Contraloría General de la República, a más tardar, el 28/02/25, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Es nuestro informe.

Asunción, mayo de 2024.

Ing. Dario Corrales Pineda

Jefe de Departamento
Dirección de Análisis Sectorial
Contraloría General de la
República

Lic. Nancy Rejala Chiola

Directora de Evaluación de Control
Interno de los Organismos y Entidades
del Poder Ejecutivo
Auditoría General del Poder Ejecutivo

Lic. María Cristina Franco

Directora de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

Dra. Gladys Fernández

Directora General
de Control Gubernamental
Contraloría General de la República