



**CONTRALORÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA**



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

**FACULTAD DE FILOSOFÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL
ESTE**

Noviembre, 2022

Índice

I.	Antecedentes	1
II.	Objetivo	1
III.	Alcance.....	1
IV.	Desarrollo	1
	A. Componente ambiente de control	3
	B. Componente control de la planificación	5
	C. Componente control de la implementación	7
	D. Componente control de la evaluación.....	11
	E. Componente control para la mejora.....	11
V.	Conclusión.....	12
VI.	Recomendación.....	13

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE

I. Antecedentes

En la Resolución N° 377 del 13 de mayo de 2016, la Contraloría General de la República – CGR, resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación del Sistema de Control Interno de las instituciones sujetas a su supervisión, la Norma de Requisitos Mínimos – NRM, para un Sistema de Control Interno MECIP:2015.

Posteriormente, con la Resolución CGR N° 147/19: "...se aprueba la matriz de evaluación por niveles de madurez, a ser utilizada en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno MECIP:2015".

Por otro lado, en la Resolución CGR N° 909 del 09 de diciembre de 2021, se resolvió aprobar y adoptar el uso del Sistema Informático para la evaluación del Sistema de Control Interno, en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno para instituciones públicas del Paraguay, denominado Sistema NRM.

II. Objetivo

Evaluar si los requisitos mínimos exigidos en la norma para un Sistema de Control Interno - SCI fueron desarrollados e implementados, estableciendo los niveles de madurez de cada uno de los componentes del sistema, a fin de identificar eventuales deficiencias que requieran mayor profundización y, acompañar a la institución en la búsqueda de la excelencia.

III. Alcance

La evaluación realizada con base a los documentos proporcionados por la institución y que respaldan la fase de diseño y medición de la aplicación de los controles y que evidencian las acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2021.

IV. Desarrollo

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

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

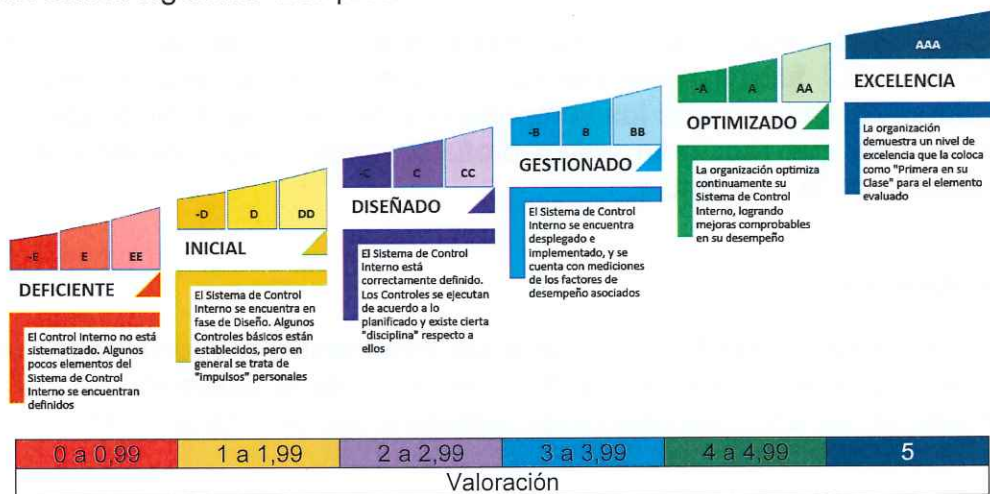
- *Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.*
- *Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad".*

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

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

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

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



En el siguiente cuadro se expone la evaluación y calificación del Sistema de Control Interno por cada componente, y los resultados que arrojó la herramienta arriba señalada:

mf

[Firma]



Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno – SCI			
Ambiente de control	2,09	C-	Diseñado
Control de planificación	1,89	DD	Inicial
Control de implementación	1,09	D-	Inicial
Control de evaluación	1,72	DD	Inicial
Control para la mejora	0,73	EE	Deficiente
SCI consolidado	1,58	D	Inicial

A partir del análisis de los documentos suministrados por la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional del Este a través de la herramienta de evaluación de la NRM, se señalan las debilidades más significativas, por componente de control.

A. Componente ambiente de control

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

En el componente ambiente de control, obtuvo un puntaje 2,09 con un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, lo cual indica que el Sistema de Control Interno está correctamente definido y los controles se ejecutan de acuerdo con lo planificado.

La valoración en este componente tuvo un importante avance, no obstante, persisten algunas debilidades que deben ser administradas para seguir fortaleciendo el SCI:

- Con respecto al compromiso de la Máxima Autoridad institucional, se requiere incrementar esfuerzos para una efectiva implementación en cuanto a lo siguiente:
 - Asegurar que se establezca la Política de Control Interno al interior de la Facultad de Filosofía.
 - Asegurar que los requisitos del Sistema de Control Interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.
 - Seguir promoviendo el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos mediante su total implementación.
 - Asegurar que los recursos necesarios para el Sistema de Control Interno estén disponibles.
 - Asegurar que el Sistema de Control Interno logre los resultados previstos.

- Seguir firme en el compromiso de dirigir y apoyar a todos los niveles de la organización para contribuir a la efectividad del Sistema de Control Interno.
 - Promover constantemente la mejora continua.
- La Política de Control Interno aprobada por Resolución N° 99/21, no proporcionó un marco de referencia para el establecimiento y la revisión de los principios de control institucional, tampoco incluyó el compromiso de cumplir con los requisitos aplicables
 - No se evidenció registros que demuestren entendimiento y aplicación de la Política de Control Interno por parte de los funcionarios.
 - El Código de Ética aprobado por Resolución N° 122/2020 no se adecuó a los requerimientos de la NRM debido a que no consideró:
 - La función constitucional y legal de la institución, Misión y Visión.
 - La cultura institucional relacionada a la integridad y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública.
 - La identificación de prácticas éticas de la institución incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación.
 - El comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés tanto internos como externos y otros factores humanos.

El Manual de Ética Pública refiere un ejemplo de Código de Ética mediante la Guía N° 5 que incluye los parámetros para su elaboración, en tal sentido se sugiere su utilización para la adecuación y actualización del documento acorde a los lineamientos de la NRM.

- No se observó evidencia de la construcción participativa y consensuada de los Acuerdos y Compromisos Éticos y tampoco la existencia de compromisos éticos documentados por dependencia.
- Si bien se observó la conformación del Comité de Ética por Resolución del Decanato N° 100/21, no se comprobó la habilidad de la Facultad para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos.
- No se observaron actividades de revisión del Código de Ética pese a que dicha actividad fue programada en el cronograma de actividades de la Dirección de Planificación firmada por el Decanato de la Facultad.
- Si bien se visualizó Código de Buen Gobierno actualizado por el Consejo Superior Universitario mediante Resolución N° 277/21, es necesaria la elaboración propia de la Facultad y su aprobación por parte del Decanato de la



Dirección General de Control Gubernamental
CONTRALORÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

misma de conformidad a sus atribuciones establecidas en el estatuto de la Universidad.

- La Política del Talento Humano aprobada por Resolución N° 117/21 transcribió la Política de la Universidad del Este y si bien está aprobada por el Decanato la misma debería contemplar políticas adecuadas a la unidad académica, además es importante que los enunciados sean traducidos a políticas y acciones más específicas con la indicación de objetivos, alcance y responsables de la ejecución y seguimiento de cada una de manera a que su cumplimiento pueda ser evaluado.
- Se visualizaron planillas de disponibilidad en la web institucional con acuse de recibo por parte de los funcionarios pero no se evidenció la realización de talleres, entrevistas a funcionarios de distintos niveles y áreas, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación de los documentos relacionados a los principios y elementos: Política de Control Interno, Acuerdos y Compromisos Éticos, Protocolo de Buen Gobierno,
- El acta visualizada corresponde a una entrevista realizada sólo a los miembros del Equipo Técnico Mecip.

B. Componente control de la planificación

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

En esta fase la Facultad de Filosofía se ubicó en un nivel de madurez INICIAL ALTO con un puntaje 1,89 que indica que el Sistema de Control Interno se encuentra en la fase de diseño y que algunos controles básicos están establecidos. Se detalla a continuación, algunas debilidades, que corresponden sean atendidas por la institución:

- Por Resolución N° 113/18 del Consejo Directivo fue aprobado el Plan Estratégico Institucional - PEI correspondiente al periodo 2018-2022, al respecto se observó que:
 - No se observó la matriz de variables internas y externas (matriz FODA) la cual incluye las principales oportunidades y amenazas, así como las fortalezas y debilidades a las que está expuesta la institución en su operación diaria.
 - No se incluyó la determinación de las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica.
 - Los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS 2030 no fueron vinculados con el PEI de la institución. Cabe señalar además que, conforme al reporte de vinculación del presupuesto obtenido del SICO, el ODS vinculados a la

UNE son el 1,4 y 5 por lo que se observaron discrepancias con el PEI y amerita el análisis de la vinculación de los ODS a fin de ajustar y actualizar la herramienta que orienta a los colaboradores al cumplimiento de los objetivos.

- Los indicadores de gestión definidos en el cuadro de mando integral no fueron correctamente definidos por cada objetivo estratégico debido a que no contiene las dos variables necesarias para la aplicación de fórmula cuyo resultado permita medir el avance hacia el cumplimiento de las metas fijadas, las cuales tampoco fueron establecidas.

Cabe señalar que las metas son la expresión concreta de los objetivos en términos de tiempo y cantidad que dan cuenta de los resultados que se esperan alcanzar con la ejecución del plan en un periodo dado, se sugiere entonces considerar lo observado en este punto para futuras revisiones del PEI.

- El Plan Operativo Anual visualizado no contiene las asignaciones financieras presupuestales correspondiente al ejercicio fiscal 2021.
- Faltó la revisión periódica de los planes de la Facultad, para ajustarlos a los cambios del entorno y al desarrollo de competencias al interior de la misma debido a que sólo se observó revisiones del PEI de la UNE.
- No se pudo comprobar la adecuada comunicación de la Misión, Visión, objetivos y planes de acción debido a que las entrevistas fueron realizadas a un número reducido de funcionarios integrantes del Equipo Técnico Mecip de la Facultad de Filosofía y no a todos los niveles de la organización.
- No se observó el diseño de procedimientos documentados para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa. La Resolución N° 102/21 del Decanato que aprobó el informe de procesos evaluativos planificados de la Facultad indica entre otros aspectos los mecanismos de seguimiento de acciones para el cumplimiento de los planes y no constituye una evidencia válida para lo requerido por la NRM.
- Respecto al modelo de gestión por procesos aprobado por el Vicedecano mediante la Resolución N° 144/2020, se señala:
 - El formulario 37 define todos los macroprocesos de la institución, sin embargo, en los formularios 38 y 39 se identificaron sólo los procesos y subprocesos de la gestión de planificación y desarrollo y no de todos aquellos identificados en el mapa.
 - La gestión de la Alta Dirección no se vio reflejada en la identificación de macroprocesos estratégicos.
 - Los macroprocesos identificados en el formulario 37, no coincidieron con los identificados en la cadena de valor.
 - Los procesos identificados en los formularios 38 y 41, son idénticos a los macroprocesos.

- Los subprocesos detallados en el mapa de procesos no fueron adecuadamente identificados y/o formulados ya que están descriptos como funciones.
- Los objetivos no fueron adecuadamente formulados ya que están escritos como funciones.
- Se observó un despliegue incompleto de la caracterización debido a que no se desarrolló para todos los procesos, incluyendo la definición de:
 - Los objetivos de cada proceso, y su coherencia y armonía con la Misión y objetivos institucionales.
 - Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores.
 - Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios.
 - Los reportes e información generados y sus clientes o beneficiarios.
 - La interacción con otros procesos.
 - Los criterios, mediciones e indicadores de desempeño necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de los procesos.
- Si bien se observó la Resolución N° 175/2020, por la cual se resolvió aprobar la actualización del normograma en su tercera versión, no se evidenció que fuera adecuado a cada proceso y subproceso.
- No se evidenció actividades de revisión del modelo de gestión por procesos en el periodo evaluado.
- No se pudo comprobar que las funciones y responsabilidades hayan sido adecuadamente comunicadas a los funcionarios mediante talleres o capacitaciones para asegurar que cada funcionario conozca cabalmente sus deberes y responsabilidades de modo que pueda rendir cuenta por los mismos, las entrevistas realizadas no abarcaron a todos los niveles de la institución.
- Si bien se observó la Resolución N° 34/21 que aprobó la actualización de la metodología para abordar la gestión de riesgos de la Facultad de Filosofía, no se demostró su aplicación.
- No se observó matrices de riesgos sobre objetivos y planes estratégicos conforme al PEI vigente.
- Ausencia de actividades de revisión del modelo de gestión de riesgos en el periodo evaluado.

C. Componente control de la implementación

Al definir este componente, la NRM señala: *"Abarca las acciones establecidas por la institución, mediante políticas y procedimientos, orientadas a reducir los riesgos que*

puedan afectar el logro de los objetivos de la organización. Las actividades de control son llevadas a cabo por todas las áreas de la organización, a través de los procesos y la tecnología que les da soporte".

El componente control de implementación obtuvo un puntaje de 1,09 con un nivel de madurez INICIAL BAJO e indica que los controles básicos se encuentran establecidos en una fase de diseño siendo necesario tomar medidas de mejora en base a las siguientes debilidades:

- Se observó formulario de diseño de políticas de administración de riesgos sobre los objetivos estratégicos elaborados en el año 2020, no obstante, no se observaron los formularios previos que debieron adjuntarse como antecedentes en el componente de planificación, específicamente en el elemento de identificación y análisis y evaluación de riesgos.
- La institución no definió políticas operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos.
- No se desarrollaron 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.
- La institución diseñó escasos controles para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de las actividades y tareas requeridas para el logro de sus objetivos, se visualizó que fueron elaborados sólo a nivel de algunos macroprocesos.
- Se observó evidencia de la implementación de una metodología a nivel de algunos macroprocesos y procesos no de la totalidad de los identificados en el mapa que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes para asegurar que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.
- Los controles determinados no fueron considerados dentro de su sistema de control, tampoco fueron integrados en los procesos y procedimientos aplicables.
- No se visualizó la existencia de registros o informes que evidencien análisis de capacidades técnicas de los funcionarios tomando como base la educación, formación y/o experiencia adecuada que demuestren la competencia de estos en la ejecución de sus actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno.
- Se observó la Resolución del Consejo Directivo N° 72/21 por la cual se aprobó el proyecto de capacitación en comunicación institucional e interpersonal, sin embargo, no se observó el documento adjunto.
- Tampoco se visualizó la existencia de un plan de capacitación, conforme a necesidades de formación, que tengan relación con la operación y el Sistema de Control Interno que hayan sido previamente detectadas en las evaluaciones de desempeño o en reportes de necesidades por dependencia.

- No se observó reglamento de evaluación de desempeño vigente en el periodo analizado.
- No se verificó la implementación de mecanismos para mantener la calidad de la información, desde la obtención de los datos, procurando que la misma sea:
 - a) Accesible: debe resultar sencillo obtener la información para cada área, de acuerdo a sus requerimientos de información. Los usuarios deben saber qué información está disponible y en qué sistema de información pueden acceder a ella.
 - b) Correcta: los datos utilizados como base deben ser confiables y completos. Los sistemas de información deberían contener validaciones que contribuyan a la integridad y confiabilidad de la información.
 - c) Actualizada: los datos deben obtenerse de fuentes vigentes y actualizarse con la frecuencia necesaria.
 - d) Protegida: se debe restringir el acceso a la información crítica de modo que sólo las personas autorizadas puedan acceder a ella. Para esto, se deben implementar mecanismos apropiados de clasificación de la información.
 - e) Suficiente: la información debe resultar apta, y debe presentar el nivel de detalle necesario considerando los requerimientos de información relevante.
 - f) Oportuna: la información debe estar disponible en los momentos en que sea requerida.
 - g) Válida: la información debe ser obtenida de fuentes autorizadas de acuerdo a procedimientos preestablecidos y debe reflejar con precisión los hechos.
 - h) Verificable: la información debe contar con respaldos de evidencia desde el inicio.
 - i) Conservable: la información debe mantenerse disponible por el período de tiempo necesario, de modo de respaldar las acciones, permitir una apropiada rendición de cuentas y responder ante eventuales revisiones o auditorías.
- No se evidenció controles que aseguren que la información documentada requerida por el Sistema de Control Interno:
 - a) esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite;
 - b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).
- No se observó el diseño e implementación de un procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada como ser:
 - a) definición de niveles de aprobación;
 - b) distribución, acceso, recuperación y uso;
 - c) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
 - d) retención y disposición.

- No se visualizó la existencia de un procedimiento que describa la metodología de identificación y control de los documentos de origen externo según sea adecuado.
- Si bien se evidenció el Manual de Comunicación e Información aprobado por Resolución N° 125/2020 del Decanato cuyo contenido pertenece al Rectorado de la Universidad, no se comprobó la efectiva implementación de las políticas y lineamientos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización, contemplando:
 - Valores.
 - Políticas y procedimientos.
 - Objetivos;
 - Importancia, relevancia y beneficios de los controles internos efectivos;
 - Roles y responsabilidades de las autoridades y demás funcionarios en la ejecución de los controles;
 - Mecanismos para que todos los funcionarios puedan reportar internamente cualquier desvío o evento que pudiera comprometer el funcionamiento del control interno.
- No se verificó la definición de la información que será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados.
- No se comprobó la aplicación de los lineamientos o pautas de acción establecidos en el Manual de Comunicación como, por ejemplo, el reglamento de imagen corporativa que contribuya para fomentar la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales.
- No se observó procedimiento establecido que permita a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias, logrando su motivación y compromiso con la institución, y haciendo que se sientan parte importante dentro del proceso de mejoramiento institucional.
- No se evidenciaron informes de revisión y evaluación de la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados.
- Se definieron políticas y mecanismos para realizar las comunicaciones desde la institución hacia afuera de ella, pero no se visualizó un informe sobre la aplicación y la efectividad de tales políticas, certificando el cumplimiento de los criterios establecidos en la NRM.
- En el Manual de Comunicación contempló algunos lineamientos inherentes a la Rendición de Cuentas, aunque no se observó la inclusión de la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencia de las Rendiciones de Cuentas institucional a la sociedad, además es necesario el diseño de un procedimiento adecuado a la operativa de la unidad académica.

- No se visualizaron actas u otros documentos que evidencien la convocatoria y la realización del evento de Rendición de Cuentas a la ciudadanía con audiencias públicas en el periodo evaluado pese a que se encuentra establecido en el periodo evaluado.

D. Componente control de la evaluación

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

En cuanto al componente de control de evaluación la institución se ubicó en un nivel de madurez INICIAL ALTO con un puntaje de 1,72 por lo que es necesario priorizar medidas de mejora, con base a las siguientes debilidades:

- No fueron diseñados tableros de indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos de la institución que permitan monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales, tampoco mecanismos de monitoreo de los resultados y los desvíos, los seguimientos y reportes de avances del Plan Estratégico Institucional - PEI y el Plan Operativo Institucional - POI solamente no cumplen con los requisitos de la NRM para este principio.

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

- Con relación a la Auditoría interna no se observó:
 - Planificación y procedimientos documentados para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de las Auditorías Internas.
 - Planes e informes de Auditorías Internas relativas al SCI que abarque todo el periodo evaluado.
 - Registros de capacitación y calificación de auditores internos.
 - Otros informes de Auditoría y sus planes de mejoramiento.

E. Componente control para la mejora

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO, con una valoración de 0,73 que describe en la herramienta de evaluación que el control interno no está sistematizado, y algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos.

Se detalla a continuación, algunas debilidades, que corresponden sean atendidas:

- No se observó el informe de Análisis Crítico del periodo evaluado, al respecto la NRM refiere que 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 el cual debe considerar los siguientes datos de entrada:
 - a) El estado de las decisiones y acciones emanadas de anteriores revisiones por la Dirección.
 - b) La vigencia de la Política de Control Interno.
 - c) Los cambios en el contexto externo e interno que sean pertinentes al Sistema de Control Interno, incluyendo su direccionamiento estratégico.
 - d) La información sobre el desempeño del control interno, incluidas las tendencias e indicadores relativos a:
 - Evolución de planes y objetivos institucionales.
 - Seguimiento y resultados de las mediciones.
 - Resultados de las auditorías internas y externas.
 - Retroalimentación de los grupos de interés.
 - Cuestiones relativas a los proveedores e instituciones externas, y a otras partes interesadas pertinentes.
 - Adecuación de los recursos requeridos para mantener un Sistema de Control Interno eficaz.
 - El desempeño de los procesos y la conformidad de los productos y servicios.
 - e) La eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos;
 - f) La gestión de los programas de mejora y las nuevas oportunidades de mejora potenciales.

Por otro lado, los elementos de salida del Análisis Crítico por la Dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) Las oportunidades de mejora continua.
 - b) Cualquier necesidad de cambio en el Sistema de Control Interno, incluyendo las necesidades de recursos.
- No se observó el diseño e implementación de procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora.

V. Conclusión

Del análisis de los documentos suministrados por la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional del Este como resultado de la evaluación la institución obtuvo una valoración consolidada de 1,58 equivalente a un nivel de madurez INICIAL

MEDIO, teniendo en cuenta los elementos definidos en los componentes del Sistema de Control Interno.

Se resalta en este periodo la excesiva cantidad de documentación imprecisa proveída por la institución en la herramienta de evaluación de la NRM en relación a lo requerido en cada principio y elemento, situación tal que dificultó la evaluación, en efecto para el próximo periodo necesariamente se requiere un exhaustivo análisis de las evidencias, por parte de los responsables, a fin de evaluar la correspondencia con cada principio y elemento de la NRM, entendiendo que la importancia de una efectiva gestión radica en la calidad y pertinencia de las evidencias y su adecuada implementación antes que una cantidad innecesaria sin valor agregado.

Por otra parte, en relación a la aprobación de las disposiciones inherentes al Sistema de Control Interno cabe señalar que, de conformidad al estatuto de la Universidad Nacional del Este el gobierno de las Facultades será ejercido por el Consejo Directivo y el Decano siendo algunas de las atribuciones de este último el ejercer la representación, cumplir y hacer cumplir los estatutos, leyes y reglamentos, proponer al Consejo Directivo las medidas para el buen manejo y gobierno de la Facultad, entre otros, en efecto nada objeta que en adelante el Decanato de la Facultad de Filosofía gestione la emisión y aprobación de sus propias disposiciones dada la relevancia e importancia del establecimiento de un Sistema de Control Interno acorde a sus propósitos misionales, por lo cual resulta pertinente su implementación efectiva y consolidación al interior de esta unidad académica, de manera a promover un mayor grado de adaptación a las necesidades particulares de la misma.

Las autoridades actuales deben concebir la implementación de la NRM, como una forma de accionar del funcionario para el mejor manejo de los intereses de la Facultad. En ese sentido, con los documentos definidos del Sistema de Control Interno, no es posible garantizar los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad, en el cumplimiento de sus fines.

Para la efectiva implementación de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno es indispensable la voluntad, compromiso, acompañamiento e involucramiento de la Máxima Autoridad y los funcionarios de la unidad académica.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto más arriba, es necesario que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias a alcanzar la mejora continua en la gestión institucional en busca de la excelencia.

Por tanto, la Facultad de Filosofía de la Universidad del Este deberá:

1. Revisar y analizar de inmediato todos los componentes del SCI que están en fase de elaboración, a fin de determinar las actividades consecuentes para el



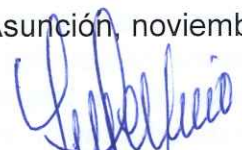
- avance de su implementación, evaluación y mejora continua, que le permita ir madurando hacia la etapa subsiguiente.
2. Elaborar un plan y cronograma para la implementación del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377/16, por la cual se adoptó la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.
 3. Desarrollar iniciativas para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
 4. Gestionar la capacitación del personal directivo y funcionarios sobre la NRM, a fin de apoyar su efectiva implementación.
 5. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2022, sea actualizado en el Sistema Informático para la evaluación del Sistema de Control Interno en la página web de la Contraloría General de la República, a más tardar, el 28/02/23, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Es nuestro informe.

Asunción, noviembre de 2022.



C.P. Mircia Sosa
Auditora
Dirección de Análisis Sectorial



C.P. Irma Delfino
Directora de Área
Dirección de Análisis Sectorial



Dra. Gladys Fernández
Directora General
Dirección General de Control Gubernamental

