



COMUNICACIÓN INTERNA A.I. N° 117/2025

Para : Abg. Johanna Zarza;
DIRECTORA DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN

De : Abg. Felipe Rivero;
AUDITOR INTERNO INSTITUCIONAL

Referencia : Respuesta a la Comunicación Interna D.T.A./A.I.P. N° 021/2025.

Objeto : Solicitud de informes de Auditoría y Consultoría – Mes de febrero 2025.

Lugar y Fecha : Asunción, 17 de marzo de 2025.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en atención a la Comunicación Interna de referencia y en el marco de las Leyes 5.282/2014, “De Libre Acceso a la Información Pública y Transparencia Gubernamental”, 5189/2014 “Que establece la obligatoriedad de Provisión de Información en el uso de los Recursos Públicos sobre remuneraciones y otras retribuciones asignadas al Servidor Público de la República del Paraguay” y del Decreto 4064/2015, “Por el cual se reglamenta la Ley 5282/2014”, con el objeto de dar cumplimiento a los mandatos legales en relación al acceso a la información pública.

En ese sentido, se informa lo siguiente:

a- Informes de Auditoría:

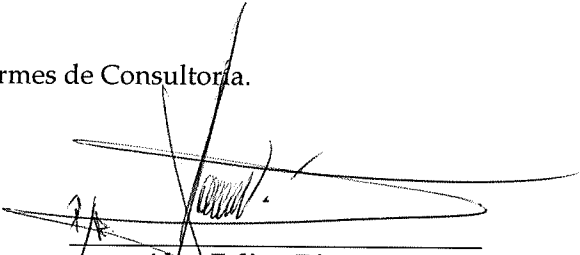
Se adjunta Informe Final AII N° 01/2025 de Evaluación de la efectividad del Sistema de Control Interno MECIP 2015 – Ejercicio Fiscal 2024 elaborado por ésta Auditoría y emitido en fecha 28/02/2025.

b- Informe finales de Consultoría:

Se menciona que la Auditoría Interna no cuenta con Informes de Consultoría.

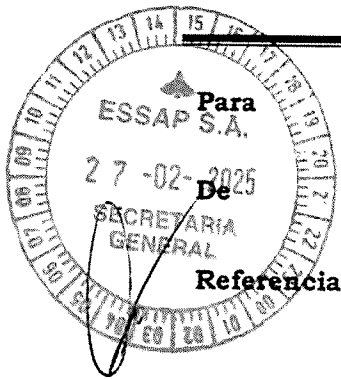
Atentamente.




Abg. Felipe Rivero
Auditoría Interna Institucional
essap



COMUNICACIÓN INTERNA AI N° 097/2025



- : Abg. Luis Fernando Bernal Mazó;
PRESIDENTE DE LA ESSAP S.A.
- : Abg. Felipe Rivero;
AUDITOR INTERNO INSTITUCIONAL
- : Remisión del Informe de Evaluación de la efectividad del SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECIP 2015 – Ejercicio Fiscal 2024.

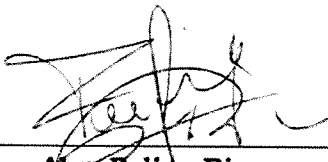
Lugar y Fecha : Asunción, 28 de febrero de 2025.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en relación a la implementación de la Norma de Requisitos Mínimos- MECIP 2015 al cierre del ejercicio fiscal 2024, a los efectos de elevar para su conocimiento el INFORME FINAL AII N° 01/2025 referente a la Evaluación de la Efectividad del Sistema de Control Interno.

El presente informe fue elaborado a los efectos de dar cumplimiento al Informe de Evaluación de la Efectividad del Sistema de Control Interno sobre la ESSAP S.A. realizado por la **Contraloría General de la República** en el mes de mayo 2024, por la cual solicitan arbitrar las medidas administrativas para que la Auditoría Interna proceda a evaluar la efectiva implementación de Norma de Requisitos Mínimos al cierre del ejercicio fiscal 2024, utilizando la Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez, aprobada en la Resolución CGR N° 147/19.

Es importante mencionar, que el presente informe final ha sido cargado en el Sistema de la Contraloría General de la República (CGR) y en el Sistema MECIP de la Auditoría General del Poder Ejecutivo (AGPE), así también se remite una copia del presente informe al sector afectado para la toma de medidas sobre las debilidades señaladas.

Atentamente.


Abg. Felipe Rivero
Auditor Interno Institucional
essap

Se adjuntan:

- Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno (SCI), ejercicio fiscal 2023 – 6 (seis);
- Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez – 12 (doce) hojas.

INFORME FINAL AII N° 01/2025

REFERENCIA : INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA CONTROL INTERNO – Ejercicio Fiscal 2024.

TIPO : ORDINARIO.

PLAN ANUAL : 2025.

N° ORDEN : CODIGO OA – 01.

LUGAR Y FECHA: Asunción, 28 de febrero de 2025.

I. ANTECEDENTES

Con la **Resolución N° 377** del 13 de mayo de 2016 la Contraloría General de la República (CGR) resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación de los sistemas de control interno de las instituciones sujetas a la supervisión de la Contraloría General de la República, la Norma de Requisitos Mínimos – NRM – para un Sistema de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay, MECIP: 2015.

Posteriormente, con la **Resolución CGR N° 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”.

La Auditoría General del Poder Ejecutivo en fecha 17 de octubre de 2019 emite la **Resolución AGPE N° 326/2019** “ Por la Cual se Adopta la Norma de Requisitos Minimos y la Matriz de Evaluación para un Sistema de Control Interno del Modelo Estándar del Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay MECIP:2015”.

Analizado el Informe de Evaluación de la Efectividad del Sistema de Control Interno elaborada por la Contraloría General de la República (CGR) en el mes de mayo del 2024, en la cual realiza la evaluación correspondiente al ejercicio fiscal 2023.

Que, en el informe mencionado precedentemente la Contraloria recomienda 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.

II. OBJETIVO

Evaluar el Sistema de Control Interno a través de la Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez con el fin de obtener el diagnóstico actual de la empresa, el acompañamiento en los procesos de desarrollo y el soporte de los organismos de Control Interno para el logro de la excelencia.

Lic. Benito Alcaraz
Jefe Unidad de Auditoría de Gestión
essap

C.P. Gerardo Morinigo
Jefe Unidad de Auditoría Financiera
essap

Lic. Francisco Torres
Coordinador de Auditoría Interna
essap sa

Abd. Felipe Rivero
Auditor Interno Institucional
essap sa

III. ALCANCE

La evaluación se realiza aplicando la Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez en base al marco legal vigente y las documentaciones que obran en la empresa al cierre del ejercicio fiscal 2024.

IV. DESARROLLO

En el siguiente cuadro se expone la evaluación y calificación del Sistema de Control Interno por cada componente, y el resultado alcanzado fue una puntuación de **3,73 BB GESTIONADO**;

Evaluación del Nivel de Maduración del Sistema de Control Interno (SCI) - MECIP-2015			
Ambiente de Control	3,89	BB	Gestionado
Control de Planificación	3,88	BB	Gestionado
Control de Implementación	3,47	B	Gestionado
Control de Evaluación	3,87	BB	Gestionado
Control para la Mejora	3,82	BB	Gestionado
SCI CONSOLIDADO	3,73	BB	Gestionado

Del análisis realizado, se señalan las debilidades más significativas por componente de control:

A. AMBIENTE DE CONTROL

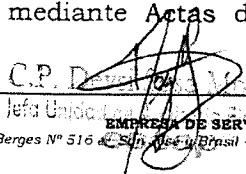
Según la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) para el Sistema de Control Interno en este componente señala que: *“La institución debe propiciar una conciencia de control que influya profundamente en la cultura organizacional de la institución manteniendo su orientación hacia el cumplimiento de su función constitucional, legal, y la finalidad social del Estado”*.

Esta fase “Componente de Ambiente de control”, se ubicó en un nivel de madurez de **“GESTIONADO ALTO”**, con una calificación de **3,89**, teniendo en cuenta los documentos proveídos por las dependencias.

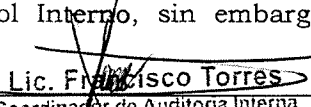
- La Norma de Requisitos Mínimos en relación al **Compromiso de la Alta Dirección** establece que *“La Máxima Autoridad Institucional debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de control interno”* conforme a lo evaluado se puede apreciar que se ha definido los compromisos, parámetros y criterios a respecto, sin embargo para demostrar la efectividad del sistema de control interno se requiere de mejoras comprobables para alcanzar la optimización.
- Las documentaciones evidencian el compromiso de la máxima autoridad institucional, que mediante conformaciones de comités en la cual se reflejan el trabajo realizado por los representantes, y cuya reuniones se encuentran respaldadas mediante Actas de Control Interno, sin embargo, se requiere del



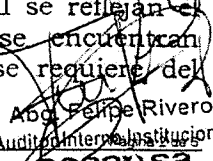
Lic. Emilio Alcaraz
Jefe Unidad de Auditoría de Gestión



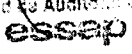
C.P. David José Martínez
Jefe Unidad de Auditoría de Gestión



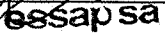
Lic. Francisco Torres
Coordinador de Auditoría Interna



Abg. Felipe Rivero
Auditor Interno Institucional







EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL PARAGUAY S.A.

José Berges Nº 516 e/ San José y Brasil - Auditoría Interna Institucional - Teléfono 10.211.225-001/3 Int. 299

Asunción - Paraguay

conocimiento y/o disponibilidad de la Alta Dirección, en relación a los indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos, a fin de lograr que las acciones de mitigación del mapa de riesgos institucional versión N° 03/24, sean utilizados y aplicados en todos los niveles de la organización.

- La **Política de Control Interno** se encuentra formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad, está formulado conforme a la Norma y socializado a los funcionarios de la organización, sin embargo, se aprecia una debilidad respecto al entendimiento y puesta en práctica dentro de la organización para alcanzar un mayor impacto, para el logro de la alta optimización.
- No se observa suficiente evidencia de mejoras comprobables que demuestre que la Política de Control Interno, Acuerdo y Compromiso Éticos, Protocolo de Buen Gobierno y la Política de Talento humano permanecen pertinentes y apropiados.
- Para evaluar el grado de comunicación y entendimiento de la Política de Control Interno, Acuerdo y Compromiso Éticos, Protocolo de Buen Gobierno y la Política de Talento humano se ha aplicado encuesta vía google form, método utilizado atendiendo como lo dispone la Ley N° 7408/2024 "Que aprueba el Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio Fiscal 2025", en su capítulo XVI de las Políticas de Racionalización del Gasto, específicamente en el Artículo 217, *La Auditoría Interna Institucional deberá incluir en su programa de trabajo la revisión del cumplimiento de las políticas y planes de racionalización de gastos establecidos en la presente ley, pero el resultado de la misma no representa evidencia suficiente para su determinación.*

B. COMPONENTE DE CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN

Según la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) para el Sistema de Control Interno en este componente señala que: *"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 esta fase se evidenció un nivel de madurez **"GESTIONADO ALTO"**, con una calificación de **3,88** conforme a las evaluaciones efectuadas a las documentaciones remitidas por las dependencias afectadas.

- No se observa evidencia que demuestre la medición de los factores de desempeño asociados a lo establecido en relación a la Misión y Visión Institucional en cuanto a la coherencia de su competencia y funciones, la formulación de los propósitos de la institución, el rumbo para el desarrollo esperado y el aseguramiento del servicio de excelencia.
- Si bien, se han establecido los procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa de la organización, sin embargo, no se observa un seguimiento y una medición del mismo, que demuestre su efectividad, al respecto la Norma de Requisitos Mínimos establece *"La Institución debe mantener información documentada sobre los objetivos y sus planes, así como de los resultados de su seguimiento y medición"*.
- Para demostrar que la Misión, Visión, Objetivos y Planes de acción sean efectivamente comunicadas y entendidas, es necesario que tomen conciencia del compromiso todos los funcionarios en los diferentes niveles de la organización, es por ello que no se observa suficiente evidencia que respalde estos indicadores.

Lic. Emilio Alcaraz
Jefe Unidad de Auditoría de Gestión

essap

C. P. David José Morabito

Lic. Francisco Torres
Coordinador de Auditoría Interna

Abd. Felipe Rivero
Auditor Interno Institucional

essap

EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS DE PARAGUAY S.A.
José Berges N° 516 e/ San José y Brasil - Auditoría Interna Institucional - Teléfono (021) 225-001/3 Int. 299
Asunción - Paraguay

- La falta de actualización de los manuales de organización, funciones y perfil de cargo, así como los manuales de procedimientos denota una debilidad en cuanto a las determinaciones correctas de las funciones, lo que evidencia realizar una gestión para mejorar y obtener una correcta implementación.
- No se observa evidencia de una medición de la estructura organizacional, asegurando que este armónico, coherente y articulado entre las actividades que realiza cada área de la institución con la competencias constitucionales y legales, los objetivos establecidos, y la cadena de valor definida en el Modelo de Gestión por Proceso, además de tener flexibilidad para adoptarse a las exigencias y proceso de cambio permanentes, conforme lo requiere la Norma de Requisitos Mínimos.
- Se han identificado situaciones internas y externas a través de la FODA, sin embargo, no se evidencia acciones de Contingencia o indicadores de seguimiento para las Debilidades y las Amenazas identificadas.
- No se evidencia suficiente respaldo de la medición de los factores de desempeño que demuestre la aplicación de todas las matrices, criterios y alcances establecidos, y que se asegure que la Identificación y Evaluación de Riesgos permanezcan pertinentes y apropiados.

C. COMPONENTE DE CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN

Según la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) para el Sistema de Control Interno en este componente señala que: *“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 esta fase se evidenció un nivel de madurez **“GESTIONADO MEDIO”** con una calificación **3,47** conforme a las evaluaciones efectuadas a las documentaciones remitidas por las dependencias afectadas

Se detallan a continuación las siguientes debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación, tales como:

- No se observa suficiente respaldo de la efectividad de los controles operacionales ejecutado conforme a lo planificado, respecto a los controles implementados que contribuyan a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables y el nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles.
- Si bien, las Políticas Operacionales fueron definidas y aprobadas por la Máxima Autoridad, los lineamientos estratégicos determinados e incorporados a los parámetros que orientan el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento, sin embargo, no se observan las mediciones para corroborar la coherencia de los mismos.
- En la empresa se ha 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, sin embargo, no se evidencia la elaboración de los mismos al 100% conforme al Mapa de Proceso. Se ha aplicado encuestas a través de la plataforma google form en lugar de la entrevistas tomando

Lic. Román Alcaraz
Jefe Unidad de Auditoría Interna
essap

CP. David Morinigo
Jefe Unidad de Auditoría Interna
essap

Lic. Francisco Torres
Auditor Interno
essap

Abd. Felipe Rivero
Auditor Interno Institucional
essap

EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL PARAGUAY S.A.
José Berges Nº 316 - San Blas y Brasil - Auditoría Interna Institucional - Teléfono 021 25-001/3 Int. 299
Asunción - Paraguay

en cuenta lo dispuesto en la Ley N° 7408/2024 “Que aprueba el Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio Fiscal 2025”, en su capítulo XVI de las Políticas de Racionalización del Gasto, específicamente en el Artículo 217, *La Auditoría Interna Institucional deberá incluir en su programa de trabajo la revisión del cumplimiento de las políticas y planes de racionalización de gastos establecidos en la presente ley*, para evaluar el nivel de acceso, conocimiento y aplicación de los procedimientos en los diferentes niveles de la organización, cuyo resultado demuestra que el 76,1% de 230 (doscientos treinta) personas encuestadas confirman su conocimiento y acceso a los procedimientos.

- No se evidencian las Matrices, reportes, indicadores u otro documento que evidencie la verificación de la eficacia y eficiencia de los controles, también la falta de medición de los factores de desempeño, para determinar que 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.
- La Norma de Requisitos Mínimos establece que *“La institución debe asegurar que los funcionarios sean competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno, tomado como base la educación, formación y o experiencias adecuadas”*, sin embargo, no se observa suficiente evidencia para determinar la competencia de los funcionarios.
- En la organización se han desarrollado procedimientos documentados para establecer la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencias de las rendiciones de cuenta a la sociedad y la implementación del proceso de Rendición de Cuenta de acuerdo a las disposiciones vigentes, sin embargo, no se evidencia mejoras comprobables en el desempeño de la implementación los mismos.

D. COMPONENTE DE CONTROL DE EVALUACIÓN

Según la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) para el Sistema de Control Interno en este componente señala que: *“La organización debe definir, desarrollar y ejecutar evaluaciones sistemáticas para determinar la suficiencia y adecuado funcionamiento de los componentes del control interno”*.

En esta fase se evidenció un nivel de madurez **“GESTIONADO ALTO”** con una calificación **3,87** conforme a las evaluaciones efectuadas a las documentaciones remitidas por las dependencias afectadas.

- En cuanto al seguimiento y medición del Control Interno, se han definido indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos, como también que 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, sin embargo, no se observa evidencia suficiente que indique el correcto diseño de los indicadores y la medición efectivo de factores de desempeño.
- Analizado el alcance de las Auditorías Internas, que cubre todos los requisitos de la Norma de Requisitos Mínimos para SCI, se verifica que se ha implementado auditorías conforme a la Norma, sin embargo, se precisa de mayor impacto en las distintas dependencias de la organización para alcanzar la optimización.

Lic. Romilio Alcaraz
Jefe Unidad de Auditoría Interna

C.E. Deyvika Merino
Jefe Unidad de Auditoría Interna

Lic. Francisco Torres
Coordinador de Auditoría Interna

Abg. Felipe Rivero
Auditor Interno Institucional

essap

EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL PARAGUAY S.A.

José Berges N° 516 e/ San José y Brasil - Auditoría Interna Institucional - Teléfono: 223-0011/3 int. 299
Asunción - Paraguay

essap sa
Página 5 de 5

- Si bien se cuenta con la implementación y verificación de las acciones correctivas, se requiere de mayor involucramiento de los responsables de los sectores afectados para mejorar los resultados de los hallazgos de auditoria.

E. COMPONENTE DE CONTROL PARA LA MEJORA

Según la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) para el Sistema de Control Interno en este componente señala que: *“La institución debe mejorar continuamente la efectividad del sistema de control interno mediante el uso de los resultados de las auditorias, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y el análisis crítico de la alta dirección”*.

La calificación obtenida para el componente de la mejora es de **3,82** mostrando el nivel de madurez **“GESTIONADO ALTO”**.

- Si bien, se han tomado acciones para optimizar continuamente el Sistema de Control Interno, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas, se requiere de mayor medición para minimizarlas.
- En la organización se cuenta con los procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejoras, sin embargo, no se observa que las mediciones efectuadas impacten en la mejora de las gestiones de la organización.

V. CONCLUSIÓN

Como resultado del análisis practicado a los documentos suministrados, la ESSAP S.A. ha obtenido una valoración de **3,73** equivalentes a un nivel de madurez **“GESTIONADO ALTO”**.

La Máxima Autoridad y todos los niveles de la organización se encuentran comprometidos con la implementación de la Normas de Requisitos Mínimos MECIP 2015.

VI. RECOMENDACIONES

- 1) Proseguir con la implementación del Sistema de Control Interno MECIP 2015 en forma integral desde la Alta Dirección y a todos los niveles de la Organización.
- 2) Insistir con las capacitaciones y socializaciones de las políticas y normas relacionadas al Sistema de Control Interno de la ESSAP S.A., a todo el personal de la empresa conforme al organigrama aprobada por la máxima autoridad, a fin de que las mismas sean entendidas y comprendidas por todos los funcionarios.
- 3) Revisar los puntos débiles encontrados en esta evaluación para lograr los objetivos institucionales con todas las dependencias involucradas en los procesos a través de la Mejora Continua.

Atentamente:

Se adjunta:

- Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez – 12 (doce) hojas.

Lic. Romilio Alcaraz
Jefe Unidad de Auditoría Interna

C.P. Deyviana Marinigo
Jefe Unidad de Auditoría Financiera

Lic. Francisco Torres
Coordinador de Auditoría Interna

Abg. Felipe Rivero
Auditor Interno Institucional
essap sa

Página 6 de 6

Ambiente de Control

Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencia / Criterios	CUESTIONARIO										Evidencia visible		Comentarios del Revisor	OBSERVACIONES DE AUDITORIA
A.1 Componente de la Alta Dirección (A.0)	Assume la A.0 su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno?	• Compromiso y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y PDI • Compromiso y/o disponibilidad de información a los reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgo • Compromiso y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Empresa • Compromiso y/o disponibilidad de reportes de avance de planes de mejoramiento														Si bien se observa la implementación de los criterios establecidos, no se observa evidencia suficiente de manera computable para afirmar la conformidad
	Se asegura la A.0 que se establece la política de control interno?	• Disponibilidad de política de control interno aprobada por la Máxima Autoridad Institucional														Se ha establecido la PEI conforme a los criterios requeridos por el IIA, sin embargo no se evidencia suficiente evidencia de los reportes que demuestran la correcta implementación de los criterios establecidos
	Se asegura la A.0 que los registros del sistema de control interno se aseguran dentro de los períodos establecidos?	• Demostración general de cumplimiento del Modelo de Control por Firmas • Demostración general de cumplimiento de la gestión de riesgos														Conforme a las documentaciones adjuntas la evidencia corresponde
	Promueve la A.0 el uso del control interno?	• Asignación de recursos y/o actividades en el presupuesto institucional (capacitación, competencias, etc.) • Definición de un órgano/departamento asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno														Conforme a las documentaciones adjuntas, se observa la inclusión de los recursos de capacitación, pero no se evidencia de otros recursos
	Asigna la A.0 que los recursos necesarios para el sistema de control interno estén disponibles?	• Disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI, PDI, PDI • Compromiso y/o disponibilidad de reportes de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgo • Compromiso y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Empresa • Compromiso y/o disponibilidad de reportes de avance de planes de mejoramiento														Conforme a las documentaciones adjuntas la evidencia corresponde
A.1 Política de Control Interno (PCI)	Assume la A.0 el compromiso, diligencia y apoyo a todos los niveles de la organización para contribuir a la efectividad del sistema de control interno?	• Asignación de un Plan de Capacitación que incluya aspectos del Control Interno • Definición de un órgano/departamento asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno • Definición de un órgano/departamento asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno • Definición de un órgano/departamento asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno • Definición de un órgano/departamento asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno														Conforme a las documentaciones adjuntas la evidencia corresponde
	Promueve la A.0 la cultura continua del control interno?	• Compromiso y/o disponibilidad de reportes de avance de planes de mejoramiento														Conforme a las documentaciones adjuntas la evidencia corresponde
	Establece la PEI (formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad (M.A.))?	• Documento que contiene la Política de Control Interno con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba la Política de Control Interno • Evidencia de la aprobación y el control de la organización, y amplia disponibilidad al direccionamiento estratégico														Conforme a las documentaciones adjuntas la evidencia corresponde
	La PEI se encuentra correctamente formulada?	• Constituye un marco de referencia bajo la configuración de los componentes y niveles del control interno • Incluye el lenguaje con la Máxima Autoridad • Incluye de atribuciones de roles incluyendo roles de la Máxima Autoridad • Incluye de atribuciones de roles incluyendo roles de la Máxima Autoridad • Incluye de atribuciones de roles incluyendo roles de la Máxima Autoridad														Conforme a las documentaciones adjuntas la evidencia corresponde
	La PEI ha sido adecuadamente comunicada y se entiende por todos los funcionarios?	• Resolución de la Máxima Autoridad que aprueba la PEI • Resolución de la Máxima Autoridad que aprueba la PEI • Resolución de la Máxima Autoridad que aprueba la PEI • Resolución de la Máxima Autoridad que aprueba la PEI • Resolución de la Máxima Autoridad que aprueba la PEI														Conforme a las documentaciones adjuntas la evidencia corresponde

Lic. **Rodrigo Alcaraz**
de Unidad de Auditoría de Gestión
essap

Lic. **Francisco Torres**
Coordinador de Auditoría Interna
essap

Lic. **Francisco Torres**
Coordinador de Auditoría Interna
essap

Lic. **Francisco Torres**
Coordinador de Auditoría Interna
essap

[illegible]

Componente	Pregunta	Ejemplo de evidencias / Fuentes	Existencia	Evidencias reales	Consistencia del resultado	OBSERVACIONES DE AUDITORIA
Recibido						
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG fue consensado de manera participativa y consensado por los distintos niveles de la organización?	• Foto en la sala de reuniones estratégica de la institución, su misión, su visión y su institucionalidad • Alfabetización con los jóvenes, incluyendo el compromiso con la equidad y la no discriminación • Atención a los valores institucionales • Orientación a cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de la institución • Comunicación, los diferentes canales de comunicación institucional • Comunicación a través de los canales de comunicación de la institución • Identificación y promoción de las prácticas democráticas de la institución • Construcción de políticas de gestión del Talento Humano de la institución	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiado?	• Existen la de versiones, supuestas y/o actualizadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Disponibilidad de documentos que respalden nuevas versiones del PEG	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	• Documento formalmente documentado y aprobado por la M.A • Registros que respalden el PEG	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiado?	• Existen la de versiones, supuestas y/o actualizadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Disponibilidad de documentos que respalden nuevas versiones del PEG	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	• Documento formalmente documentado y aprobado por la M.A • Registros que respalden el PEG	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG

Componente	Pregunta	Ejemplo de evidencias / Fuentes	Existencia	Evidencias reales	Consistencia del resultado	OBSERVACIONES DE AUDITORIA
Recibido						
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG fue consensado de manera participativa y consensado por los distintos niveles de la organización?	• Foto en la sala de reuniones estratégica de la institución, su misión, su visión y su institucionalidad • Alfabetización con los jóvenes, incluyendo el compromiso con la equidad y la no discriminación • Atención a los valores institucionales • Orientación a cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de la institución • Comunicación, los diferentes canales de comunicación institucional • Comunicación a través de los canales de comunicación de la institución • Identificación y promoción de las prácticas democráticas de la institución • Construcción de políticas de gestión del Talento Humano de la institución	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiado?	• Existen la de versiones, supuestas y/o actualizadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Disponibilidad de documentos que respalden nuevas versiones del PEG	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	• Documento formalmente documentado y aprobado por la M.A • Registros que respalden el PEG	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiado?	• Existen la de versiones, supuestas y/o actualizadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Disponibilidad de documentos que respalden nuevas versiones del PEG	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG
A 3 principio de Buen Gobierno (R16)	El PEG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	• Documento formalmente documentado y aprobado por la M.A • Registros que respalden el PEG	•	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG	Registros de Asistencia a talleres o capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PEG

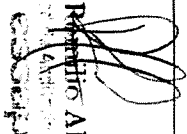
Componente		Control de la Planificación										Comentarios del Revisor		Observaciones	
Resumen		Ejemplo de Referencia / Descripción										Referencia		Comentarios del Revisor	
B.1 Desarrollo Institucional	1. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	Es coherente con la misión y visión de la institución y se encuentra alineada a la estrategia institucional. La misión institucional es clara y concisa, y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Agregar información que justifica la misión. Se adjunta el Anexo B.1 de la Misión Institucional. (Anexo B.1 de la Misión Institucional).		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	2. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	3. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	4. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	5. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	6. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	7. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	8. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	9. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
	10. ¿Misión institucional se encuentra correctamente definida?	La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	
C.1 Desarrollo Institucional		La Misión institucional se encuentra correctamente definida y se encuentra alineada a la estrategia institucional.										* Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.		Continúa a las documentaciones adjuntas a la observación correspondiente.	

Lic. Raúl Alcaraz
Jefe Unidad de Planificación
essap

Lic. Francisco Torres
Coordinador de Auditoría Interna
essap

Abelardo Rivera
Auditor Interno Institucional
essap

Componente		Control de la Planificación										Observaciones de Auditoría	
Ejemplo de evidencia / Evidencia		Evidencia										Comentarios del Revisor	
B.2. Gestión por Proyectos	Se ha desarrollado un Mapa de Proyectos, que describe el desarrollo de las acciones, sus principales actividades, metas y de su ejecución.	• Documento, aprobado, referente al Mapa de Proyectos Institucional											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	El Modelo de Gestión por Proyectos (Mapa de Proyectos) está formalmente documentado y aprobado por la máxima autoridad.	• Certificación de aprobación de la máxima autoridad											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se cuenta con una adecuada coordinación de las acciones.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se ha desarrollado la Base de Datos de Proyectos.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
B.3. Gestión por Proyectos	Se cuenta con una adecuada coordinación de las acciones.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se ha desarrollado la Base de Datos de Proyectos.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se cuenta con una adecuada coordinación de las acciones.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se ha desarrollado la Base de Datos de Proyectos.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
B.4. Gestión por Proyectos	Se cuenta con una adecuada coordinación de las acciones.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se ha desarrollado la Base de Datos de Proyectos.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se cuenta con una adecuada coordinación de las acciones.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se ha desarrollado la Base de Datos de Proyectos.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
B.5. Gestión por Proyectos	Se cuenta con una adecuada coordinación de las acciones.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se ha desarrollado la Base de Datos de Proyectos.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se cuenta con una adecuada coordinación de las acciones.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.
	Se ha desarrollado la Base de Datos de Proyectos.	• Documento que muestra el Mapa de Proyectos con la firma de la M.A.											Confirma a las documentaciones adjuntas la veracidad de la información.


Lic. Renato Alcaraz
Lic. Renato Alcaraz

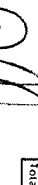

Lic. Francisco Torres
Lic. Francisco Torres


Abdi Felipe Rivero
Abdi Felipe Rivero


essap


essap


essap


Raul Alfaro
C. P. Costa Rica
Calle 10 de Agosto No. 1000
San José, C.R.

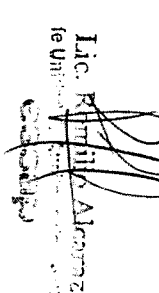
Carlos Montenegro
Calle 10 de Agosto No. 1000
San José, C.R.

Alberto Rivera
Ayuda Interna Institucional
essap sa

Sigla	Nombre del Compañero	Total de Casillas Propuestas
B8	Montenegro	3,88

Control de la Implementación

Compromiso		Ejemplo de Evidencia / Criterio		Ejecución										Evidencia y fecha		Comentario del Revisor		OBSERVACIONES DE AUDITORIA	
Indicador	Programa																		
C.1 Control Operacional	Los controles implementados contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles aceptables	• Estructura de planes de mejora y/o definición de controles derivados de la evaluación de riesgos significativos • Existencia de indicadores que midan el impacto y efectividad de los controles • Evidencia de retroalimentación entre la magnitud y sofisticación de los controles y la calidad de los riesgos																Confirme si los documentos adjuntos le permiten corroborar	
	El nivel de profundidad, sofisticación y formalización de los controles implementados es adecuado a los riesgos, a los objetivos y a los recursos disponibles	• Estructura de planes de mejora y/o definición de controles derivados de la evaluación de riesgos significativos • Existencia de indicadores que midan el impacto y efectividad de los controles • Evidencia de retroalimentación entre la magnitud y sofisticación de los controles y la calidad de los riesgos																Confirme si los documentos adjuntos le permiten corroborar	
C.1.1 Política Operacional	La institución ha definido políticas operacionales que describen estructuras y procesos de su funcionamiento, considerando los recursos disponibles, los objetivos de los procesos y la sofisticación de los riesgos	• Políticas operacionales coherentes con los objetivos de los procesos/subprocesos clave • Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos • Políticas operacionales que reflejen un adecuado marco de gestión para enfrentar los riesgos/subprocesos de mayor relevancia																Confirme si los documentos adjuntos le permiten corroborar	
	Las políticas operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la máxima autoridad	• Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos • Políticas operacionales que reflejen un adecuado marco de gestión para enfrentar los riesgos/subprocesos de mayor relevancia																Confirme si los documentos adjuntos le permiten corroborar	
C.1.2 Procedimiento Operacional	La política operacional está formalmente documentada y aprobada por la máxima autoridad	• Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos • Políticas operacionales que reflejen un adecuado marco de gestión para enfrentar los riesgos/subprocesos de mayor relevancia																Confirme si los documentos adjuntos le permiten corroborar	
	Las políticas operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la máxima autoridad	• Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos • Políticas operacionales que reflejen un adecuado marco de gestión para enfrentar los riesgos/subprocesos de mayor relevancia																Confirme si los documentos adjuntos le permiten corroborar	
C.1.3 Control de Riesgos	La institución ha definido políticas operacionales que describen estructuras y procesos de su funcionamiento, considerando los recursos disponibles, los objetivos de los procesos y la sofisticación de los riesgos	• Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos • Políticas operacionales que reflejen un adecuado marco de gestión para enfrentar los riesgos/subprocesos de mayor relevancia																Confirme si los documentos adjuntos le permiten corroborar	
	Las políticas operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la máxima autoridad	• Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos • Políticas operacionales que reflejen un adecuado marco de gestión para enfrentar los riesgos/subprocesos de mayor relevancia																Confirme si los documentos adjuntos le permiten corroborar	


Lic. Rutilio Alcaraz
Licenciado en Ciencias Exactas y Naturales


Lic. Francisco Torres
Coordinador de Auditoría Interna


Abg. Felipe Rivero
Auditor Interno Institucional

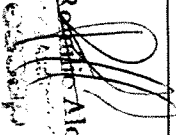
essapo

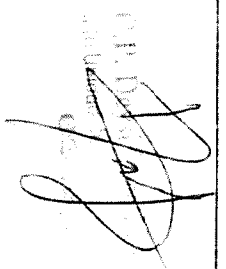
essapo

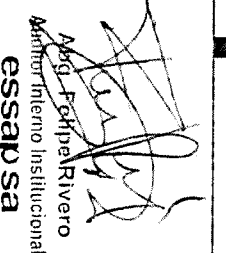
Componente		Pregunta		Ejemplo de Evidencia / Comentario		EVIDENCIA										Referencias legales		Cumplimiento del Reglamento		OBSERVACIONES DE AUDITORIA	
E.2	Componente 1: Planificación y monitoreo de la implementación	¿Se han identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y al control interno?	• Se han identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y al control interno.	• Evidencia: Plan de capacitación y monitoreo. • Registro de asistencia a actividades de capacitación (firma o cursa). • Certificado de cursos.													Conforme a las disposiciones adjuntas a la legislación correspondiente.				
	Componente 2: Evaluación de la efectividad de la implementación	¿Se ha evaluado la efectividad de la implementación de las actividades de capacitación?	• Se ha evaluado la efectividad de la implementación de las actividades de capacitación.	• Evidencia: Informe de evaluación de la efectividad de la implementación.													Conforme a las disposiciones adjuntas a la legislación correspondiente.				

Lic. Román Alcaraz
 Lic. D. Felipe Noriega
 Lic. Francisco Torres
 Coordinador de Auditoría Interna
 esapsa
 esapsa

Componente		Control de la Implementación										Observaciones de Auditoría	
Medida	Reglas	Diagrama de Estrategia / Criterios	EVALUACIÓN										Observaciones de Auditoría
C 3.1 Sistema de información	Se han determinado las fuentes de información relevantes y se han establecido los flujos de información para el control interno? y se asegura que los datos, procesos se encuentran ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna?	- Metodología, criterios y requisitos para recolección de datos - Identificación de fuentes relevantes por proceso - Diseño de flujos de indicadores - Resultado de Entrevistas con los Niveles de Gestión para verificar disponibilidad de datos críticos											Conforme a la documentación, adjunta la evidencia correspondiente y verificada mediante la Encuesta emitida mediante el sistema Google evidenciando un promedio de 97,3% de 146 encuestados
	Puede asegurarse que la información utilizada es accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable?	- Resultado de Evaluación de Documento por procesos, flujos, listas por 1 - Resultado de Entrevistas con los Niveles de Gestión para verificar calidad de datos críticos											Conforme a las documentaciones, adjunta la evidencia correspondiente y verificada mediante la Encuesta emitida mediante el sistema Google evidenciando un promedio de 96,55%
C 3.2 Control de	Se asegura que la información documentada requerida en el sistema de control interno (política, procedimientos, manuales, tablas de datos, etc.) se encuentran disponibles en su lugar de uso, y que se encuentran adecuadamente protegidos?	- Resultado de Entrevistas con los Niveles de Gestión - Resultado de la Observación (disponibilidad en los distintos lugares de trabajo)											No se evidencia suficiente evidencia de que la información documentada se encuentra disponible y protegida
	Se encuentran clasificados, ordenados, los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control Interno?	- Flujo de información que describe la metodología y criterios de gestión de la información documentada - Tablas de Niveles de Aprobación de Documentos - Resultado de Entrevistas con los Niveles de Gestión para verificar calidad de datos críticos											Conforme a las documentaciones, adjunta la evidencia correspondiente
C 3.3 Control de	Se encuentra establecido de fondo y se aplica una metodología y criterios para la gestión de distribución, archivo	- Procedimiento que describe la metodología de identificación y monitoreo y control en los documentos - Resultado de la Observación (disponibilidad en los distintos lugares de trabajo)											Conforme a las documentaciones, adjunta la evidencia correspondiente
	Se encuentra correctamente clasificada y organizada la información y se aplica una metodología y criterios para la gestión de documentos de origen externo	- Procedimiento que describe la metodología de identificación y control de los documentos de origen externo - Resultado de la Observación (disponibilidad en los distintos lugares de trabajo)											Conforme a las documentaciones, adjunta la evidencia correspondiente


Lic. Roberto Alcaraz
Lic. de Control Interno


Lic. Francisco Torres
Coordinador de Auditoría Interna
essap S.A


Ana Fajardo Rivero
Autor Interno Institucional
essap sa

Control de la Implementación

Componente		Temas de Actitudes / Cultura		EJECUCIÓN												OBSERVACIONES DE AUDITORIA	
Requisito	Pregunta																
C 1.1 Comunicación interna	Se han implementado políticas y procedimientos para comunicar ideas y oportunamente la información dentro de la organización?	- Existencia de política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) - Recopilación de iniciativas con fundamento de diferentes niveles - Existencia de no confidencialidad y relaciones equitativas en todos los niveles de comunicación														No se evidencia ninguna comprobación en la aplicación de las políticas y procedimientos para la comunicación ideas y oportunamente la información dentro de la organización.	
	Se ha definido qué información será comunicada a cada uno de los grupos de trabajo, sectores de la institución, asignando niveles de responsabilidad adecuados?	- Existencia de política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) - Recopilación de iniciativas con fundamento de diferentes niveles														No se evidencia ninguna comprobación en la aplicación de las políticas y procedimientos para la comunicación ideas y oportunamente la información dentro de la organización.	
	Se conocen la identidad institucional, presupuesto existencial, funcionamiento y estructura organizacional de la institución y cumplimiento con los productos institucionales?	- Existencia de política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) - Recopilación de iniciativas con fundamento de diferentes niveles														No se evidencia ninguna comprobación en la aplicación de las políticas y procedimientos para la comunicación ideas y oportunamente la información dentro de la organización.	
	Se han incorporado los sistemas que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias?	- Implementación de "conversatorios" - Implementación de "grupos de sugerencias"															Continuar a las documentaciones según la aplicación correspondiente
C 1.2 Comunicación externa	Se realiza periódicamente la actualización de los mecanismos de comunicación utilizados?	- Actas de reuniones, Análisis y referencias a Alta Dirección - Reportes de evaluación (Diciembre)														Continuar a las documentaciones según la aplicación correspondiente	
	Se han implementado políticas y procedimientos para comunicar ideas y oportunamente la información dentro y fuera de la organización?	- Existencia de política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) - Recopilación de iniciativas con fundamento de diferentes niveles - Existencia de no confidencialidad y relaciones equitativas en todos los niveles de comunicación														Para el logro de la optimización en la gestión de los recursos humanos en los procesos	
	Se ha definido qué información y a través de qué canales será comunicada a los diferentes grupos de trabajo, sectores de la institución, asignando niveles de responsabilidad?	- Existencia de política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) - Recopilación de iniciativas con fundamento de diferentes niveles														Continuar a las documentaciones según la aplicación correspondiente	
	Se han desarrollado procedimientos documentados para manejar la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencia de las reuniones de trabajo a la institución?	- Existencia de procedimientos documentados y aprobados - Recopilación de iniciativas con fundamento de diferentes niveles															Continuar a las documentaciones según la aplicación correspondiente
C 1.3 Revisión de cuentas	Se ha implementado el proceso de Rendición de Cuentas de acuerdo a las disposiciones legales vigentes?	- Actas de reuniones documentados que evidencien la comunicación para la rendición de cuentas - Actas de reuniones documentados que evidencien la rendición de cuentas - Reportes de evaluación de la rendición de cuentas														Continuar a las documentaciones según la aplicación correspondiente	

Control de Cuentas Institucionales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor asignado por cada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Control de Cuentas Institucionales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor final del Componente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Casillas Puntajes	3,47															

Lic. Romulo Alcantara
Lic. Romulo Alcantara
Lic. Romulo Alcantara

Lic. Romulo Alcantara
Lic. Romulo Alcantara
Lic. Romulo Alcantara

Abd Felipe Rivero
Abd Felipe Rivero
Abd Felipe Rivero

[illegible]

Control para la Mejora																	
Componente	Requisito	Reglamento	Ejemplo de evidencias / Criterios	EVIDENCIA										Evidencia pública	Comentarios del Revisor	OBSERVACIONES DE AUDITORIA	
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)		Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad														Conforme a las documentaciones adjuntas la valoración corresponde.
	Existen evidencias que demuestren que la revisión por la dirección incluyó consideraciones sobre: a) la estructura y acciones emprendidas de manera reactiva por la dirección; b) vigencia de la política de CI; 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: • Evaluación de planes y objetivos; • Resultados de las mediciones; • Resultados de las auditorías internas y externas; • Resultados de los grupos de interés; • Cuestiones inherentes a las actividades institucionales 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; • Efectividad de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos; • Gestión de los programas de mejora?		Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de entrada)														Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de salida)
E 2 Mejora Continua	El análisis crítico por la dirección incluye decisiones, acciones y conclusiones relacionadas con: a) oportunidades de mejora continua; b) oportunidades de cambio en el sistema de control interno, incluyendo la necesidad de recursos?		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														Conforme a las documentaciones adjuntas la valoración corresponde.
	Se tomaron acciones para optimizar continuamente el SCI, y para eliminar o minimizar las causas raíces o notables de las debilidades detectadas?		Procedimientos documentados y aprobados Evidencias de la implementación de acciones y/o planes de mejoramiento														Conforme a las documentaciones adjuntas la valoración corresponde.
E 3 Mejora Continua	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora?		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														Conforme a las documentaciones adjuntas la valoración corresponde.
	Existen evidencias de la verificación de la eficacia de las acciones tomadas?		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														Conforme a las documentaciones adjuntas la valoración corresponde.

Actividad de las Puntadas	Valor asignado por casilla	Puntaje por (columna) (cantidad x Valor)	Valor Final del Componente
1	0	0	3.82
2	0	0	
3	0	0	
4	0	0	
5	0	0	
Puntaje / Total de Casillas Puntadas			3.82


Lic. Romulo Alcaraz
fe Union de Agricultores
ES-30

C.P. Domingo Morfín
Rector de la Universidad
C.C. José Luis Torres
Coordinador de Auditoría Interna

09-08-2017