



**CONTRALORÍA
GENERAL DE
LA REPÚBLICA**
PARAGUAY



**AUDITORÍA
GENERAL DEL
PODER EJECUTIVO**
PARAGUAY



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

**COMISIÓN NACIONAL DE
TELECOMUNICACIONES -
CONATEL**

Junio, 2026



Índice

I. Antecedentes	1
II. Objetivo	1
III. Alcance	1
IV. Desarrollo	1
A. Componente ambiente de control.....	3
B. Componente de control de la planificación.....	5
C. Componente de control de la implementación.....	8
D. Componente de control de evaluación.....	12
E. Componente de control para la mejora.....	13
V. Conclusión	15
VI. Recomendación	16



INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES - CONATEL

I. Antecedentes

Con la Resolución CGR 377/16, la Contraloría General de la República dispuso la adopción de la Norma de Requisitos Mínimos - NRM para un Sistema de Control Interno – Mecip:2015, como marco de referencia para el control, la fiscalización y la evaluación del control interno de las instituciones sujetas a su supervisión.

Posteriormente, con la Resolución CGR 147/19, se aprobó 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.

Igualmente, en la Resolución CGR 909/21, se resolvió aprobar y adoptar la utilización 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.

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 Norma de Requisitos Mínimos - NRM para un Sistema de Control Interno mecip:2015, dentro del ámbito de competencia de cada institución parte.

II. Objetivo

Evaluar el grado de desarrollo e implementación de los requisitos mínimos exigidos en la norma para un SCI, estableciendo los niveles de madurez de cada uno de sus componentes, a fin de identificar eventuales oportunidades de mejora que requieran mayor profundización y acompañar a la institución en el proceso de fortalecimiento y mejora continua de su Sistema de Control Interno.

III. Alcance

La evaluación comprende el análisis de los documentos proporcionados por la institución en el Sistema NRM, que respaldan la fase de diseño y la medición de la aplicación de los controles, y que evidencian las acciones realizadas al 28 de febrero de 2026.

IV. Desarrollo

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

- *Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad de los servicios.*
- *Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*

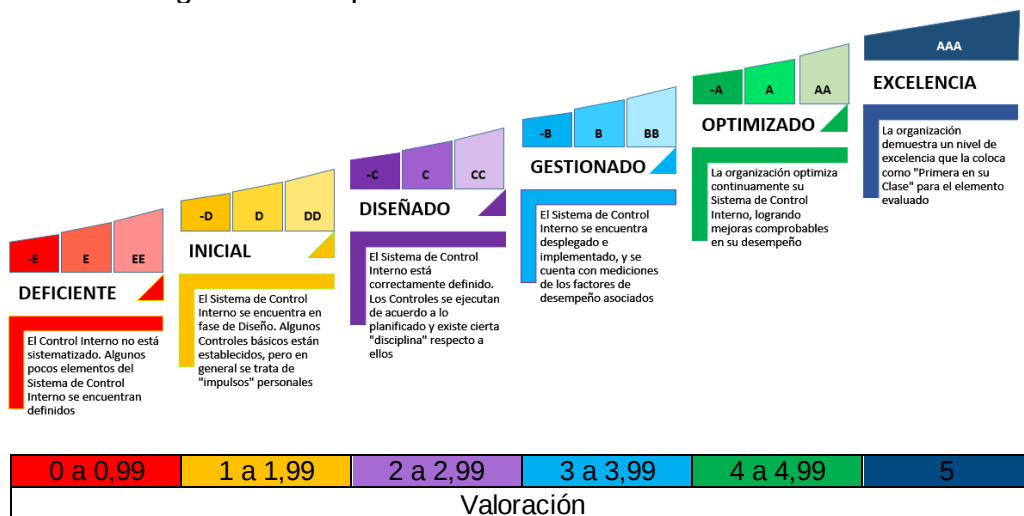
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.
- Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad".

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

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

La NRM incorpora la administración de riesgos como pilar fundamental del control interno. Esto implica establecer una estructura y cultura organizacional que identifique y gestione sistemáticamente los riesgos asociados a cada actividad, función o proceso, minimizando pérdidas y maximizando beneficios.

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



En el siguiente cuadro se exponen los resultados consolidados de la Comisión Nacional de Telecomunicaciones - CONATEL, que reflejan el nivel de madurez de su Sistema de Control Interno por cada componente:

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	3,37	B-	Gestionado
Control de la planificación	3,30	B-	Gestionado
Control de la implementación	2,69	CC	Diseñado
Control de la evaluación	2,96	CC	Diseñado
Control para la mejora	2,83	CC	Diseñado
SCI consolidado	3,05	B-	Gestionado



A partir del análisis de los documentos proporcionados por la institución a través del Sistema NRM, y de las entrevistas realizadas en evaluación *in situ* por la CGR se señalan las oportunidades de mejora más significativas por componente de control.

A. Componente ambiente de control

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

En este componente, la institución alcanzó un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, con una puntuación de 3,37. Este resultado indica que el Sistema de Control Interno se encuentra desplegado e implementado, y se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados. No obstante, se han identificado aspectos que necesitan ser fortalecidos para garantizar su aplicación consistente y su integración efectiva en la gestión institucional:

- La Política de Control Interno fue aprobada con la Resolución Directorio 3163/25, pero no se demostró mejoras comprobables en el desempeño derivadas de la optimización del instrumento ya que la revisión si bien se realizó, se resolvió mantener el instrumento sin cambios sustantivos derivados de medición de desempeños (por ejemplo: resultados de auditorías anteriores sobre la Política de Control Interno, indicadores de cumplimiento vinculados a ella, o reportes de efectividad del instrumento en ciclos anteriores).
- El Informe de entrevistas a funcionarios, en cumplimiento de la Resolución Directorio 2727/25 elaborado por Auditoría Interna Institucional, identificó la necesidad de ampliar la socialización de la Política de Control Interno entre los funcionarios, mediante talleres explicativos para mejorar su entendimiento. Además, como oportunidad de mejora en la elaboración del informe, se observó que no se describieron el universo de la muestra ni la estratificación de los 105 funcionarios entrevistados, lo que impidió verificar la representatividad del diagnóstico de percepción.

Además, en evaluación *in situ* realizada por la CGR, se verificó también la necesidad de implementar mecanismos que permitan fortalecer conceptos sobre la Política de Control Interno en los funcionarios de la institución.

- En cuanto al principio de Acuerdos y Compromisos Éticos, se detallan las siguientes oportunidades de mejora:
 - El Código de Ética, versión 9.0 fue actualizada con la Resolución 3439/25, en el cual se verificó la inclusión de faltas con criterios de determinación de gravedad y sanciones. Al respecto; el Manual de Ética Pública señala que no se debe confundir un Código de Ética con un reglamento o código de conducta. En ese sentido, un código de conducta o reglamento especifica los deberes y obligaciones, las prohibiciones, infracciones y sanciones que se aplicarán según el tipo de falta cometida; en cambio, los Códigos de Ética no tienen una intencionalidad normativa, sino pedagógica; no regulan específicamente los comportamientos de los funcionarios, sino que buscan persuadir a sus destinatarios para que interioricen sus preceptos y quieran comportarse en coherencia con estos.



- El Informe de entrevistas a funcionarios, en cumplimiento de la Resolución Directorio 2727/25, elaborado por la Auditoría Interna (Interno DAG-AI/00062/25), identificó la necesidad de fortalecer los procesos de socialización mediante talleres y seminarios.
- Además, en la evaluación *in situ* realizada por la CGR, se verificó también la necesidad de implementar mecanismos que permitan fortalecer conceptos y contenido del Código de Ética, funcionamiento y propósito del Comité de Ética, en los funcionarios de la institución. Asimismo, difundir de manera clara y detallada el procedimiento para la presentación de denuncias sobre conflictos de intereses e incumplimientos éticos.
- El artículo 51 del Código de Ética Versión 9.0), no contempló métricas o indicadores de desempeño integrados que permitan evaluar de forma continua la pertinencia y el impacto de los compromisos adoptados. Si bien, como un esfuerzo de mitigación, la institución diseñó un Plan de Seguimiento y Evaluación de la Gestión Ética (aprobado de forma independiente mediante Resolución 3500/25), no se registró su ejecución en el período examinado.
- Se verificó por medio de la revisión de las actas de reunión que el Comité de Ética recibió, analizó y derivó quejas y sugerencias a las dependencias competentes para su tratamiento. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en la implementación de mecanismos que permitan documentar de manera sistemática el seguimiento, las acciones adoptadas, los plazos de respuesta y los resultados obtenidos respecto de cada caso, a fin de fortalecer la trazabilidad y evaluación de la efectividad de las medidas implementadas.
- Considerando que, en las actas del Comité de Ética institucional, se evidenciaron dificultades de participación y cumplimiento de responsabilidades por parte de algunos integrantes del Equipo de Alto Desempeño de Ética, se sugiere fortalecer los mecanismos de monitoreo y seguimiento de los compromisos asignados, así como implementar estrategias que promuevan una participación más activa y uniforme de todas las dependencias involucradas en la gestión ética institucional.
- Se replica lo identificado en el Informe de Evaluación del SCI, elaborado por Auditoría Interna, que indicó: *"Fomentar y promocionar el uso del buzón de quejas y denuncias y de otros medios aprobados, para que los funcionarios tomen conocimiento y uso de las herramientas habilitadas para canalizar sus inquietudes con respecto a la implementación del Código de Ética y Código de Buen Gobierno en la institución"*. En ese sentido, resulta pertinente promover el conocimiento y utilización efectiva de estos mecanismos por parte de los funcionarios, a fin de favorecer la comunicación de posibles incumplimientos éticos y fortalecer la cultura de integridad institucional.
- De la verificación de los documentos adjuntos al principio y la verificación del Código de Buen Gobierno versión 9.0, aprobado mediante la Resolución 3483/25, se detallan las siguientes oportunidades de mejora:
 - En el artículo 42° se estableció la evaluación anual del desempeño mediante el Índice de Gestión Ética y el Índice de Comunicación, y en el artículo 41° se definió un mecanismo de resolución de controversias como respuesta al incumplimiento. No obstante, el Informe de Seguimiento CCCIM 128/25 no presentó observaciones derivadas de su aplicación, limitándose a describir acciones realizadas. Si los índices se midieron, los resultados deben constar en el informe de seguimiento con valores, comparación respecto al período anterior y análisis de desvíos.



- El artículo 28° estableció el compromiso de promover la contraloría social ciudadana, sin embargo, no se evidenció el procedimiento o mecanismo operativo que concrete dicho compromiso.
- No se verificó actividad de socialización o difusión formal para la versión 9.0 vigente. Las acciones acreditadas corresponden a versiones previas del instrumento.
- En la evaluación *in situ* realizada por la CGR, se verificó la necesidad de implementar mecanismos que fortalezcan la comprensión y aplicación del Código de Buen Gobierno, incluyendo los aspectos relacionados con conflictos de interés, así como el funcionamiento y propósito del Comité de Buen Gobierno por parte de los funcionarios de la institución. Así mismo, se identificó la importancia de difundir de manera clara y detallada el procedimiento para la presentación de denuncias sobre conflictos de intereses. Este aspecto se complementa con lo señalado en el informe de la Auditoría Interna (Resolución Directorio 2727/25 – Interno DAG-AI/00062/25), donde se destacó la necesidad de reforzar los procesos de socialización mediante talleres y seminarios, apoyados con observación directa que permita verificar la apropiación de los contenidos por parte de los funcionarios.
- La Política de Gestión del Talento Humano aprobada mediante Resolución de Directorio 0213/26, fue redactada en términos de actividades, no de lineamientos o directrices de gestión. Una política debe establecer el qué y el para qué de cada subsistema, es decir, los criterios, principios y compromisos que orientan las decisiones. La formulación actual describe acciones a ejecutar en lugar de los parámetros bajo los cuales deben tomarse las decisiones de gestión del talento humano. No se verificó la existencia de indicadores que permitan medir el cumplimiento o el desempeño de la política en cada subsistema.
- No se evidenció la existencia de una periodicidad formalmente establecida para la revisión de la Política de Gestión del Talento Humano, ni criterios documentados que determinen cuándo corresponde actualizarla.

B. Componente de control de la planificación

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

En este componente, la institución alcanzó un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, con una calificación de 3,30. Este resultado muestra que la institución cuenta con procesos de planificación desplegados e implementados. Se detallan a continuación oportunidades de mejoras identificadas:

- La NRM indica que la formulación de la Visión, debe identificar el estado futuro deseado de la institución. Sin embargo, se identificaron dos aspectos significativos en la formulación actual de la Visión institucional: en primer lugar, no contiene indicadores ni parámetros que permitan medir el grado de avance hacia el estado futuro deseado, por lo que no opera como referencia medible para la toma de decisiones estratégicas. En segundo lugar, la formulación *"eficaz y eficiente"* describe atributos de desempeño actuales de la institución reconocidos en su mandato legal y no un estado diferenciador o aspiracional respecto de la situación presente.



Además, en evaluación *in situ* realizada por la CGR, se constató como oportunidad de mejora implementar mecanismos que permitan fortalecer la comprensión de la Misión y Visión institucionales por parte de los funcionarios de la CONATEL.

- No se verificó un procedimiento interno específico e institucionalizado distinto del propio Plan Estratégico Institucional - PEI, que regule los criterios y la metodología para la planificación operativa anual y su articulación con la planificación estratégica.
- Con relación al Plan Estratégico Institucional 2025-2029, se detallan las siguientes oportunidades de mejora:
 - Se verificó que las metas definidas para varios indicadores estratégicos se encuentran expresadas principalmente en términos de aprobación o presentación de documentos e informes. En ese sentido, se identifican oportunidades de mejora para incorporar indicadores orientados a medir resultados e impacto de las acciones estratégicas implementadas, permitiendo evaluar con mayor precisión la contribución del PEI al cumplimiento de la Misión institucional y a la generación de valor público.
 - Se verificó que varios indicadores del PEI 2025-2029 no cuentan con línea de base establecida, registrando el valor no determinado en la columna correspondiente de las tablas de metas. La ausencia de línea de base en los indicadores afectados, impide determinar el punto de partida de la gestión y por tanto medir el avance real respecto de una situación inicial conocida. Un sistema de indicadores sin línea de base permite verificar si se alcanzó la meta prevista, pero no si hubo una mejora efectiva respecto del estado anterior, limitando la utilidad del Tablero de Control como instrumento de medición del desempeño.
 - No se verificó en el PEI, una sección de determinación de recursos necesarios para el logro de los objetivos. El Interno DP-DF-GAF/00123/2025 refiere al seguimiento presupuestario, pero la vinculación explícita entre los objetivos del PEI y los recursos asignados no fue acreditada dentro del instrumento.
 - El informe semestral del segundo semestre (Informe GT/00001/2026) no demostró que en sus resultados hayan sido tratados en sesión del Directorio ni que hayan generado acciones de ajuste o redefinición de metas dentro del período evaluado. La revisión opera como ciclo de reporte, no como ciclo de ajuste verificado.
 - Como evidencia de comunicación de la Misión, Visión, objetivos y planes de acción se presentó una planilla de Reinducción del SCI, pero el mismo no permite comparar el número de firmantes con el total de funcionarios de la institución (275 permanentes, 32 contratados y 27 comisionados, según el PEI). Los certificados de capacitación visualizados corresponden al año 2023, lo que genera una incoherencia con el PEI vigente 2025-2029, aprobado en diciembre de 2024; y no se constató un plan de comunicación institucional estructurado que garantice el alcance de la comunicación a todos los niveles de la organización.
- En cuanto al principio de Gestión por Procesos, se detallan las oportunidades de mejora detectadas:
 - La institución elaboró caracterizaciones de subprocesos; no obstante, se identificaron inconsistencias metodológicas en la definición de actores, ya que en algunos casos los mismos fueron consignados simultáneamente como clientes y como proveedores. Por ejemplo, en el subproceso "*Implementación del Sistema de Control Interno*" versión 4.0 (Resolución 3276/25). Esta situación genera una



limitación en la precisión técnica de la caracterización reduciendo su utilidad como herramienta para el control y la mejora del proceso.

- Se visualizó que, la aprobación del subproceso "*Formulación de Planes, Programas y Proyectos Institucionales*" versión 4.0 (Resolución 3275/25, del 17 de diciembre de 2025) es posterior a la aprobación del Mapa de Procesos. Esto implica que, al momento de la aprobación del mapa, dicho subproceso no incorporaba aún su versión vigente, generando una brecha de coherencia documental.
- Se visualizó que la institución dispone del normograma institucional versión 12, lo que refleja un proceso de actualización de la normativa aplicable. Sin embargo, resulta necesario verificar la adecuada articulación entre dicho normograma y las caracterizaciones de procesos, con el fin de asegurar la trazabilidad normativa en cada subproceso. Asimismo, en evaluación *in situ*, realizada por la CGR, se identificó la necesidad de socializar el normograma de los procesos asociados a la gestión de la dependencia asegurando su comprensión y cumplimiento en el desarrollo de sus actividades.
- Se visualizó la aprobación de la versión 11.0 del Mapa de Procesos, sumada a las actualizaciones de subprocesos individuales durante el mismo ejercicio, y la realización de la Reunión MECIP 027/2025 del 19 de diciembre de 2025, en la cual se abordó la actualización del sistema de gestión por procesos y el diagnóstico del SCI. Sin embargo, la falta de sincronía entre la aprobación del mapa general y las actualizaciones de subprocesos posteriores indica que el proceso de revisión no operó con un ciclo integrado y coordinado.
- Referente al principio de estructura organizacional, se indica cuanto sigue:
 - Los perfiles genéricos aprobados en 2016 (Resolución 1016/2016) no fueron actualizados en función del Mapa de Procesos vigente (versión 11.0, 2025). Los perfiles visualizados, son de carácter genérico, sin que se haya demostrado su vinculación específica con las actividades y tareas identificadas en los procesos institucionales vigentes.
 - La última actualización del organigrama corresponde al año 2019. En consecuencia, no fue posible verificar su alineación con la estructura funcional vigente, especialmente en lo relativo a las áreas y responsabilidades representadas en el Mapa de Procesos versión 11.0 de 2025.
 - No se demostró evidencia de comunicación sistemática y generalizada de funciones y responsabilidades al conjunto del personal. El informe de entrevista correspondiente a la Resolución 2727/25 señaló que, el personal conoce las funciones de su puesto, pero que dicho conocimiento no tiene sustento normativo verificable, al no contar con un manual de funciones de referencia. Adicionalmente, la planilla de firmas del Taller de Reinducción del Sistema de Control Interno (19/08/2025) registró 27 firmas, cifra que no es representativa.
- A continuación, se detallan los aspectos a mejorar del principio de Identificación y Evaluación de Riesgos:
 - Se observó que con la Resolución Directorio 3426/25, se aprobó la Metodología para la Administración de Riesgos y el Formulario para la Evaluación de Riesgos y Controles versión 3, aprobada el 30 de diciembre de 2025. Asimismo, se complementó con la Resolución 3425/25, que actualizó la metodología para la elaboración y modificación de procedimientos institucionales. No obstante, dado que



la aprobación de la versión actualizada se produjo sobre el cierre del ejercicio evaluado, no se demostró su despliegue efectivo durante el período.

- No se visualizó mapa de riesgo institucional como lo establece la NRM. La metodología de Identificación y Evaluación de Riesgos debe prever la identificación, evaluación, valorización, priorización y documentación de los riesgos. El mapa de riesgos es el instrumento que consolida y hace visible ese proceso completo.
- No se visualizaron riesgos estratégicos con el despliegue correspondiente que acrediten la plena gestión a este nivel.
- No se constató la existencia de riesgos operativos formalizados con valoración para la totalidad de los procesos institucionales.

Considerando tanto los riesgos operativos como los estratégicos, es recomendable incluir aquellos vinculados a la corrupción y a la seguridad tecnológica y cibernética a fin de cumplir con los principios de integridad, confiabilidad y seguridad.

- En la Identificación de Riesgos del proceso de Gestión de la Calidad Institucional, se constató que algunas causas y efectos fueron redactados de manera genérica, utilizando términos que reflejan más una deficiencia de gestión que una causa de riesgo propiamente dicha (ej. "falta de socialización", "materialización de riesgos"). Se recomienda, revisar y ajustar las redacciones, asegurando que las causas describan condiciones internas o externas que originan el riesgo (ej. "deficiente socialización", "inadecuada capacitación") y que los efectos reflejen consecuencias negativas, específicas y medibles (Ej. "ineficiencia de procesos", "pérdida de credibilidad institucional"). La precisión en esta identificación es fundamental, ya que constituye la guía de referencia para toda la organización y su correcta aplicación impacta directamente en la efectividad del Sistema de Control Interno y en el ciclo de mejora continua institucional.
- En el proceso de la Planificación Institucional, al igual que el anterior también se verificó la identificación de riesgos genéricos (Ej. "desacierto", "inexactitud", "demora"), sin considerar que deben ser descritos como eventos específicos que puedan afectar los objetivos del proceso, incluyendo sus causas y consecuencias. Es importante evitar definiciones conceptuales que dificulten la evaluación y el tratamiento de los riesgos.
- Si bien la institución llevó a cabo una revisión de sus instrumentos de gestión de riesgos, las evidencias no incluyeron registros que demuestre revisión de los riesgos en sí mismas (más allá de la actualización de subprocesos), ni la verificación de que dicha revisión abarcó la totalidad de los procesos institucionales.

C. Componente de control de la implementación

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO MEDIO, con una valoración de 2,69. Este resultado indica que existen mecanismos definidos. No obstante, se sugiere avanzar en la articulación entre lo establecido en la documentación y



su ejecución práctica, asegurando la coordinación y trazabilidad de los procesos institucionales. A continuación, se presentan oportunidades de mejora identificadas para este componente:

- La Política Operacional aprobada con la Resolución Directorio 0063/26 versión 5.0 presentada, no incluyó indicadores de desempeño ni métricas asociadas a los controles.
- Se visualizó Manual de Políticas Operacionales versión 5.0 (Resolución 0063/26), que establece el marco rector para estructurar y direccionar el modelo de gestión por procesos a nivel institucional. Complementariamente, así como directrices operativas para subprocesos específicos de la Gerencia de Radiocomunicaciones, Gabinete Técnico, Coordinación del Comité de Control Interno y División de Tesorería. Al comparar con el Mapa de Procesos versión 11.0, que incluyó 13 macroprocesos con sus respectivos procesos y subprocesos, se observó que la cobertura de los instrumentos operativos es parcial. Algunos macroprocesos no cuentan con Políticas Operacionales documentadas a nivel de subproceso. Se recomienda completar la cobertura de Políticas Operacionales en todos los procesos del mapa institucional, dando prioridad a aquellos que representan mayor nivel de riesgo.
- Así mismo, el Manual de Políticas Operacionales, señaló en su sección b) la necesidad de establecer parámetros para el despliegue de procesos, la definición de controles y los instrumentos de evaluación. Sin embargo, este nivel de detalle no se reflejó en el documento, ya que, si bien se incluyeron medidas de mitigación de riesgos, no se especificaron los parámetros de diseño de actividades y tareas de los procesos en condiciones normales de operación.
- La ausencia de un mapa de riesgos formalizado impide verificar la coherencia efectiva con los resultados de la Identificación y Evaluación de Riesgos. La oportunidad de mejora, consiste en formalizar el mapa de riesgos institucional y vincularlo explícitamente con las políticas operacionales de cada proceso, de modo que se complete el ciclo entre planificación, Identificación y Evaluación de Riesgos y control operacional.
- En cuanto al marco de gestión de las políticas operativas, se observaron los siguientes aspectos de mejora:
 - Respecto al despliegue de procesos, los formatos se orientaron hacia la operación en situaciones de riesgo, pero no establecieron parámetros claros para la operación normal de los procesos.
 - Sobre los instrumentos de evaluación del cumplimiento, aunque el Manual versión 5.0 definió indicadores y auditorías periódicas, los formatos no incorporaron indicadores de desempeño ni métricas verificables a nivel de subproceso.
 - Si bien se contempló canales de denuncias por incumplimiento, no se demostró seguimiento de acciones correctivas adoptadas, que permita verificar su implementación y efectividad.
- El Informe de entrevistas a funcionarios, en cumplimiento de la Resolución Directorio 2727/25, elaborado por Auditoría Interna (Interno DAG-AI/00062/25) señaló en cuanto Políticas Operacionales un resultado de un nivel de conocimiento moderado, siendo pertinente fortalecer su socialización. Asimismo, no se identificaron mecanismos que faciliten la transmisión efectiva de la importancia de las Políticas Operacionales, ni



herramientas que permitan medir el alcance real de su conocimiento más allá de su mera disponibilidad en la plataforma tecnológica.

- No se demostró evidencia de procedimientos documentados que acrediten la cobertura integral de los procesos institucionales. El Informe de entrevistas a funcionarios, en cumplimiento de la Resolución Directorio 2727/25, elaborado por Auditoría Interna, remitido a Presidencia mediante Interno DAG-AI/00062/2025, registró la necesidad de desarrollar procedimientos en distintas áreas. Esto confirma que la cobertura actual es parcial: los funcionarios conocen los procesos de trabajo en la práctica, pero no necesariamente por medio de procedimientos formalmente establecidos.
- Se visualizó la estructura de acciones de control, con formularios bajo las categorías de prevenir el riesgo, reducir el riesgo y compartir el riesgo, sin embargo, no todos los formatos presentados incorporan controles de detección de manera explícita y sistemática (bajo las categorías de prevenir y reducir el riesgo). Además, no se identificaron controles de detección que permitan alertar de manera temprana sobre irregularidades, como auditorías sorpresivas o sistemas de monitoreo automatizado.

Respecto a los controles de protección y corrección, las medidas documentadas se limitan al reporte de incidentes al nivel directivo, sin establecer mecanismos específicos para asegurar la continuidad operativa, por ejemplo, planes de contingencia para restablecer el servicio en caso de fallas críticas.

- No se visualizó procedimientos específicos para evaluar la efectividad de los controles conforme a los cinco atributos que la NRM establece: suficiencia, comprensibilidad, eficacia, economicidad y oportunidad. El Informe de entrevistas a funcionarios, en cumplimiento de la Resolución Directorio 2727/25, elaborado por la Auditoría Interna, no abordó directamente la percepción de los funcionarios sobre la evaluación de la efectividad de controles, lo que podría sugerir que este elemento no ha permeado en la cultura operativa de la institución.
- Se visualizó un proceso documentado de relevamiento de necesidades: el Interno UDI/DGTH/GCH 028/24 (17/12/24) recogió solicitudes de diferentes áreas, y el Plan de Capacitación 2025 (Resolución 0210/25) sin embargo, no se adjuntó evidencia de criterio de selección para los temas impartidos en las capacitaciones.
- En el Informe Resumido sobre Cursos al mes de diciembre de 2025, se observó que el informe presenta la cantidad de funcionarios inscriptos por actividad de capacitación; no obstante, no se visualizó información consolidada que permita identificar la cantidad total de funcionarios capacitados, la distribución por dependencias, cargos o procesos institucionales, ni el nivel de cobertura alcanzado respecto de la dotación de personal o respecto al Plan de Capacitación aprobado para el periodo. Al respecto, se recomienda fortalecer los mecanismos de seguimiento de la formación institucional a fin de evaluar su alcance y suficiencia.
- No se presentó evidencia de Informe de Evaluación de la eficacia de las actividades de formación y capacitación ejecutadas.
- No se evidenció que los funcionarios de todos los niveles son conscientes de sus funciones y responsabilidades y de las consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos.
- Se visualizó que la institución cuenta con la Resolución Directorio 3482/25 versión 4.0 y la Resolución Directorio 3479/25, las cuales regulan la gestión de cambios en documentos y establecen el repositorio único oficial en la intranet institucional, con



control de acceso diferenciado por sectores. Sin embargo, no se identificaron resultados de observación directa ni pruebas de acceso que permitan confirmar que los funcionarios disponen efectivamente de la documentación vigente requerida para el desarrollo de sus funciones.

- El procedimiento "Gestión de Cambios en los Documentos" (Resolución Directorio 3479/25) establece los niveles de aprobación con responsables nominados, plazos definidos y mecanismo de firma digital activo. No obstante, el instrumento que reglamenta el flujo de documentación oficial y el régimen de autorización de firmas vigente en la institución es la Resolución 538/04. Al no haber sido formalmente derogada, coexiste con los procedimientos nuevos, generando una inconsistencia normativa: los niveles de aprobación están definidos en el procedimiento actualizado, pero la base que regula quién autoriza y bajo qué formato sigue siendo una norma anterior.
- La Resolución Directorio 3481/25 aprobó el procedimiento "Recepción Documental de Origen Externo" e instruye su inclusión en el Manual de Procedimientos. La Política de Sistema de Información aprobada con la Resolución Directorio 3482/25 versión 4.0 (sección 3) establece, que la documentación de origen externo necesaria para el SCI debe ser identificada y controlada. Sin embargo, concurren dos factores; en primer lugar, ambos instrumentos fueron aprobados el 30/12/2025, al cierre del ejercicio evaluado, por lo que no existe evidencia de aplicación efectiva durante el año. En segundo lugar, la Resolución 538/04, que regula el flujo de documentación oficial entrante incluyendo documentos externos, permanece vigente sin derogación expresa.
- Se observó que Manual Estratégico de Comunicación versión 5.0, que contiene la Política de Comunicación Institucional (Resolución Directorio 3435/25) presenta su redacción en tiempo futuro y bajo la forma de acciones a realizar (acciones). Este enfoque, sugiere que el documento funciona principalmente como un marco de intenciones, más que como un instrumento normativo de orientación y referencia inmediata para la implementación efectiva. Así mismo, se visualizó que el mismo, no establece de forma explícita qué tipo de información debe recibir cada nivel jerárquico para ejercer adecuadamente sus funciones de supervisión. Esta ausencia de definición impide identificar con claridad los flujos de información según el nivel de conducción. Asimismo, no se presentó evidencia que demuestre que dicha distribución de contenidos haya sido formalmente comunicada ni que los responsables designados la hayan incorporado en su práctica.
- De acuerdo al Manual de Comunicación, la reinducción está prevista con una frecuencia mínima de dos veces al año, pero no se aportó evidencia de su ejecución en el ejercicio 2025 ni de la socialización del manual actualizado.

La NRM establece que la institución debe revisar periódicamente la efectividad de sus mecanismos de comunicación. Sin embargo, el Manual Estratégico de Comunicación no incluyó una metodología ni una periodicidad definida para la revisión de dicha efectividad.

- No se presentó evidencia de un informe sobre clima organizacional correspondiente al período evaluado. La medición y análisis del clima organizacional constituyen herramientas relevantes para conocer la percepción de los funcionarios respecto al ambiente laboral, la comunicación interna, el liderazgo, el trabajo en equipo y otros factores que inciden en el desempeño institucional.



- No se presentó evidencia de informes de medición o análisis de satisfacción de los usuarios correspondientes al período evaluado. En ese sentido, se identifica la oportunidad de fortalecer los mecanismos de evaluación de la percepción de los usuarios respecto a los servicios prestados y los canales de atención habilitados por la institución. La disponibilidad de esta información constituye un insumo relevante para la toma de decisiones, la identificación de oportunidades de mejora y el seguimiento de la calidad de los servicios brindados, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión institucional y la orientación hacia las necesidades de los grupos de interés.
- La Resolución Directorio 1393/25, que aprobó el Plan Anual y Cronograma de Rendición de Cuentas al ciudadano, estableció la realización de la Rendición de Cuentas para diciembre de 2025. Sin embargo, no se identificó evidencia de su concreción con participación ciudadana efectiva. Adicionalmente se visualizó que, el Informe de Auditoría, señaló que el nivel de conocimiento de los funcionarios sobre la metodología institucional resulta poco claro y se observó, además, confusión con otros procesos, como la Rendición de Viáticos, lo que señala la necesidad de fortalecer la comprensión y aplicación de la metodología de comunicación.
- Durante la evaluación del SCI se verificó que la institución remitió evidencias en volúmenes excesivos, con repeticiones frecuentes de documentos en múltiples componentes del SCI. Además, en numerosos casos se incluyeron descripciones detalladas del proceso en lugar de las evidencias concretas y directas.

Para la carga de evidencias, es importante considerar:

- Pertinencia: El historial de trámites es una narrativa administrativa, no constituye evidencia específica. Mostrar todo el proceso genera información redundante y no evidencia directamente el cumplimiento de los criterios del SCI y afecta la trazabilidad exigida por la NRM.
- Trazabilidad: Las evidencias deben permitir seguir la conexión entre componentes y resultados, lo cual se pierde si se incluyen documentos narrativos o repetitivos.
- Mejora continua: El ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar) exige evidencias que reflejen planificación, ejecución, verificación y acciones de mejora, no la totalidad de los procedimientos.

Se recomienda que en futuras remisiones se prioricen evidencias claras, pertinentes y organizadas, respetando la trazabilidad y evitando la sobrecarga documental que dificulta la verificación eficiente.

D. Componente de control de evaluación

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

En este componente, la institución logró un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una puntuación de 2,96. Señalando que, la institución cuenta con mecanismos e instrumentos. Definidos para la evaluación del Sistema de Control Interno. Se sugiere avanzar en la articulación entre lo establecido en la documentación y su ejecución práctica, asegurando la coordinación y trazabilidad de los procesos institucionales. Las observaciones que se detallan a continuación identifican oportunidades de mejoras para este componente:



- Se visualizó que, si bien la institución dispone de indicadores de procesos y cuenta con el Plan Operativo Institucional, no se identificó una vinculación explícita entre dichos indicadores y los controles internos críticos definidos en cada proceso. En consecuencia, no se dispone de métricas específicas que permitan evaluar directamente la eficacia de los controles, lo que limita la capacidad de supervisión y seguimiento de riesgos operativos.
- No se identificó evidencia de que los resultados de los indicadores hayan derivado en decisiones correctivas documentadas respecto a la capacidad del control interno.
- Se visualizó la existencia del Plan de Trabajo Anual de Auditoría (Resolución Directorio 2980/24) y del Plan Operativo con cronograma (Resolución Directorio 0135/25). Sin embargo, no se identificó un procedimiento de auditoría formalmente establecido. Así mismo, no se constató un registro consolidado de ejecución de las auditorías que demuestre el cumplimiento completo del cronograma establecido.
- La definición del perfil del cargo para la Auditoría Interna Institucional, se centra exclusivamente en competencias técnicas y conocimientos académicos. No se han incorporado criterios formales que regulen la independencia funcional y de criterio, elementos esenciales para garantizar la objetividad del proceso de control. Asimismo, durante la etapa de verificación, no se han evidenciado mecanismos institucionales que salvaguarden dicha independencia respecto a las unidades o procesos que son objeto de evaluación.
- Se visualizó en el Informe AI/00002/26 el porcentaje de cumplimiento de las auditorías planificadas en el 2025. Así como el Informe DAG-AI/00062/25 que contiene observaciones y recomendaciones concretas, sin embargo, no se presentó evidencia de un mecanismo de seguimiento para verificar su eficacia.

Es importante considerar que la Resolución Directorio 3276/25 (Tablero de indicadores de la Coordinación MECIP) incluyó como indicador el cumplimiento oportuno del informe del SCI requerido por la Auditoría Interna, lo que constituye un elemento de articulación. Sin embargo, el ciclo completo de hallazgo, acción, correctiva, verificación de eficacia no está acreditado (trazabilidad). En el mismo informe, refleja que al cierre del año el nivel de cumplimiento sigue siendo bajo en relación con lo esperado para garantizar la eficacia del Sistema de Control Interno, es decir, aunque hubo progreso, la mayoría de las recomendaciones y acciones de mejora aún no se implementaron.

E. Componente de control para la mejora

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una valoración de 2,83. Este resultado muestra que el Sistema de Control Interno está definido y los controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta disciplina respecto a ellos. A continuación, se especifican las observaciones:

- Se visualizó Análisis Crítico aprobado con la Resolución 0259/26. Si bien, el informe fue elaborado por el Equipo Técnico y posteriormente aprobado por Resolución de Directorio, no se evidencia participación directa de la Máxima Autoridad en el proceso



de revisión propiamente dicho, más allá de la aprobación formal del documento resultante.

En el Análisis Crítico se observó lo siguiente:

- Se hizo referencia al tablero de indicadores en la intranet institucional y a plataformas públicas de medición. Sin embargo, no se visualizó datos concretos de resultados de indicadores estratégicos ni análisis de desviaciones en el informe de Análisis Crítico propiamente dicho.
- Se describió la existencia de mecanismos de consulta pública y canales de atención al público (Punto D.4). No se presentaron resultados cuantitativos o cualitativos concretos de dicha retroalimentación que hayan alimentado el análisis.
- En el apartado D.7 (Desempeño de procesos y conformidad de productos o servicios), se hizo referencia al seguimiento mediante indicadores. Sin embargo, no se incluyeron datos concretos de resultados por proceso.
- El apartado E. del informe señaló la aprobación de la Guía Metodológica de Administración de Riesgos y Controles versión 3 (Resolución 3426/2025). Se indicó también que los resultados del seguimiento son comunicados a la Máxima Autoridad. No obstante, el informe no presentó datos concretos sobre la evolución del nivel de riesgo ni sobre la efectividad de los controles implementados por riesgo identificado.
- No se evidenció en el informe una estimación cuantificada de las necesidades de recursos (presupuestarias, de personal, tecnológicas) requeridas para implementar los cambios identificados. La referencia a recursos es de carácter general. Asimismo, dado que la Minuta 01/2026 indica que el documento fue remitido a la Máxima Autoridad para su "evaluación y consideración final", no queda claro si las decisiones y acciones reflejadas son producto de un análisis deliberativo de la Dirección o constituyen instrucciones elaboradas por el Equipo Técnico y posteriormente homologadas mediante Resolución.
- Se verificó la existencia de planes de mejoramiento funcional derivados de hallazgos de auditoría, en los cuales se establecen acciones, responsables, plazos e indicadores de seguimiento. Sin embargo, las evidencias analizadas reflejan en algunos casos limitados niveles de ejecución y cierre efectivo de las acciones propuestas.

Los informes de seguimiento indicaron que de 65 acciones verificadas solamente 14 fueron cumplidas, alcanzándose un nivel global de eficacia del 22%. Asimismo, se observaron recomendaciones emitidas desde el año 2023 que continúan registrando porcentajes de cumplimiento del 0% y 50%, evidenciando dificultades para la implementación oportuna de las medidas correctivas.

Adicionalmente, no se visualizó la trazabilidad integral del ciclo de mejora entre los hallazgos detectados, las acciones implementadas, la evaluación de resultados obtenidos y la incorporación de mejoras permanentes al Sistema de Control Interno.

- Las evidencias suministradas muestran la utilización de planes de mejoramiento y mecanismos de seguimiento; sin embargo, no se evidenció un procedimiento formal, aprobado y vigente que establezca de manera específica la metodología institucional para la gestión de acciones de mejora, incluyendo criterios de formulación, seguimiento, evaluación de eficacia, responsables y mecanismos de cierre.



Asimismo, se visualizó que el informe consolidado sobre eficacia de las acciones cumplidas carece de fecha y firma de aprobación, lo que limita su validez documental, trazabilidad y formalización dentro del Sistema de Control Interno.

- Respecto al diseño de los planes de mejoramiento, se observaron indicadores que miden principalmente la ejecución de actividades y no necesariamente la eliminación de las causas que originaron el hallazgo. Por ejemplo, para la observación relacionada con diferencias entre ingresos presupuestarios y registros contables, el indicador definido fue: "cuadro de control mensual de los ingresos presupuestarios conciliados", el cual constituye más bien un medio de verificación o producto generado que un indicador de efectividad orientado a demostrar la eliminación de las diferencias detectadas.
- No se identificó evidencia de un canal interno habilitado para que los funcionarios puedan reportar desvíos de control, presentar sugerencias de mejora o emitir aportes sobre la gestión.

V. Conclusión

Como resultado del análisis practicado a los documentos suministrados por la Comisión Nacional de Telecomunicaciones, la institución obtuvo un nivel de madurez de GESTIONADO BAJO con una calificación consolidada de 3,05. Este resultado evidencia la existencia práctica de control interno establecidas y aplicadas de manera consistente, permitiendo sostener el nivel de madurez alcanzado en el periodo anterior, lo que refleja el esfuerzo por mantener las condiciones necesarias para la operación del SCI, aunque aún con espacios de mejora en la integración y fortalecimiento de sus componentes.

No obstante, si bien la institución cuenta con diversos mecanismos, informes, diagnósticos y herramientas de gestión vinculados al Sistema de Control Interno, se identifican oportunidades para fortalecer su utilización como insumos efectivos para la toma de decisiones, la identificación de brechas y la implementación de acciones orientadas a la mejora continua. En este sentido, resulta fundamental que los documentos elaborados en el marco del SCI trasciendan el cumplimiento de los requisitos documentales establecidos y constituyan instrumentos de gestión que aporten información relevante para la conducción institucional y el fortalecimiento del desempeño organizacional. Asimismo, se señala la necesidad de consolidar mecanismos de evaluación y mejora continua para alcanzar niveles superiores de madurez.

En este sentido, se recomienda a la Comisión Nacional de Telecomunicaciones, por el rol estratégico en la regulación y supervisión del sector de las telecomunicaciones, continuar fortaleciendo su Sistema de Control Interno, asegurando que cada componente evolucione hacia prácticas más robustas, integradas y orientadas a la transparencia, la eficiencia y la confianza institucional.

Es igualmente crucial el involucramiento activo de la Máxima Autoridad de la institución en el proceso de consolidación del SCI, fomentando una cultura organizacional centrada en la integridad y el compromiso con la mejora continua. Su liderazgo y apoyo son vitales para asegurar que las acciones de fortalecimiento se conviertan en resultados sostenibles y en un mayor grado de madurez institucional.



VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto anteriormente, es necesario que las autoridades mantengan el compromiso de implementar las medidas necesarias para lograr la mejora continua en la gestión institucional, en búsqueda de la excelencia.

Por tanto, la Comisión Nacional de Telecomunicaciones, deberá:

1. Establecer mecanismos de seguimiento orientados a resultados, superando el enfoque de cumplimiento y priorizando el impacto en la efectividad del SCI.
2. Continuar fortaleciendo con la capacitación del personal directivo y funcionarios sobre la NRM, a fin de contribuir a su adecuada comprensión, aplicación y su efectiva implementación.
3. Arbitrar las medidas administrativas necesarias para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM, al 28 de febrero de 2027, sean registrados en el Sistema NRM para la evaluación del Sistema de Control Interno, adjuntando las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Es nuestro informe.

Asunción, junio de 2026.

Lic. Nancy Rejala Chiola

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

Lic. María Cristina Franco

Directora de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

Mag. Cinthia Ortiz

Directora General de Control Interno
Auditoría General del Poder Ejecutivo

Dra. Gladys Fernández

Directora General
de Control Gubernamental
Contraloría General de la República