



**CONTRALORÍA
GENERAL DE
LA REPÚBLICA**
PARAGUAY



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

FACULTAD DE POLITÉCNICA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
VILLARRICA DEL ESPÍRITU SANTO**

Noviembre, 2024



Índice

I.	Antecedentes	1
II.	Objetivo	1
III.	Alcance	1
IV.	Desarrollo.....	2
	A. Componente ambiente de control	3
	B. Componente control de la planificación.....	6
	C. Componente control de la implementación	8
	D. Componente control de la evaluación	11
	E. Componente control para la mejora	12
V.	Conclusión	13
VI.	Recomendación	13



INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA FACULTAD DE POLITÉCNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLARRICA DEL ESPÍRITU SANTO

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 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 - SCI, 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 en los documentos proporcionados por la institución que respaldan la fase de diseño y evidencian acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2023.



IV. Desarrollo

La evaluación del SCI se define como: *“El 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, 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.

La Norma de Requisitos Mínimos representa la evolución del Sistema de Control Interno debido a que exige que los Organismos y Entidades del Estado se enfoquen más que en el diseño de las herramientas de control, en la difusión y en la aplicación de las mismas, lo que debe respaldarse adecuadamente en evidencia formal. Asimismo, como cambio trascendental, exige liderazgo e involucramiento de la Máxima Autoridad y su nivel directivo.

En este contexto, cabe señalar que, si las herramientas de control no se actualizan, se difunden y se aplican, toda la documentación generada en el marco de la implementación de control interno no tiene ninguna utilidad, por lo cual, la autoevaluación institucional y la evaluación independiente deben estar respaldadas por un alto nivel de reconocimiento crítico y objetivo de la realidad institucional en materia de control interno.



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 con criterios de valoración con la siguiente interpretación:



En el siguiente cuadro se exponen la evaluación y calificación del Sistema de Control Interno de la Facultad de Politécnica de la Universidad de Villarrica del Espíritu Santo - UNVES por cada componente, y los resultados que arrojó la herramienta arriba señalada:

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	1,51	D	Inicial
Control de la planificación	2,17	C-	Diseñado
Control de la implementación	0,79	EE	Deficiente
Control de la evaluación	0,78	EE	Deficiente
Control para la mejora	1,17	D-	Inicial
SCI consolidado	1,34	D-	Inicial

A partir del análisis de los documentos proveídos por la Facultad de Politécnica de la UNVES, por medio del Sistema NRM, se señalan debilidades 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 esta fase la institución evidenció un nivel de madurez INICIAL MEDIO, con una calificación de 1,51, y esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación, que el SCI se encuentra en fase de diseño.

- El primer principio de la NRM establece que la Máxima Autoridad institucional debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al Sistema de Control Interno asumiendo la responsabilidad sobre su efectividad. Esto se materializa por medio de:
 - Su involucramiento y participación activa en el diseño y aplicación de los mecanismos de control tales como la Política de Control Interno.
 - La adopción de una gestión ética que defina estrategias para la continua reflexión, internalización y aplicación de los valores, principios y compromisos éticos.
 - El cumplimiento de los compromisos adoptados en el Código de Buen Gobierno.
 - El establecimiento de procedimientos documentados para la planificación estratégica y operacional.
 - La identificación y aplicación de estrategias para el desarrollo permanente del personal, promoviendo la adopción de nuevas y buenas costumbres, habilidades, conocimientos y sentido de pertenencia.
 - La gestión y participación en capacitaciones necesarias para que todos los miembros de la organización adquieran conocimiento acabado sobre control interno, en particular el nivel directivo.
 - La adopción de gestión por procesos que ponga como factor crítico de éxito a las expectativas del usuario del servicio.
 - La administración de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
 - La definición de Políticas Operacionales que sean aplicadas, revisadas y actualizadas permanentemente.
 - La identificación, utilización y evaluación de mecanismos de comunicación que puedan servir como herramienta para empoderar a funcionarios y ciudadanos en la búsqueda permanente de mayores niveles de transparencia y confianza.
 - La promoción de la mejora continua.



Asimismo, las autoridades de la Facultad de Politécnica han demostrado poco compromiso en la implementación de la NRM, sin tener en cuenta el informe anterior, debido a que persisten debilidades a corregir con miras al fortalecimiento de la cultura institucional:

- En la Resolución CDFP 237/2020 se aprobó la adopción del Código de Buen Gobierno de la UNVES, sin embargo, no se evidenció la actualización de la Política de Control Interno ni la elaboración de su propia Política. Es necesaria su revisión en consideración a los objetivos propios de la institución diferenciada de las demás facultades de la UNVES, adecuándose al contexto y direccionamiento estratégico de la Facultad de Politécnica.
- En la Resolución CDFP 213/23 se aprobó la adopción del Código de Ética de la UNVES, por lo que se señalan algunas debilidades a ser consideradas al momento de la revisión del mismo:
 - El Código de Ética debe ser elaborado de manera participativa y consensuada por funcionarios de todos los niveles de la Facultad.
 - No se evidenció los Acuerdos y Compromisos Éticos de cada dependencia de la Facultad.
 - En las reuniones del Comité de Ética consignadas en el Acta 02/23 y en el de fecha 09/08/24, no se observaron temas referentes a la detección y generación de soluciones a los incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos.
 - No se comprobó la sensibilización, por medio de didácticas que convoquen al compromiso personal.
- Se observó la adopción del Código de Buen Gobierno, en la Resolución 237/2020, pero no se confirmó que fuera elaborado por miembros del nivel directivo de la Facultad.
- No se observaron revisiones ni actualización del Código de Buen Gobierno para asegurar que permanezcan pertinentes y apropiados.
- No se observaron informes del Comité de Buen Gobierno sobre la evaluación del desempeño de buen gobierno mediante la aplicación de los índices de gestión ética y comunicación, y del cumplimiento de los compromisos asumidos en el Protocolo de Buen Gobierno.
- Si bien se observó la Resolución 1/2020 que aprobó la Política del Talento Humano de la UNVES, no se evidenció que la Facultad haya elaborado su propia política teniendo en cuenta que la institución debería tener el compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios por medio de la determinación de las prácticas de gestión del talento humano.



- No se comprobó la voluntad de la Máxima Autoridad y su equipo directivo de implementar gestiones para que la institución posea sus propias políticas y códigos.
- No se visualizó un informe de gestión del área de Talento Humano a fin de verificar el cumplimiento de los procesos y las Políticas del Talento Humano.

Cabe señalar que, en la Resolución CSU 185/19 se estableció que el Rectorado, cada Facultad y Escuela serán responsables de realizar su respectivo Sistema de Control Interno, sin embargo, la Facultad de Politécnica hizo caso omiso a la citada reglamentación, teniendo en cuenta que en muchos casos presentó o adoptó políticas elaboradas por la UNVES.

B. Componente 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, logro de su Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales”*.

En este componente la calificación alcanzada fue de 2,17 lo que representa un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, y esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación que: el SCI se encuentra diseñado. Se describen, seguidamente, algunas debilidades detectadas que pueden ser mejoradas:

- Si bien se observó el plan operativo y el plan de desarrollo de carreras, no se evidenció que la Facultad posea procedimientos para la definición de la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa.
- Se observó el Plan Estratégico Institucional - PEI 2022-2026, aprobado en la Resolución 189/22. Por otra parte, se constató que no fue revisado a efectos de subsanar las siguientes debilidades, algunas ya señaladas en el informe anterior:
 - No se evidenció que el PEI se encuentre alineado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, por lo que se sugiere el respectivo análisis y vinculación.
 - No se evidenció la definición de metas, indicadores de eficiencia y eficacia para el logro de los fines trazados.
 - No se observó evidencia de inducción y sensibilización del PEI, con el fin de que todos los funcionarios tengan conocimiento de los objetivos a ser alcanzados, dentro de su área de competencia y alineados al cumplimiento del objetivo estratégico.
- La Facultad de Politécnica por la Resolución 274/22 aprobó el mapa de procesos, sin embargo, no se observó su respectiva caracterización. La NRM señala que: *“La metodología aplicada para el diseño e implementación del modelo de gestión por procesos debe establecer:*



- a) *El desarrollo de un mapa de procesos, que permita el despliegue de los procesos con un enfoque estratégico, misional y de apoyo.*
- b) *La caracterización de los procesos, incluyendo la definición de:*
- *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”.*
- No se evidenció que la Facultad haya diseñado su normograma. Al respecto, en el documento se debe identificar la base legal por cada proceso o subproceso. Cada dueño de proceso debe ser responsable de la actualización del normograma de su área teniendo en cuenta el carácter dinámico de las normativas y disposiciones anuales.
 - En la Resolución 120/21 se aprobó el Manual de Organización y Funciones, sin embargo, no se evidenció la definición del perfil de puestos de trabajo.
Asimismo, los documentos señalados precedentemente, deben ser comunicados a todos los funcionarios de manera tal que se asegure que conozcan cabalmente sus deberes y responsabilidades, de modo que puedan rendir cuentas por los mismos.
 - Si bien se observó la Resolución 269/22 que aprobó el procedimiento para la continua Identificación y Evaluación de Riesgos y la matriz de riesgos que data del año 2020, no se evidenció que la Facultad haya realizado la Identificación y Evaluación de Riesgos en los niveles de objetivos estratégicos y operativos. Al respecto, siguiendo la NRM en cuanto a los criterios para la Identificación y Evaluación de Riesgos, la Facultad deberá tener en cuenta, entre otros:
 - a) *“La etapa de configuración de los planes estratégicos y operativos.*
 - b) *Los diferentes niveles del modelo de gestión por procesos.*
 - c) *Las actividades rutinarias y no rutinarias.*
 - d) *Las actividades de todo el personal que tengan relación con los objetivos y la Misión institucional (incluyendo aquellas realizadas por contratistas).*



- e) *El comportamiento humano, sus capacidades y otros factores humanos, incluyendo consideraciones sobre la perspectiva de género y la no discriminación.*
- f) *La probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial ocasionado.*
- g) *La infraestructura, tecnología y materiales utilizados, tanto provistos por la institución o por otros.*
- h) *Las modificaciones organizacionales o de su sistema de gestión, incluyendo cambios temporarios, y sus impactos en los objetivos, procesos y actividades.*
- i) *Toda obligación legal relacionada con la evaluación de riesgos y la implementación de los controles necesarios.*
- j) *El diseño de procesos, instalaciones, tecnología, procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las capacidades humanas”.*

C. Componente 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 se evidenció un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO, con una calificación de 0,79 indicando, conforme a la herramienta de evaluación, que: *“El control interno no está sistematizado. Algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos”.*

Se detallan a continuación, algunas debilidades consignadas en el informe anterior, por lo que se insta a las autoridades de la Facultad a su observancia, para mejorar la calificación:

- No se observó la implementación de controles que contribuyan a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables.
- No se evidenció el diseño de las Políticas Operacionales de la Facultad de Politécnica, que permitan estructurar y dirigir el buen desempeño del modelo de gestión por procesos. Asimismo, para el establecimiento de las mismas, la Facultad tendría que realizar primeramente la Identificación y Evaluación de los Riesgos de los procesos identificados, que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos.



Igualmente, al momento de elaboración de sus políticas, deben tener en cuenta los criterios para la formulación, incluyendo:

- Coherencia entre las políticas y los lineamientos estratégicos determinados por el componente de control de planificación, en particular con los principios y la Identificación y Evaluación de Riesgos.
- Incorporación de parámetros que orienten el despliegue de procesos, la definición de controles y establecimientos para la evaluación de su cumplimiento.
- Si bien se presentó la Resolución 201/21 que aprobó los mecanismos de gestión de la UNVES, no se evidenció el diseño de procedimientos para cubrir situaciones que en su ausencia podrían afectar la capacidad de control de la institución o causar desviaciones a las políticas y objetivos definidos.
- La Facultad no diseñó, ni aplicó controles adecuados para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de las actividades y tareas requeridas para el logro de sus objetivos. En efecto, no se pudo comprobar la correcta metodología y criterios para la Identificación y Evaluación de Riesgos.
- No se evidenció evaluación de desempeño correspondiente al periodo 2023, tampoco reportes por dependencia ni del sector responsable del desarrollo del talento humano.
- No se observó la identificación de necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno.
- Se evidenció la Resolución 106/23 que aprobó el plan de trabajo de MECIP, no así el plan anual de capacitaciones y entrenamiento general con el fin de orientar a sus funcionarios para la mejora continua.
- Se observó la aplicación del formulario Google sobre el resultado de percepción del SCI y de la estructura organizacional, no así de sus funciones y responsabilidades y de la toma de conciencia de las consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos establecidos.
- Si bien se observó la Resolución 142/21 que aprobó los mecanismos de comunicación de la Facultad, no se comprobó que se hayan determinado fuentes de información relevantes y de calidad para la gestión y el funcionamiento de control interno. Al respecto, la NRM establece que la institución debe determinar las fuentes de información internas y externas, y procurar que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna.
- No se verificó la implementación de mecanismos para mantener la calidad de la información, desde la obtención de los datos, procurando que la misma sea



accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable.

- No se evidenció que la institución haya implementado un sistema de información en el que se determine información relevante y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno.
- No se evidenció controles que aseguren que la información documentada requerida por el Sistema de Control Interno:
 - a) esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite;
 - b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).
- No se demostró tratamiento de las siguientes actividades, según sea aplicable:
 - a) definición de niveles de aprobación;
 - b) distribución, acceso, recuperación y uso;
 - c) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
 - d) control de cambios (por ejemplo, control de versión);
 - e) retención y disposición.
- No se comprobó procedimiento que describa la metodología de identificación y control de los documentos de origen externo. En este punto, la NRM señala: *“La elaboración de la documentación no debería ser un fin en sí mismo, sino que debería ser una actividad que aporte valor. Cada institución debe determinar la extensión de la documentación requerida y los medios a utilizar. Esto depende de factores tales como el tipo y el tamaño de la organización, la complejidad e interacción de los procesos, la complejidad de los productos y servicios, las necesidades y expectativas de los beneficiarios, los requisitos legales y reglamentarios que sean aplicables, y la competencia demostrada por los funcionarios, entre otros”.*
- No se visualizaron evidencias de no conformidades o reclamos originados en fallas de comunicación interna y externa.
- No se comprobó el diseño y la efectiva implementación de los mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización, contemplando:
 - Valores.
 - Políticas y procedimientos.
 - Objetivos.
 - Importancia, relevancia y beneficios de los controles internos efectivos.



- Roles y responsabilidades de las autoridades y demás funcionarios en la ejecución de los controles.
- Mecanismos para que todos los funcionarios puedan reportar internamente cualquier desvío o evento que pudiera comprometer el funcionamiento del control interno.
- No se verificó la definición de la información que será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos y externos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados.
- No se comprobó que la institución fomente la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales.
- En la Resolución 267/22 se aprobó el Manual de Procedimientos para la Atención de Quejas, Sugerencias y Denuncias, sin embargo, no se evidenció informes de seguimiento a las sugerencias, quejas o denuncias ingresadas.
- No se verificó informe sobre la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados.
- No se observó la implementación de políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información desde y hacia afuera de la organización.
- No se verificó que se haya definido qué información y por medio de qué canales será comunicada a los diferentes grupos de interés externos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados.
- No se visualizó un balance anual de gestión que contenga informes cualitativos y cuantitativos alineados al presupuesto anual, tampoco Rendición de Cuentas a la ciudadanía o Memoria Anual.
- No se observaron actas u otros documentos que evidencien la convocatoria y la realización de la Rendición de Cuentas a la ciudadanía.

Es importante recordar a las autoridades de la Facultad que el objetivo de la Rendición de Cuentas es desarrollar un diálogo con los ciudadanos, mejorar la gestión pública, garantizar el control social y prevenir la corrupción.

D. Componente control de la 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 cuanto al componente de control de evaluación se ubicó en un nivel de madurez **DEFICIENTE ALTO** con un puntaje de 0,78; debido a que el Sistema de Control Interno no está sistematizado. Se observaron las siguientes debilidades:



- No se comprobó el diseño de indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos, que permitan monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales mediante el seguimiento de acciones concretas, tampoco se observó la medición de la efectividad del SCI.

La NRM señala que el seguimiento y medición puede realizarse por medio de la formulación de tableros de indicadores, consolidando la información asociada a los proyectos, procesos o áreas institucionales.

- Se observó el programa de auditoría del SCI de la Facultad, no así el plan de anual de trabajo de la Auditoría Interna de la Facultad. Al respecto, la NRM exige que: *“La Auditoría Interna Institucional debe planificar las auditorías tomando en consideración el estado, la importancia y los riesgos asociados a los procesos y áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas responsable del área auditada debe asegurarse que se realicen las correcciones y que se toman las acciones correctivas o de mejora necesarias, sin demora injustificada, para eliminar los desvíos detectados y sus causas.*

La Auditoría Interna debe realizar actividades de seguimiento que incluya la verificación de la implementación de los planes de mejoramiento y la efectividad de las acciones tomadas”.

- No se presentaron evidencias sobre procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de auditorías internas.
- No se observó la matriz de evaluación por niveles de madurez del periodo 2023, tampoco el informe de evaluación del SCI por componente, principio y elemento, que aseguren la implementación de las acciones de mejora tendientes a subsanar las debilidades detectadas.
- No se evidencio el perfil o criterios de selección de auditores internos.

E. Componente 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”.*

La institución no remitió suficiente evidencia relacionada al componente de control para la mejora, arrojando un puntaje de 1,17 con un nivel de madurez INICIAL BAJO. Al respecto, se señalan debilidades que deben de ser mejoradas en la Unidad Académica con el objetivo de una mejora continua:

- No se evidenció que la Facultad de Politécnica haya realizado el Análisis Crítico del Sistema de Control Interno. Al respecto, este proceso debe realizarse conforme lo indica la NRM, al menos una vez al año, e incluir una revisión de las



decisiones y acciones relacionadas con las oportunidades de mejora continua y cualquier necesidad de cambio del SCI.

- Si bien se observó plan de mejoramiento de la Facultad, no se observó evidencia de acciones para optimizar continuamente su SCI, y eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de debilidades detectadas.
- No se observaron informes de análisis, determinación y seguimiento de acciones. Tampoco registros de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora.

V. Conclusión

Como resultado del análisis practicado a los documentos suministrados, la Facultad de Politécnica de la Universidad Nacional de Villarrica del Espíritu Santo obtuvo una valoración de 1,34 equivalente a un nivel de madurez INICIAL BAJO, considerando los elementos definidos en los componentes de control de la implementación, control de planificación, control de la evaluación y control de la mejora definidos del SCI, por lo que Máxima Autoridad y su equipo directivo no demostraron liderazgo y compromiso para la implementación del Sistema de Control Interno.

La Máxima Autoridad y su equipo directivo deben concebir la implementación de la NRM, como una forma de accionar del funcionario para el mejor manejo de los intereses de la Facultad. En ese sentido, con los documentos definidos del Sistema de Control Interno, no fue posible garantizar los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad, en el cumplimiento de sus fines.

Es indispensable que la Máxima Autoridad y su equipo directivo apoyen, gestionen e impulsen, la implementación de la NRM para un Sistema de Control Interno, que redundará en beneficios para la institución y, en consecuencia, brindará mayor satisfacción de sus usuarios o grupos de interés, generando confianza y posicionamiento ante la sociedad.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto precedentemente, es fundamental que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias tendientes a la mejora continua en la gestión institucional; por tanto, la Facultad de Politécnica de la Universidad Nacional de Villarrica del Espíritu Santo, deberá:

1. Revisar y analizar todos los componentes del SCI que están en fase de elaboración, a fin de determinar las actividades consecuentes para el avance de su implementación, evaluación y mejora continua, que le permita ir madurando hacia la etapa subsiguiente.



2. Gestionar la capacitación del personal directivo y funcionarios sobre la NRM a fin de apoyar su efectiva implementación.
3. Ajustar el plan y cronograma de implementación del SCI en el marco de la Resolución CGR 377/16, por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.
4. 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 NRM 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, noviembre de 2024.

Lic. Andrea Rodríguez
Auditora
Contraloría General de la República

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