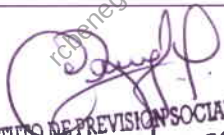




FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES PARA TRATAMIENTO POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

GERENCIA:	DIRECCIÓN O ÁREA TÉCNICA RESPONSABLE: Dirección de Auditoría Interna
EXEXPEDIENTE N°: NOT-1243-2026-000 <i>647</i>	
TEMA: Nota Interna PR/AI/N° 708/2026 de fecha 29 de Junio de 2026, por la que se eleva a conocimiento de la Máxima Autoridad, el Informe de Auditoría Interna N° 21/2026 Evaluación de la Efectividad del Sistema de Control Interno por niveles de madurez.	
PROPUESTA DE SOLUCIÓN: Encomendar a las áreas involucradas en la implementación del Sistema de Control Interno, avanzar con las acciones pendientes, con miras a las próximas evaluaciones por parte de los órganos de control externo y elevar a conocimiento de la Máxima Autoridad el plan de mejora resultante.	
JUSTIFICACIÓN: Dar cumplimiento a la Resolución CA N° 079-004/2025 de fecha 28/10/2025, por la cual se aprueba el Plan de Trabajo Anual de la Auditoría Interna, el cual prevé la realización de la Evaluación del Sistema de Control Interno.	
PLAZO LÍMITE: 30/06/2026	
ELABORADO POR:  INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL <i>Carolina Benegas</i> Auditoría Interna Rosa Carolina Benegas Ortiz Líder Representante MECIP por la Auditoría Interna FECHA: 29/06/2026	SUPERVISADO POR:  Prof. Mg. Walter Laguardia Director de Auditoría Interna FECHA: 29/06/2026
POSTURA RESPECTO DE LA PROPUESTA PLANTEADA (Gerente o equivalente del área afectada): Con el visto bueno de esta Dirección, dar curso conforme a lo informado, a fin de proceder con los avances de las acciones pendientes en la implementación del Sistema de Control Interno institucional.   FECHA: 29/06/2026	



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



PR/AI/ N° 708/2026

NOTA INTERNA

Para : Secretaría del Consejo de Administración
De : Auditoría Interna
Referencia : Informe de Auditoría Interna N° 21/2026 Evaluación del SCI
Lugar y Fecha : Asunción, 29 de Junio de 2026

Me dirijo a Ud., y por su intermedio a la Máxima Autoridad, con el Visto Bueno de esta Dirección, a fin de elevar a conocimiento el Informe de Auditoría Interna N° 21/2026 de Evaluación de la Efectividad del Sistema de Control Interno MECIP por niveles de madurez, en el marco de la Resolución CA N° 079-004/2025 de fecha 28/10/2025, por la cual se aprueba el Plan de Trabajo Anual de la Auditoría Interna, el cual prevé la realización de la Evaluación del Sistema de Control Interno conforme a las Normas de Requisitos Mínimos MECIP 2015.

Atentamente,


Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

WL/cb



GOBIERNO DEL
PARAGUAY | PARAGUÁI
REKUAI



INFORME A.I. N°21/2026

INFORME DE AUDITORÍA - “EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECIP”

Junio/2026



COMPONENTE: D. Componente de Control de Evaluación	
ESTÁNDAR: AUDITORÍA INTERNA	
FORMATO: Informe de Auditoría Interna - Ejecutivo	
N°: 211	
(1) MACROPROCESO: GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL INDEPENDIENTE INSTITUCIONAL	(2) PROCESO: GESTIÓN DE AUDITORÍA INTERNA CÓDIGO: ECO-01
(3) SUBPROCESO: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	(4) ACTIVIDAD: OTROS TRABAJOS DE AUDITORÍA
(5) DEPENDENCIA AUDITADA: DIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD	(6) FECHA ELABORACIÓN: /06/2026
(7) DIRECTIVO RESPONSABLE: Lic. Juan Carlos Frutos Lic. María de los Ángeles Acosta Faranda	(8) DESTINATARIO: Consejo de Administración Gerencia de Desarrollo y Tecnología Dirección de Organización y Calidad
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA	
* OBJETIVO: Que el sistema de control interno como instrumento de gestión, garantice de manera razonable el logro de las metas y objetivos institucionales	
* ALCANCE: Analizar los documentos que respaldan la respectiva implementación y evidencian acciones realizadas durante el año 2025; y evaluar el grado de diseño y el nivel de implementación del Sistema de control Interno del Instituto de Previsión al 31/12/2025 proporcionados por la Dirección de Organización y Calidad, en su carácter de Coordinador de la Implementación del SCI-MECIP.	
* METODOLOGÍA: Utilización de la matriz de evaluación por niveles de madurez aprobado por Resolución CGR N° 347/2019 y verificar que los distintos Principios y Elementos hayan sido desarrollados conforme a las Normas vigentes.	

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Mender
Auditoría de Gestión
Organización y Calidad



ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS DOCUMENTALES

Cabe aclarar que las siguientes observaciones surgieron de la aplicación de las normas de evaluación del SCI vigente, es decir las Normas de Requisitos Mínimos MECIP:2015 y supletoriamente las Normas de Diseño e Implementación a fin de evaluar la construcción y el contenido de los distintos documentos presentados como evidencias, así también los difundidos en las distintas plataformas de comunicación de la Institución.

En esta etapa no aplica el criterio de evaluación Presenta/No presenta, sino la adopción de la herramienta de evaluación del nivel de madurez del SCI, de acuerdo a criterios de valoración con la siguiente interpretación:



En el siguiente cuadro se exponen los resultados que arrojó la herramienta antes mencionada:

Ambiente de Control	3.28	B-	Gestionado
Control de Planificación	3.33	B-	Gestionado
Control de Implementación	2.27	C-	Diseñado
Control de Evaluación	3.59	B	Gestionado



Control para la Mejora

2.32

C-

Diseñado

SCI CONSOLIDADO

2.91

CC

Diseñado

Este informe presenta los resultados de la evaluación del **Sistema de Control Interno (SCI)** conforme al MECIP 2015, con base en los puntajes obtenidos en cada componente. El objetivo es identificar el grado de avance institucional y proponer acciones de mejora para fortalecer la gestión.

A partir del análisis de los documentos proporcionados por la Dirección de Organización y Calidad a través del Portal del MECIP de la AGPE, se señalan las situaciones más significativas por componente de control.

HALLAZGOS

A. AMBIENTE DE CONTROL

- H. 1: La Alta Dirección no presenta informes de avances del SCI ni aprueba planes de mejoramiento.
- H. 2: Ausencia de Mapa de Riesgos institucional actualizado.
- H.3: Comités de Control Interno, Ética y Buen Gobierno no realizan reuniones periódicas ni seguimiento de políticas.
- H. 4: Código de Ética y Protocolo de Buen Gobierno no son difundidos ni revisados periódicamente.
- H. 5: Política de Talento Humano desactualizada frente a la nueva Ley de Servicio Civil.

B. CONTROL DE PLANIFICACIÓN

- H.6: El PEI y POI no incluyen objetivos de Evaluación y Control.
- H.7: Manuales de organización y funciones desactualizados.
- H.8: Procesos y subprocesos no alineados al nuevo mapa de procesos.

C. CONTROL DE IMPLEMENTACIÓN

- H.9: Ausencia de informes de evaluación de riesgos y de indicadores de efectividad de controles.
- H.10: Políticas operacionales elaboradas por el equipo MECIP sin participación de la Alta Dirección.
- H.11: Procedimientos desactualizados y sin cobertura total.
- H.12: Falta de política documental adaptada a formato digital y firma electrónica.
- H.13: Comunicación interna y externa no evaluada periódicamente.
- H.14: Rendición de cuentas sin procedimientos documentados ni política institucional.

D. CONTROL DE EVALUACIÓN

- H.15: No existen informes consolidados de autoevaluación del SCI.
- 15. Recomendación: Consolidar autoevaluaciones en todos los niveles directivos y utilizarlas como insumo para la mejora.
- H.16: Falta de indicadores específicos para medir efectividad del SCI.
- H.17: Auditoría Interna no dispone de manifestación formal de independencia.



E. CONTROL PARA LA MEJORA

H.18: La MAI no elabora el Análisis Crítico del SCI y sus planes de mejoramiento.

H.19: No se elaboran ni se siguen planes de mejoramiento derivados de autoevaluaciones.

H.20: Ausencia de mecanismos de innovación y aprendizaje organizacional.

CONCLUSIONES

La Institución, obtuvo una calificación de 2,91 equivalente a un nivel de madurez DISEÑADO ALTO lo cual indica que, existen evidencias de avances en ciertos componentes pero que aún no se llevan a la práctica en forma regular y efectiva.

Se puede apreciar que se cuenta con la estructura del SCI la cual requiere organizar la cultura de control en la gestión de riesgos y de procesos en todas las áreas y procedimientos para el logro de los objetivos institucionales.

El Sistema de Control Interno no es solo un requisito normativo, sino una herramienta estratégica para garantizar la transparencia, la eficiencia y la confianza ciudadana.

La mayor parte de los componentes se encuentren formalizados, reflejando que el IPS tiene una base sólida para realizar sus gestiones, debiendo poner en práctica para: integrar el control en la gestión diaria, medir su impacto y adaptarlo de forma proactiva.

En términos generales el SCI del IPS se encuentra en etapa de Diseño, por lo cual la implementación del sistema como tal es de cumplimiento parcial hasta tanto se finalicen todos los elementos de Ambiente de Control, Control de la Planeación y Control de la Implementación, se realicen evaluación de medición de su efectividad y el seguimiento de las acciones correctivas y/o preventivas de dichos componentes.

Los requisitos establecidos en las Normas y los elementos del sistema de control interno aprobados requieren correlación y coherencia entre versiones vigentes y actualizadas; de tal manera asegurar que permanecen pertinentes y apropiados.

Es importante recordar que las Normas de Requisitos Mínimos son normas de evaluación del SCI MECIP, no así de diseño e implementación para las cuales rigen las Normas MECIP 2008. Se evalúa a profundidad el contenido de cada elemento del SCI bajo el criterio de evaluación de la Matriz por niveles de madurez aprobado por Resolución CGR N° 147/2019.

Se aprecia cierta confusión en cuanto a la Autoevaluación y la Evaluación Independiente del SCI, como así también entre Planes de Mejoramiento y Mejora Continua, por lo cual es importante aclarar que las Autoevaluaciones se hallan contenidas en cada uno de los componentes y en consecuencia requieren de planes de mejoramiento para la aplicación de medidas correctivas y/o preventivas llamadas acciones de mejora, las cuales a su vez requieren de seguimiento para medir el cumplimiento de las mismas ya sean en forma individual y/o funcional.

Del mismo modo, la evaluación independiente representada por las Auditorías Interna y Externa, quienes realizan la medición de la efectividad de los controles que componen el SCI y emiten recomendaciones las cuales requieren de Planes de Mejoramiento y el seguimiento del cumplimiento de tales recomendaciones en forma institucional, requieren una mayor atención y dedicación debido a las reiterativas observaciones realizadas por los órganos de control externo.



Los informes de evaluación y los planes de mejoramiento son elementos que no solo recaen en la actividad de la Auditoría Interna o Externa, son mecanismos a ser implementados por todas las áreas involucradas en la operativa institucional y su implementación se demuestra a través de los informes de Autoevaluación de la Alta Gerencia y los Planes de Mejoramiento derivados de dichos informes.

La institución ha avanzado en la formalización de procesos, pero aún requiere fortalecer la gestión de riesgos y la autoevaluación para alcanzar niveles óptimos de madurez. El cumplimiento pleno de las NRM MECIP 2015 permitirá mejorar la transparencia, la eficiencia y la confianza ciudadana en la gestión institucional.

RECOMENDACIONES	ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROPUESTAS
A: LA ALTA DIRECCIÓN LA DIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD EL COMITÉ DE BUEN GOBIERNO EL COMITÉ DE ÉTICA EL EQUIPO DE ALTO DESEMPEÑO EL EQUIPO TÉCNICO MECIP	
A. AMBIENTE DE CONTROL 1. Fortalecer compromiso directivo mediante emisión de informes periódicos y aprobación formal de planes de mejora. 2. Construir y actualizar mapa de riesgos alineado a objetivos estratégicos y procesos clave. 3. Institucionalizar reuniones de comités con actas, planes de acción y seguimiento. 4. Difundir y revisar códigos con participación de funcionarios y campañas de comunicación interna. 5. Actualizar la política de talento humano de acuerdo con la legislación vigente y establecer mecanismos de evaluación periódica.	Presentar el Plan de Mejoramiento en un plazo de 10 (diez) días desde la recepción del presente informe y elevar a consideración de la MAI.
B. CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN 6. Incorporar objetivos de control en la planificación estratégica y operativa. 7. Actualizar manuales organizacionales y asegurar acceso a todos los funcionarios. 8. Revisar y adecuar procesos para garantizar coherencia con la versión vigente del mapa.	
C. CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN 9. Implementar evaluación de riesgos con indicadores claros y planes de mitigación en función al Mapa de procesos vigente. 10. Involucrar a la Alta Dirección en políticas para asegurar legitimidad y alineación estratégica. 11. Actualizar procedimientos clave y completar los pendientes. 12. Modernizar gestión documental incorporando herramientas digitales y normativa vigente.	



13. Evaluar políticas de comunicación con informes de efectividad y retroalimentación.

14. Formalizar la Rendición de Cuentas con metodología, responsabilidades y frecuencia definida conforme a la legislación vigente.

D. CONTROL DE EVALUACIÓN

15. Consolidar autoevaluaciones en todos los niveles directivos y utilizarlas como insumo para la mejora.

16. Definir indicadores de control estratégicos y operativos para seguimiento sistemático.

17. Garantizar independencia de auditoría mediante normativa interna y prácticas de objetividad.

E. CONTROL PARA LA MEJORA

18. Disponer del Análisis crítico de la A.D. basados en informes de autoevaluación periódica del Modelo de Gestión por Procesos, de la Identificación y Evaluación de Riesgos y de la Efectividad de los Controles.

19. Institucionalizar planes de mejora con responsables, plazos y seguimiento, como también las consecuencias de su incumplimiento.

20. Crear sistema de mejora continua que integre retroalimentación, innovación y gestión del conocimiento.

Elaborado por: Carolina Benegas

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Fecha: 29/06/2026

Revisado por: Lic. Estela Méndez

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Estela Méndez
Jefe de Depto. Auditoría y Gestión
Auditoría Interna

Fecha: 29/06/2026

Aprobado por: Prof. Mg. Walter Santiago Laguardia Lovera

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Fecha: 29/06/2026



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



COMPONENTE: D. Componente de Control de Evaluación
ESTÁNDAR: AUDITORÍA INTERNA
FORMATO: Informe de Auditoría Interna - Detallado
N°: 210

(1) MACROPROCESO: GESTIÓN DE EVALUACIÓN
Y CONTROL INDEPENDIENTE INSTITUCIONAL

(2) PROCESO: GESTIÓN DE AUDITORÍA
INTERNA
CÓDIGO: ECO-01

(3) SUBPROCESO: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD
DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

(4) ACTIVIDAD: OTROS TRABAJOS DE
AUDITORÍA

(5) DEPENDENCIA AUDITADA: DIRECCIÓN DE
ORGANIZACIÓN Y CALIDAD

(6) FECHA ELABORACIÓN: /06/2026

(7) DIRECTIVO RESPONSABLE:
Lic. Juan Carlos Frutos
Lic. María de los Ángeles Acosta Faranda

(8) DESTINATARIO:
Consejo de Administración
Gerencia de Desarrollo y Tecnología
Dirección de Organización y Calidad

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA

*** OBJETIVO:** Que el sistema de control interno como instrumento de gestión, garantice de manera razonable el logro de las metas y objetivos institucionales

*** ALCANCE:** Analizar los documentos que respaldan la respectiva implementación y evidencian acciones realizadas durante el año 2025; y evaluar el grado de diseño y el nivel de implementación del Sistema de control Interno del Instituto de Previsión al 31/12/2025 proporcionados por la Dirección de Organización y Calidad, en su carácter de Coordinador de la Implementación del SCI-MECIP.

*** METODOLOGÍA:** Utilización de la matriz de evaluación por niveles de madurez aprobado por Resolución CGR N° 347/2019 y verificar que los distintos Principios y Elementos hayan sido desarrollados conforme a las Normas vigentes.

*** PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS:** El presente informe fue elaborado utilizando técnicas de Auditoría, establecidas en el Manual de Auditoría Gubernamental, los requerimientos técnicos de la Norma de Requisitos Mínimos MECIP 2015 y la Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez para la Implementación del Sistema de Control Interno aprobado por la Resolución CGR N° 347/2019.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. M^{rs} Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

2026-07-08 10:20:04.04011-03



* GLOSARIO:

SCI: Sistema de Control Interno

MECIP: Modelo estándar de Control Interno del Paraguay

NRM: Normas de requisitos mínimos

MAI: Máxima autoridad institucional

AD: Alta Dirección

CCI: Comité de Control Interno

PEI: Plan estratégico institucional

POI: Plan operativo institucional (plan de trabajo para la ejecución de los Objetivos estratégicos)

PAI: Plan de Acción Institucional (plan de mejora para el logro de objetivos estratégicos)

PCI: Política de Control Interno

PBG: Protocolo de Buen Gobierno

CBG: Comité de Buen Gobierno

AyCE: Acuerdos y compromisos éticos

PTH: Política de Talento Humano

PM: Plan de mejoramiento de uso interno

PMI: Plan de mejoramiento institucional, son los presentados ante órganos de control externo

OCE: Órgano de control externo

CGR: Contraloría General de la República

AGPE: Auditoría General del Poder Ejecutivo

SGCI: Sistema de Gobernanza y Control Interno

ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS DOCUMENTALES

* MATRIZ DE EVALUACIÓN:

Cabe aclarar que las siguientes observaciones surgieron de la aplicación de las normas de evaluación del SCI vigente, es decir las Normas de Requisitos Mínimos MECIP:2015 y supletoriamente las Normas de Diseño e Implementación a fin de evaluar la construcción y el contenido de los distintos documentos presentados como evidencias, así también los difundidos en las distintas plataformas de comunicación de la Institución.

En esta etapa no aplica el criterio de evaluación Presenta/No presenta, sino la adopción de la herramienta de evaluación del nivel de madurez del SCI, de acuerdo a criterios de valoración con la siguiente interpretación:



INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
2026-07-08 10:20:04.04011-03



En el siguiente cuadro se exponen los resultados que arrojó la herramienta antes mencionada:

Ambiente de Control	3.28	B-	Gestionado
Control de Planificación	3.33	B-	Gestionado
Control de Implementación	2.27	C-	Diseñado
Control de Evaluación	3.59	B	Gestionado
Control para la Mejora	2.32	C-	Diseñado
SCI CONSOLIDADO	2.91	CC	Diseñado

Este informe presenta los resultados de la evaluación del Sistema de Control Interno (SCI) conforme al MECIP 2015, con base en los puntajes obtenidos en cada componente. El objetivo es identificar el grado de avance institucional y proponer acciones de mejora para fortalecer la gestión.

A partir del análisis de los documentos proporcionados por la Dirección de Organización y Calidad a través del Portal del MECIP de la AGPE, se señalan las situaciones más significativas por componente de control.

A. AMBIENTE DE CONTROL

A.1. Compromiso de la Alta Dirección con el SCI:

REQUISITO: Asume la A.D: su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno?

En el año 2025 no se evidencia presentación del Informe final de Avances de Implementación del SCI MECIP conforme al subproceso Implementación, Monitoreo y Seguimiento del MECIP aprobado por Resolución CA N° 070-043/2022.

Con relación a los informes de la efectividad del control de riesgos, ante la ausencia del Mapa de Riesgos Institucional, no se dispone de informes y/o reportes al respecto.

Se verifica que la A.D. tomó conocimiento del Informe de Evaluación del SCI realizada por la CGR y por la Auditoría Interna, emitiendo notas de instrucción para la elaboración de los PMI, sin embargo, no se evidencia que hayan tomado conocimiento ni aprobado dichos planes de mejoramiento.

REQUISITO: Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos?

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
2026-07-08 10:20:04.04011-03



No se evidencia el inicio de actividades para la construcción del Mapa de Riesgos de los objetivos Estratégicos ni de una nueva versión del Mapa de Procesos, sin embargo se verifica que en fecha 04/06/2026 por Resolución CA N° 040-013/2026 fue aprobado el Mapa de Riesgos de Objetivos Estratégico versión 1, que fue propuesto por la Dirección de Planificación.

REQUISITO: Asegura la A.D. que los recursos necesarios para el sistema de control interno estén disponibles?

En los Informes semestrales de Monitoreo y avances del PEI y POI, no se evidencia informe técnico que demuestre la participación y conocimiento de la Dirección de Organización y Calidad en su calidad de Coordinador de la Implementación del Sistema de Control Interno,.

REQUISITO: Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos?

Se evidencian líneas de acción y guías para la construcción de procesos e identificación de riesgos, de años anteriores que no se hallan alineados al Mapa de Riesgos ante la ausencia de éste último.

REQUISITO: Asegura la A.D. que el sistema de control interno logre los resultados previstos?

Se evidencian presentaciones a conocimiento de la MAI de los Informes de monitoreo del avance del PEI y POI del segundo semestre 2024 y primer semestre 2025, sin embargo, no se evidencia la práctica de elaborar Planes de Mejoramiento con etapas y plazos para el logro de las metas que afectan a las distintas áreas de salud y administrativa con indicador de cumplimiento "Insatisfactorio". Se verifican notas de instrucción de la MAI dirigidas solo a la Dirección de Planificación como único responsable de la Gestión Estratégica y no a los responsables de la ejecución del plan.

En cuanto al Segundo Semestre, no se evidencia documentación relacionada al inicio de los trabajos del informe de avance del PEI y POI del segundo semestre 2025, sin embargo, se verifica la Nota Interna PR/GDT/N° 023/2026 de la Gerencia de Desarrollo y Tecnología por la cual eleva a conocimiento de la MAI el Informe cualitativo y cuantitativo POI del segundo semestre. Se verifica la Nota Interna CA N° 034-0305/2026 de fecha 12/05/2026 por la cual la MAI encomendó a la Gerencia de Desarrollo y Tecnología, Ampliar el informe e Informar respecto al avance del primer Concurso Público de Oposición dirigido exclusivamente a personas Pertencientes a Comunidades Indígenas. Elaborar y remitir a la Dirección de Planificación una presentación sobre el avance del POI, que cada Gerencia deberá exponer ante el Consejo de Administración los aspectos específicos de su ámbito de competencia, así como brindar las aclaraciones y explicaciones correspondientes. No se evidencia la respuesta a las instrucciones.

A. 1.1. Política de Control Interno:

REQUISITO: 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?

No se evidencia una modificación o ratificación por parte de la autoridad en función.

No se evidencia que el Comité de Control Interno y el Comité de Ética tienen por práctica reuniones periódicas para evaluar la efectividad de la Política de Control Interno y el Código de Ética.

REQUISITO: Promueve la A.D la mejora continua del Control Interno?

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditora Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
2026-07-08 10:20:04.04011-03



No se evidencia la práctica de elaboración de Planes de Mejoramiento y el seguimiento a su cumplimiento, tanto del Comité de Control Interno como del Comité de Ética.
No se evidencia el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora relativas a la Política de Control Interno y el Código de Ética.

A.2. Acuerdo y Compromisos Éticos:

REQUISITO: Los A y CE fueron contruidos de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?

No se evidencia participación de los funcionarios en la construcción del Código de Ética.

REQUISITO: Los AyCE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?

No se evidencia una modificación o ratificación por parte de la autoridad en función.

No se evidencia la práctica del Comité de Ética para el tratamiento de hechos asociados a la evaluación de su efectividad y/o de incumplimientos del Código de Ética.

REQUISITO: Los AyCE han sido adecuadamente comunicados y son entendidos por todos los funcionarios?

No se evidencia la promoción de los AyCE por parte de la MAI y A.D. para que la comunicación y entendimiento pueda alcanzar a la totalidad de los funcionarios.

A.3. Protocolo de Buen Gobierno:

REQUISITO: El PBG fue construido de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?

No se evidencia participación de la MAI y A.D. en la construcción del PCI.

No se evidencia una modificación o ratificación por parte de la autoridad en función

REQUISITO: El PBG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiados?

No se evidencia la práctica del Comité de Buen Gobierno de realizar reuniones periódicas para evaluar la efectividad de la Política de Buen Gobierno, por ende, no se evidencia la práctica de elaboración de Planes de Mejoramiento y el seguimiento a su cumplimiento.

No se evidencian actividades de mejora del Comité de Buen Gobierno que tiendan a lograr mayor alcance para la difusión del PCB.

REQUISITO: El PBG ha sido adecuadamente comunicado y es entendido por todos los funcionarios?

No se evidencia la promoción del PCI por parte de la MAI y A.D. para que la comunicación y entendimiento pueda alcanzar a la totalidad de los funcionarios.

A.4. Política de Talento Humano:

REQUISITO: La PTH es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?

Handwritten signature
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditora Interna





GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



No se evidencia que la PTH se encuentre en etapa de revisión y adecuación a la nueva Ley de la Función Pública y del Servicio Civil.

No se evidencia una modificación o ratificación por parte de la autoridad en función

No se evidencia que la Dirección Gestión y Desarrollo del Talento Humano tenga la práctica de realizar reuniones e informes de evaluación y medición de la efectividad de la PTH.

B. CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN

B.1 Direccionamiento Estratégico

REQUISITO: La Misión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada

No se evidencia la práctica del Comité de Control Interno de realizar reuniones periódicas para evaluar la efectividad del PEI.

No se evidencia participación del Coordinador de la implementación del SCI en la construcción del PEI y POI.

REQUISITO: La Visión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?

No se evidencian resultados que permitan medir o advertir si el IPS está próximo a la meta de ser el líder del seguro social a nivel nacional, en consecuencia iniciar las actividades de modificación o ratificación de la Visión Institucional.

Se verifica la presentación de informes semestrales de monitoreo del PEI y POI elevados a conocimiento de la Máxima Autoridad, sin embargo no se evidencia la elaboración de Planes de mejora o Plan de Acción Institucional posteriores.

Se evidencia que entre los objetivos estratégicos del PEI y POI 2023-2028 no se incluyó el objetivo Evaluación y Control, el cual impacta en la formulación de los documentos y modelados de los elementos D.1. Medición y seguimiento del SCI y D.2. Auditoría Interna.

B.2 Gestión por Procesos

REQUISITO: Se cuenta con una adecuada Caracterización de los Procesos identificados?

Se verifica que el Mapa de Procesos es revisada periódicamente, actualmente se dispone la versión 7 de Diciembre/2024, sin embargo existen Procesos y subprocesos aprobados en años anteriores que no fueron adecuados al nuevo mapa de procesos o fueron excluidos y continúan vigentes hasta la fecha, por ejemplo: Proceso Gestión Administrativa (GAD), Proceso GAD 003. Gestión de Compras Públicas cuentan con procedimientos aprobados que datan del año 2015 y el procedimiento de Obtención de Código de Contratación sigue vigente según la Lista Maestra pero fue excluido del Mapa.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



B.3 Estructura Organizacional

REQUISITO: La Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de Puesto) está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?

Se Verifica que en el 2015 se crearon nuevas Gerencias y posterior a ello varias Direcciones fueron reasignadas entre ellas y reestructuradas; sin embargo hasta la fecha carecen de versiones actualizadas de sus Manuales de organización y funciones, por ejemplo:

Dirección Financiera MOF año 2011 actualmente denominada Dirección de Contabilidad y Presupuesto.

Dirección de Tesorería año 2012

Gestión Tributaria año 2017 su MOF no fue actualizada en cuanto a las Retenciones tributarias para la Dirección Nacional de Impuestos Tributarios, anteriormente denominada Subsecretaría de Estado de Tributación.

En términos generales se verifica que todos los Manuales de Organización y Funciones contienen la Misión, Visión y Valores vigentes al año de su aprobación, las cuales deben adecuarse en la medida que el Plan Estratégico Institucional se va actualizando.

REQUISITO: Las funciones y responsabilidades de cada funcionario han sido adecuadamente comunicadas?

No se evidencia el libre acceso a los Manuales de Organización y Funciones vigentes, sin embargo no se dispone de cursos activos relacionados a todos los manuales de organización y funciones de tal manera que los funcionarios según el área de su competencia los puedan realizar y tomar conocimiento.

C. CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN

C.1 Control Operacional

Las evidencias presentadas en este punto, corresponden a lineamientos y procedimientos relacionados a la carga, evaluación y seguimiento de Planes de Mejoramiento derivados de los Informes de Auditoría Interna, que si bien podrían adaptarse y aplicarse a cualquier tipo de informe de avance del SCI, no se evidencia su implementación en los demás informes presentados a la MAI.

REQUISITO: Los controles implementados contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables?

No se evidencian Informes de Evaluación de Riesgos de control y de gestión, como así también planes de mejoramiento derivados de la evaluación de Riesgos Significativos.

No se evidencia la existencia de Indicadores que muestren el impacto y efectividad de los controles.

REQUISITO: El nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles definidos son adecuados a las características de la organización?

Ante la ausencia del Mapa de Riesgos Institucional, en cuanto a los informes de evaluación de Riesgos de los distintos Ejes Estratégicos, no se dispone de elementos de opinión sobre la coherencia entre la magnitud y sofisticación de los Controles y la criticidad de los Riesgos.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Auditoría Interna
Carolina Benegas

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
26-07-08 10:20:04.04011-03



Es importante mencionar que la Resolución CA N° 043-019/2018 por la que adopta el Panel de Control del Sistema-Gobernanza y Control Interno, como Manual de Operación del IPS, este se encuentra incompleto, desactualizado y requiere una revisión de todos los elementos contenidos, a fin de mantenerlos pertinentes, coherentes, interrelacionados y alineados a la operativa actual de la Institución.

C.1.1 Políticas Operacionales

REQUISITO: La institución ha definido políticas operacionales que permiten estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos?

Las Normas de diseño e implementación del SCI MECIP, establecen que las políticas son formuladas por la Máxima Autoridad de la Institución Pública y su equipo directivo, teniendo como marco de referencia las normas legales que la rigen, su Plan de Desarrollo Estratégico y los diagnósticos respectivos. Los responsables de la formulación de las políticas podrán solicitar el apoyo del Equipo MECIP, pero no se le puede delegar a este Equipo dicha responsabilidad.

Se verifica que las Políticas de Operación aprobadas por la MAI fueron elaboradas por el Equipo Técnico MECIP, no se evidencia la participación del equipo directivo en la construcción de estas.

Las documentaciones presentadas en este punto, evidencian guías y lineamientos para la elaboración de políticas, la identificación de riesgos y su administración, sin la disponibilidad del Mapa de Riesgos Institucional aprobado por la MAI.

Se verifica que la Política Operacional aprobada por la MAI según resolución CA N° 002-026/2025 contiene los objetivos estratégicos, misionales y de apoyo, en total 18 (dieciocho) objetivos, sin contar aún con el Mapa de Riesgos, por lo cual no contempla entre sus lineamientos la administración de riesgos asociados a los Macroprocesos enunciados, los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas y proyectos previamente definidos.

La Política de Riesgo enuncia solo 17 Macroprocesos, se verifica la omisión del macroproceso " c) Administración de Riesgos (Código ARI)", en discordancia con el Alcance de la Política Operacional la cual enuncia 18 macroprocesos.

Ante la ausencia de informes de evaluación y monitoreo de los Procesos, la evaluación de Desempeño y Gestión de Riesgos, no se evidencia que la Política Operacional sea implementada efectivamente.

Se verifica que la Política de Gestión de Riesgos aprobada por Resolución CA N° 002-027/2025 refiere a los lineamientos de la administración de riesgos, monitoreo y seguimiento en forma genérica, sin describir los riesgos asociados a cada Macroproceso, Proceso y Subproceso y la gestión de éstos.

Igualmente, en las Políticas Operacionales aprobadas por la MAI presentadas como evidencia, en su apartado de identificación y gestión de riesgos refieren en forma genérica a los lineamientos para la administración de riesgos, sin enunciar los riesgos propios de cada subproceso/procedimiento y su respectivo tratamiento.

REQUISITO: La institución ha definido políticas operacionales que permiten estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos?

No se evidencia la existencia de Políticas Operacionales documentadas para los procesos/subprocesos clave.

Prof. Mg. Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Jaguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
2023-07-08 10:20:04.04011-03



REQUISITO: Las políticas incluyen la definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento?

Se verifica que las Políticas mencionan las acciones de revisión y seguimiento de éstas, sin embargo no mencionan las acciones a implementar en casos de incumplimiento de las Políticas.

REQUISITO: Se asegura que las políticas operacionales son revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas?

Las Normas de diseño e Implementación del SCI MECIP establecen que los niveles directivos de la institución de manera coordinada son responsables por las definiciones de carácter general, relacionadas con las políticas para la ejecución de las tareas y actividades de su sector, la Auditoría Interna Institucional es responsable por la evaluación independiente.

Se verifica que la Política de Gestión de Riesgos designa a la Auditoría Interna como responsable del monitoreo semestral de las acciones correctivas y preventivas de la política y su reporte a la MAI, sin embargo entre las responsabilidades de la Alta Dirección no se verifica la presentación de informes y/o reportes sobre incumplimientos, la efectividad de los controles o necesidades de modificaciones en la gestión de riesgos de su sector que deban ser comunicadas a la MAI.

El mapa de registros de controles aplicados a los principales riesgos presentado como evidencia, no reúnen las formalidades documentales de la Institución (papelería, logos, pie de página, etc), no se identifican a los responsables de su elaboración, verificación y aprobación, fecha de elaboración, no contiene el acto administrativo por el cual se aprobó, por lo que no reúne las condiciones para ser considerado como evidencia documental.

C.1.2 Procedimientos

REQUISITO: 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?

Se verifica un total de 136 subprocesos/procedimientos, de los cuales 108 se hallan aprobados por la MAI y 28 en etapa de elaboración, lo cual representa un 21% de subprocesos pendientes de emisión.

Se evidencia la disponibilidad de procedimientos aprobados que no fueron actualizados y/o abrogados en la medida que el Mapa de Procesos se actualiza que datan de años anteriores.

C.1.3 Controles

Se presentó como evidencia documental la Resolución CA N° 055-003-202 que aprueba la Guía para la determinación de Controles y construcción de Indicadores relacionado a la Implementación del MECIP en el IPS y un Mapa de registro de controles a principales riesgos de subprocesos. No se evidencia la disponibilidad de un Mapa de controles aprobado vinculado al Mapa de Procesos, ante la ausencia del Mapa de Riesgos Institucional.

El mapa presentado no reúne las condiciones de producción documental para su aceptación, a razón de que no fue elaborado en papelería institucional y no cuenta con las firmas de los responsables de su construcción.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
2026-06-08 10:20:04.04011-03



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



C.2 Competencia, formación y toma de conciencia

REQUISITO: 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?

Se verifican documentos presentados como evidencias que reflejan la disponibilidad de mecanismos que demuestren la competencia de los funcionarios en la ejecución de actividades y tareas, sin embargo no se evidencia que dichas competencias alcancen a la Alta Dirección en cuanto a su capacidad en materia de control interno.

REQUISITO: 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?

Se visualizan informes que miden el alcance del Plan de capacitaciones y certificados con carácter participativo y en algunos casos evaluativo. No se evidenció un proceso estandarizado de evaluación que incluya indicadores de impacto o aplicación práctica de lo aprendido y las consecuencias en caso de incumplimientos de los procedimientos y controles.

Si bien la CGR en su informe de Evaluación observa la ausencia de entrevistas con los funcionarios de la Institución, para la evidencia de este requisito se dispone de cursos y certificaciones, los cuales no son suficiente ante la vista del órgano de control, por lo que este punto debe ser analizado y usar la tecnología para contar la evidencia y llegar a todos los funcionarios sujetos a entrevista a fin de cumplir el requisito.

C.3.1 Sistema de Información

Se verifica que la Resolución RCA N° 107-018-2021 aprueba la POLITICA DE LA INFORMACION DEL IPS VERSION 01 Y EL MANUAL DE INFORMACION VERSION 02 DEL IPS, sin embargo, ésta no fue presentada como evidencia en este punto. No se evidencia versiones superadas de la política de información.

REQUISITO: 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?

Se verifica la Resolución CA N° 043-019/2018 por la que se adopta el panel de control del Sistema Gobernanza y Control Interno, conforme al Formato MECIP 101 Manual de Operaciones, el cual refleja el despliegue en formato árbol todos los elementos que compone el sistema de control interno, el cual debe ser revisado, adaptado y actualizado constantemente con relación al Mapa de Procesos y Mapa de Riesgos Institucional, por lo cual se considera que el mismo se encuentra actualmente incompleto.

Se evidencia el uso del Sistema de Gobernanza y Control Interno, en la construcción de la caracterización de procesos identificados, por lo que se asume la disponibilidad de un Sistema de Información para el procesamiento de datos del SCI el cual requiere de una Guía para el uso adecuado y responsable del mismo y de los datos en él registrados.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditora Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

2026-07-08 10:20:04.04011-03



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



Las demás documentaciones presentadas como evidencias guardan relación al acceso a sistemas de información relacionados a la operativa regular de los servicios ofrecidos y administrados por la Institución, sin embargo, no refieren al SCI ni a datos relacionados a éste.

REQUISITO: Puede asegurarse que la Información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable?

No se evidencia el cumplimiento del presente requisito.

Los documentos presentados como evidencia en este punto son los mismos que los presentados en el punto anterior.

C.3.2 Control de Documentos

REQUISITO: 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?

Se verifica el subsitio MECIP en el portal institucional y en la intranet, sin embargo no se encuentra con la información completa con relación a las evidencias recibidas y registradas en el sistema Portal del MECIP de la AGPE; no se evidencia información de acceso restringido o información protegida relacionada al SCI.

REQUISITO: Se encuentran claramente definidos los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control Interno?

Se verifica que la Resolución CA N° 036-011/2017 que actualiza el régimen de autorización y firmas de documentos administrativos del IPS y la matriz de clasificación de documentos, no se evidencia su relación con algún componente del SCI por lo que requiere adaptación a las Normas MECIP y leyes vigentes como también su consecuente actualización.

Se verifica entre las evidencias la Resolución CA N° 040-001/2014 Reglamento de producción documental del IPS modificada parcialmente por la Resolución CA N° 050-001/16, que tiene por finalidad normar la política y los procedimientos para la producción documental, los formatos en soporte papel de la generalidad de documentos. No se evidencian versiones superadas adaptadas a las Normas del SCI MECIP, por lo que debe ser revisada y actualizada.

No se evidencia la disponibilidad de una Política de Producción Documental adaptada a la producción documental en formato digital, para la implementación efectiva de la firma electrónica dentro del SCI.

C.4.1 Comunicación Interna

REQUISITO: Se revisa periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados?

En el año 2025 no se evidencia reuniones realizadas para la revisión de la Política de Comunicación y/o el Manual de Comunicaciones del IPS, como tampoco se dispone de informe de evaluación del Dpto. de Comunicación Social y Prensa dependiente del Gabinete de Presidencia, en respuesta al informe de Evaluación del SCI realizado por la CGR.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Caguaria
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
09-07-2025 10:20:04.04011-03



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUAI



C.4.2 Comunicación Externa

La política de comunicación externa se encuentra contemplada en la Política de Comunicaciones y más ampliamente en el Manual de comunicaciones aprobada por Resolución CA N° 096-037/2024, sin embargo no se evidencia reuniones realizadas para la revisión de las mismas en respuesta a las observaciones realizadas por la CGR.

C.4.3 Rendición de Cuentas

No se evidencia documento por la cual se adopta el Manual de Rendición de Cuentas al ciudadano, se lo declara de interés nacional y se dispone su aplicación obligatoria en las instituciones del Poder Ejecutivo, aprobado por Decreto 2991/2019.

En el Portal de Rendición de cuentas se encuentra difundida la Resolución CA N° 014-015/2024 Por el que se aprueba el Plan de Rendición de Cuentas al Ciudadano del Instituto de Previsión Social. Año 2025, sin embargo, no se evidencia que la Institución disponga una Política de Rendición de Cuentas en concordancia con las leyes vigentes que regulan la materia.

REQUISITO: Se han desarrollado procedimientos documentados para establecer la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencias de las rendiciones de cuenta a la sociedad?

No se evidencia el cumplimiento de este requisito, sin embargo, en el portal institucional se verifica la existencia de informes elaborados en el marco de la Rendición de cuentas al ciudadano.

REQUISITO: Se ha implementado el proceso de Rendición de Cuenta de acuerdo a las disposiciones legales vigentes?

No se evidencia el cumplimiento de este requisito.

D. CONTROL DE LA EVALUACIÓN

D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno

Los subprocesos de Autoevaluación de Gestión y de Control conforme establece la Norma de implementación del MECIP señala: *"Autoevaluación...cada dependencia de la institución bajo la responsabilidad del directivo correspondiente, deberá determinar su propia capacidad para evaluar la efectividad de sus controles, cumplir con los objetivos, y tomar las medidas correctivas que sean necesarias, definiendo y ejecutando acciones de mejoramiento para el buen desempeño de los procesos y de la dependencia a su cargo."*

En este contexto, la actividad de evaluación y autoevaluación no solo pertenecen a la Auditoría Interna sino a todos los niveles directivos. Los informes de autoevaluación representan insumos para el Elemento "D.1. Medición y seguimiento del SCI" de la Norma de Requisitos Mínimos por lo que se deben consolidar para la realización de la medición y posterior seguimiento que a la vez son insumos para el Análisis crítico.

REQUISITO: Se han definido indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos?

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. MSc. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
2026-07-08 10:20:04.04011-03



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



No se evidencia la disponibilidad de informes consolidados de autoevaluación del SCI derivados de la Resolución CA N° 024-018/2025 que aprueba el Plan de Implementación del SCI 2025.

En este punto los documentos presentados refieren al Plan Estratégico y Plan Operativo Institucional, como así también sus Indicadores de medición y evaluación, sin embargo, no se evidencia la disponibilidad de documentos que contengan los lineamientos para la realización de la evaluación, seguimiento y cumplimiento de acciones preventivas y/o correctivas tendientes a optimizar los aspectos críticos el SCI.

La Resolución CA N° 029-024/2025 refiere a la aprobación de la actualización del Plan de Acción para la implementación de los ODS y actualización de los objetivos institucionales, no así al SCI

D.2 Auditoría Interna (A.I.)

REQUISITO: Se asegura la independencia y objetividad de los Auditores Internos?

La Auditoría Interna al cierre del ejercicio 2025 carece de manifestación de Independencia, sin embargo, se verifica que ha iniciado las actividades para la emisión de la versión 1 de la Política de Independencia de la Auditoría Interna del IPS remitido a consideración del Coordinador de la Implementación.

E. CONTROL DE LA MEJORA

La NRM 2015 señala: *El nivel de cumplimiento y desempeño del sistema de control interno es objeto de los procesos de Autoevaluación y de Evaluación Independiente previstos en la legislación vigente.*

Bajo el modelo de las NRM MECIP 2015, las actividades de Autoevaluación se encuentran desplegadas en diversos requisitos con la forma de una revisión periódica de los elementos que constituyen el Sistema de Control Interno, y con la consecuente definición de acciones de mejora.

La principal actividad de autoevaluación recae en la Máxima Autoridad de la Institución bajo la modalidad de un Análisis Crítico del Sistema de Control Interno. Además, podemos encontrar elementos de autoevaluación en la revisión periódica del Modelo de Gestión por Procesos, de la Identificación y Evaluación de Riesgos y de la Efectividad de los Controles.

E.1. Análisis Crítico

REQUISITO: Se ha realizado el Análisis Crítico del SCI por parte de la Dirección? (al menos una vez al año)

Se verifica que en el objetivo estratégico Fortalecimiento del Control Organizacional, las actividades de control del SCI se centran únicamente en la Auditoría Interna y Externa, no se evidencia participación de la MAI en la elaboración de los informes de Análisis Crítico practicados a los años 2022, 2023 y 2024 presentados como evidencia, en discordancia a lo establecido en las Normas del MECIP.

E.2. Mejora Continua

REQUISITO: Se toman acciones para optimizar continuamente el SCI y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas?

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

2026-07-08 10:20:04.04011-03



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



En este punto se presentaron documentos que guardan relación a informes de análisis crítico practicados a los años 2022, 2023 y 2024, las cuales contienen recomendaciones dirigidas a las distintas dependencias involucradas en el SCI, sin embargo no se evidencia Planes de Mejoramiento que hayan sido elaborados en consecuencia, tendientes a optimizar continuamente el SCI.

Se evidencia que la MAI no participa en la elaboración del Informe de Análisis Crítico y no se evidencia la disponibilidad de planes de mejora derivados de éstos.

REQUISITO: Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora?

Se verifican Subprocesos aprobados que corresponden al Proceso Auditoría Interna, que refieren a la elaboración y seguimiento de los planes de mejoramiento derivados de los Informes de Auditoría Interna y Externa, como así también al procedimiento o de Autoevaluación de control y de gestión que recae solo en la Auditoría Interna equiparándolo a evaluación independiente del SCI; sin embargo no se evidencian procedimientos de elaboración de Autoevaluaciones de la Alta Dirección y de la MAI, como también la elaboración de Planes de mejoramiento derivados de los informes de dichas autoevaluaciones.

REQUISITO: Existen evidencias de la verificación de la eficacia de las acciones tomadas?

Ante la ausencia de Planes de Mejoramiento derivados del informe de Análisis crítico, no se evidencia la disponibilidad de informes de seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora.

HALLAZGOS

A. AMBIENTE DE CONTROL

En este componente la calificación del nivel de madurez es **GESTIONADO BAJO**, con una puntuación de 3,28. Los elementos del Ambiente de control se encuentran diseñados y actualizados en diferentes versiones, sin embargo, no se observa la aplicación práctica de los mismos. A continuación se citan algunos aspectos a mejorar:

- H. 1: La Alta Dirección no presenta informes de avances del SCI ni aprueba planes de mejoramiento.
- H. 2: Ausencia de Mapa de Riesgos institucional actualizado.
- H.3: Comités de Control Interno, Ética y Buen Gobierno no realizan reuniones periódicas ni seguimiento de políticas.
- H. 4: Código de Ética y Protocolo de Buen Gobierno no son difundidos ni revisados periódicamente.
- H. 5: Política de Talento Humano desactualizada frente a la nueva Ley de Servicio Civil.

B. 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 componente, la calificación del nivel de madurez es **GESTIONADO BAJO**, con una calificación de 3,33. Este resultado refleja que la planificación del Sistema de Control Interno se encuentra estructurada, pero que requieren ajustes y refuerzos en el proceso de planificación.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna





A continuación, se citan algunos aspectos a mejorar:

H.6: El PEI y POI no incluyen objetivos de Evaluación y Control.

H.7: Manuales de organización y funciones desactualizados.

H.8: Procesos y subprocesos no alineados al nuevo mapa de procesos.

C. CONTROL DE IMPLEMENTACIÓN

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

En este componente, la calificación del nivel de madurez es DISEÑADO BAJO, con una valoración de 2,27, lo cual refleja que los elementos se encuentran diseñados, desfazados con relación al Mapa de Procesos y no se dispone del Mapa de Riesgos por lo que no se encuentran alineados a los riesgos estratégicos para implementarlos integralmente de manera sistemática con indicadores eficientes que permitan evaluar la eficacia de la ejecución, en beneficio de las mejores prácticas. A continuación, se citan algunos aspectos a mejorar:

H.9: Ausencia de informes de evaluación de riesgos y de indicadores de efectividad de controles.

H.10: Políticas operacionales elaboradas por el equipo MECIP sin participación de la Alta Dirección.

H.11: Procedimientos desactualizados y sin cobertura total.

H.12: Falta de política documental adaptada a formato digital y firma electrónica.

H.13: Comunicación interna y externa no evaluada periódicamente.

H.14: Rendición de cuentas sin procedimientos documentados ni política institucional.

D. CONTROL DE EVALUACIÓN

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

En este componente, la institución logró un nivel de madurez GESTIONADO MEDIO, con una puntuación de 3,59. Este componente demuestra que existen mecanismos de evaluación y seguimiento ejecutados con cierta regularidad. No obstante, para mejorar la cobertura, sistematización y el uso de los resultados evaluativos en la toma de decisiones, se citan algunos aspectos a mejorar:

H.15: No existen informes consolidados de autoevaluación del SCI.

15. Recomendación: Consolidar autoevaluaciones en todos los niveles directivos y utilizarlas como insumo para la mejora.

H.16: Falta de indicadores específicos para medir efectividad del SCI.

H.17: Auditoría Interna no dispone de manifestación formal de independencia.

E. CONTROL PARA LA MEJORA

Para 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”.*

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
2026-07-08 10:20:04.04011-03



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



En este componente, la calificación de nivel de madurez es DISEÑADO BAJO, con una valoración de 2,32 lo cual indica que, el componente tiene un marco normativo y metodológico que ayuda a gestionar acciones de mejora, pero requiere de fortalecimiento para garantizar que las acciones correctivas y de mejora se gestionen y concreten a corto plazo. A continuación, se citan algunos aspectos a mejorar:

H.18: La MAI no elabora el Análisis Crítico del SCI y sus planes de mejoramiento.

H.19: No se elaboran ni se siguen planes de mejoramiento derivados de autoevaluaciones.

H.20: Ausencia de mecanismos de innovación y aprendizaje organizacional.

CONCLUSIONES

La Institución, obtuvo una calificación de 2,91 equivalente a un nivel de madurez DISEÑADO ALTO lo cual indica que, existen evidencias de avances en ciertos componentes pero que aún no se llevan a la práctica en forma regular y efectiva.

Se puede apreciar que se cuenta con la estructura del SCI la cual requiere organizar la cultura de control en la gestión de riesgos y de procesos en todas las áreas y procedimientos para el logro de los objetivos institucionales.

El Sistema de Control Interno no es solo un requisito normativo, sino una herramienta estratégica para garantizar la transparencia, la eficiencia y la confianza ciudadana.

La mayor parte de los componentes se encuentran formalizados, reflejando que el IPS tiene una base sólida para realizar sus gestiones, debiendo poner en práctica para: integrar el control en la gestión diaria, medir su impacto y adaptarlo de forma proactiva.

En términos generales el SCI del IPS se encuentra en etapa de Diseño, por lo cual la implementación del sistema como tal es de cumplimiento parcial hasta tanto se finalicen todos los elementos de Ambiente de Control, Control de la Planeación y Control de la Implementación, se realicen evaluación de medición de su efectividad y el seguimiento de las acciones correctivas y/o preventivas de dichos componentes.

Los requisitos establecidos en las Normas y los elementos del sistema de control interno aprobados requieren correlación y coherencia entre versiones vigentes y actualizadas; de tal manera asegurar que permanecen pertinentes y apropiados.

Es importante recordar que las Normas de Requisitos Mínimos son normas de evaluación del SCI MECIP, no así de diseño e implementación para las cuales rigen las Normas MECIP 2008. Se evalúa a profundidad el contenido de cada elemento del SCI bajo el criterio de evaluación de la Matriz por niveles de madurez aprobado por Resolución CGR N° 147/2019.

Se aprecia cierta confusión en cuanto a la Autoevaluación y la Evaluación Independiente del SCI, como así también entre Planes de Mejoramiento y Mejora Continua, por lo cual es importante aclarar que las Autoevaluaciones se hallan contenidas en cada uno de los componentes y en consecuencia requieren de planes de mejoramiento para la aplicación de medidas correctivas y/o preventivas llamadas acciones de mejora, las cuales a su vez requieren de seguimiento para medir el cumplimiento de las mismas ya sean en forma individual y/o funcional.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
026-07-08 10:20:04.04011-03



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



Del mismo modo, la evaluación independiente representada por las Auditorías Interna y Externa, quienes realizan la medición de la efectividad de los controles que componen el SCI y emiten recomendaciones las cuales requieren de Planes de Mejoramiento y el seguimiento del cumplimiento de tales recomendaciones en forma institucional, requieren una mayor atención y dedicación debido a las reiterativas observaciones realizadas por los órganos de control externo.

Los informes de evaluación y los planes de mejoramiento son elementos que no solo recaen en la actividad de la Auditoría Interna o Externa, son mecanismos a ser implementados por todas las áreas involucradas en la operativa institucional y su implementación se demuestra a través de los informes de Autoevaluación de la Alta Gerencia y los Planes de Mejoramiento derivados de dichos informes.

La institución ha avanzado en la formalización de procesos, pero aún requiere fortalecer la gestión de riesgos y la autoevaluación para alcanzar niveles óptimos de madurez. El cumplimiento pleno de las NRM MECIP 2015 permitirá mejorar la transparencia, la eficiencia y la confianza ciudadana en la gestión institucional.

RECOMENDACIONES	ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROPUESTAS
A: LA ALTA DIRECCIÓN LA DIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD EL COMITÉ DE BUEN GOBIERNO EL COMITÉ DE ÉTICA EL EQUIPO DE ALTO DESEMPEÑO EL EQUIPO TÉCNICO MECIP A. AMBIENTE DE CONTROL 1. Fortalecer compromiso directivo mediante emisión de informes periódicos y aprobación formal de planes de mejora. 2. Construir y actualizar mapa de riesgos alineado a objetivos estratégicos y procesos clave. 3. Institucionalizar reuniones de comités con actas, planes de acción y seguimiento. 4. Difundir y revisar códigos con participación de funcionarios y campañas de comunicación interna. 5. Actualizar la política de talento humano de acuerdo con la legislación vigente y establecer mecanismos de evaluación periódica. B. CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN 6. Incorporar objetivos de control en la planificación estratégica y operativa. 7. Actualizar manuales organizacionales y asegurar acceso a todos los funcionarios. 8. Revisar y adecuar procesos para garantizar coherencia con la versión vigente del mapa.	Presentar el Plan de Mejoramiento en un plazo de 10 (diez) días desde la recepción del presente informe y elevar a consideración de la MAI.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Prof. Mg. Walter Laguardia
Director
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

2026-07-08 10:20:04.04011-03



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



C. CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN

9. Implementar evaluación de riesgos con indicadores claros y planes de mitigación en función al Mapa de procesos vigente.
10. Involucrar a la Alta Dirección en políticas para asegurar legitimidad y alineación estratégica.
11. Actualizar procedimientos clave y completar los pendientes.
12. Modernizar gestión documental incorporando herramientas digitales y normativa vigente.
13. Evaluar políticas de comunicación con informes de efectividad y retroalimentación.
14. Formalizar la Rendición de Cuentas con metodología, responsabilidades y frecuencia definida conforme a la legislación vigente.

D. CONTROL DE EVALUACIÓN

15. Consolidar autoevaluaciones en todos los niveles directivos y utilizarlas como insumo para la mejora.
16. Definir indicadores de control estratégicos y operativos para seguimiento sistemático.
17. Garantizar independencia de auditoría mediante normativa interna y prácticas de objetividad.

E. CONTROL PARA LA MEJORA

18. Disponer del Análisis crítico de la A.D. basados en informes de autoevaluación periódica del Modelo de Gestión por Procesos, de la Identificación y Evaluación de Riesgos y de la Efectividad de los Controles.
19. Institucionalizar planes de mejora con responsables, plazos y seguimiento, como también las consecuencias de su incumplimiento.
20. Crear sistema de mejora continua que integre retroalimentación, innovación y gestión del conocimiento.

Elaborado por: Carolina Benegas

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Fecha: 29/06/2026

Revisado por: Lic. Estela Méndez

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Estela Méndez
Jefa de División Auditoría de Gestión

Fecha: 29/06/2026

Aprobado por: Prof. Mg. Walter Santiago Laguardia Lovera

Prof. Mg. Walter Laguardia
Auditoría Interna
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Fecha: 29/06/2026



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Componente		Ambiente de Control															Observaciones
		Ejemplo de Evidencias / Criterios			Pregunta			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			EXCELENCIA
								b	m	a	b	m	a	b	m	a	
A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.)	Asume la A.D. su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno?	• Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI • Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos • Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa • Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento															No se evidencia presentación del informe final de implementación del SCI MECIP - BGA 070 04/3/2022
	Se asegura la A.D. que se establezca la política de control interno?																No se evidencia informes o reportes de la efectividad del control de riesgos
	Se asegura la A.D. que los requisitos del sistema de control interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo?																En el 2025 no se verifican PMI aprobados por la MAI, derivados de las evaluaciones del SCI.
	Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos?																
	Asegura la A.D. que los recursos necesarios para el sistema de control interno estén disponibles?																


INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Componente		Ambiente de Control															Observaciones
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios															
		INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA			
		b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.)	Asegura la A.D. que el sistema de control interno logre los resultados previstos?												x				
	¿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?												x				
A.1.1 Política de Control Interno (PCI)	Promueve la A.D la mejora continua del Control Interno?								x								
	Está la PCI formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad (M.A.)?												x				
A.1.1.1 Política de Control	La PCI se encuentra correctamente formulada?													x			



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Ambiente de Control																	
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
Interno (PCI)	La PCI ha sido adecuadamente comunicada y es entendida por todos los funcionarios?		• Registros de distribución de copias (incluyendo cartelera, disponibilidad en la web institucional, etc.) • Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno • Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación														
A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AyCE)	Se encuentran los A y CE correctamente formulados?		• Están alineados con la función constitucional y legal de la institución, su misión, visión, valores y principios compartidos por los funcionarios • Están alineados con la cultura institucional relacionada a la integridad, la transparencia y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública • Identifican las prácticas éticas de la Institución, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación • 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														
	Los A y CE fueron construidos de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?		• Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción de los AyCE • Existencia de Compromisos Éticos documentados por dependencia, alineados a los AyCE institucionales														
	La institución ha definido y aplica instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los AyCE?		• Conformación de un Comité de Ética • Actas de reunión del Comité de Ética que muestren el tratamiento de situaciones asociadas a la evaluación de incumplimientos														

INSTITUTO DE PREVENCIÓN SOCIAL
Carolína Benegas
Auditoría Interna



Ambiente de Control																									
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	UNICIDAD				INICIAL				DISEÑADO				GESTIONADO				OPTIMIZADO				EXCELENCIA	Observaciones
				a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d		
A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AYCE)	Los AYCE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	Existencia de versiones superadas y actualizadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de los AYCE	• Documento conteniendo los AYCE con la firma de la M.A. (Código de Ética) • Disposiciones Administrativas que aprueben los AYCE																						
	Los AYCE han sido adecuadamente comunicados y son entendidos por todos los funcionarios?	• Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) • Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca de los AYCE • Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación																							
	Se encuentra el PBG correctamente formulado?	Foco en la orientación estratégica de la institución, su misión, su visión y su naturaleza • Alineado con los principios éticos, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación • Alineado con los valores institucionales • Orientado a cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de interés de la institución • Contemple los diferentes canales de comunicación institucional • Promueva la mejora continua • Identifique y promueva las prácticas democráticas de la institución • Considere las políticas de gestión del Talento Humano de la institución																							

3



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Componente		Ambiente de Control															Observaciones
		Ejemplo de Evidencias / Criterios			Pregunta			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			EXCELENCIA
Requisito								b			a			b			
								m			a			m			
A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG)	El PBG fue construido de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	• Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PBG															
	El PBG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiados?	• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Disposiciones Administrativas que prueben nuevas versiones del PBG															
	El PBG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	• Documento conteniendo el PBG con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba el PBG															
A.4 Política de Talento Humano (PTH)	El PBG ha sido adecuadamente comunicado y es entendido por todos los funcionarios?	• Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) • Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca del PBG • Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación															
	Se encuentra la PTH correctamente formulada?	• Compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios • Foco en los procesos de selección, inducción, reinducción, formación, capacitación, evaluación del desempeño, compensación, bienestar social y desvinculación de los funcionarios • Responder a los siguientes valores: igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia															

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolima Benegas
Auditoria Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Componente		Ambiente de Control																EXCELENCIA	Observaciones
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO							
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a					
	La PTH es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	- Existencia de versiones superadas y revisadas - Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión - Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de la PTH																	
	La PTH está formalmente documentada y aprobado por la Máxima Autoridad?	- Documento conteniendo la PTH con la firma de la M.A. - Disposiciones Administrativas que aprueben la PTH																	En el 2025 no se emitió una nueva versión en virtud a la nueva Ley de la función Pública y Servicio Civil
			0	0	0	1	0	1	0	0	3	3	2	15	0	0	0	0	0
			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	
			0	0	0	1	0	2	0	0	8.1	9	6.8	56	0	0	0	0	0
			B-													Gestionado			
			3.28																
			Valor Final del Componente																
			(Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)																

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



Control de la Planificación

Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Observaciones	
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	La Misión institucional se encuentra correctamente definida?	• Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes • Incluye la formulación explícita de los propósitos "de la Institución" • Expresa la razón de ser de la Institución en todas sus dimensiones e involucra al "cliente" (usuario, destinatario o beneficiario) • Es corta y fácil de comprender															
	La Misión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	• Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba la Misión															
	La Misión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Misión															
	La Visión institucional se encuentra correctamente definida?	• Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes • Provee el marco de referencia de lo que la Institución quiere y espera en el futuro • Señala el camino que permite a la Dirección establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización															
	La Visión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	• Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba la Visión															
	La Visión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Visión															

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Control de la Planificación

Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
B.1 Dirección y Planificación Estratégica	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa?	• Procedimiento/s documentados y aprobado/s • Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes • Definición de responsabilidades	• Documento/s formalmente aprobado/s por la Máxima Autoridad														
B.2 Seguimiento y Evaluación	Existe un Plan Estratégico Institucional (PEI)?	• 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 adecúa al cumplimiento de los propósitos constitucionales y legales de la institución, en consonancia con las necesidades de la sociedad a la que atiende • Establece los cursos o líneas de acción necesarios para el logro de su misión, visión y objetivos institucionales, para un periodo de tiempo determinado • 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	• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actos que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Resoluciones que aprueben nuevas versiones de los PEI y/o POI														
B.3 Mejora Continua	El PEI satisface los criterios básicos para su adecuada formulación?	• Se revisan periódicamente los planes institucionales para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?															

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna





GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Control de la Planificación

Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL												DISEÑADO	GESTIONADO												OPTIMIZADO	EXCELENCIA	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.3 Estructura Organizacional	Se ha identificado la Base Legal aplicable?	• Normograma documentado y aprobado																													
	El Modelo de Gestión por Procesos (mapa y caracterizaciones) son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Resoluciones que aprueben nuevas versiones del Mapa de Procesos y otros documentos pertinentes																													
	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?	• Manual de Cargos y Funciones • Perfiles de Puestos																													
	Existe un Organigrama estructural de la institución?	• Organigrama Funcional documentado																													
B.3 Estructura Organizacional	La Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de Puesto) está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	• Documento conteniendo el Organigrama con la firma de la M.A. • Documento/s conteniendo los Perfiles de Puesto con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba la Estructura Organizacional																													
	Las funciones y responsabilidades de cada funcionario han sido adecuadamente comunicadas?	• Registros de 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 • Entrevistas Personales que incluyan discusión acerca de los deberes y responsabilidades de cada funcionario • Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento y comprensión																													

INSTITUTO DE PREVENCIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Componente		Control de la Planificación																Observaciones
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCELENCIA		✓				
				b	m	a	b	m	a	b	m				a			
	Se han establecido uno o varios procedimientos para la continuidad IYER, y para la determinación de las medidas de control necesarias?	• Procedimiento/s documentados/s y aprobado/s • Guías Técnicas de Implementación • Formularios o modelos estándar para la construcción de matrices de riesgo • Definición de criterios y responsabilidades																
	Se ha considerado el contexto organizacional al momento de la IYER?	• Identificación de “situaciones riesgosas” internas y externas (FODA)																
	Se ha desplegado la IYER a nivel estratégico?	• Matrices de Riesgos sobre Objetivos y Planes Estratégicos • Matrices de Riesgos sobre Debilidades y Amenazas (FODA) • Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento																
	Se ha desplegado la IYER a nivel operativo?	• Matrices de Riesgos sobre Procesos / Subprocesos críticos • Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento																


INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUAI



Control de la Planificación																
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL						DISEÑADO						EXCELENCIA
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	
B.4 Identificación y Evaluación de Riesgos (IyER)	La metodología y criterios establecidos para la IyER es correcta?		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													
									x							
	La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?		• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Revisiones asociadas a cambios en el contexto organizacional o en los procesos													
									x							

Cantidad de Casillas puntuadas																
Valor asignado por casilla				0	0	0	0	0	0	1	0	7	1	1	16	0
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)				0	0	0	0	0	0	2	0	19	3	3	4	4
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)				3.33				B-				Gestionado				0

Instituto Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Componente		Control de la Implementación																Observaciones
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios				INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCELENCIA				
		a	b	m	a	a	b	m	a	b	m	a	b			m		
C.1 Control Operacional	Los controles implementados contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables?	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				x										No se visualiza el diseño de Controles Operacionales basado en el Formato MECOP N° 92		
	El nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles definidos son adecuados a las características de la organización?	Evaluar coherencia entre la magnitud y sofisticación de los controles y la criticidad de los Riesgos				x												
	La institución ha definido Políticas operacionales que permiten estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos?	Existencia de Políticas Operacionales documentadas para los procesos/subprocesos clave							x							La política operacional vigente abarca los objetivos institucionales no así las operaciones de la estructura y dirección del modelo de gestión por procesos		
	Las políticas operacionales definen los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos?	Políticas operacionales coherentes con los objetivos de los procesos/subprocesos clave							x									
C.1.1 Políticas Operacionales	Existe coherencia entre las políticas definidas y los lineamientos estratégicos determinados en el componente de Control de la Planificación?	Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos							x									
	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?	Políticas operacionales que establecen un adecuado marco de gestión para orientar los procesos/subprocesos de manera efectiva							x							Las políticas operaciones no contemplan instrumentos para evaluación de su cumplimiento		
	Las políticas incluyen la definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento?	Políticas operacionales que incluyan claras definiciones de "premios y castigos" • Evidencias objetivas de aplicación adecuada en casos concretos							x								No se visualizan acciones en casos de incumplimiento	

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Control de la Implementación																	
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
C.1.2 Procedimientos	Se asegura que las políticas operacionales son revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas?		- Existencia de documentación que defina criterios y frecuencias de revisión - Existencia de versiones superadas y revisadas - Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión - Resoluciones que aprueben nuevas versiones de las Políticas Operacionales		x												
	Las Políticas Operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la Máxima Autoridad?		- Documentos conteniendo las Políticas Operacionales con la firma de la M.A. - Resolución/es que apruebe/n las Políticas Operacionales						x								
	Las políticas operacionales son comunicadas a todos los niveles de la organización, y los funcionarios son conscientes de sus obligaciones al respecto?		- Evidencias objetivas de realización de actividades de socialización (actas, planillas de asistencia, etc.) - Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de las Políticas Operacionales						x								
	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?		- Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados para los procesos críticos - Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de los Procedimientos							x							
	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		- Definición documentada de Controles: - o Planes de acción preventiva/correctiva - o Planes de mejoramiento • Controles definidos e implementados, coherentes con la magnitud de los Riesgos identificados			x											

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Componente		Control de la Implementación																Observaciones
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCELENCIA						
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.1.3 Controles	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?	Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados	• Matrices, reportes, indicadores u otro documento que evidencie la verificación de la eficacia y eficiencia de los controles															
	En los casos que fuera pertinente, se han integrado en los controles en los procesos y procedimientos aplicables?	Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados, que incluyan los controles establecidos				x												
	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	• Legajos de funcionarios, conteniendo curriculum, certificados de estudio, etc. • Matrices de polifuncionalidad • Base de datos de funcionarios con registro de capacitaciones					x											
C.2 Competencia, formación y toma de conciencia	Se han identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno?	• Evaluaciones de desempeño • Reportes por dependencia • Reportes del sector responsable del desarrollo del talento humano						x										
	Se planifican e implementan actividades de formación de acuerdo a las necesidades detectadas?	• Plan anual de capacitación y entrenamiento • Registros de asistencia a actividades de capacitación (interna o externa) • Certificados de cursos																
	Se evalúa la eficacia de las actividades de formación implementadas?	• Procedimiento que incluya criterios y metodologías aplicables • Reportes o registros de evaluación																
	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?	• Resultados de entrevistas con funcionarios de distintos niveles y dependencias				x												

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoria Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAY
REKUAI



Control de la Implementación																					
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL				DISEÑO				GESTIONADO				OPTIMIZADO				EXCELENCIA	Observaciones
				b	m	a		b	m	a		b	m	a		b	m	a			
C.3.1 Sistema de Información	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?		• Metodología, criterios y registros para recolección de datos • Identificación de Reportes relevantes por proceso • Diseño de Tableros de Indicadores • Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar disponibilidad de datos críticos							x											
	Puede asegurarse que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable?		• Resultado de Evaluación de Documentos pertinentes (reportes, tableros, etc.) • Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar calidad de datos críticos							x											
	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?		• Resultado de Entrevistas con los distintos Niveles de la Organización • Resultado de la Observación (disponibilidad) en los distintos lugares de trabajo							x											
	Se encuentran claramente definidos los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control Interno?		• Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada • Tablas de Niveles de Aprobación de Documentos • Resoluciones u otros actos administrativos que definan Niveles de Aprobación de Documentos								x										
C.3.2 Control de Documentos	Se encuentra claramente definida y se aplica una metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución, archivo		• Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada • Resultado de la Observación (aplicabilidad) en los distintos lugares de trabajo							x											
	Se encuentra correctamente identificado el estado de revisión y de cambios en los documentos?		• Procedimiento que describa la metodología de identificación de versionado y cambios en los documentos • Resultado de la evaluación de documentos disponibles en diferentes lugares de trabajo								x										

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAY
REKUAY



Componente		Control de la Implementación																Observaciones	
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios				INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO				EXCELENCIA
		b	m	a		b	m	a		b	m	a		b	m	a			
C.4.1 Comunicación Interna	Se ha definido y se aplica una metodología para la gestión de documentos de origen externo?	• Procedimiento que describa la metodología de identificación y control de los documentos de origen externo • Resultado de la evaluación de documentos externos utilizados en diferentes lugares de trabajo								x									
	Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización ?	• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles • Evidencias de no conformidades o reclamos originadas en fallas de comunicación interna												x					
	Se ha definido qué información será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados?	• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles												x					
	Se fomenta la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales?	• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles																	
C.4.2 Comunicación Externa	Se han incorporado mecanismos que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias?	• Implementación de "conversatorios" Sugerecias												x					
	Se revisa periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados?	• Actas de reunión (ej.: Análisis Crítico por la Alta Dirección) • Reportes de evaluación (dir. Comunicaciones)																	
	Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información desde y hacia afuera de la organización ?	• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles • Evidencias de no conformidades o reclamos originados en fallas de comunicación externa														x			

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAY
REKUAY



Componente		Control de la Implementación																Observaciones
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios		INICIAL		DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA			
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m		a		
C.4.3 Rendición de Cuentas	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?	• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles																
	Se han desarrollado procedimientos documentados para establecer la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencias de las rendiciones de cuenta a la sociedad?	• Existencia de Procedimiento/s Documentado/s y debidamente Aprobados • Resultado de Entrevistas con funcionarios con responsabilidad directa sobre el proceso de Rendición de Cuentas																
	Se ha implementado el proceso de Rendición de Cuenta de acuerdo a las disposiciones legales vigentes?	• Actas u otros documentos que evidencien la convocatoria para la Rendición de Cuentas • Actas u otros documentos que evidencien la realización de la Rendición de Cuentas • Reportes asociados a la Rendición de Cuentas, incluyendo temas tratados y conclusiones																

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	8	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	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	5	5
Puntaje por Columna (cantidad x valor)	0	0	0	8	0	6.8	4	0	46	0	0	15	0	0	0	0	0	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	2.27										Diseñado							


INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

Control de la Evaluación

Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno	Se han definido indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos?	• Tableros de Indicadores • Reportes y Gráficos														No se visualiza en los anteriores componentes la práctica de realizar periódicamente Autoevaluaciones de control y de gestión
	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?	• Tableros de Indicadores • Fichas de caracterización de Indicadores														La RCA 040-037/2023 de Documentación y Modelado del Subproceso Autocontrol equipara a la Autoevaluación de control con la Evaluación del SCI que realiza la Auditoría Interna según el Mapa de procesos versión 7
	Los indicadores están actualizados, se aplican y mantienen como fuente para la toma de decisiones que afectan a la capacidad del control interno?	• Tableros de Indicadores actualizados • Reportes														no se ajusta a la Norma MECIP
D.2 Auditoría Interna	Se han planificado auditorías internas del sistema de control interno (SCI)?	• Procedimiento que incluya la Planificación de A.I. del SCI • Programa Anual de A.I. (incluyendo requisitos de Control Interno)														
	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de las Auditorías Internas?	• Procedimiento/s documentados/s y aprobado/s • Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes y elaboración de informes • Definición de criterios de auditoría														
	Se han implementado Auditorías Internas del SCI de acuerdo a lo planificado?	• Plan de Auditoría Interna • Informe de Auditoría Interna • Papeles de Trabajo • Actas de Reunión (inicial, final)														



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI



Control de la Evaluación

Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL						DISEÑADO						GESTIONADO						OPTIMIZADO						EXCELENCIA	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
(A1)	El alcance de las Auditorías Internas cubre todos los requisitos de la Norma de Requisitos Mínimos para SCI?	Se asegura la independencia y objetividad de los Auditores Internos?	- Plan de Auditoría Interna - Informe de Auditoría Interna - Papeles de Trabajo																										
	Se asegura la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría?		- Criterios de Selección de Auditores Internos (perfiles) - Registros de Capacitación y Calificación de Auditores Internos - Planes e Informes de Auditoría Interna																										
			- Informes de Auditoría Interna - Planes de Mejoramiento - Reportes de Seguimiento de Planes de Mejoramiento																										

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	4	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	5				
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2.7	0	6.8	0	0	0	19	6				
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	3.59															B			Gestionado		

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna

INSTITUTO DE PRENSION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoria Interna



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUAI
REKUAI



Control para la Mejora													
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCELENCIA	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	
E.2 Mejora Continua		Se toman acciones para optimizar continuamente el SCI, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas?	- Planes de Mejoramiento (institucional, funcional y/o individual) - Informes de Análisis, Determinación y Seguimiento de Acciones - Registros de Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora										Solo se presentaron PM derivados de informes de la AI
		Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora?	- Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s - Formularios o modelos estándar para el registro y evaluación de acciones y/o planes de mejoramiento										La metodología aplicada corresponde a los PM derivados de los informes de AI y procedimientos aprobados para los PMI para OCE
		Existen evidencias de la verificación de la eficacia de las acciones tomadas?	- Planes de Mejoramiento (institucional, funcional y/o individual) - Informes de Análisis, Determinación y Seguimiento de Acciones - Registros de Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora										No se evidencian decisiones de la MAI por incumplimientos de las acciones de mejora

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	3	0	1	0	0	1	0	0	0	
Valor asignado por casilla	0.7	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	5.1	0	2.4	2.7	0	3.7	0	0	0	
Valor Final del Componente	2.32										C-			Diseñado
Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)														

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Carolina Benegas
Auditoría Interna