

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

I. IDENTIFICACIÓN DE LA CONATEL:

Por Ley N°642/95, DE TELECOMUNICACIONES - Artículo 6°.- Créase la Comisión Nacional de Telecomunicaciones, entidad autárquica con personería jurídica de derecho público, encargada de la regulación de las telecomunicaciones nacionales.

1.1. FINES:

La Comisión Nacional de Telecomunicaciones tendrá a su cargo la regulación administrativa y técnica y la planificación, programación, control, fiscalización y verificación de las telecomunicaciones conforme a la normativa aplicable y las políticas del Gobierno para el sector. La Comisión ejercerá sus funciones en forma exclusiva, sin que ellas puedan ser delegadas ni objeto de avocamiento por parte de otros Organismos del Estado.

1.2. MISIÓN:

"Fomentar, controlar y reglamentar las telecomunicaciones en el marco de una política integrada de servicios, prestadores, usuarios, tecnología e industria, para contribuir al bienestar de los habitantes del Paraguay."

1.3. VISIÓN:

"Ser una Entidad Rectora y Reguladora del Sector de las Telecomunicaciones, que contribuya a que los beneficios de las Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información lleguen a todos los habitantes del Paraguay."

II ANTECEDENTES DE LA AUDITORÍA:

Resolución Directorio de la CONATEL N° 2818/2023, **"POR LA CUAL SE APRUEBA EL PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA AUDITORIA INTERNA INSTITUCIONAL CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO FISCAL 2024"** Ref. CI - Auditoría del Sistema de Control Interno – NRM MECIP 2015 correspondiente al Ejercicio 2024.

III OBJETIVOS DEL TRABAJO:

Evaluar si los requisitos mínimos exigidos en la norma para un Sistema de Control Interno 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 para el logro de la Mejora Continua.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

IV ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

La evaluación será realizada con base a los documentos proporcionados por la Coordinación del Comité de Control Interno MECIP de la CONATEL que respaldan la fase de diseño y medición de la aplicación de los controles y que evidencian las acciones realizadas durante el Ejercicio Fiscal 2022.

V NORMATIVAS A TENER EN CUENTA DURANTE LA AUDITORÍA:

- Ley N° 1.535/99, “De Administración Financiera del Estado”, y su Decreto Reglamentario N° 8127/00.
- Ley N° 6.672/2021 “Que aprueba el Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio Fiscal 2021”.
- Decreto N° 4.780/2021 “Por el cual se reglamenta la Ley N° 6672, del 7 de enero de 2.021, “que aprueba el presupuesto general de la nación para el ejercicio fiscal 2.021”.
- Ley N° 642/95 “De Telecomunicaciones”.
- Ley N° 1.626/00” De la Función Pública”.
- Resolución CGR N° 377/2016 “Por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un sistema de control interno del Modelo Estándar de Control Interno para las Instituciones Públicas del Paraguay – MECIP 2015”.
- Resolución CGR N° 147/2019 “Por la cual se aprueba la “Matriz de Evaluación del Sistema de Control Interno por niveles de Madurez” a ser utilizada en el marco del Sistema de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay – MECIP 2.015”.
- Otras disposiciones aplicables al área sujeto de verificación.

VI COORDINACIÓN, DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN Y REVISIÓN:

Los trabajos serán elaborados por los Auditores de Auditoría Interna, y supervisados, conforme a la Norma de Requisitos Mínimos – MECIP 2.015. Se dejarán evidencias en los papeles de trabajo, así como cualquier procedimiento poco común que se observe durante el examen

VII LIMITACIONES DEL TRABAJO

1. La no provisión en tiempo y forma de los documentos relacionados a la auditoría.
2. Escasa colaboración del área.

VIII DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La evaluación del SCI se define como: “Proceso contínuo 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 de los servicios.
- Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

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

En este sentido, 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 e los datos y la información interna y externa.

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

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



COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

En el siguiente cuadro se expone los resultados consolidados de la Institución, que refleja el nivel de madurez de su Sistema de Control Interno por cada componente:

Evaluación del Nivel de Maduración del Sistema de Control Interno (SCI) - MECIP:2015			
Ambiente de Control	4,14	A-	Optimizado
Control de Planificación	3,65	B	Gestionado
Control de Implementación	3,79	BB	Gestionado
Control de Evaluación	3,98	BB	Gestionado
Control para la Mejora	3,93	BB	Gestionado
SCI CONSOLIDADO	3,87	BB	Gestionado

A partir del análisis de los documentos proveídos, se señalan las debilidades más significativas, por componente de control.

A. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

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

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 interno tales como la Política de Control interno.
- ✓ Adopción de una gestión ética que defina estrategias para la continua reflexión, internalización y aplicación de los valores, principios y compromisos éticos.
- ✓ Cumplimiento de los compromisos adoptados en el Código de Buen gobierno.
- ✓ 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, priorizando al nivel directivo.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

- ✓ 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 de Operación 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.

En esta fase la Comisión Nacional de Telecomunicaciones, evidenció un nivel de madurez **OPTIMIZADO BAJO**, con una calificación de **4.14** lo cual indica que la institución optimiza continuamente su Sistema de Control Interno, logrando mejoras comprobables en su desempeño, de igual manera existen acciones que deben ser gestionadas a fin de seguir optimizando este componente conforme se detalla a continuación:

- Fomentar la comprensión, puesta en práctica y uso cotidiano de la Política de Control Interno en toda la institución, garantizando el compromiso permanente con la mejora continua del Sistema de Control Interno.
- Promover de manera sistemática y sostenida la adopción del enfoque basado en procesos y en la gestión integral de riesgos, fomentando su incorporación transversal en todas las áreas y niveles de la organización, con el propósito de fortalecer la eficiencia institucional, la toma de decisiones informada y el cumplimiento de los objetivos estratégicos bajo criterios de control y mejora continua.
- Fortalecer y garantizar de manera sostenida la asignación, disponibilidad y mejora continua de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el desarrollo e implementación de programas permanentes de capacitación en materia de Sistema de Control Interno, dirigidos al personal institucional, a fin de asegurar su adecuada comprensión, apropiación y aplicación efectiva en el ejercicio de sus funciones. También asegurar recursos financieros y humanos para su adecuado seguimiento por parte de la Auditoría Interna.
- Mantener actualizado el tablero de Indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y capacitar frecuentemente a los responsables de las cargas y gestión para fortalecer objetivamente el uso adecuado de datos basados en evidencias para futuras tomas de decisiones del Directorio.
- 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.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

- Fortalecer y efectuar de manera sistemática los procesos orientados a la implementación efectiva de las Políticas de Talento Humano, prosiguiendo con los trámites para la actualización de los perfiles de cargos y organigrama; garantizando su adecuada aplicación en la gestión institucional; asimismo, realizar revisiones periódicas y exhaustivas de dichas políticas, con el fin de verificar su pertinencia, actualización y coherencia con el marco normativo vigente y las necesidades organizacionales.

B. COMPONENTE DE CONTROL DE 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 contexto, el componente obtuvo la calificación de **3,65** con un nivel de madurez **GESTIONADO ALTO**, debido a que el Sistema de Control Interno se encuentra desplegado e implementado y se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados, pero aun no alcanza la totalidad de los requerimientos exigidos por la Norma.

Es el componente con la calificación más baja, no obstante, se detalla a continuación algunos puntos que deben ser tomados en cuenta de modo a mejorar la calificación y los niveles de conocimiento, comprensión y aplicación a nivel institucional, tales como:

- Disponer que el PEI 2025-2029, aprobado y actualizado por la RD N° 3562/2024, sea objeto de análisis anual, con el fin de mantenerlo actualizado, alineado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y garantizar su correspondencia con el POI.
- Fortalecer la estructura integral y mantener la estandarización documental de la implementación del Sistema de Gestión por Procesos, con enfoque basado en riesgos, conforme al Mapa de procesos aprobado por el Directorio (Versión 11.0) por RD N° 3162/2025 y buscar un mayor compromiso y responsabilidad en la implementación, seguimiento y mejora continua de las áreas.
- Revisar, definir y actualizar la Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de cargo) conforme al modelo de Gestión por Procesos aprobado por Resolución de Directorio N° 3162/2025 “Por la cual se aprueba el Mapa de Procesos Institucional Versión 11.0 en el marco de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay – MECIP 2015”.
- Continuar con los procesos de actualización y aprobación los Manuales de funciones conforme a la Estructura Organizacional de la Institución, documentar formalmente la Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de Puesto).
- Disponer la implementación de talleres y acciones de capacitación orientadas a fortalecer el conocimiento de los funcionarios sobre sus funciones y responsabilidades, dejando constancia documentada de los resultados obtenidos.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

- Proseguir con la demostración de las actividades de identificación y evaluación de los riesgos de todos los procesos institucionales conforme al Plan Estratégico Institucional 2025-2029, considerando la actualización en el ejercicio 2025 por la Resolución DIR N° 3426/2025.
- Establecer estrategias de seguimiento y control del PEI 2025-2029.

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”. El resultado de la evaluación fue de **3.79** con un nivel de madurez **GESTIONADO ALTO** debido a que el SCI se encuentra desplegado e implementado, y se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados, pero aún no alcanza la totalidad de los requerimientos exigidos por la Norma.

Conforme se puede observar la segunda calificación más baja corresponde a este componente, lo cual denota la necesidad de incrementar acciones de mejora en la implementación del Sistema de Control Interno en la Institución, por lo cual se observa los siguientes puntos:

- Si bien la Institución cuenta con una Política Operativa y un Manual de Políticas Operativas que permiten comprender la estructura y el enfoque requeridos para el adecuado funcionamiento del modelo de gestión por procesos, así como las actividades y tareas necesarias para cumplir los objetivos establecidos. Sin embargo, es fundamental que estos documentos sean revisados periódicamente por los responsables de los macroprocesos, procesos y subprocesos, y que se asegure su difusión entre todo el personal para garantizar su correcta aplicación.
- Informar sobre avances en la ejecución y el resultado de la eficacia de las actividades de formación realizadas, considerando que existe un plan de capacitación institucional.
- Evaluar el desempeño del personal institucional con criterios objetivos que permitan una definición clara de indicadores de desempeño y metas individuales por áreas.
- Actualizar y revisar anualmente la Comunicación Interna y Externa, con el fin de asegurar su pertinencia, eficacia y alineación con los objetivos estratégicos y los cambios normativos o organizacionales.
- Fortalecer la dotación de personal encargado de ejecutar los controles y monitoreos de las NRM MECIP y capacitarlos a los efectos de lograr la correcta aplicación de los mismos en las distintas áreas.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

- Mantener anualmente la Rendición de cuentas al ciudadano realizado por la MAI, aprobado por RD N° 487/2025 y presentar los informes correspondientes a la Máxima Autoridad, a los efectos de obtener evidencia documental de su gestión y de mejorar la efectividad de la comunicación institucional.

D. COMPONENTE DE CONTROL DE EVALUACIÓN

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

En este componente la Institución obtuvo una calificación de **3,98** con un nivel de madurez **GESTIONADO ALTO**, lo cual indica que el SCI se encuentra desplegado e implementado, se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados, logrando mejoras comprobables en su desempeño. Se detalla a continuación algunas actividades que deben ser administradas para mejorar la calificación:

- Continuar con el fortalecimiento de los informes sobre el cumplimiento de indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y sobre los requisitos exigidos por la Norma de Requisitos Mínimos – MECIP 2015 en lo referente a: La definición de indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos (PEI).
- Realizar el seguimiento y medición de los indicadores de desempeño por procesos de manera a que los mismos permanezcan actualizados y se mantengan como fundamento para la toma de decisiones que afectan a la capacidad del control interno.
- Impulsar la adopción de las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las acciones de mejora establecidas en los planes de las auditorías SCI conforme a la NRM MECIP 2015, asumiéndolas como una oportunidad para fortalecer la gestión institucional, y mantener debidamente informada a la Máxima Autoridad respecto al seguimiento y grado de avance en su ejecución.
- Impulsar procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de Auditorías Internas.
- Impulsar y garantizar la capacitación permanente del personal de Auditoría Interna, con el propósito de consolidar niveles de excelencia profesional y preservar la independencia técnica en la toma de decisiones, así como en la ejecución de evaluaciones y mediciones.
- Aumentar el personal permanente y/o contratado en el Área del Departamento de Auditoría de Gestión de la Auditoría Interna, con el fin de fortalecer su capacidad operativa, garantizar la cobertura adecuada de los procesos y subprocesos institucionales, y asegurar el cumplimiento efectivo de sus funciones de control, supervisión y evaluación.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

E. COMPONENTE DE CONTROL PARA LA MEJORA

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

En este componente la Institución obtuvo un nivel de madurez **GESTIONADO ALTO** con una valoración de **3,93**, lo cual indica que el Sistema de Control Interno se encuentra desplegado e implementado, se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados, logrando mejoras comprobables en su desempeño. Se detalla a continuación algunas actividades que deben ser administradas para mejorar la calificación:

- Del análisis de los elementos del Sistema de Control Interno surge de la autoevaluación efectuada por la Máxima Autoridad. Para asegurar su mejora continua, se requiere revisar periódicamente el sistema y dar seguimiento periódico al cumplimiento de las recomendaciones del Análisis Crítico.
- Mantener informada a la Máxima Autoridad sobre el estado de implementación de las acciones de mejora para garantizar que los resultados sean considerados en la toma de decisiones estratégica.
- La Auditoría Interna debe Implementar un sistema de registro y seguimiento de acciones correctivas y preventivas, asegurando evidencia documental y trazabilidad de cada acción, con responsables y plazos definidos.
- Desarrollar procedimientos estandarizados en la Auditoría Interna, que definan cómo se identificarán, registrarán y evaluarán los hallazgos y las oportunidades de mejora.
- Evaluar periódicamente la efectividad de las medidas adoptadas y ajustarlas según cambios en procesos, riesgos o normativa.
- Promover la participación activa de todas las áreas de la institución en la identificación de oportunidades de mejora.
- Incentivar la innovación y la retroalimentación constante como parte del Sistema de Control Interno.
- Capacitación permanente de todas las dependencias, en el uso de herramientas tecnológicas considerando la rápida evolución de las tecnologías de la información, comunicación e inteligencia artificial.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

IX CONCLUSIONES

Como resultado del análisis practicado, la Comisión Nacional de Telecomunicaciones obtuvo una valoración de **3.87**, equivalente al Nivel de Madurez **“GESTIONADO ALTO”**, por lo cual el resultado obtenido pone de manifiesto que aunque se ha creado un entorno adecuado de control y procesos que favorecen la implementación del Sistema de Control Interno dentro de la institución, es fundamental fortalecer y consolidar su estructura para asegurar una mayor eficacia en su funcionamiento. En particular, es fundamental dar prioridad a la identificación, evaluación y mitigación de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. Un Sistema de Control Interno desarrollado, estructurado y sistemáticamente implementado no solo fortalece el desempeño de la institución, sino que también facilita la generación de oportunidades estratégicas y permite afrontar con eficacia los desafíos que se presenten en el entorno operativo. De esta manera, el sistema contribuye directamente al logro de los objetivos misionales, promoviendo una gestión institucional eficiente, transparente y orientada a resultados, en coherencia con la misión de la organización. Asimismo, es esencial que el Sistema de Control Interno sea revisado, evaluado y ajustado de forma continua, garantizando su alineación con las metas organizacionales, su capacidad de respuesta ante cambios en el entorno y su efectividad sostenida en el tiempo.

X RECOMENDACIONES

A todas las dependencias, dueños de los macroprocesos, procesos y subprocesos y los Comités involucrados en el Diseño, Implementación, Sostenimiento y Evaluación del SCI:

- Analizar y prestar especial atención a las debilidades señaladas en este informe, asegurando el cumplimiento de las directrices emitidas por la Máxima Autoridad mediante el Análisis Crítico del Sistema de Control Interno, con el fin de fomentar la mejora continua. Para ello, se recomienda elaborar un Plan de Mejoramiento que permita dar seguimiento a las acciones asignadas a las dependencias responsables de fortalecer el Sistema de Control Interno, el cual será supervisado y monitoreado por la Auditoría Interna.

COMISIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES
INFORME FINAL DE AUDITORÍA DAG – AI N° 001 /2.026
AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – NRM MECIP 2015, CORRESPONDIENTE AL
EJERCICIO 2.025
PLAN DE TRABAJO ANUAL 2.026

A la Máxima Autoridad:

- Garantizar y coordinar d con la Contraloría General de la República la planificación, programación y ejecución de capacitaciones dirigidas a todos los niveles del personal institucional. Dichas formaciones deberán enfocarse en el conocimiento y comprensión de la Norma de Requisitos Mínimos MECIP 2015, garantizando que los funcionarios cuenten con las herramientas necesarias para cumplir con los requerimientos normativos. Estas acciones de capacitación son fundamentales para respaldar la implementación efectiva del Sistema de Control Interno, asegurando que la institución cumpla con los objetivos de transparencia, eficiencia y cumplimiento normativo. Asimismo, la formación continua del personal contribuirá al fortalecimiento del modelo de gestión por procesos y a la consolidación de la mejora continua en el desempeño institucional

Es nuestro informe,

Atentamente,

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO
Abg. Jorge Correa
Auditor Interno

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
12:32:23 -03'00'

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ
Abg. Rodrigo Lobos
Jefe Interino Dpto. Auditoría de Gestión

Asunción, 27 de febrero de 2026.-

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27 13:08:07
-03'00'

MODELOS DE EVALUACIÓN POR NIVELES DE MADUREZ

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

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

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

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

BENEFICIOS:

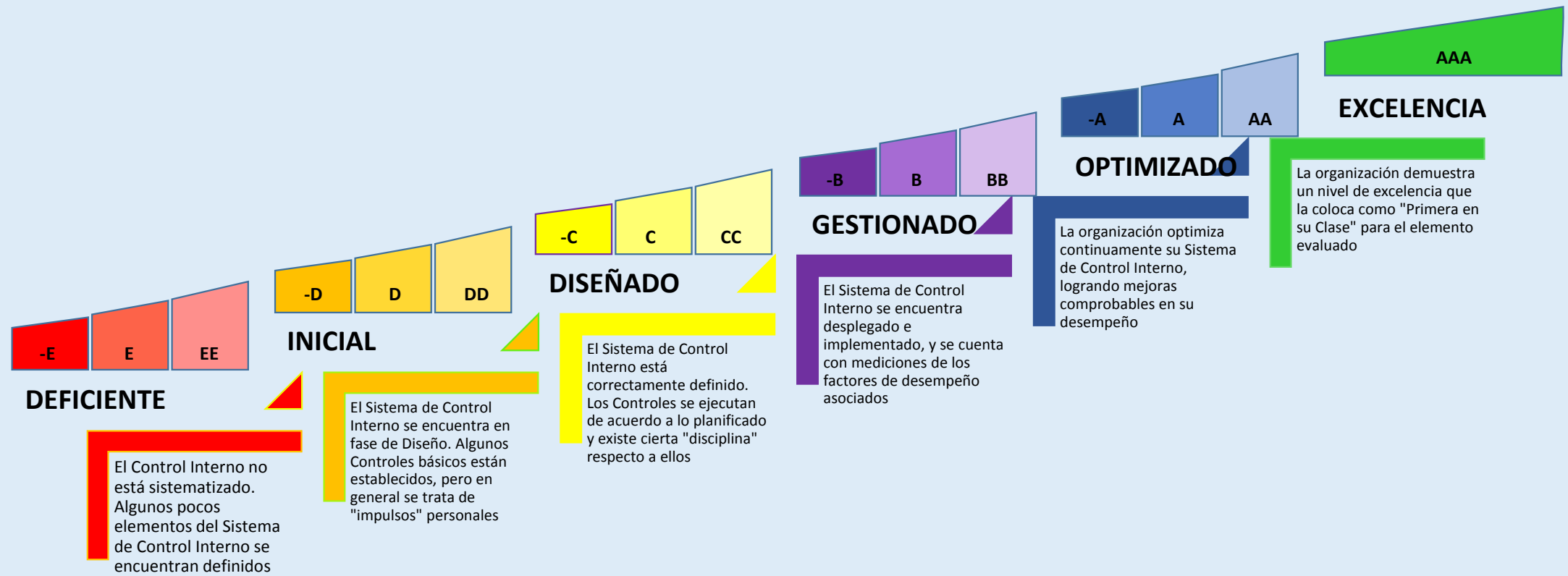
- > Evaluar la Capacidad de Control de las Instituciones
- > Identificar Debilidades y Fortalezas
- > Determinar la Línea Base para los Procesos de Mejora

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado
digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:45:53 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:49:58 -03'00'



RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:46:13 -03'00'

JORGE ANDRES
CORREA PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:50:44 -03'00'

Metodología de Evaluación de Implementación MECIP:2015 por NIVEL DE MADUREZ

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

RODRIGO
MARTIN
LOBOS SANTA
CRUZ

Firmado
digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:59:28 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
12:00:23 -03'00'

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECIP:2015

Interpretación de Niveles de Madurez			
Valoración		Situación	Nivel de Madurez
0	0,99	El Control Interno no está sistematizado. Algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos	Deficiente
1	1,99	El Sistema de Control Interno se encuentra en fase de Diseño. Algunos Controles básicos están establecidos, pero en general se trata de "impulsos" personales	Inicial
2	2,99	El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los Controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta "disciplina" respecto a ellos	Diseñado
3	3,99	El Sistema de Control Interno se encuentra desplegado e implementado, y se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados	Gestionado
4	4,99	La organización optimiza continuamente su Sistema de Control Interno, logrando mejoras comprobables en su desempeño	Optimizado
5	5	La organización demuestra un nivel de excelencia que la coloca como "Primera en su Clase" para el elemento evaluado	Excelencia

Criterios de Valorización Intermedios (por nivel)	
Valoración	Criterio
bajo (b)	cuando la realidad de la organización coincide básicamente con las situaciones descritas para ese nivel de madurez
medio (m)	cuando la realidad de la organización se encuentra entre las situaciones descritas para ese nivel de madurez y el siguiente nivel
Alto (a)	cuando la realidad de la organización se encuentra próxima a las situaciones descritas para el siguiente nivel de madurez pero no lo alcanza en su totalidad

Puntaje	Escala
0	E-
0,4	E
0,7	EE
1	D-
1,4	D
1,7	DD
2	C-
2,4	C
2,7	CC
3	B-
3,4	B
3,7	BB
4	A-
4,4	A
4,7	AA
5	AAA

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
13:00:05 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
13:04:49 -03'00'

Componente	Ambiente de Control																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	CIA	
A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.)	1. Asume la A.D. su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno?	1.1. Conocimiento y/o disponibilidad de Indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI 1.2. Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos 1.3. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa 1.4. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento																X	SI Justificación: Se anexan los reportes asociados al monitoreo del PEI y POI. Se adjunta el informe del diagnóstico realizado sobre la efectividad de los controles y riesgos, así como la gestión de riesgos a nivel institucional. Se anexan los reportes de Auditoría Interna. Se anexan los reportes sobre el avance de los Planes de Mejoramiento.
	2. Se asegura la A.D. que se establezca la política de control interno?	2.1. Disponibilidad de Política de Control Interno aprobada por la Máxima Autoridad Institucional														X			SI Justificación: 2.1"La Política de Control Interno fue aprobada junto con su manual, en el cual se establecen los criterios y los responsables de su cumplimiento. Esta aprobación se llevó a cabo a partir de los talleres de reintroducción realizados para todos los funcionarios."
	3. Se asegura la A.D. que los requisitos del sistema de control interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo?	3.1. Demostración general de conocimiento del Modelo de Gestión por Procesos													X				SI Justificación: Por Internos DIRECTORIO, por los cuales la Máxima Autoridad toma conocimiento del Diagnostico del SGP e instruye a la Auditoría Interna el seguimiento de la implementación del mismo. La A.D. ha aprobado el Mapa de Procesos V11.0 por RD N° 3162/2025 y ha solicitado a todas las áreas de la institución la actualización de sus respectivos procesos.
	4. Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos?	4.1. Demostración general de conocimiento de la Gestión de Riesgos														X			SI Justificación: La A.D. promueve el enfoque basado en procesos y la administración de riesgos, ademas se presentan los siguientes documentos y acciones: Por Resolucion 2920/2025 se aprobó la actualizacion de la guía sobre la metodologia de riesgos y controles, así como las minutas de trabajo realizadas con las áreas de la institución. Todas las áreas en la institución se encuentran enfocados en la Actualización de sus procesos.
	5. Asegura la A.D. que los recursos necesarios para el sistema de control interno estén disponibles?	5.1. Asignación de partidas específicas en el presupuesto institucional (capacitación, consultorías, etc.) 5.2. Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno															X		SI Justificación: La A.D. asignó dentro del presupuesto 2025 recursos para capacitaciones sobre el Control Interno. Hasta el momento, se han realizado capacitaciones sobre el Sistema de Gestión por Procesos, resolución de conflictos, estrés laboral, de violencia contra la mujer, entre otros temas. Además, la A.D. definió un área específica para la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno, asegurando una mejor gestión y cumplimiento de los procesos institucionales, fijando la hoja de ruta mediante el Plan de trabajo del MECIP.

**RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ**

Firmado digitalmente
por RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:47:14 -03'00'

**JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO**

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:52:16 -03'00'



Componente		Ambiente de Control																	
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	CIA	
	6. Asegura la A.D. que el sistema de control interno logre los resultados previstos?	6.1. Conocimiento y/o disponibilidad de Indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI 6.2. Conocimiento y/o disponibilidad de Indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos 6.3. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa 6.4. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento													X				SI Justificación: La A.D. asignó dentro del presupuesto 2025 recursos para capacitaciones sobre el Control Interno. Hasta el momento, se han realizado capacitaciones sobre el Sistema de Gestión por Procesos, resolución de conflictos, estrés laboral, entre otros temas. Además, la A.D. definió un área específica para la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno, asegurando una mejor gestión y cumplimiento de los procesos institucionales. fijando la hoja de ruta mediante el Plan de trabajo del MECIP, para llegar al objetivo. Se estableció el plan de acción a través del Plan de trabajo del MECIP, con el fin de alcanzar el objetivo.
	7. Asume la A.D. el compromiso, dirigiendo y apoyando a todos los niveles de la organización para contribuir a la efectividad del sistema de control interno?	7.1. Aprobación de un Plan de Capacitación que incluya aspectos del Control Interno 7.2. Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno 7.3. Actas o reportes que evidencien su participación en reuniones en los que se tratan aspectos de Control Interno (ej.: reuniones de comités)													X				SI Justificación: Se adjunta el Plan de Capacitación, que incluye temas de Control Interno. Además, la AD ha definido un área específica para la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno, lo que garantiza una mejor gestión y cumplimiento de los procesos institucionales. Asimismo, se adjunta el acta que evidencia los temas tratados en el Directorio.
	8. Promueve la A.D la mejora continua del Control Interno?	8.1. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento													X				SI Justificación: Se adjunta los Informes de los reportes de avance de Planes de Mejoramiento.

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:48:26 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:52:43 -03'00'

Componente		Ambiente de Control																Observaciones	
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO				EXCELEN
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		CIA
A.1.1 Política de Control Interno (PCI)	9. Está la PCI formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad (M.A.)?	9.1. Documento conteniendo la Política de Control Interno con la firma de la M.A. 9.2. Resolución que aprueba la Política de Control Interno															X		SI, Justificación: La Política de Control Interno fue aprobada por RD 3163/2025, VERSION 5.0, se adjunta documento con la firma del la M.A.
	10. La PCI ee encuentra correctamente formulada?	10.1. Es adecuada al propósito y al contexto de la organización, y apoya explícitamente al direccionamiento estratégico 10.2. Constituye un marco de referencia básico para la configuración de los componentes y principios del control interno 10.3. Incluye el compromiso con la Mejora Continua														X			SI Justificación: La Política de Control Interno de CONATEL busca propiciar y consolidar una Política de Control Interno con un enfoque integral, eficiente y flexible, que promueva la articulación y el trabajo coordinado de todos los niveles jerárquicos para el logro de los objetivos institucionales. Esta política no se limita al cumplimiento de las disposiciones normativas, sino que impulsa de manera permanente la mejora continua de los procesos, en coherencia con el direccionamiento estratégico de la organización. Asimismo, fomentar la revisión, actualización y ajuste constante del Sistema de Control Interno, con el propósito de optimizar la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión institucional. En este sentido, la política se concibe como un instrumento dinámico y evolutivo, susceptible de fortalecimiento y adecuación continua, conforme se evidencia en el anexo a la RD 3163/2025, versión 5.0.
	11. La PCI ha sido adecuadamente comunicada y es entendida por todos los funcionarios?	11.1. Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) 11.2. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno 11.3. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación															X		SI Justificación: Se adjunta fotos de cartelería, disponibilidad en la web institucional, Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestran comunicación, entendimiento y aplicación. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyen el tema de la Política de Control Interno.
	12. Se encuentran los A y CE correctamente formulados?	12.1. Están alineados con la función constitucional y legal de la institución, su misión, visión, valores y principios compartidos por los funcionarios 12.2. Están alineados con la cultura institucional relacionada a la integridad, la transparencia y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública 12.3. Identifican las prácticas éticas de la institución, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación 12.4. Establecen criterios para el comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés, tanto internos como externos, y otros factores humanos															X		SI Justificación: 12.1: Los principios y las prácticas éticas de la institución guardan coherencia con su mandato constitucional y legal. Asimismo, los funcionarios comparten la misión, visión y valores institucionales, lo que favorece una gestión alineada al logro de los objetivos esenciales de la entidad. 12.2: La institución consolida una cultura centrada en la probidad, la transparencia y la eficacia en el ejercicio de la función pública. Dichos valores son incorporados en la práctica diaria por sus miembros, fortaleciendo un clima laboral basado en la confianza y en la responsabilidad hacia el bien común. 12.3: Las directrices éticas de la institución se encuentran claramente definidas y se implementan bajo un firme compromiso con la equidad y la no discriminación. En ese marco, los funcionarios son capacitados y concienciados para asegurar que su desempeño se mantenga en consonancia con dichos principios fundamentales. 12.4: Se encuentran definidos lineamientos precisos que orientan la conducta de los funcionarios en su relacionamiento con los distintos grupos de interés, tanto internos como externos. Estas pautas favorecen una interacción respetuosa y armónica entre los actores institucionales, contribuyendo a consolidar un entorno laboral inclusivo y equitativo.

Componente	Ambiente de Control																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	CIA	
A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AyCE)	13. Los A y CE fueron contruidos de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	13.1. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción de los A y CE 13.2. Existencia de Compromisos Éticos documentados por dependencia, alineados a los A y CE institucionales														X			SI Justificación: 13.1: Existen registros completos y actualizados de la asistencia de los funcionarios a talleres y capacitaciones, que demuestran su participación activa en la construcción de los AyCE. Estos registros reflejan el compromiso continuo de los empleados con su formación y con el fortalecimiento de los principios y valores institucionales. 13.2: Todas las dependencias cuentan con compromisos éticos documentados, que están alineados de manera efectiva con los AyCE institucionales. Estos compromisos éticos son firmados y respaldados por los funcionarios, garantizando que cada área de la institución opere bajo los mismos estándares de integridad y ética que rigen a nivel organizacional.
	14. La institución ha definido y aplica instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los AyCE?	14.1. Conformación de un Comité de Ética 14.2. Actas de reunión del Comité de Ética que muestren el tratamiento de situaciones asociadas a la evaluación de incumplimientos														X			SI Justificación: La institución ha definido y aplica instrumentos eficaces para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los AyCE. Estos instrumentos incluyen mecanismos de monitoreo, evaluación continua y procedimientos establecidos para actuar ante cualquier desviación de los principios éticos definidos. 14.1: Se ha conformado un Comité de Ética dentro de la institución, compuesto por miembros capacitados y comprometidos con la promoción y supervisión del cumplimiento de los AyCE. Este comité juega un papel fundamental en la evaluación y resolución de los incidentes relacionados con la ética y la integridad. 14.2: Existen actas documentadas de las reuniones del Comité de Ética que reflejan de manera detallada el tratamiento de situaciones asociadas a la evaluación de incumplimientos. Estas actas aseguran la transparencia en los procesos de toma de decisiones y muestran el compromiso de la institución con la rendición de cuentas y la mejora continua.
	15. Los A y CE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	15.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 15.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 15.3. Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de los A y CE														X			SI Justificación: Los AyCE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes, apropiados y alineados con las necesidades cambiantes de la institución. Este proceso de revisión continua permite mantener los principios éticos y operativos actualizados, promoviendo la integridad y eficacia organizacional. Existen versiones superadas y revisadas de los AyCE, que reflejan el proceso de actualización y mejora constante. Estas versiones anteriores están debidamente archivadas, y las nuevas versiones se distribuyen a los funcionarios para asegurar su implementación correcta. 15.2: Se han llevado a cabo actividades y talleres de revisión, como se evidencia en las actas correspondientes. Estos eventos permiten la participación activa de los funcionarios en el proceso de actualización de los AyCE, asegurando que todos los puntos de vista sean considerados y que las modificaciones sean apropiadas. 15.3: Existen disposiciones administrativas que aprueban las nuevas versiones de los AyCE, las cuales están formalmente documentadas. Estas disposiciones garantizan que las actualizaciones se realicen conforme a los procedimientos establecidos y sean adoptadas oficialmente por la institución.
	16. Los AyCE están formalmente documentados y aprobados por la Máxima Autoridad?	16.1. Documento conteniendo los A y CE con la firma de la M.A. (Código de Ética) 16.2. Disposiciones Administrativas que aprueba los A y CE															X		

Componente	Ambiente de Control																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	CIA	
	17. Los AyCE han sido adecuadamente comunicados y son entendidos por todos los funcionarios?	17.1. Registros de distribución de copias (incluyendo cartelera, disponibilidad en la web institucional, etc.) 17.2. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca de los AyCE 17.3. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación														X			Si Justificación: Sí, los Acuerdos y Compromisos Éticos han sido efectiva y continuamente comunicados, existiendo evidencia de que son conocidos y entendidos por todos los funcionarios, como se demuestra mediante: Registros de participación en talleres y charlas de divulgación realizadas, Evidencia de publicación permanente en la intranet y la pagina web. Tambien se realizaron entrevistas con funcionarios de distintos niveles segun evidencias de entrevistas.
A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG)	18. Se encuentra el PBG correctamente formulado?	18.1. Foco en la orientación estratégica de la institución, su misión, su visión y su naturaleza 18.2. Alineado con los principios éticos, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación 18.3. Alineado con los valores institucionales 18.4. Orientado a cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de interés de la institución 18.5. Contemple los diferentes canales de comunicación institucional 18.6. Promueva la mejora continua 18.7. Identifique y promueva las prácticas democráticas de la institución 18.8. Considere las políticas de gestión del Talento Humano de la institución														X			Si Justificación: El PBG se encuentra actualizado por RD 3483/2025 version 9 y está formulado de manera que refleja claramente la orientación estratégica de la institución, alineando sus acciones y objetivos con la misión, visión y naturaleza de la misma, garantizando que cada aspecto del plan esté enfocado en lograr los fines establecidos por la institución. Sí, El PBG guarda plena coherencia con los principios éticos esenciales de la institución, impulsando la igualdad, la inclusión y la no discriminación en el desarrollo de todas sus acciones, y reafirmando el compromiso con una cultura organizacional basada en el respeto y la justicia. Sí, el PBG está diseñado de acuerdo con los valores institucionales que guían el accionar de la entidad, asegurando que todas las estrategias y objetivos propuestos se ejecuten bajo los principios que definen la identidad de la institución. Sí, el PBG está estructurado con un enfoque claro hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, considerando sus demandas y perspectivas para lograr una relación armónica y productiva entre todos los actores clave de la institución. Sí, el PBG integra y considera de manera efectiva los diversos canales de comunicación institucional, garantizando que la información fluya adecuadamente entre los distintos niveles y departamentos, fomentando una comunicación eficiente y transparente. Sí, el PBG está diseñado para promover la mejora continua en todos sus procesos, fomentando una cultura organizacional dinámica, orientada a la innovación, la evaluación constante y la implementación de mejoras que permitan avanzar hacia la excelencia institucional. Sí, el PBG identifica y promueve las prácticas democráticas dentro de la institución, asegurando que las decisiones y procesos sean participativos, inclusivos y transparentes, reflejando el compromiso con un gobierno institucional responsable y equitativo. Sí,El PBG integra las directrices de gestión del Talento Humano, garantizando el fortalecimiento de las iniciativas de desarrollo, capacitación y bienestar del funcionariado, en concordancia con la normativa institucional vigente relativa a la administración de los recursos humanos.
	19. El PBG fue construido de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	19.1. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PBG															X		Si Justificación: El PBG fue elaborado de forma participativa, con la intervención de los distintos niveles institucionales, asegurando la consideración de sus aportes. Asimismo, existen registros que acreditan la asistencia y participación de los funcionarios en los talleres y capacitaciones desarrollados durante su construcción.
		20. El PBG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiados?	20.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 20.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 20.3. Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones del PBG														X		

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente
por RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:48:10 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:53:37 -03'00'



Componente	Ambiente de Control																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	CIA	
	21. El PBG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	21.1. Documento conteniendo el PBG con la firma de la M.A. 21.2. Resolución que aprueba el PBG															X		SI Justificación: El PBG está formalmente documentado y ha sido aprobado por la Máxima Autoridad de la institución por RD 3483/2025 version 9, asegurando que el plan cuenta con el respaldo y la validación oficial para su implementación y seguimiento. Sí, existe un documento oficial que contiene el PBG y está debidamente firmado por la Máxima Autoridad, lo cual valida su contenido y su aplicación dentro de la institución, demostrando el compromiso de la alta dirección con los objetivos establecidos. Sí, se encuentra una resolución formal que aprueba el PBG, emitida por la Máxima Autoridad, lo que confirma que el plan ha pasado por el proceso de revisión y autorización requerido según las normativas y procedimientos institucionales.
	22. El PBG ha sido adecuadamente comunicado y es entendido por todos los funcionarios?	22.1. Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) 22.2. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca del PBG 22.3. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación															X		SI Justificación: El PBG ha sido comunicado de manera efectiva a todos los funcionarios, asegurando que cada miembro de la organización comprenda su contenido y propósito. Se han utilizado múltiples canales de comunicación para garantizar que el plan sea accesible y entendido por todos. Sí, existen registros de distribución de copias del PBG a través de diversos medios, como cartelería en áreas comunes, distribución de documentos físicos y su disponibilidad en la web institucional. Estos registros garantizan que el plan esté accesible para todos los empleados en todo momento. Sí, existen registros de asistencia a talleres y capacitaciones donde se discutió el PBG, lo que evidencia que se han realizado esfuerzos para asegurar que los funcionarios comprendan el contenido del plan y su rol en su implementación. Estos talleres han sido una parte fundamental del proceso de comunicación interna. Sí, los resultados de las entrevistas realizadas con funcionarios de distintos niveles demuestran que el PBG ha sido comunicado y comprendido adecuadamente. Los funcionarios evidencian un claro entendimiento del plan y su aplicación, lo que indica que la comunicación ha sido efectiva y que el PBG está siendo correctamente implementado en todos los niveles de la organización.
	23. Se encuentra la PTH correctamente formulada?	23.1. Compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios 23.2. Foco en los procesos de selección, inducción, reinducción, formación, capacitación, evaluación del desempeño, compensación, bienestar social y desvinculación de los funcionarios 23.3. Responder a los siguientes valores: igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia															X		SI Justificación: La PTH está adecuadamente diseñada, cubriendo de manera completa los elementos esenciales para la gestión y desarrollo eficaz del talento humano en la institución. Además, se encuentra alineada con los objetivos estratégicos y promueve el bienestar y la progresión profesional de los servidores públicos. Sí, la PTH refleja un fuerte compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios. Se implementan estrategias para la formación continua, el desarrollo profesional y la mejora de las capacidades individuales, promoviendo el crecimiento personal y profesional de los servidores públicos. Sí, la PTH tiene un enfoque integral en todos los procesos clave relacionados con la gestión del talento humano, incluyendo selección, inducción, reinducción, formación, capacitación, evaluación del desempeño, compensación, bienestar social y desvinculación. Garantiza que cada uno de estos procesos se implemente de manera que promueva la eficiencia, el compromiso y el bienestar de los empleados, contribuyendo a un entorno laboral productivo y saludable. Sí, la PTH está alineada con los valores institucionales de igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia, eficacia, integridad y transparencia. Por lo que, estos principios orientan la totalidad de los procesos de gestión del talento humano, garantizando que las decisiones se adopten con justicia, ética y eficiencia, al tiempo que se fomenta un entorno organizacional caracterizado por la transparencia y la equidad.

RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA
CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN LOBOS SANTA
CRUZ
Fecha: 2026.02.27 12:47:31 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha:
2026.02.27
11:53:52 -03'00'



Componente	Ambiente de Control																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	CIA	
A.4 Política de Talento Humano (PTH)	24. La PTH es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	24.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 24.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 24.3. Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de la PTH																	SI Justificación: Sí, la PTH es revisada de manera periódica para garantizar que se mantenga pertinente y adecuada a las necesidades cambiantes de la institución y sus empleados. Este proceso de revisión asegura que la política esté alineada con las nuevas demandas, regulaciones y mejores prácticas en gestión del talento humano. Sí, existen versiones superadas y revisadas de la PTH. Estas versiones reflejan los ajustes y mejoras realizados a lo largo del tiempo, asegurando que la política se mantenga actualizada y eficaz, en función de las necesidades y objetivos estratégicos de la organización. Sí, existe acta que evidencia el desarrollo de actividades y talleres de revisión de la PTH. El acta documenta el proceso participativo y colaborativo llevado a cabo en las sesiones de revisión, donde se evaluaron los aspectos clave de la política y se tomaron decisiones para su mejora continua. Sí, existen disposiciones administrativas formales que aprueban cada nueva versión de la PTH por RD N° 0213/2026 VERSION 7.0. Estas disposiciones garantizan que las actualizaciones sean oficiales y cuenten con el respaldo de la Alta Dirección, siguiendo el procedimiento administrativo correspondiente para su validación y adopción.
	25. La PTH está formalmente documentada y aprobado por la Máxima Autoridad?	25.1. Documento conteniendo la PTH con la firma de la M.A. 25.2. Disposiciones Administrativas que aprueba la PTH														X			SI Justificación: Resoluciones emanadas de la M.A. que avalan la existencia de versiones revisadas y actualizadas de las PTH por medio de la RD 0213/2026 version 7.0 y Acta que evidencia la revisión de dichas políticas.

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12	9	1	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	2	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7	5	
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	48	39,6	4,7	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)									4,14		A-		Optimizado				

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:54:39 -03'00'

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:49:21 -03'00'

Componente		Control de la Evaluación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno	87. Se han definido indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos?	87.1. Tableros de Indicadores 87.2. Reportes y Gráficos															X			Si Justificación: Se anexan los tableros de indicadores de cada área de la institución con el Diagnostico de los Indicadores y la instrucción de la Máxima Autoridad.
	88. Los Indicadores se encuentran correctamente diseñados asegurando que se ha considerado en cada caso el factor clave a evaluar, el origen de la información, la frecuencia de medición, las metas y rangos de tolerancia y los responsables del seguimiento?	88.1. Tableros de Indicadores 88.2. Fichas de caracterización de Indicadores												X						Si Justificación: Se anexa la Guía para la identificación y seguimiento de indicadores, asegurando su correcto diseño y considerando en cada caso el factor clave a evaluar, el origen de la información, la frecuencia de medición, las metas, los rangos de tolerancia y los responsables del seguimiento. Además, se adjuntan los formatos de indicadores caracterizados por áreas, Se anexa RD N° 3315/23.
	89. Los Indicadores están actualizados, se aplican y mantienen como fuente para la toma de decisiones que afectan a la capacidad del control interno?	89.1. Tableros de Indicadores actualizados 89.2. Reportes													X					Si Justificación: Se anexa la Guía para la identificación y seguimiento de indicadores, asegurando su correcto diseño y considerando en cada caso el factor clave a evaluar, el origen de la información, la frecuencia de medición, las metas, los rangos de tolerancia y los responsables del seguimiento. Además, se adjuntan los formatos de indicadores caracterizados por áreas.

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27 12:50:26
-03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:55:03 -03'00'



Componente		Control de la Evaluación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA		Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
D.2 Auditoría Interna (A.I.)	90. Se han planificado auditorías internas del sistema de control interno (SCI)?	90.1. Procedimiento que incluya la Planificación de A.I. del SCI 90.2. Programa Anual de A.I. (incluyendo requisitos de Control Interno)													x					Sí. Justificación: Se observa Plan de Trabajo Anual, Plan de Identificación de Riesgos y Cronograma de Trabajo correspondientes al Ejercicio 2025 y aprobados por Resolución Directorio N° 2980/2024, en el cual se puede observar la planificación de Auditorías Internas del Sistema de Control Interno a fin de asegurar el cumplimiento de lo establecido en la NRM – MECIP y su implementación de manera eficaz. Asimismo, se adjunta informes de cumplimiento del Plan de Trabajo del 1er y 2do. semestre y conocimiento de la M.A.
	91. Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de las Auditorías Internas?	91.1. Procedimiento/s documentados/s y aprobado/s 91.2. Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes y elaboración de informes 91.3. Definición de criterios de auditoría												x						Sí. Justificación: Por Resolución Directorio N°2230/2024 se aprueba el Manual de Procedimientos de la CONATEL en el cual se observa el procedimiento para la Planificación de las Auditorías que incluye Auditoría del SCI. Res DIR 3451/2025 por la cual se aprueba el Procedimiento Seguimiento de las Auditorías. De igual manera se evidencia la Resolución 1359/2013 por el cual se adopta el MAGU y se adjuntan a modo de ejemplos Encargos y Memorandum de Planeación conforme al mismo. Resolución DIR N° 3450 se aprobo el proceso de ejecución de las auditorías. Resolución DIR 3449/2025 se aprobo el proceso de planificación de las auditorías.
	92. Se han implementado Auditorías Internas del SCI de acuerdo a lo planificado?	92.1. Plan de Auditoría Interna 92.2. Informe de Auditoría Interna 92.3. Papeles de Trabajo 92.4. Actas de Reunión (inicial, final)													x					Se adjunta PTA e informes de cumplimiento del mismo. Asimismo se adjunta el Informe resultante de la Evaluación del Sistema de Control Interno del año 2025(ejercicio 2024) y la Matriz de evaluación, papeles de trabajo y planeación de la misma. Resolución DIR 3449/2025 se aprobo el proceso de planificación de las auditorías.
	93. El alcance de las Auditorías Internas cubre todos los requisitos de la Norma de Requisitos Mínimos para SCI?	93.1. Plan de Auditoría Interna 93.2. Informe de Auditoría Interna 93.3. Papeles de Trabajo													x					
	94. Se asegura la independencia y objetividad de los Auditores Internos?	94.1. Criterios de Selección de Auditores Internos (perfiles) 94.2. Registros de Capacitación y Calificación de Auditores Internos 94.3. Planes e Informes de Auditoría Interna												x						Se observan capacitaciones realizadas por funcionarios de la Auditoría Interna e informes de Auditoría Interna realizadas en base al PTA donde se plasman las observaciones y hallazgos que evidencian la objetividad de los auditores Resolución DIR 3449/2025 se aprobo el proceso de planificación de las auditorías.

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:50:45 -03'00'

Firmado digitalmente
por JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:55:20 -03'00'



Componente	Control de la Evaluación																			
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	95. Se asegura la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría?	95.1. Informes de Auditoría Interna 95.2. Planes de Mejoramiento 95.3. Reportes de Seguimiento de Planes de Mejoramiento															x			Se observan Informes de Auditoría Interna y los respectivos planes de mejoramiento surgidos de los hallazgos de las mismas como así también reportes de la Auditoría Interna sobre presentaciones e informes de cumplimiento de Recomendaciones y de Planes de Mejoramiento. Asimismo se adjunta el informe resultante de la Evaluación del Sistema de Control Interno 2025(EJERCICIO 2024) y año 2026(ejercicio 2025), papeles de trabajo y planeación de la misma Resolución DIR 3449/2025 se aprobó el proceso de planificación de las auditorías. Resolución Directorio N° 3451/2025 Por la cual se aprueba el Procedimiento de Auditoría de Seguimiento Versión 3.0, como así también el Decreto N° 7271/2017 y la socialización del mismo, por el cual se establecen los procedimientos para el uso del SIAGPE. Conforme a estas documentaciones se han establecido los procedimientos y metodología para la gestión de las acciones de mejora. Además, se adjuntan PMI de Auditoría del SCI y a modo de ejemplo otros PMI que denotan acciones de mejora de Control Interno con sus avances respectivos.

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	1	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	1,7	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7	5		
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	20	0	4,7	0		
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)							3,98		BB		Gestionado							

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:50:59 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:55:35 -03'00'

Componente		Control de la Implementación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.1 Control Operacional	52. Los controles implementados contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables	52.1. Existencia de planes de mejora y/o definición de controles derivados de la evaluación de Riesgos Significativos 52.2. Existencia de Indicadores que muestren el impacto y efectividad de los controles													x					Si Justificación: Existencia de planes de mejora y/o definición de controles derivados de la evaluación de Riesgos Significativos; Existencia de Indicadores que muestren el impacto y efectividad de los controles, Informe del Diagnostico de los Indicadores. Evidencia de Existencia del Tablero de Indicadores en la Intranet Institucional.
	53. El nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles definidos son adecuados a las características de la organización?	53.1. Evaluar coherencia entre la magnitud y sofisticación de los Controles y la criticidad de los Riesgos										x								Si Justificación: Se anexa el Informe del Diagnostico de la Evaluación de los Procesos, Riesgos e Indicadores.
	54. La institución ha definido políticas operacionales que permiten estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos?	54.1. Existencia de Políticas Operacionales documentadas para los procesos/subprocesos clave												x						Si Justificación: Todas las áreas de la Institución cuentan con Políticas Operacionales documentadas para los procesos/subprocesos. Se anexa RD N° 3370/2024 y todo lo trabajado en el ejercicio 2025 se aprobo por RD N° 0063/2026 V5. Es importante mencionar que la Institución cuenta con una Política Operacional y el Manual de políticas Operacional.
	55. Las políticas operacionales definen los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos?	55.1. Políticas operacionales coherentes con los objetivos de los procesos/subprocesos clave												x						Si Justificación: Se anexa Políticas Operaciones de varias áreas Claves de la Institución, coherentes con los objetivos institucionales.Se anexa RD N° 3370/2024 y todo lo trabajado en el ejercicioi 2025 se aprobo por RD N° 0063/2026 V5.

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente
por RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:52:08 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente
por JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:55:59 -03'00'

Componente	Control de la Implementación																			
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.1.1 Políticas Operacionales	56. Existe coherencia entre las políticas definidas y los lineamientos estratégicos determinados en el componente de Control de la Planificación?	56.1. Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos														X				Si Justificación: Las políticas operacionales se estructuran en concordancia con los objetivos de los procesos y subprocesos estratégicos de la institución. Su finalidad es garantizar el cumplimiento de la misión y de las metas institucionales, asegurando la prestación de servicios que respondan a las expectativas de las partes interesadas. Para ello, se sustentan en principios y lineamientos tales como la alineación estratégica, la gestión por procesos, la definición de parámetros e instrumentos de medición y evaluación que permitan verificar su cumplimiento, así como la revisión y actualización periódica.
	57. Las políticas incorporan parámetros que orientan el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento?	57.1. Políticas operacionales que establecen un adecuado marco de gestión para orientar los procesos/subprocesos de manera efectiva												X						Si Justificación: Las Políticas operacionales establecen un marco de gestión para orientar los procesos y subprocesos de manera efectiva. Estas políticas se enfocan en varios aspectos clave para asegurar una gestión adecuada:Definición y propósito, Alineación estratégica, Metodología de implementación, gestión por procesos es la base para su implementación, incorpora la identificación y evaluación de riesgos de manera relevante, Se establecen instrumentos de medición y evaluación para verificar el cumplimiento de las políticas operacionales, son revisadas periódicamente para asegurar su actualidad y relevancia. SE ADJUNTA RES. N° 3370/24 con manual PO V4. y todo lo trabajado en el ejercicio 2025 se aprobo por RD N° 0063/2026 V5.
	58. Las políticas incluyen la definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento?	58.1. Políticas operacionales que incluyan claras definiciones de "premios y castigos" 58.2. Evidencias objetivas de aplicación adecuada en casos concretos													X					Si Justificación: En relación con las denuncias por eventuales incumplimientos, se determina su remisión al Comité de Buen Gobierno, a efectos de su correspondiente estudio y tratamiento. Asimismo, ante situaciones controvertidas, se observarán las normas constitucionales aplicables, los principios éticos institucionales y el espíritu que inspira el Código de Buen Gobierno.SE ADJUNTA RES. N° 3370/24 con manual PO V4.
	59. Se asegura que las políticas operacionales son revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas?	59.1. Existencia de documentación que defina criterios y frecuencias de revisión 59.2. Existencia de versiones superadas y revisadas 59.3. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 59.4. Resoluciones que aprueben nuevas versiones de las Políticas Operacionales													X					Si Justificaciones: 1- Se adjuntan Resolución Directorio N° 3370/2024 por el cual se aprueba la Política Operacional y el Manual de Políticas Operacionales, Versión 4.0., establece los criterios de socialización y revisión 2. Se adjunta Acta de Reunión (minuta)que evidencia reunión para actualización de las Políticas. 3- En las Resoluciones aprobadas se puede observar la existencia de versiones superadas RD N° 3438/23 y revisadas. 4. Se anexa nueva politica por RD N°3370/24 y su manual 4.0.
	60. Las Políticas Operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la Máxima Autoridad?	60.1. Documentos conteniendo las Políticas Operacionales con la firma de la M.A. 60.2. Resolución/es que aprueba/n las Políticas Operacionales														X				
	61. Las políticas operacionales son comunicadas a todos los niveles de la organización, y los funcionarios son conscientes de sus obligaciones al respecto?	61.1. Evidencias objetivas de realización de actividades de socialización (actas, planillas de asistencia, etc.) 61.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de las Políticas Operacionales														X				Si Justificaciones:1- "Se adjuntan evidencias de talleres de capacitación así como entrevistas en los cuales se observa el conocimiento y aplicación de las Políticas Operacionales en la Institución. En el ejercicio 2025 se llevaron adelante talleres con todas las áreas para la actualización de sus Políticas Operacionales, así mismo la Auditoria Interna, ha realizado las entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de las Políticas Operacionales. SE ADJUNTAN INFORME Y EVIDENCIAS DE ENTREVISTAS.

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27 12:52:21
-03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:56:20 -03'00'

Componente		Control de la Implementación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.1.2 Procedimientos	62. Se han desarrollado procedimientos documentados para cubrir situaciones en que su ausencia podría afectar la capacidad de control y /o causar desviaciones a las políticas y objetivos definidos?	62.1. Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados para los procesos críticos 62.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de los Procedimientos												X						SI Justificación: Se utiliza una metodología establecida para la elaboración y actualización de procedimientos en la institución. Además, durante el ejercicio 2025, se han desarrollado nuevos procedimientos en diversas áreas. Es evidente que los funcionarios están haciendo uso activo de las herramientas de control. SE ADJUNTAN INFORME Y EVIDENCIAS DE ENTREVISTAS. Existe el manual para la elaboracion y actualización de los procedimietnos RD 3425/2025 VERSION 3.
	63. La determinación e implementación de los controles, o los cambios a controles existentes, tiene en cuenta la reducción de los riesgos de acuerdo a la siguiente jerarquía: prevención, detección, protección y corrección	63.1. Definición documentada de Controles: o Planes de acción preventiva/correctiva o Planes de mejoramiento 63.2. Controles definidos e implementados, coherentes con la magnitud de los Riesgos identificados													X					SI Justificación:Se anexa los documentos de Controles, definidos e implementados, coherentes con la magnitud de los Riesgos identificados de acuerdo a la siguiente jerarquía: prevención, detección, protección y corrección. Resolucion N° 2920/24 y RD N° 3426/2025 de Guía de indetificacion y evaluacion de riesgos.
C.1.3 Controles	64. 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?	64.1. Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados 64.2. Matrices, reportes, indicadores u otro documento que evidencie la verificación de la eficacia y eficiencia de los controles												X						SI Justificación: Se anexa la Guía para la administración de riesgos y controles debidamente Aprobados; Informe del diagnostico de los procesos, riesgos y controles que evidencia la verificación de la eficacia y eficiencia de los controles y la instrucción para las acciones de parte de la Máxima Autoridad.
	65. En los casos que fuera pertinente, se han integrado en los controles en los procesos y procedimientos aplicables?	65.1. Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados, que incluyan los controles establecidos												X						SI Justificación: Se anexan los documentados y debidamente Aprobados, que incluyen los controles establecidos
	66. Existen registros que permitan evidenciar que los funcionarios son competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno	66.1. Legajos de funcionarios, conteniendo curriculum, certificados de estudio, etc. 66.2. Matrices de polifuncionalidad 66.3. Base de datos de funcionarios con registro de capacitaciones													X					SI Justificación:Se anexan, legajois, curriculum, certificados de estudio de funcionarios; registro de capacitaciones.
	67. Se han identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno?	67.1. Evaluaciones de desempeño 67.2. Reportes por dependencia 67.3. Reportes del sector responsable del desarrollo del talento humano										X								SI Justificación: Se anexan evaluaciones de desempeño de Capital Humano y documentos de las áreas solicitando sus necesidades de formación especifica a las actividades que realizan.

Componente		Control de la Implementación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.2 Competencia, formación y toma de conciencia	68. Se planifican e implementan actividades de formación de acuerdo a las necesidades detectadas?	68.1. Plan anual de capacitación y entrenamiento 68.2. Registros de asistencia a actividades de capacitación (interna o externa) 68.3. Certificados de cursos														X			SI Justificación:Se anexa: el Plan anual de capacitación y entrenamiento: El plan anual de capacitación y entrenamiento se diseña considerando cuidadosamente las necesidades formativas de todo el personal, asegurando su alineación con los objetivos y estrategias de la organización. Se revisa de manera periódica para adaptarlo a cambios y requerimientos emergentes.. Se revisa periódicamente para asegurar que responda adecuadamente a los cambios y a las necesidades emergentes. el Registros de asistencia a actividades de capacitación (interna o externa): Se mantienen registros detallados de la participación del	
	69. Se evalúa la eficacia de las actividades de formación implementadas?	69.1. Procedimiento que incluya criterios y metodologías aplicables 69.2. Reportes o registros de evaluación										X							SI Justificación: 1- Evaluación de desempeño 2- Si, se anexa un ejemplo de evaluación del Curso 5S en la Institución.	
	70. Los funcionarios de todos los niveles son conscientes de sus funciones y responsabilidades, y de las consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos establecidos?	70.1. Resultados de entrevistas con funcionarios de distintos niveles y dependencias													X				SI Justificación: 1- Las entrevistas realizadas a funcionarios de distintos niveles y áreas muestran que conocen sus responsabilidades, comprenden la relevancia de cumplir los procedimientos y reconocen la importancia de seguir los procesos para garantizar eficiencia, integridad y alineación con los objetivos de la institución. 2- Se anexa el INFORME FINAL del Resultado de las Entrevistas realizadas por la Auditoria Interna, sobre funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación.	
C.3.1 Sistema de Información	71. Se han determinado las fuentes de información relevantes y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno? Y se asegura que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna?	71.1. Metodología, criterios y registros para recolección de datos • Identificación de Reportes relevantes por proceso 71.2. Diseño de Tableros de Indicadores 71.3. Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar disponibilidad de datos críticos													X				SI Justificación: Se anexa la Política de Información con Metodología, criterios y registros para recolección de datos – Identificación de Reportes relevantes por proceso: Se ha establecido una metodología clara y eficiente para la recolección de datos, asegurando que se utilicen criterios rigurosos que garanticen la calidad y relevancia de la información obtenida. Los reportes clave por proceso han sido identificados y se utilizan para sustentar decisiones estratégicas y operacionales, asegurando que los datos sean completos, pertinentes y estén alineados con los objetivos de control interno. Diseño de Tableros de Indicadores: Se han diseñado tableros de indicadores que permiten monitorear de manera clara y eficaz los resultados de los procesos clave. Estos tableros están estructurados para ofrecer información relevante de manera oportuna, lo que facilita la toma de decisiones informadas y el seguimiento de los resultados frente a los objetivos establecidos. y se anexa los resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar disponibilidad de datos críticos: Las entrevistas realizadas con los niveles de decisión han confirmado que los datos críticos para la gestión del control interno están disponibles de manera accesible y oportuna. Los responsables de la toma de decisiones han demostrado tener acceso a la información necesaria para evaluar los riesgos y desempeñar sus funciones de manera efectiva, lo que garantiza un control interno sólido y bien fundamentado.	
	72. Puede asegurarse que la Información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable?	72.1. Resultado de Evaluación de Documentos pertinentes (reportes, tableros, etc.) 72.2 Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar calidad de datos críticos											X						SI Justificación: Se asegura que la información documentada requerida por el sistema de control interno, como políticas, procedimientos, matrices, tablas de datos, entre otros, se encuentra disponible en los lugares de uso correspondientes. A través de entrevistas realizadas con los distintos niveles de la organización, se ha corroborado que los documentos son accesibles para el personal que los necesita para su trabajo. Además, en las observaciones realizadas en los diferentes lugares de trabajo, se verificó la disponibilidad de estos documentos. También se ha implementado un sistema de protección adecuado para garantizar que la información esté resguardada de acuerdo con los estándares establecidos, asegurando su integridad y seguridad.	

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente
por RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:52:45 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:56:52 -03'00'



Componente		Control de la Implementación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.3.2 Control de Documentos	73. Se asegura que la información documentada requerida por el sistema de control interno (políticas, procedimientos, matrices, tablas de datos, etc.) se encuentren disponibles en su lugar de uso, y que se encuentre adecuadamente protegida?	73.1. Resultado de Entrevistas con los distintos Niveles de la Organización 73.2. Resultado de la Observación (disponibilidad) en los distintos lugares de trabajo																		Si Justificación: Se asegura que la información documentada requerida por el sistema de control interno, como políticas, procedimientos, matrices, tablas de datos, entre otros, se encuentra disponible en los lugares de uso correspondientes. A través de entrevistas realizadas con los distintos niveles de la organización, se ha corroborado que los documentos son accesibles para el personal que los necesita para su trabajo. Además, en las observaciones realizadas en los diferentes lugares de trabajo, se verificó la disponibilidad de estos documentos. También se ha implementado un sistema de protección adecuado para garantizar que la información esté resguardada de acuerdo con los estándares establecidos, asegurando su integridad y seguridad.
	74. Se encuentran claramente definidos los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control Interno?	74.1. Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada 74.2. Tablas de Niveles de Aprobación de Documentos 74.3 Resoluciones u otros actos administrativos que definan Niveles de Aprobación de Documentos																		Si Justificación: El Sistema de Control Interno tiene niveles de aprobación bien definidos para la información. El manual de funciones establece las responsabilidades de cada cargo, incluyendo las tareas relacionadas con la aprobación de documentos. Junto con el organigrama institucional, se especifica quién aprueba los documentos en cada nivel jerárquico y los criterios para hacerlo. Además, la organización tiene un mapa de procesos que muestra visualmente cómo se gestionan y aprueban los documentos, lo que garantiza que cada paso se siga de manera eficiente. Todo esto se controla mediante un sistema integrado de gestión de documentos. Seanexan RES. N° 745/19, N° 3131/2020, N° 3290/24 V10 y 3162/2025 V11.
	75. Se encuentra claramente definida y se aplica una metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución, archivo	75.1. Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada 75.2. Resultado de la Observación (aplicabilidad) en los distintos lugares de trabajo																		Si Justificación: Se encuentra claramente definida y se aplica una metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución y archivo de documentos. Esto se logra a través de procedimientos operativos estándar y el manual del sistema de gestión documental (Ges Doc), los cuales definen roles, responsabilidades, y procedimientos para acceder, distribuir y archivar documentos. El sistema Ges Doc facilita la aplicación de estas políticas, controlando el acceso a los documentos y asegurando que solo los usuarios autorizados puedan ver información sensible.

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA
CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:52:57 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:57:06 -03'00'

Componente		Control de la Implementación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	76. Se encuentra correctamente identificado el estado de revisión y de cambios en los documentos?	76.1. Procedimiento que describa la metodología de identificación de versionado y cambios en los documentos 76.2. Resultado de la evaluación de documentos disponibles en diferentes lugares de trabajo												x						SI Justificación: 1- Se adjunta RESOLUCIÓN DE DIRECTORIO N°3131/2020 Y QUE APRUEBA EL USO DE STAF Y DISPONE LA OBLIGATORIEDAD DE SU USO ASI COMO TAMBIÉN EL ART 7° DEFINE LA METODOLOGÍA DE UTILIZACIÓN DEL MODULO GESTIÓN DE DOCUMENTOS Y EN EL ART. 16° LOS NIVELES DE ACCESO Y ROLES DETERMINADOS. 2- Además se agrega Informe detallado del Departamento de Informática, referente al Sistema Integrado Institucional, ejercicio 2025. 3- Se adjunta documento interno UID/01/25 que evidencian que los funcionarios tienen acceso y conocimiento de la información generada en la Institución,y protegida por el Sistema STAF. 4- Resolución 1407 Políticas y Normas Generales de Tecnología 5- Se anexa Res. N° 3479/25 GESTION DE CAMBIOS EN LOS DOCUMENTOS, N° 3131/202, N° 3386/23 y N° 3385/23.
	77. Se ha definido y se aplica una metodología para la gestión de documentos de origen externo?	77.1. Procedimiento que describa la metodología de identificación y control de los documentos de origen externo 77.2. Resultado de la evaluación de documentos externos utilizados en diferentes lugares de trabajo												x						SI Justificación: Se ha definido y se aplica una metodología para la gestión de documentos de origen externo RD3481 / RECEPCION DE DOCUMENTOS EXTERNOS 2025. La institución cuenta con un procedimiento formal establecido que describe la identificación, recepción, clasificación y control de los documentos de origen externo. Este procedimiento está detallado en el Manual de Gestión Documental y se integra completamente con el sistema de gestión documental (GES DOC), lo que permite el registro, seguimiento y almacenamiento adecuado de estos documentos. El sistema GES DOC asegura que los documentos de origen externo sean fácilmente accesibles, rastreables y cumplan con los requisitos de seguridad y control establecidos por la organización. Se adjunta RESOLUCIÓN DE DIRECTORIO N°3131/2020 Y QUE APRUEBA EL USO DE STAF Y DISPONE LA OBLIGATORIEDAD DE SU USO ASI COMO TAMBIÉN EL ART 7° DEFINE LA METODOLOGÍA DE UTILIZACIÓN DEL MODULO GESTIÓN DE DOCUMENTOS Y EN EL ART. 16° LOS NIVELES DE ACCESO Y ROLES DETERMINADOS. Se adjunta INTERNO UID 01/24 Informe detallado del Departamento de Informática, referente al Sistema Integrado Institucional
	78. Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización ?	78.1. Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) 78.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles 78.3. Evidencias de no conformidades o reclamos originadas en fallas de comunicación interna														x				SI Justificación: Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización. La institución cuenta con una Política de Comunicación Institucional aprobada y difundida, que establece el correo institucional como el medio oficial para las comunicaciones internas. En cuanto a la evaluación de la comunicación, se realizó una entrevista con funcionarios de diferentes niveles, quienes confirmaron que el correo institucional se utiliza correctamente para la transmisión de información. Sin embargo, se recibió una queja a través del buzón institucional relacionada con la lentitud en el servicio de internet y problemas con el correo institucional, lo que ha afectado la eficiencia en la comunicación interna. Esta queja ha sido registrada y está siendo evaluada para implementar las mejoras necesarias en la infraestructura tecnológica.
	79. Se ha definido qué información será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados?	79.1. Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) 79.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles													x					SI Justificación: 1- Existencia de un Manual Estratégico de Comunicación en su Versión 4,0 aprobado por RD N° 3571/2024, socializado a todos los funcionarios, y evidencia de resultados de entrevistas con funcionarios. Se anexa interno AI 87/24.

RODRIGO MARTIN LOBOS SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27 12:53:08 -03'00'

JORGE ANDRES CORREA PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27 11:57:17 -03'00'

Componente	Control de la Implementación																				
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones	
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
C.4.1 Comunicación Interna	80. Se fomenta la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales?	80.1. Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) 80.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles													X						SI Justificación: Se fomenta la identidad institucional, buscando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales los resultados de las entrevistas con funcionarios de diferentes niveles muestran un alto nivel de comprensión y vinculación con los objetivos institucionales, lo que refleja un fuerte sentido de pertenencia y compromiso con los propósitos misionales.
	81. Se han incorporado mecanismos que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias?	81.1. Implementación de "conversatorios" 81.2. Implementación de Buzones de Sugerencias													X						SI Justificación: se han incorporado mecanismos que permiten a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias. La máxima autoridad ha aprobado la implementación de un Buzón de Quejas y Sugerencias, el cual está disponible para que los empleados puedan compartir sus comentarios de manera abierta y confidencial. Este mecanismo facilita la participación activa de los funcionarios, contribuyendo a un ambiente de trabajo más colaborativo y permitiendo que sus inquietudes y propuestas sean consideradas para la mejora continua de la institución. Se anexa RD N° 2950/21.
	82. Se revisa periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados?	82.1. Actas de reunión (ej.: Análisis Crítico por la Alta Dirección) 82.2. Reportes de evaluación (Dir. Comunicaciones)												X							SI Justificación: Se adjuntan la Minuta de trabajo del Departamento de Comunicación, las entrevistas y el análisis Critico ejercicio 2025. RESN° 487/24.
C.4.2 Comunicación Externa	83. Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información desde y hacia afuera de la organización ?	83.1. Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) 83.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles 83.3. Evidencias de no conformidades o reclamos originadas en fallas de comunicación externa														X					SI Justificación:Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información desde y hacia afuera de la organización. La Política de Comunicación Institucional, que ha sido aprobada y difundida, establece directrices claras sobre cómo se debe gestionar la información tanto internamente como externamente, asegurando una comunicación efectiva y oportuna. Además, los resultados de las entrevistas realizadas con funcionarios de diferentes niveles proporcionan evidencia de que estos mecanismos están siendo comprendidos y aplicados correctamente, lo que refuerza la transparencia y fluidez en los procesos comunicacionales dentro de la institución. Los documentos de evidencia que respaldan esta implementación son el Manual Estratégico de Comunicación y los informes derivados de las entrevistas. SE ADJUNTAN RES DIR N° 3479,3480,3481 Y 34 82 del año 2025.
	84. Se ha definido qué información y a través de qué canales será comunicada a los diferentes grupos de interés externos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados?	84.1. Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) 84.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles														X					SI Justificación: Se ha definido claramente qué información y a través de qué canales será comunicada a los diferentes grupos de interés externos de la institución, asignando niveles de responsabilidad adecuados. El Manual Estratégico de Comunicación establece los mensajes clave que deben ser transmitidos a los distintos grupos de interés externos, como clientes, proveedores, y la comunidad en general, así como los canales más apropiados para cada uno, como correos electrónicos, redes sociales, comunicados de prensa, entre otros. Además, los resultados de las entrevistas con funcionarios de diferentes niveles corroboran que estos procesos están bien comprendidos y que las responsabilidades están claramente asignadas.

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:53:22 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:57:32 -03'00'



Componente		Control de la Implementación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.4.3 Rendición de Cuentas	85. Se han desarrollado procedimientos documentados para establecer la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencias de las rendiciones de cuenta a la sociedad?	85.1. Existencia de Procedimiento/s Documentado/s y debidamente Aprobados 85.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios con responsabilidad directa sobre el proceso de Rendición de Cuentas												x						SI Justificación: Se han elaborado procedimientos documentados que definen la metodología, el alcance, las responsabilidades y la frecuencia de las rendiciones de cuentas hacia la sociedad. Se ha constituido un Comité de Rendición de Cuentas encargado de aprobar y supervisar la aplicación del Manual de Rendición de Cuentas, el cual establece los procesos y responsabilidades vinculados con la comunicación periódica de los resultados institucionales, garantizando transparencia y claridad en la gestión. Este documento refleja el compromiso de la institución con una rendición de cuentas sistemática y organizada. SE ENCUENTRAN EN LA INTRANET INSTITUCIONAL PUBLICADOS.
	86. Se ha implementado el proceso de Rendición de Cuenta de acuerdo a las disposiciones legales vigentes?	86.1. Actas u otros documentos que evidencien la convocatoria para la Rendición de Cuentas 86.2. Actas u otros documentos que evidencien la realización de la Rendición de Cuentas 86.3. Reportes asociados a la Rendición de Cuentas, incluyendo temas tratados y conclusiones														x				SI Justificación: Se ha implementado el proceso de Rendición de Cuenta de acuerdo a las disposiciones legales vigentes. Se ha convocado formalmente al Comité de Rendición de Cuentas, tal como se evidencia en el acta que documenta la convocatoria para la realización de este proceso. Este acta garantiza que el comité se reúna conforme a los requerimientos legales establecidos, asegurando que la rendición de cuentas se lleve a cabo de manera transparente y en cumplimiento con las normativas vigentes. SE ENCUENTRAN EN LA INTRANET INSTITUCIONAL PUBLICADOS.

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	16	9	5	0	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	1,7	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7	5	
Puntaje por Columna (cantidad x valor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	3,4	59	36	22	0	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)										3,79	BB		Gestionado				

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:57:45 -03'00'

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:53:34 -03'00'

Componente		Control de la Planificación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN CIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	26. La Misión institucional se encuentra correctamente definida?	26.1. Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes 26.2. Incluye la formulación explícita de los propósitos “de la Institución” 26.3. Expresa la razón de ser de la Institución en todas sus dimensiones e involucra al “cliente” (usuario, destinatario o beneficiario) 26.4. Es corta y fácil de comprender														X				SI Justificación: Sí, la institución tiene funciones de regulación, control y promoción de las telecomunicaciones en Paraguay, la misión es coherente con su marco normativo. Sí, la misión menciona propósitos clave: fomentar, controlar y reglamentar las telecomunicaciones, además de una política integrada que involucra servicios, prestadores, usuarios, tecnología e industria. La misión menciona a los "usuarios", pero de manera general. La misión es corta y fácil de entender. Actualizada por RD N° 3434/2025, que se adjunta.
	27. La Misión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	27.1. Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. 27.2. Resolución que aprueba la Misión														X				SI Justificación: Minuta de Trabajo 13/2025 conteniendo Misión para la firma de la MAI. Se adjunta Resolución N° 3434/2025 como evidencia documental.
	28. La Misión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	28.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 28.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 28.3. Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Misión														X				SI Justificación: Se adjuntan Existencia de versiones superadas y revisadas, Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión y Resoluciones que aprueban la nueva versión RD N° 3434/2025.
	29. La Visión institucional se encuentra correctamente definida?	29.1. Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes 29.2. Provee el marco de referencia de lo que la institución quiere y espera en el futuro 29.3. Señala el camino que permite a la Dirección establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización													X					SI Justificación: La visión institucional se encuentra alineada con las competencias asignadas por la Constitución y las disposiciones legales aplicables. A su vez, constituye un marco orientador respecto a las proyecciones y expectativas institucionales, sirviendo de guía para que la Dirección determine la estrategia y conduzca el proceso de desarrollo institucional. Se aprobo nueva version por RD N°3434/2025.
	30. La Visión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	30.1. Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. 30.2. Resolución que aprueba la Visión													X					SI Justificación: La Visión institucional fue elaborada conforme a los requisitos de la Norma y está incluida en el Plan Estratégico Institucional aprobado por RD N° 3368/2024 APRUEBAN DECLARACIONES DE PROPOSITO VISION MISION Y VALORES.

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:54:50 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:58:42 -03'00'

Componente	Control de la Planificación																			
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN CIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.1 Direccionamiento Estratégico	31. La Visión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	31.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 31.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 31.3. Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Visión																		SI Justificación: Se adjuntan Existencia de versiones superadas y revisadas, acta de MINUTA de trabajo del desarrollo de actividades y Resolución que aprueba la nueva versión de la Visión. Se anexa evidencias del desarrollo de los trabajos. y por RD N° 3295/2023 LAS VERSION 1.0, LA VERSIÓN 2.0 aprobada port RD N° 3368/24 y la VERSIÓN NUEVA 3.0 RD 3434/2025.
	32. Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa?	32.1. Procedimiento/s documentados/s y aprobado/s 32.2. Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes 32.3. Definición de responsabilidades																		SI Justificación: Se adjuntan; el Proceso del Gabinete Técnico; área encargada de la construcción de los planes, dentro de los procesos se encuentran el procedimiento de formulación y la definición de responsabilidades.
	33. Existe un Plan Estratégico Institucional (PEI)?	33.1. Documento/s formalmente aprobado/s por la Máxima Autoridad																		SI Justificación: Se adjunta el Documentos del PEI 2025- 2029.
	34. El PEI satisface los criterios básicos para su adecuada formulación?	34.1. Considera las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica (ej.: FODA) 34.2. Incluye la definición de objetivos institucionales, y estos son coherentes con la misión y visión institucional 34.3. Se adecua al cumplimiento de los propósitos constitucionales y legales de la institución, en consonancia con las necesidades de la sociedad a la que atiende 34.4. Establece los cursos o líneas de acción necesarios para el logro de su misión, visión y objetivos institucionales, para un período de tiempo determinado 34.5. Define los recursos necesarios para el logro de los fines trazados 34.6 Incluye la definición de instrumentos de seguimiento y medición del grado de avance de los planes, y de los logros alcanzados																		SI Justificación: El PEI 2025-2029 RD 3562/2024 actualizado considera las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica (ej.: FODA); Incluye la definición de objetivos institucionales, y estos son coherentes con la misión y visión institucional; Se adecua al cumplimiento de los propósitos constitucionales y legales de la institución, Establece los cursos o líneas de acción necesarios para el logro de su misión, visión y objetivos institucionales, para el período2025-2029 Define los recursos necesarios para el logro de los fines trazados; Incluye la definición de instrumentos de seguimiento y medición del grado de avance de los planes, y de los logros alcanzados.

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente
por RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:55:03 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
13:03:07 -03'00'

Componente		Control de la Planificación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN CIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	35. Se revisan periódicamente los planes institucionales para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	35.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 35.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 35.3. Resoluciones que aprueben nuevas versiones de los PEI y/o POI																		SI Justificación: Se anexa; versiones superadas y revisadas; Actas que evidencia el desarrollo de actividades / talleres de revisión; Resoluciones que aprueben nuevas versiones de los PEI y con respecto al POI se encuentra sujeta a nuevas directivas.
	36. La institución comunica su Misión, Visión, Objetivos y Planes de acción a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones individuales al respecto?	36.1. Registros de distribución de copias (incluyendo cartelera, disponibilidad en la web institucional, etc.) 36.2. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno 36.3. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación																		SI Justificación: se anexan los medios habilitados por los cuales fueron comunicados interna y externamente. Tambien se adjunta planilla de asistencia a talleres y capacitaciones sobre politicas del SCI. Se adjunta informes de entrevistas a funcionarios de los distintos niveles.
	37. Se ha desarrollado un Mapa de Procesos, que permita el despliegue de los procesos con un enfoque estratégico, misional y de apoyo?	37.1. Documento/s aprobado/s definiendo un Mapa de Procesos Institucional 37.2. Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Estratégicos 37.3. Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Misionales 37.4. Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos de Soporte																		SI Justificación: Se adjunta Resolución Directorio N° 3162/2025 por la cual se aprueba el Mapa de Procesos V 11 en la cual se observa la correcta identificación de Macroprocesos, Procesos y Subprocesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo así como el desarrollo de los mismos.
	38. El Modelo de Gestión por Procesos (Mapa de Procesos) está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	38.1. Documento conteniendo el Mapa de Procesos con la firma de la M.A. 38.2. Resolución que aprueba el Mapa de Procesos																		SI Justificación: Se adjunta Resolución de Directorio N° 3162/2025, conteniendo ultima versión 11 del Mapa de Procesos Institucional.

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27 12:55:16
-03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente
por JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
13:03:24 -03'00'

Componente		Control de la Planificación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN CIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.2 Gestión por Procesos	39. Se cuenta con una adecuada Caracterización de los Procesos identificados?	Documento/s (ej.: fichas de procesos) aprobado/s definiendo: 39.1. Los objetivos de cada proceso, y su coherencia y armonía con la misión y objetivos institucionales 39.2. Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores 39.3. Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios 39.4. Los reportes e información generados y sus destinatarios 39.5. La interacción con otros procesos 39.6. Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño, necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos 39.7. Los recursos necesarios para su ejecución										X								SI Justificación: Se anexa documentos fichas de procesos aprobados definiendo: 39.1 Los objetivos de cada proceso, y su coherencia y armonía con la misión y objetivos institucionales; 39.2 Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores; 39.3 Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios; 39.4 Los reportes e información generados y sus destinatarios; 39.5 La interacción con otros procesos; 39.6 Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño, necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos; 39.7 Los recursos necesarios para su ejecución, todos los documentos anexados son extraídos de algunas áreas, como ejemplo.
	40. Se ha identificado la Base Legal aplicable?	40.1. Normograma documentado y aprobado															X		SI Justificación: Se adjuntan las actualizaciones realizadas al Normograma aprobado en su Versión 12 conforme a la RD N° 3102/2025. Es importante mencionar que los responsables de los procesos, realizan la actualización de sus normativas, y es publicada en el Normograma en forma automática.	
	41. El Modelo de Gestión por Procesos (mapa y caracterizaciones) son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	41.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 41.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 41.3. Resoluciones que aprueben nuevas versiones del Mapa de Procesos y otros documentos pertinentes											X							SI Justificación: Se anexan versiones superadas y revisadas. Además, se incluyen actas que evidencian el desarrollo de actividades y talleres de revisión. En cuanto a las resoluciones que aprueban nuevas versiones del Mapa de Procesos y otros documentos. Se agrega la Minutas de trabajo sobre la actualización del Mapa de procesos.
	42. Se han definido los puestos de trabajo, con base a las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue de los procesos?	42.1. Manual de Cargos y Funciones 42.2. Perfiles de Puestos								X									SI Justificación: Se han definido los puestos de trabajo, con base a las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue de los procesos. Actualmente se encuentra una actualización en tramites en el Viceministerio de Capital Humano.	

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27 12:56:17
-03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
13:03:40 -03'00'

Componente		Control de la Planificación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN CIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.3 Estructura Organizacional	43. Existe un Organigrama estructural de la institución?	43.1. Organigrama Funcional documentado							x											SI Justificación: Se agrega el Organigrama vigente y se comunica que el Grupo de trabajo para la actualización del Organigrama y el Plan de Carreras ha presentado el organigrama actualizado y se encuentra para su implementación aun se encuentra en tramites en el Viceministerio de Capital Humano.
	44. La Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de Puesto) está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	44.1. Documento conteniendo el Organigrama con la firma de la M.A. 44.2. Documento/s conteniendo los Perfiles de Puesto con la firma de la M.A. 44.3. Resolución que aprueba la Estructura Organizacional							x											SI Justificación: Todos los documentos tienen la firma de la Máxima Autoridad, se agrega el Organigrama vigente y se comunica que el Grupo de trabajo para la actualización del Organigrama y el Plan de Carreras ha presentado el organigrama actualizado y se encuentra para su implementación. Aun se encuentra pendiente con tramites en el Viceministerio de Capital Humano.
	45. Las funciones y responsabilidades de cada funcionario han sido adecuadamente comunicadas?	45.1. Registros de distribución de copias de perfiles de puesto 45.2. Registros de distribución de copias del Organigrama (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) 45.3. Registros de Asistencia a Talleres, Capacitaciones o Entrevistas Personales que incluyan discusión acerca de los deberes y responsabilidades de cada funcionario 45.4. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento y comprensión										x								SI Justificación: Una vez implementado el nuevo organigrama, se procedera a la distribución de copias de perfiles de puesto; Registros de distribución de copias del Organigrama (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.); Registros de Asistencia a Talleres, Capacitaciones o Entrevistas Personales que incluyan discusión acerca de los deberes y responsabilidades de cada funcionario.

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente
por RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:56:06 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
13:03:57 -03'00'

Componente	Control de la Planificación																			
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN CIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.4 Identificación y Evaluación de Riesgos (IyER)	46. Se han establecido uno o varios procedimientos para la continua IyER, y para la determinación de las medidas de control necesarias?	46.1. Procedimiento/s documentados/s y aprobado/s 46.2. Guías Técnicas de Implementación 46.3. Formularios o modelos estándar para la construcción de matrices de riesgo 46.4. Definición de criterios y responsabilidades															X			SI Justificación: Por Resolución N° 3426/2025 se aprueba la GUIA ADM DE RIESGOS Y DEFINICION CONTROLES, para una correcta y estandarizar la Adminsitración y definición de Controles que sera implementada en el ejercicio 2025. Se adjunta la evidencia de la Resolución N° 3426/2025 Adnministración de Riesgos a nivel Institucional. Es importante mencionar que se han desarrollado el 100% de la caracterización de la identificación y Evaluación de Riesgos en todas las areas de la Institución. 3- Es importante mencionar que se han desarrollado el 100% de la caracterización de la identificación y Evaluación de Riesgos en todas las areas de la Institución.
	47. Se ha considerado el contexto organizacional al momento de la IyER?	47.1. Identificación de “situaciones riesgosas” internas y externas (FODA)													X				SI Justificación: Se adjuntan el análisis FODA. Se ha identificado las situaciones riesgosas internas y externas para cada área institucional	
	48. Se ha desplegado la IyER a nivel estratégico?	48.1. Matrices de Riesgos sobre Objetivos y Planes Estratégicos 48.2. Matrices de Riesgos sobre Debilidades y Amenazas (FODA) 48.3. Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento											X						SI Justificación: Se anexa las Matrices de Riesgos sobre Objetivos y Planes Estratégicos del Gabinete Tecnico. Las Matrices de Riesgos sobre Debilidades y Amenazas (FODA) Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento.	
	49. Se ha desplegado la IyER a nivel operativo?	49.1. Matrices de Riesgos sobre Procesos / Subprocesos críticos 49.2. Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento											X						SI Justificación:Se anexa las Matrices de Riesgos sobre Objetivos de un subproceso critico operativo. Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento.	

Componente		Control de la Planificación																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELEN CIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	50. La metodología y criterios establecidos para la IyER es correcta?	Las Matrices de Riesgo deberían incluir: 50.1. Las actividades rutinarias y no rutinarias; 50.2. Las actividades de todo el personal que tengan relación con los objetivos y la misión institucional (incluyendo aquellas realizadas por contratistas); 50.3. El comportamiento humano, sus capacidades y otros factores humanos, incluyendo consideraciones sobre la perspectiva de género y la no discriminación; 50.4. La probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial ocasionado; 50.5. La infraestructura, tecnología y materiales utilizados, tanto provistos por la institución o por otros; 50.6. Las modificaciones organizacionales o de su sistema de gestión, incluyendo cambios temporarios, y sus impactos en los objetivos, procesos y actividades; 50.7. Toda obligación legal relacionada con la evaluación de riesgos y la implementación de los controles necesarios; 50.8. El diseño de procesos, instalaciones, tecnología, procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las capacidades humanas																		SI Justificación: En la Guia Metodologia de Riesgos menciona en la Pplanilla que las Matrices de Riesgo deberían incluir: Las actividades rutinarias y no rutinarias; Las actividades de todo el personal que tengan relación con los objetivos y la misión institucional (incluyendo aquellas realizadas por contratistas); El comportamiento humano, sus capacidades y otros factores humanos, incluyendo consideraciones sobre la perspectiva de género y la no discriminación; La probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial ocasionado; La infraestructura, tecnología y materiales utilizados, tanto provistos por la institución o por otros; Las modificaciones organizacionales o de su sistema de gestión, incluyendo cambios temporarios, y sus impactos en los objetivos, procesos y actividades; Toda obligación legal relacionada con la evaluación de riesgos y la implementación de los controles necesarios; El diseño de procesos, instalaciones, tecnología, procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las capacidades humanas. RES. N° 2920/24 y RD N° 3426/2025 ADJUNTADA.
	51. La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	51.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 51.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 51.3. Revisiones asociadas a cambios en el contexto organizacional o en los procesos																		SI Justificación: Se anexan las versiones superadas y revisadas; Actas(M INUTAS) que evidencia el desarrollo de actividades Revisiones asociadas a cambios en los procesos.

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	4	4	5	6	1	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	1,7	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7	5
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	0	0	2	4,8	2,7	6	14	15	20	26	4,7	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)							3,65	B			Gestionado					

RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente
por RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:55:38 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
13:04:24 -03'00'



Componente	Control para la Mejora																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	A	
E.1 Análisis Crítico del Sistema de Control Interno	96. Se ha realizado el Análisis Crítico del SCI por parte de la Dirección? (al menos una vez al año)	96.1. Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad														X			SI Justificación: Se adjunta ACSCI, elaborado, verificado y aprobado por la Máxima Autoridad Institucional, durante el ejercicio 2025, Resolución 0259/2026
	97. Existen evidencias que demuestren que la revisión por la dirección incluyó consideraciones sobre: a) decisiones y acciones emanadas de anteriores revisiones por la dirección; b) vigencia de la política de C.I.; c) cambios en el contexto externo e interno que sean pertinentes al sistema de control interno; d) información sobre el desempeño del control interno, incluyendo: • evolución de planes y objetivos; • resultados de las mediciones; • resultados de las auditorías internas y externas; • retroalimentación de los grupos de interés; • cuestiones relativas a proveedores e instituciones externas, y a otras partes interesadas pertinentes; • adecuación de los recursos requeridos para un SCI eficaz; • desempeño de los procesos y la conformidad de productos y servicios. e) eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos; f) gestión de los programas de mejora?	97.1. Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de entrada)													X			SI Justificación: Se adjunta ACSCI RD DIR 0259/2026, elaborado, verificado y aprobado por la Máxima Autoridad Institucional, durante el ejercicio 2025. En el Análisis Crítico ejercicio 2025 se evidencia la revisión por la dirección incluyó consideraciones sobre: a) decisiones y acciones emanadas de anteriores revisiones por la dirección; b) vigencia de la política de C.I.; c) cambios en el contexto externo e interno que sean pertinentes al sistema de control interno; d) información sobre el desempeño del control interno; e) eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos; f) gestión de los programas de mejora.	
	98. El análisis crítico por la dirección incluye decisiones, acciones y conclusiones relacionadas con: a) oportunidades de mejora continua; b) necesidades de cambio en el sistema de control interno, incluyendo las necesidades de recursos?	98.1. Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de salida)														X			SI Justificación: Se adjunta ACSCI RD DIR N° 0259/2026, elaborado, verificado y aprobado por la Máxima Autoridad Institucional, durante el ejercicio 2025. El análisis crítico por la dirección incluye decisiones, acciones y conclusiones relacionadas con: a) oportunidades de mejora continua; b) necesidades de cambio en el sistema de control interno, incluyendo las necesidades de recursos.

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:57:14 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:59:21 -03'00'



Componente	Control para la Mejora																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
E.2 Mejora Continua	99. Se toman acciones para optimizar continuamente el SCI, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas?	99.1. Planes de Mejoramiento (institucional, funcional y/o individual) 99.2. Informes de Análisis, Determinación y Seguimiento de Acciones 99.3. Registros de Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora													x				Se observa informe de Auditoría DAG AI 0002/2025 del Sistema de Control Interno AI 0009/25 de fecha 28/02/25 comunicando a la M.A. y el Interno DIR por el cual se instruye al cumplimiento del Plan de Mejoramiento que surge del Informe y se adjunta. Así también se observan las solicitudes de avance de acciones a dicho plan y el seguimiento de las acciones comprometidas en el mismo con el avance del PMI al 31/12/2025. Además se adjuntan otros Planes de Mejoramiento que denotan acciones y avances de acciones en cuestiones de Control Interno Se observan Informes de Reporte de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento correspondientes al 1er y 2do semestre del 2025, así como también los Internos que denotan el conocimiento de la M.A. e indicaciones para el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento. El registro de las acciones se realiza a través del SIAGPE.
	100. Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora?	100.1. Procedimiento/s documentados/s y aprobado/s 100.2. Formularios o modelos estándar para el registro y evaluación de acciones y/o planes de mejoramiento													x				Resolución Directorio N° 01-2022 Por la cual se aprueba el Procedimiento de Auditoría de Seguimiento y RD N° 3451/2025 version 3.0 por el cual se aprueba el Proceso de Seguimiento con sus formatos correspondientes cuyo dueño es la Auditoría Interna, como así también el Decreto N° 7271/2017 y la socialización del mismo, por el cual se establecen los procedimientos para el uso del SIAGPE. Se instruye que se apliquen los procedimientos y la metodología definidos en la documentación institucional para asegurar la correcta gestión de las acciones de mejora. Además se adjuntan PMI de Audioría del SCI y a modo de ejemplo otros PMI que denotan acciones de mejora de Control Interno con sus avances respectivos.

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA CRUZ

Firmado digitalmente por RODRIGO
MARTIN LOBOS SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27 12:57:26 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado
digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:59:36 -03'00'



Componente	Control para la Mejora																		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	A	
	101. Existen evidencias de la verificación de la eficacia de las acciones tomadas?	101.1. Planes de Mejoramiento (institucional, funcional y/o individual) 101.2. Informes de Análisis, Determinación y Seguimiento de Acciones 101.3. Registros de Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora																	Sí. Justificación: Se observa informe de Auditoría de del Sistema de Control Interno del cual surge un Plan de Mejoramiento por RD N° 1698/2025 que se adjunta, como así también las solicitudes de avance de acciones a dicho plan y el seguimiento de las acciones comprometidas en el mismo con el avance del PMI al 31/12/2025. Además se adjuntan otros Planes de Mejoramiento que denotan acciones y avances de acciones en cuestiones de Control Interno. Se observan Informes de Reporte de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento correspondientes al 1er y 2do semestre del 2025, así como también los Internos que denotan el conocimiento de la M.A. e indicaciones para el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento. El registro de las acciones se realiza a través del SIAGPE.

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	1,7	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7	5	
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	7,4	0	13	0	0	
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)										3,93	BB		Gestionado				

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA
CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO
MARTIN LOBOS
SANTA CRUZ
Fecha: 2026.02.27
12:57:35 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:59:51 -03'00'

Evaluación del Nivel de Maduración del Sistema de Control

Ambiente de Control	4,14	A-
Control de Planificación	3,65	B
Control de Implementación	3,79	BB
Control de Evaluación	3,98	BB
Control para la Mejora	3,93	BB

SCI CONSOLIDADO	3,87	BB
------------------------	-------------	-----------

RODRIGO
MARTIN
LOBOS
SANTA
CRUZ

Firmado digitalmente por
RODRIGO MARTIN
LOBOS SANTA
CRUZ
Fecha: 2026.02.27
13:00:33 -03'00'

JORGE
ANDRES
CORREA
PRIETO

Firmado digitalmente por
JORGE ANDRES
CORREA PRIETO
Fecha: 2026.02.27
11:51:30 -03'00'

Interno (SCI) - MECIP:2015	
Optimizado	
Gestionado	
Gestionado	
Gestionado	
Gestionado	
Gestionado	

103,4

95

132,6

35,8

23,6

390,4

JORGE
 ANDRES
 CORREA
 PRIETO

Firmado digitalmente por
 JORGE ANDRES CORREA PRIETO
 Fecha:
 2026.02.27 11:51:47 -03'00'

25

26

35

9

6

101