



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

JURADO DE ENJUICIAMIENTO DE MAGISTRADOS - JEM

Junio, 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	8
	D. Componente control de la evaluación.....	10
	E. Componente control para la mejora	11
V.	Conclusión.....	12
VI.	Recomendación	13

INFORME EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL JURADO DE ENJUICIAMIENTO DE MAGISTRADOS

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 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:*

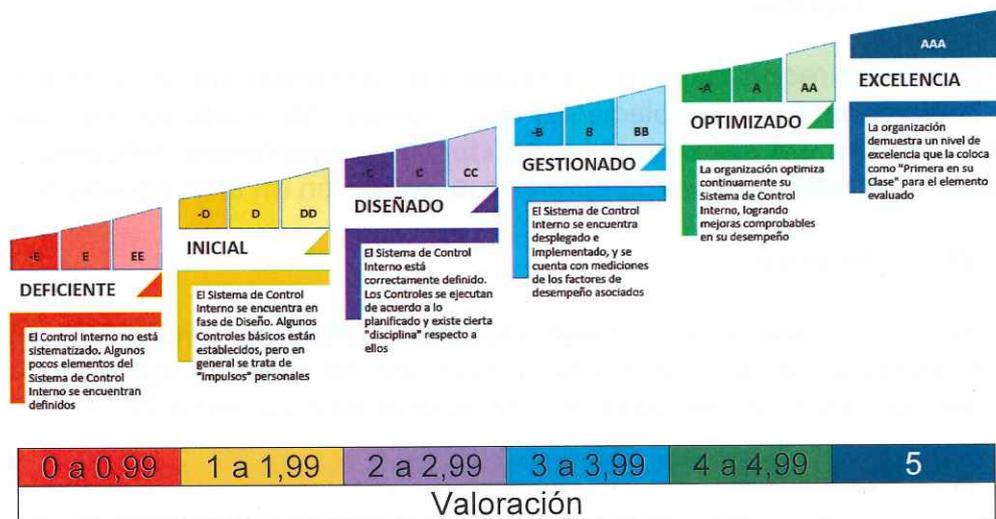
- *Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad de los servicios.*
- *Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- *Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.*
- *Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad".*

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

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos (de la Municipalidad, 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 en el Jurado de Enjuiciamiento de Magistrados - JEM 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:

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]



Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,92	CC	Diseñado
Control de planificación	2,44	C	Diseñado
Control de implementación	0,79	EE	Deficiente
Control de evaluación	2,27	C-	Diseñado
Control para la mejora	2,33	C-	Diseñado
SCI consolidado	1,97	DD	Inicial

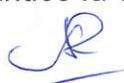
A partir del análisis de los documentos proporcionados por la institución a través de la herramienta de evaluación de la NRM, se señalan las debilidades más significativas por componente de control.

A. Componente ambiente de control

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una valoración 2.92, que describe en la herramienta de evaluación la siguiente situación: *"El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta "disciplina" respecto a ellos"*. Se detalla a continuación, algunas debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación:

- No se comprobó actas u otros documentos que evidencien la participación activa de la Alta Dirección como integrante del Comité de Control Interno, en la toma de conocimiento y decisiones relacionados a los reportes asociados al monitoreo del avance del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional, la efectividad del control de riesgos, los reportes de Auditoría Interna/Externa y los planes de mejoramiento.
- La Resolución Presidencia N° 53/2020 aprobó la Política de Control Interno, asimismo, en el artículo 35. Compromiso frente al MECIP del Protocolo de Buen Gobierno aprobado en la Resolución Presidencia N° 143/21 se estableció la Política frente al Control Interno, sin embargo, no se encuentran correctamente formuladas, no es adecuada al propósito, al contexto de la organización, ni apoya explícitamente al direccionamiento estratégico, tampoco está en coherencia. Al respecto, la NRM señala que una: *"Política contiene directrices, lineamientos u orientaciones por las cuales la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales e institucionales, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos"*.






- En la Resolución Presidencia N° 89/19 se aprobó la actualización del Código de Ética, no se observó la alineación con la cultura institucional relacionada a la integridad, y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública.
- No se observaron actas del Comité de Ética, relacionados a tratamiento de casos sobre incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos, ni un informe estadístico sobre casos presentados, tramitados o derivados a otras instancias.
- La Resolución Presidencia N° 142/21 aprobó los Acuerdos y Compromisos Éticos de las dependencias, al respecto, se observó la firma de cada responsable de las direcciones de áreas o direcciones generales y no de los funcionarios que acordaron los compromisos.
- Se socializaron los Acuerdos y Compromisos Éticos a los miembros del JEM por Memorándums 216, 217, 218 y 219 del 30/11/21; al vicepresidente del JEM por Memorandum N° 224 y 214, sin embargo, no se visualizaron planillas, registros o actas del desarrollo de actividades o talleres de capacitaciones que incluyan discusión acerca de los compromisos éticos.
- Se observaron planillas de socialización del Código de Ética a las distintas dependencias sin la fecha de realización del acto. Más que la socialización de los valores éticos institucionales, para la implantación de la gestión ética, se requiere de acciones formativas, actividades que induzcan a la sensibilización y a la reflexión y que llegue a cada funcionario de la entidad.
- La Resolución Presidencia N° 20/2020 aprobó la Política del Talento Humano, no se observó el compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios, tampoco responde a los valores de igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia.
- Se observó que la Política del Talento Humano no se encuentra en coherencia con el artículo 17. Compromiso con la Protección y el Desarrollo del Talento Humano del Protocolo de Buen Gobierno.
- No se evidenció la existencia de versiones superadas y revisadas, ni actas que evidencien el desarrollo de actividades/talleres de revisión de las Políticas de Talento Humano.
- Si bien se observó un informe de autoevaluación de la Dirección General de Gestión de Talento Humano, No se evidenció un Informe de evaluación de la gestión del Área de Talento Humano elaborado por la Auditoría Interna a fin de verificar el cumplimiento de los procesos y Políticas de Gestión del Talento Humano que asegure que los procesos involucrados tengan en cuenta los valores de igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia.
- No se incluyó documentos que constaten inducción o reinducción, a fin de socializar y sensibilizar a la totalidad de los funcionarios respecto a los documentos requeridos en el presente componente.

- No se comprobó resultado de entrevistas a funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento, entendimiento y aplicación de los principios y elementos aprobados en el componente.

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, Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales"*.

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO MEDIO, con una valoración 2.44, que describe en la herramienta de evaluación la siguiente situación: *"El Sistema de Control Interno se encuentra correctamente definido. Los controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta "disciplina" respecto a ellos. Se detalla a continuación, algunas debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación:*

- La Resolución Presidencia N° 96/19 aprobó la Misión y la Visión Institucional, Al respecto se señala:
 - La Misión no fue correctamente definida, no involucra al cliente usuario, destinatario o beneficiario.
 - La Visión no fue correctamente definida, no provee el marco de referencia de lo que la institución quiere y espera en el futuro, no señala el camino que le permitirá a la JEM establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la institución.
- No se visualizó el procedimiento que defina la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa
- En la Resolución Presidencia N° 96/19 se aprobó el Plan Estratégico Institucional para el periodo 2019-2023 y en la Resolución J.E.M/D.G.G/S.G N° 52/2022, se ajustó el PEI 2019 - 2023, no satisface los criterios básicos para su adecuada formulación. Al respecto, se señalan las siguientes debilidades:
 - No se identificaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible vinculados al presupuesto según el SICO.
 - Las definiciones de objetivos institucionales no fueron correctamente formuladas, tampoco establecieron la meta a largo plazo que la institución espera alcanzar. El Manual Implementación MECIP 2008 señala: *"Para definir los objetivos se pueden hacer los siguientes cuestionamientos:*

¿Qué resultados se espera lograr a largo plazo? ¿A través de qué se logrará hacerlo? ¿Cuál es el fin?

Adicionalmente, tener en cuenta las siguientes recomendaciones para su definición:



- *Iniciar con verbo en infinitivo que implique una acción concreta escribir, identificar.*
 - *Determinar el atributo o sujeto (de la acción) tácito explícito (usualmente se usa tácito).*
 - *Definir un umbral o meta, es decir, que la acción esta adjetivada (calificada). Hace que la acción sea cuantificable y medible (significativamente, intencionalmente).*
 - *Definir el horizonte de tiempo".*
- Las metas detalladas en el mapa estratégico son ambiguas, se establecieron solo para el periodo 2023. El Manual Implementación MECIP 2008 señala: *"meta es el resultado que se desea alcanzar, respecto del factor crítico a medir"*.
 - No se determinaron los recursos necesarios para el logro de los fines trazados
 - Definición de instrumentos de seguimiento y medición del grado de avance de los planes, y de los logros alcanzados.
 - No se observó registro de asistencia a talleres y actas de revisión, análisis, monitoreo y seguimiento de ejecución de los planes estratégicos por parte de la Dirección General de Planificación, establecida en el artículo 2° de Resolución Presidencia N° 96/2019.
 - Si bien el Plan Estratégico Institucional fue publicado en la página web institucional, no se comprobó la realización de taller de sensibilización dirigido a todos los funcionarios de la institución (permanentes, contratados y comisionados), con el fin de que estos tengan conocimiento de los objetivos a ser alcanzados, dentro de su área de competencia y enfocados al cumplimiento del objetivo estratégico, por lo que la publicación en el sitio web no es evidencia suficiente para que los funcionarios sean conscientes de la articulación de su tarea cotidiana con el objetivo específico que le afecta. En ese sentido la NRM señala: *"La institución debe comunicar acerca de su Misión, Visión, objetivos y planes de acción a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones individuales al respecto"*.
 - El cuadro de mando integral, incluyó indicadores, metas, programas de acción, actividades y responsables solo del periodo 2023, en cambio no para el 2022.
- Se visualizó la Resolución Presidencia N° 2/21 que aprobó la Matriz de relación de objetivos macroprocesos/procesos y el mapa de procesos institucional, no se identificó:
 - La gestión de la Dirección Ejecutiva y la Gestión de la Jefatura de Gabinete en los formularios aprobados.
 - La firma de la Máxima Autoridad en el mapa de procesos

- La versión de los documentos.
- No se evidenció la caracterización de los procesos definidos en el mapa de procesos. Al respecto, la NRM señala: *"La metodología aplicada para el diseño e implementación del modelo de gestión por procesos debe establecer:*
 - b) *La caracterización de los procesos, incluyendo la definición de:*
 - *Los objetivos de cada proceso, y su coherencia y armonía con la Misión y objetivos institucionales.*
 - *Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores.*
 - *Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios.*
 - *Los reportes e información generados y sus destinatarios.*
 - *La interacción con otros procesos.*
 - *Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos.*
 - *Los recursos necesarios para su ejecución".*

- La Resolución Presidencia N° 01/21 aprobó el Normograma institucional, el mismo no contiene todos los requisitos legales en vigencia, asimismo, se debe acotar que dicho documento debe ser elaborado por procesos y debe contener todas las disposiciones legales que rigen para el ejercicio del proceso.

Al respecto, la NRM señala: *"La metodología aplicada para el diseño e implementación del modelo de gestión por procesos debe establecer:*

c) La identificación y cumplimiento de la base legal aplicable.

El modelo de gestión por procesos debe ser aprobado por la Máxima Autoridad Institucional, y debe ser sometido a revisiones periódicas para asegurar su conveniencia y adecuación".

- La Resolución J.E.M/D.G.G/S.G N° 100/22 aprobó el Manual de organización, funciones y perfiles; según el organigrama vigente del JEM, extraído del sitio web institucional, contiene perfil de puestos, sin embargo no se encuentra con base a las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue del proceso.
- No se visualizó procedimientos documentados y aprobados como guías técnicas de implementación, o disposiciones con definición de criterios y responsabilidades para la construcción de matrices de riesgo.
- Se visualizó el análisis estratégico interno y externo Institucional, en cambio no la identificación de situaciones riesgosas de las debilidades y amenazas.
- No se evidenció el despliegue de la Identificación y Evaluación de Riesgos de objetivos estratégicos.
- No se comprobó la elaboración de matrices de riesgos sobre procesos/subprocesos críticos.

- No se adjuntó resultado de entrevistas a funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento, entendimiento y aplicación de los principios y elementos aprobados en el componente.

C. Componente control de la implementación

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO, con una valoración 0.79, que describe en la herramienta de evaluación la siguiente situación: *"El Sistema de Control Interno no está sistematizado. Algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos"*. Respecto a los requerimientos mínimos exigidos en este componte, no se observaron documentos e informes tales como:

- Definición de controles derivados de la evaluación de riesgos significativos, tampoco de indicadores que muestren el impacto y efectividad de los controles de los procesos identificados.
- Evaluación de la coherencia entre la magnitud y sofisticación de los controles y la criticidad de los riesgos identificados.
- Políticas Operacionales de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos. Igualmente, de los objetivos estratégicos.
- Incorporación de parámetros que orientan el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento.
- Documentación que defina criterios y frecuencias de revisión de las Políticas Operaciones.
- Procedimientos operativos por proceso, que detalle la secuencia de tareas, actividades, registros aplicables, procedimientos asociados y responsables.

Respecto a algunos documentos visualizados, se señala:

- La Resolución Presidencia N° 67/21 aprobó el procedimiento Baja de bienes patrimoniales para donaciones del proceso gestión administrativa, por otro lado, no fue identificado el subproceso en el mapa de proceso. Además, no está versionado ni fechado.
- La Resolución Presidencia N° 84/21 aprobó el procedimiento Elaboración, revisión, actualización, de Reglamentos Internos asignados a la dependencia.

- y la Resolución Presidencia N° 85/21 aprobó los procedimientos de la Dirección de Auditoría Interna, ambos documentos no tienen versión.
- La Resolución Presidencia N° 63/19 aprobó el procedimiento de Atención y Asesoramiento a la Ciudadanía, no se encuentra orientado a procesos.
 - La Resolución Presidencia N° 74/2020 que aprobó el diseño de procedimientos y flujogramas de varias dependencias, no obstante, no fue adjuntado el Anexo que acompaña el acto administrativo, por consiguiente, no fue evaluado.
- Documentación en relación a la implementación de los controles, o los cambios de los controles existentes.
 - Procedimientos de evaluación para la efectividad de los controles nuevos o existentes, que aseguren que sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportuno.
 - No se observó documentaciones relacionadas a necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno.
 - Se adjuntó el Plan de Capacitaciones 2021, y no acto administrativo de su aprobación.
 - Registros de asistencia de actividades de capacitación, ni certificados de los cursos realizados.
 - Procedimiento que incluya criterios y metodologías aplicables, sobre la evaluación de la eficacia de las actividades de formación implementadas.
 - Fuentes de información relevantes y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno.
 - Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada, tampoco tablas de niveles de aprobación de documentos.
 - Evidencias sobre la metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución, archivo de la información documentada.
 - Procedimiento que describa la metodología de identificación de versionado y cambios en los documentos, tampoco resultado de evaluación de los documentos disponibles en diferentes lugares de trabajo.
 - En relación a las documentaciones adjuntas en la herramienta de evaluación de la NRM, se visualizaron las siguientes observaciones:
 - Correspondencia del nombre de los documentos con el contenido.
 - Documentos incompletos en cuanto al contenido especificado.
 - Evidencias que carecen de legalidad/formalidad (sin firma).
 - Documentos ilegibles.
 - Documentos relacionados con actividades que no corresponden al periodo evaluado.

- Correspondencia de informaciones/documentaciones requeridas como evidencia/criterios por cada pregunta en los componentes, que no guardan relación alguna.
- Evidencias de metodología para la gestión de documentos de origen externo.
- Evidencias de no conformidades o reclamos originadas en fallas de comunicación interna.
- Detalle de la información que será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos, asignando niveles de responsabilidades adecuados.
- Documentos que evidencien la promoción de la identidad institucional, en los funcionarios creando una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales.
- Reportes de evaluación del área de comunicación, que evidencien la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizado.
- El Jurado de Enjuiciamiento de Magistrados tomó el compromiso con la comunicación pública, por medio del artículo 18 del Protocolo de Buen Gobierno establecido en el Capítulo Tercero - Políticas de Comunicación e Información, por el contrario, no se estableció en el Manual de Comunicación. Igualmente, no se evidenció la implementación por medio de mecanismos hacia afuera de la organización.
- La Resolución Presidencia N° 26/21 aprobó el Plan de Rendición de Cuentas y la Resolución Presidencia N° 43/21 aprobó la integración de funcionarios del Comité de Rendición de Cuentas, al respecto, no se observó el cronograma para el cumplimiento del referido Plan y el procedimiento que establezca la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencias de las Rendiciones de Cuentas a la sociedad.
- Evidencias de convocatoria y realización de la Rendición de Cuentas a la sociedad, correspondiente al ejercicio fiscal 2021.
- No se evidenció resultado de entrevistas a funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento, entendimiento y aplicación de los principios y elementos aprobados en el componente.

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 este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, con una valoración 2.27, que describe en la herramienta de evaluación la siguiente situación: *"El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta "disciplina" respecto a ellos"*. Se detalla a continuación, algunas debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación:

- No se comprobó seguimiento y medición de indicadores del nivel estratégico y del operativo.
- No se visualizó tableros de Indicadores, de manera a determinar si están 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.
- No se observó actualización de indicadores definidos.
- No se comprobó la implementación de Auditorías Internas del SCI de acuerdo a lo establecido en la Resolución Presidencia N° 3/21 que aprobó el Plan Anual de Trabajo y cronograma de actividades periodo 2021, y también el cumplimiento de la Resolución Presidencial N° 52/2020 en el artículo N° 2 que encomienda al equipo auditor ejecutar los planes de auditoría aprobados por la Máxima Autoridad.
- No se observó debilidades detectadas, en la evaluación de la efectividad del SCI.
- No se comprobó el seguimiento al plan y cronograma de implementación del Sistema de Control Interno, al cierre del periodo evaluado, por parte de la Auditoría Interna.
- No se evidenciaron registros de capacitación y que aseguren la independencia y objetividad de los auditores internos.
- No se comprobó informe de seguimiento o de evaluación de planes de mejoramiento al cierre del 2021.

E. Componente control para la mejora

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, con una valoración 2.33, que describe en la herramienta de evaluación la siguiente situación: *"El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta "disciplina" respecto a ellos"*. Se detalla a continuación, algunas debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación:

- Si bien el Análisis Crítico fue aprobado con la Resolución Presidencia N° 147/21, no se evidenció participación de la Máxima Autoridad. El informe de evaluación del SCI elaborado por la Dirección General de Coordinación de MECIP, se debe tomar como insumo en reunión del Comité Ejecutivo o de Control Interno, siendo el registro aplicable un acta o un Informe rubricado por todos los participantes o

miembros del nivel directivo, en el que debe constar las decisiones tomadas y las acciones de mejora propuestas.

Es importante recordar 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, en este sentido, no se observaron evidencias de que la Dirección haya realizado el análisis crítico del SCI.

- Asimismo, el Análisis Crítico, no incluyó consideraciones sobre:
 - a) Decisiones y acciones emanadas de anteriores revisiones por la Dirección.
 - b) Vigencia de la Política de Control Interno.
 - c) Cambios en el contexto externo e interno que sean pertinentes al Sistema de Control Interno.
 - d) Información sobre el desempeño del control interno, incluyendo:
 - Evolución de planes y objetivos.
 - Resultados de las mediciones.
 - Resultados de las auditorías internas y externas.
 - Retroalimentación de los grupos de interés.
 - Cuestiones relativas a proveedores e instituciones externas, y a otras partes interesadas pertinentes.
 - Adecuación de los recursos requeridos para un SCI eficaz.
 - Desempeño de los procesos y la conformidad de productos y servicios.
 - e) Eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos.
 - f) Gestión de los programas de mejora.
- No se evidenció Informes de Evaluación de planes de mejoramiento, con base a los Informes finales de la Auditoría Interna ejecutadas en el periodo 2021 en cumplimiento al Plan Anual de Auditoría.
- No se visualizó procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora.

V. Conclusión

Del análisis de los documentos suministrados por el Jurado de Enjuiciamiento de Magistrados, como resultado de la evaluación, la institución obtuvo una valoración consolidada de 1.97, equivalente a un nivel de madurez INICIAL ALTO, teniendo en cuenta los elementos definidos en los componentes del Sistema de Control Interno.

Si bien la delegación es una figura permitida en las normativas del sector público, representa el mínimo nivel de involucramiento de la Máxima Autoridad. La suscripción de los actos administrativos y de las herramientas que son parte del sistema de control interno, son insuficientes para lograr los resultados que pretende la herramienta tales

como mejor liderazgo, una nueva cultura institucional enfocada en el usuario, mejoras en la comunicación, transparencia e imagen institucional, y lo más importante de todo, la satisfacción de necesidades y expectativas de la ciudadanía.

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, el Jurado de Enjuiciamiento de Magistrados deberá:

1. Ajustar el 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 adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.
2. Desarrollar iniciativas para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
3. Gestionar la capacitación de los funcionarios sobre los requisitos mínimos señalados en la Norma de Requisitos Mínimos, a fin de apoyar su implementación.
4. 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, de junio de 2022.



C.P. Antonia Miranda
Auditora

Dirección de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República



C.P. Irma Delfino
Directora de Área

Dirección de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República



Dra. Gladys Fernández
Directora General

Dirección General de Control Gubernamental
Contraloría General de la República



