

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nº 24/2025

Informe de seguimiento al Plan de Trabajo del SCI NRM MECIP 2015 (Informe CGR Junio 2025), Res. UTGS Nº 70/2025.



AII - UTGS

Compon ente	Norma de Requisitos Mínimos por Componente	Nivel de Madurez	Sugerencias señaladas por la CGR	Acción de Implementación	Periodo		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento	Avance de Cumplimiento (%)-Comentarios, Evidencias				
					Ejercicio Fiscal 2025-2026 Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Responsables Directivos	Responsables Operativos						
A- COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL														
	"La institución debe propiciar una conciencia de control que influya profundamente en la cultura organizacional manteniendo su orientación hacia el cumplimiento de su función constitucional, legal, y la finalidad social del Estado".	2,90 CC Diseñado Alto	1. No se evidenció que la Política de Control Interno - versión 2.0, aprobada en la Resolución UTGS/DE 60/24, haya sido comunicada eficazmente, sea entendida por todos los funcionarios y demuestren entendimiento y aplicación. 2. No se observó la inclusión del compromiso de la no discriminación en el Código de Ética - versión 4.0, aprobado en la Resolución UTGS 59/24. 3. En la Resolución UTGS/DE 47/24 se conformó el Comité de Ética, sin embargo, no se evidenciaran informes en cumplimiento al artículo 5° de la normativa señalada. 4. Si bien se observaron los valores éticos de 11 dependencias, no se compararon los Acuerdos y Compromisos Éticos de todas las áreas componentes en la estructura organizacional. 5. Al respecto, la NRM señala: "El Código de Ética debería ser traducido en compromisos éticos en cada una de las dependencias de la institución, asumiendo formas concretas de actuación, de acuerdo con las funciones y responsabilidades específicas que el área cumple en el desempeño de su función". 6. No se comprobó que la revisión y construcción de la nueva versión del Código de Ética fuera de manera participativa y consensuada entre funcionarios de todos los niveles. 7. En la Resolución UTGS 61/24 se aprobó el Código de Buen Gobierno - versión 4.0, y se señalan las siguientes consideraciones: a) Se evidenció que no incluyó el compromiso de la no discriminación. b) No se evidenció informe del Comité de Buen Gobierno en observancia del artículo 6° de la Resolución UTGS/DE 47/24. c) No se comprobó que, para la nueva versión del Código de Buen Gobierno aprobada, se haya realizado la revisión en el nivel directivo, de manera a asegurar que permanezca pertinente y apropiado. d) No se visualizó informe sobre el seguimiento del desarrollo y cumplimiento de las políticas contenidas en el Código de Buen Gobierno. 8. Asimismo, no se presentó evidencia que compruebe la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones ante los incumplimientos en su gestión. 9. No se observaron informes sobre resolución de controversias suscitadas durante el año sujeto a análisis. 10. En la Resolución UTGS/DE 84/24 se aprobó la Política de Talento Humano, sin embargo, no se evidenció que responda a los valores de igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia, como señala la NRM. 11. Si bien se observó el informe AII 07/25 sobre la percepción del Sistema de Control Interno, no se visualizó un informe de gestión del área de Talento Humano, elaborado por la Auditoría Interna Institucional, a fin de verificar el cumplimiento de los procesos y las Políticas del Talento Humano.											
				1-Capacitación sobre la PCI, utilización de cartelería, entrevistas al personal que demuestren entendimiento y aplicación de la PCI. 2-Revisión del Código de ética a los Efectos de diferenciar el principio de no discriminación. 3-Convocatoria al Comité de ética para el cumplimiento de sus funciones. 4-Elaboración de los acuerdos y compromisos éticos por áreas de la institución. 5-Elaboración de la nueva versión del Código de ética con participación del personal de todos los niveles de la institución. 6-Revisión del Protocolo de Buen Gobierno a los efectos de diferenciar el principio de No discriminación, convocatoria al Comité de Buen Gobierno a los efectos del cumplimiento de las funciones previstas para el mismo, evidenciar que la nueva versión del PGB ha sido revisada por el Nivel Directivo. 7-Elaboración de Guía para la administración de riesgos y definición de controles. 8-Elaboración de informes sobre la solución de controversias si las hubiere. 9- Revisión de la Política de Talento Humano, a los efectos de que se ajuste a las NRM. 10-Elaboración de Informes de Gestión del Área de Talento Humano por la AII, como se realizó el año 2024 de acuerdo al Informe AII N° 004/2024.						1-Evidencias sobre la capacitación (convocatorias, actas, planillas de asistencias, y fotografías) 1.2- Cartelería Visible 2-Nueva versión del Código de ética 3-Actas e Informes del Comité de ética 4-Acuerdos y compromisos éticos por dependencias 5-Nueva versión del Código de ética elaborado de forma participativa con las evidencias que demuestran (convocatoria, planillas de asistencia, actas y fotografías) 6-Nueva versión del PGB que diferencia el principio de no discriminación 6.1- Actas e informes de cumplimiento de funciones y del seguimiento y cumplimiento de las políticas contenidas en el Protocolo de Buen Gobierno. 7- Guía para la administración de riesgos y definición de controles aprobado por acto administrativo. 8-INforme sobre solución de controversias o de la no existencia de las mismas del Comité de Buen Gobierno 9-Nueva versión de las Políticas de Talento Humano, conforme a las NRM. 10-INforme de la AII sobre la gestión del área de TH y cumplimiento de los procesos y la PTH.	Junio 2025 Diciembre 2025	Comité de Control Interno (CCI)	1-Coordi nación MECIP-AII 2-Coordi nación MECIP/ETM 3-Coordi nación MECIP/AII/CE 4-Coordi nación MECIP/Dependen cias Institucionales 6 a)8) Equipo Técnico MECIP/Coordi nación MECIP/Comité de Buen Gobierno/ 9) Dependencias Institucionales/CA F/DGDP/Coordi na ción MECIP 10-AII	1) Avance 100% - PCI actualizada y elaborada de forma participativa, cartelería visible, capacitación. 2) Avance 100 % - Código de ética Versión 6, o elaborado de forma participativa y con la inclusión del compromiso de no discriminación 3) Avance: 100 % - Reuniones del Comité de Ética, Actas CE 1 a la 8. 4) Avance 100 % - Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia aprobados vía Resolución Institucional. 5) Avance: 100% Código de ética Versión 6.0/2025 6) Avance: 100% Nueva versión del PGB, incorporando principios de no discriminación 7) Avance: 100%-Guía para administración de riesgos aprobada vía Resolución Institucional. 8) Avance: 60%-Actas de reunión Comité de Buen Gobierno 9) En elaboración 10) Avance 100% -INforme AII N° 06/2025 PTH


Victor Lopez
 Abogado
AS, 15/12/2025

Institución: UNIDAD TECNICA DEL GABINETE SOCIAL - PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Máxima Autoridad: HECTOR CARDENAS - DIRECTOR EJECUTIVO

Auditor Interno: Víctor López

Correo electrónico: auditoriautgs@gabinetesocial.gov.py

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - GABINETE SOCIAL 2025			Fecha del Informe CGR	Acción de Implementación	Periodo		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento	Avance de cumplimiento (%) - Comentarios, Evidencias
Componente	Norma de Requisitos Mínimos por Componente	Nivel de Madurez	JUNIO 2025		Ejercicio Fiscal 2025-2026		Responsables de Ejecución			
			Sugerencias señaladas por la CGR		Periodo de Ejecución		Responsables Directivos	Responsables Operativos		
					Fecha de Inicio	Fecha de Finalización				
B- COMPONENTE CONTROL DE PLANIFICACIÓN	"La institución debe determinar el marco de referencia que oriente su gestión hacia el cumplimiento de su Misión, el logro de su Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales".	2,65 C Diseñado	<p>1. Se evidenciaron formularios de procedimientos que datan del año 2017 y no se remitieron registros que comprueben su revisión ni actualización.</p> <p>2. Se evidenció un documento conteniendo el Plan Estratégico Institucional – PEI 2024-2028. Al respecto, se señala:</p> <p>a) No se evidenció un acto administrativo de aprobación.</p> <p>b) No se presentó evidencia que compruebe el establecimiento de uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa.</p> <p>c) En el documento del PEI no se observó una vinculación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible, teniendo en cuenta que se verificó en el reporte del Sistema Integrado de Contabilidad, que la institución tiene vinculación presupuestaria con los ODS 1 Fin de la Pobreza, 2 Hambre Cero y 10 Reducción de las Desigualdades, situación que la institución no tuvo en cuenta para la elaboración del PEI presentado.</p> <p>d) No se observó informe sobre el seguimiento y medición del grado de avance, del PEI al cierre del periodo sujeto a análisis.</p> <p>e) Si bien se observó el Acta SCI Mecip 36/24 sobre la socialización de la Misión, Visión y PEI con planillas con firmas, no se evidenciaron acciones, actividades, talleres o capacitaciones que la institución haya realizado para la efectiva comunicación de su Misión, Visión, objetivos y planes de acción a todos los niveles de la organización. 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".</p> <p>3. En la Resolución UTGS/DE 123/24 se aprobaron los formularios referentes al modelo de gestión por procesos. Al respecto, se indica:</p> <p>a) La estructura orgánica, aprobada por la Resolución 10/17, no se ajustó al mapa de procesos aprobado por Resolución 123/24. En este punto, la NRM señala: "El modelo de gestión por procesos deberá ser tenido en cuenta para la definición y/o revisión de la estructura organizacional".</p> <p>b) No se observó caracterización de todos los procesos identificados, la NRM señala que se debe incluir la definición de: Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores.</p> <p>c) Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios.</p>	1 -Actualizar los procedimientos de las diferentes áreas institucionales 2-Emisión del Acto Administrativo que aprueba el PEI 2024-2028 conforme a la autorización otorgada por la DGP del MEF. Emitir resolución que adopte la guía para la elaboración del PEI, establecida por el Ente rector. El PEI elaborado y aprobado, si posee vinculación con los ODS y el PND. Presentación de informe sobre el seguimiento y medición del grado de avance del PEI, Realización de capacitación sobre la socialización de la misión, Visión, principios y valores y PEI. 3-Isistir en los trámites vinculados a la actualización del organigrama institucional iniciados en el año 2024. Realizar la caracterización de los procesos identificados.	Enero 2025	Diciembre 2025	Comité de Control Interno (CCI)	1- Coordinación MECIP/Dependencias Institucionales 2-Dirección Ejecutiva/AII 3-DE/Coordinación MECIP/Todas las dependencias institucionales	<p>1-Procedimientos actualizados y aprobados por acto administrativo</p> <p>2-Acto Administrativo que aprueba el PEI 2024-2028</p> <p>2,1- Acto administrativo que adopte la guía metodológica para la elaboración del PEI emitida por el ente rector.</p> <p>2.2-En el PEI 2024-2028 elaborado y aprobado se ha realizado la vinculación con los ODS y PND.</p> <p>2.3-Informe de la AII sobre el seguimiento y medición del grado de avance del PEI.</p> <p>2.4 Capacitación realizada sobre la Misión, Visión, principios y Valores y el PEI respaldada con evidencias (convocatoria, acta, planilla de asistencia, contenido programático y tomas fotográficas)</p> <p>3-Documentos que respaldan la realización de los trámites pertinentes. Caracterización de los procesos identificados, aprobados vía acto administrativo.</p>	<p>1) Avance 100 % - Formatos MECIP de procedimientos aprobados vía acto administrativo</p> <p>2)Avance: 100 % PEI 2024-2028 aprobado ia Resolución Institucional</p> <p>2.1) Avance:100 % Guía metodologica uso bligatorio-Res.UTGS arueba PEI</p> <p>2.2) Avance: 100 % - PEI 2024-2028 aprobado con vinculación con los ODS y el PND</p> <p>2,3) Avance: 100-INforme reportado por Planificación</p> <p>2.4) Avance:100%-Actas, capacitación PEI</p> <p>3) Avance 100 %, Caracterización de procesos aprobada vía resolución institucional, construida de forma participativa.</p>



Víctor López
Abogado

As. 15/12/2025

Institución: UNIDAD TECNICA DEL GABINETE SOCIAL - PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Máxima Autoridad: HECTOR CARDENAS - DIRECTOR EJECUTIVO

Auditor Interno: Víctor López

Correo electrónico: auditoriautgs@gabinetesocial.gov.py

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - GABINETE SOCIAL 2025			Fecha del Informe CGR	Acción de Implementación	Periodo		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento	Avance de Cumplimiento (%), Comentarios, Evidencias			
Componente	Norma de Requisitos Mínimos por Componente	Nivel de Madurez	JUNIO 2025		Ejercicio Fiscal 2025-2026		Responsables de Ejecución						
			Sugerencias señaladas por la CGR		Periodo de Ejecución		Responsables Directivos	Responsables Operativos					
					Fecha de Inicio	Fecha de Finalización							
B- COMPONENTE CONTROL DE PLANIFICACIÓN	"La institución debe determinar el marco de referencia que oriente su gestión hacia el cumplimiento de su Misión, el logro de su Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales".	2.65 C Diseñado	<p>d) Las informaciones y los reportes generados y sus destinatarios.</p> <p>e) La interacción con otros procesos.</p> <p>f) Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos.</p> <p>g) Los recursos necesarios para su ejecución.</p> <p>4. En la Resolución UTGS/DE 115 de fecha 5/12/24 se aprobó el normograma, sin embargo, se observó que dicho documento no se fue estructurado en función de los procesos identificados en el mapa de procesos institucional, lo que limita su utilidad como herramienta de apoyo a la gestión por procesos.</p> <p>5. El organigrama fue aprobado por Resolución 10/17, y en la Resolución UTGS 259/22 se aprobó el perfil de cargos, sin embargo, no se verificó concordancia entre los documentos. La NRM establece que la estructura organizacional debe reflejar adecuadamente la asignación de funciones, responsabilidades y niveles jerárquicos, y debe estar alineada con el modelo de gestión por procesos y los perfiles de puestos definidos. La falta de actualización de estos documentos puede afectar la claridad en las responsabilidades institucionales, la eficiencia en la toma de decisiones y la gestión del capital humano.</p> <p>6. No se evidenció el establecimiento de procedimientos para la Identificación y Evaluación de Riesgos y determinación de las medidas de control necesarias.</p> <p>7. La Resolución UTGS/DE 75/24 aprobó la Política de Gestión de Riesgos – versión 2.0, sin embargo, se señalan las siguientes debilidades:</p> <p>a) No se observaron resultados de auditoría de campo; identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento.</p> <p>b) Solo fueron identificados riesgos por macroprocesos, no así por procesos, subprocesos y actividades.</p> <p>c) No se evidenció la guía metodológica para la Identificación y Evaluación de Riesgos.</p>	4. Actualización del Normograma Institucional en función de los procesos identificados	5-Insistir en los trámites para la actualización del organigrama y en consecuencia el manual de perfiles	6- Elaboración de Guía para la administración de riesgos y definición de controles, que contemple los procedimientos para la identificación y evaluación de riesgos y determinación de las medidas de control	7-Actualización de la PGR conforme a la NRM.	Enero 2025	Diciembre 2025	Comité de Control Interno (CCI)	<p>4. Dependencias Institucionales y Coordinación MECIP</p> <p>5. DE y Coordinación MECIP</p> <p>6. Coordinación MECIP y ET MECIP</p> <p>7. Coordinación MECIP/ ET MECIP</p>	<p>4-Normograma actualizado en función a los procesos identificados y aprobados vía acto administrativo</p> <p>5-Documentos que respaldan la realización de los trámites pertinentes para la actualización el organigrama y posterior adecuación del manual de perfiles</p> <p>6-Guía para la administración de riesgos y definición de controles, que contemple los procedimientos para la identificación y evaluación de riesgos y determinación de las medidas de control, aprobados por acto administrativo</p> <p>7-PGR actualizada conforme la NRM aprobada por acto administrativo.</p>	<p>4) Avance: 100 % - Normograma actualizado</p> <p>5) Avance: 40% Notas al MDS-VMCH-MEF</p> <p>6) Avance: 100 %-Guía para la administración de riesgos aprobada</p> <p>7) Avance 100 % -PGR aprobada</p>


 Víctor López
 Abogado

As, 15/12/2025

Institución: UNIDAD TECNICA DEL GABINETE SOCIAL - PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Máxima Autoridad: HECTOR CARDENAS - DIRECTOR EJECUTIVO

Auditor Interno: Víctor López

Correo electrónico: auditoriautgs@gabinetsocial.gov.py

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - GABINETE SOCIAL 2025			Fecha de Informe CGR	Periodo	Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento (Definir meta)	Avance de cumplimiento de acciones (%), Comentarios, evidencias		
Componente	Norma de Requisitos Mínimos por Componente	Nivel de Madurez	JUNIO 2025	Ejercicio Fiscal 2025-2026		Responsables				
			Sugerencias señaladas por la CGR	Acción de Implementación	Periodo de Ejecución	Responsables Directivos			Responsables Operativos	
					Fecha de Inicio	Fecha de Finalización				
C- COMPONENTE CONTROL DE IMPLEMENTACIÓN	"Abarca las acciones establecidas por la institución, mediante políticas y procedimientos, orientados 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".	1,04 D - Inicial	<p>1. La institución no remitió evidencia sobre la definición ni implementación de controles que contribuyan a mitigar los riesgos significativos que podrían afectar el logro de los objetivos a niveles tolerables.</p> <p>2. Al respecto, en el principio de control operacional, es necesaria la actualización del modelo de gestión por procesos y la de Identificación y Evaluación de Riesgos. La institución debe revisar la documentación relacionada con las Políticas Operacionales, y adecuarla al modelo de gestión por procesos, incluyendo en los procedimientos las actividades de control basadas en dichas Políticas Operacionales.</p> <p>3. Por tanto, los controles y la efectividad de los controles serían pertinentes, suficientes y eficaces en la medida que estén directamente relacionados a la correcta elaboración y actualización del modelo de gestión por procesos y la administración de riesgos.</p> <p>4. Además, cabe señalar que las Políticas Operacionales deben de estar en coherencia con los riesgos institucionales.</p> <p>5. No se verificó que las Políticas Operacionales, aprobadas en la Resolución 260/22, incluyan los siguientes criterios:</p> <p>a) Coherencia entre las políticas y los lineamientos estratégicos determinados por el componente de control de la planificación, en particular con los principios de gestión por procesos y la identificación y evaluación de riesgos.</p> <p>b) Incorporación de parámetros que orienten el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento.</p> <p>c) Definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento.</p> <p>6. No se presentaron registros que comprueben la adecuada comunicación de las Políticas Operacionales a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones al respecto.</p> <p>7. Si bien se visualizó el Manual de Procedimientos, aprobado en la Resolución 136/17, no se observaron procedimientos en los que se puedan identificar las actividades, las tareas y el método de los procesos críticos.</p> <p>8. Al respecto, la NRM señala que: "El directivo responsable de cada proceso o dependencia vinculada, juega un papel protagónico en el diseño de los procedimientos, dado su nivel de autoridad y responsabilidad directa sobre ellos y cada funcionario es responsable de ejecutar sus actividades conforme a los procedimientos definidos en la institución".</p> <p>9. La institución no adjuntó evidencia sobre el diseño y aplicación de controles adecuados 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.</p> <p>10. No se observó la implementación de una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes, asegurando que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.</p> <p>11. No se observó evidencia que compruebe que los funcionarios son competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno.</p> <p>12. No se evidenció que se hayan identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno. Tampoco se verificaron reportes por dependencia ni informe del área encargada de Recursos Humanos.</p>	<p>1- Identificación de los riesgos, sus causas, efecto, impacto, nivel de ocurrencia, forma de mitigación, entre otros</p> <p>2 al 5- Revisión y actualización de las Políticas Operacionales conforme a los preceptos de la NRM</p> <p>6- Realizar jornadas de socialización con todos los niveles de la institución sobre las PO que fuera aprobada por acto administrativo</p> <p>7- Realizar la caracterización de los procesos identificados</p> <p>8- Elaboración de Guía para la administración de riesgos y deficiencia de controles, que contemple el diseño de aplicación de controles adecuados.</p> <p>9- Elaboración de la Guía para la administración de Riesgos y definición de controles, que contemple el diseño de aplicación de controles adecuados</p> <p>10- Realizar entrevistas que demuestren la competencia del personal de las acciones que puedan causar impacto en el SCI.</p>	Julio 2025	Diciembre 2025	Comité de Control Interno (CCI)	<p>1, 2, 3, 4, 5, 8 y 9 Dependencias Institucionales/ ET MECIP</p> <p>6 Coordinación MECIP</p> <p>7- Dependencias Institucionales 10-AII</p>	<p>1- Formato de identificación y evaluación de riesgos, de macroprocesos, procesos y actividades, aprobados vía acto administrativo</p> <p>2 al 5) Políticas Operacionales actualizadas y aprobadas por acto administrativo</p> <p>6) Jornada de Socialización de las PO aprobadas con las evidencias (convocatoria, contenido programático, planillas de asistencias, acts y tomas fotográficas)</p> <p>7 Caracterización de los procesos identificados, aprobados vía acto administrativo.</p> <p>8- Guía de administración de riesgos y definición de controles, aprobados por acto administrativo</p> <p>9- Guía para la administración de riesgos y definición de controles adecuados, aprobados por acto administrativo.</p> <p>10- Informe de AII sobre competencia del personal de la institución para la ejecución de las actividades que causen impacto en el SCI.</p>	<p>1) Avance 100%- Formato de Identificación y Evaluación de Riesgos a nivel de Macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades aprobado vía resolución.</p> <p>2 al 5) Avance 100 % - Políticas Operacionales actualizadas y aprobadas vía acto administrativo</p> <p>6) Avance 100 % -</p> <p>7) Avance 100 % - Caracterización de Procesos Aprobados vía Acto Administrativo</p> <p>8) Avance 100 %</p> <p>9) Avance 100 %</p> <p>10) Avance : 20% Informe en elaboración</p>



Víctor López
Abogado

As, 19/12/2025

Institución: UNIDAD TECNICA DEL GABINETE SOCIAL - PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Máxima Autoridad: HECTOR CARDENAS - DIRECTOR EJECUTIVO

Coordinador Mecip: Daniel Augsten

Correo electrónico: meciputgsprov@gmail.com

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - GABINETE SOCIAL 2025

Componete	Norma de Requisitos Mínimos por Componente	Nivel de Madurez	Fecha de Informe CGR	Acción de Implementación	Periodo		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento (Definir meta)	Avance de cumplimiento de Acciones (%), Comentarios-Evidencias
			JUNIO 2025		Ejercicio Fiscal 2025-2026		Responsables			
			Sugerencias señaladas por la CGR		Periodo de Ejecución	Responsables Directivos	Responsables Operativos			
					Fecha de Inicio	Fecha de Finalización				
C- COMPONENTE CONTROL DE IMPLEMENTACIÓN	"Abarca las acciones establecidas por la institución, mediante políticas y procedimientos, orientados 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".	1.04 D - Inicial	<p>13. Se observó la Resolución UTGS/DE 85/24 que aprobó el Reglamento de Formación y Capacitación, en ese contexto, se detallan algunas debilidades detectadas:</p> <p>a) No se evidenció un plan de capacitación para el ejercicio fiscal 2024.</p> <p>b) No se evidenció la realización de la evaluación de desempeño de los funcionarios ni reportes sobre las necesidades de formación y capacitación por dependencia.</p> <p>c) No se observó una base de datos de funcionarios ni matrices de polifuncionalidad.</p> <p>d) No se verificó una base de datos con registros de capacitaciones</p> <p>14. No se observó evidencia de la determinación de fuentes de información internas y externas.</p> <p>15. No se evidenció que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna.</p> <p>16. No se evidenciaron controles que aseguren que la información documentada requerida por el Sistema de Control Interno:</p> <p>a) esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite;</p> <p>b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).</p> <p>17. Tampoco se demostró tratamiento de las siguientes actividades, según sea aplicable:</p> <p>a) definición de niveles de aprobación;</p> <p>b) distribución, acceso, recuperación y uso;</p> <p>c) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;</p> <p>d) control de cambios (por ejemplo, control de versión);</p> <p>e) retención y disposición.</p> <p>18. No se remitió evidencia que compruebe que la información documentada de origen externo, que la institución ha determinado que es necesaria para la planificación y operación del Sistema de Control Interno, sea identificada y controlada, según sea adecuado.</p> <p>19. Si bien se observó la Resolución 191/21 que aprobó el Manual de Comunicación y Política de Gestión de la Información, no se evidenció la eficacia de su implementación ni informes sobre si su uso asegura mantener la calidad de la información, desde la obtención de los datos, procurando que la misma sea:</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>c) Actualizada: los datos deben obtenerse de fuentes vigentes y actualizarse con la frecuencia necesaria.</p> <p>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.</p> <p>e) Suficiente: la información debe resultar apta, y debe presentar el nivel de detalle necesario considerando los requerimientos de información relevante.</p> <p>f) Oportuna: la información debe estar disponible en los momentos en que sea requerida.</p> <p>g) Válida: la información debe ser obtenida de fuentes autorizadas de acuerdo a procedimientos preestablecidos y debe reflejar con precisión los hechos.</p> <p>h) Verificable: la información debe contar con respaldos de evidencia desde el inicio.</p> <p>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.</p>	<p>11-Evidenciar la identificación de las necesidades de formación referidas al SCI y de las demás por cada área institucional</p> <p>12-Culminar el proceso de Evaluación de desempeño en el presente Ejercicio Fiscal 2025. Elaborar bases de datos y matrices de polifuncionalidad. Elaborar registros de capacitaciones</p> <p>13-Identificar fuentes de información interna y externa e incluirlas en el plan de comunicación institucional</p> <p>14-Definir los niveles de aprobación de cambios de los documentos</p> <p>15 y 16: Secretaría General</p> <p>17) Coordinación MECIP/AII</p> <p>18) Secretaría General</p> <p>19) Coordinación MECIP</p> <p>20) CAF/DGDP</p> <p>21) UAI</p>	Marzo 2025	Julio 2025	Comité de Control Interno (CII)	<p>11-DE/CAF/DGDP</p> <p>12-CAF/DGDP</p> <p>13-CAF/DGDP</p> <p>14-Coordinación MECIP</p> <p>15 y 16: Secretaría General</p> <p>17:Coordinación MECIP/AII</p> <p>18-Secretaría General</p> <p>19-Coordinación MECIP</p> <p>20-CAF/DGDP</p> <p>21-UAI</p>	<p>11- Documentos presentados por las diferentes áreas de la institución donde constan las necesidades de capacitación específicas y de la implementación de las NRM.</p> <p>12-Informe de la Comisión de Evaluación, acto administrativo que aprueba el proceso de evaluación de desempeño realizado entre otros. Base de datos de funcionarios elaborada y matrices de polifuncionalidad aprobada por acto administrativo. Registros de capacitaciones elaborada por el área competente</p> <p>13-Plan de Comunicación Institucional que contemple o incluya las fuentes de información internas y externas.</p> <p>14-Niveles de aprobación de documentos establecidos por acto administrativo. Metodología para la identificación de versión y cambios en los documentos aprobados</p>	



Victor López
Abogado

As, 15/12/2025

Institución: UNIDAD TECNICA DEL GABINETE SOCIAL - PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Máxima Autoridad: HECTOR CARDENAS - DIRECTOR EJECUTIVO

Auditor: Victor López

Correo electrónico: auditoriautgs@gabinetesocial.gov.py

INFORME DE EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - GABINETE SOCIAL 2025			Fecha de Informe CGR	Acción de Implementación	Periodo		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento (Definir meta)	Avance de cumplimiento (%), Comentarios , Evidencias
Componente	Norma de Requisitos Mínimos por Componente	Nivel de Madurez	JUNIO 2025		Ejercicio Fiscal 2025-2026		Responsables Directivos	Responsables Operativos		
			Sugerencias señaladas por la CGR		Periodo de Ejecución					
					Fecha de Inicio	Fecha de Finalización				
C- COMPONENTE CONTROL DE IMPLEMENTACIÓN	"Abarca las acciones establecidas por la institución, mediante políticas y procedimientos, orientados 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".	1,04 D - Inicial	<p>20. No se presentó registro sobre la aplicación de lineamientos establecidos para fomentar la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios clara conciencia y compromiso con los propósitos misionales.</p> <p>21. No se evidenció la implementación de conversatorios ni de mecanismos que permitan a los funcionarios a expresar sus opiniones o sugerencias.</p> <p>22. En la Resolución UTGS/DE 14/24 se aprobó el plan de Rendición de Cuentas al ciudadano para el año 2024, sin embargo, no se adjuntó evidencia que compruebe su realización. Al respecto, se señala que:</p> <p>a) No se observaron actas u otros documentos que evidencien la realización de la Rendición de Cuentas a la ciudadanía.</p> <p>b) No se visualizó documentos que permitan comprobar el cumplimiento de los procedimientos de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía.</p>	<p>11-Evidenciar la identificación de las necesidades de formación referidas al SCI y de las demás por cada área institucional</p> <p>12-Culminar el proceso de evaluación de desempeño en el presente ejercicio fiscal 2025. y16- Elaboración del Protocolo para la tramitación y gestión de la información</p> <p>Elaborar base de datos y matrices de polifuncionalidad. Elaborar registro de capacitaciones</p> <p>13-Identificar fuentes de información interna y externa e incluirlas en el plan de comunicación institucional</p> <p>14-Definir los niveles de aprobación de documentos y la metodología para la identificación de versión y cambios en los documentos</p> <p>15 y 16- Elaboración del protocolo para la tramitación y gestión de la información documentada. Definir los niveles de aprobación de documentos.</p> <p>17-Incluir el procedimiento para la identificación de los documentos externos necesarios para la planificación del SCI.</p> <p>18-Elaborar informe a los efectos de verificar si el manual de comunicación y política de gestión de la información</p> <p>19-Elaborar el Plan de Medición del Clima Laboral e implementación de la encuesta del clima laboral</p>	Marzo 2025	Julio 2026	<p>11-DE/CAF/DGDP</p> <p>12-CAF/DGDP</p> <p>13-CAF/DGDP</p> <p>14-Coordinación MECIP</p> <p>15 y 16-SG</p> <p>17-Coord. MECIP/AII</p> <p>18-SG</p> <p>19-Coord. MECIP</p> <p>20-CAF/DGDP</p> <p>21-UA1</p>	<p>11-Documentos presentados por las diferentes áreas de la institución donde constan las necesidades de capacitación específicas y de la implementación de las NRM</p> <p>12-Informe de la Comisión de Evaluación, acto administrativo que aprueba el proceso de evaluación de desempeño realizado entre otros. Base de datos de funcionarios elaboradas y matrices de polifuncionalidad aprobadas por acto administrativo. Registro e capacitaciones elaborado por el área competente</p> <p>13-Plan de comunicación institucional que contemple o incluya las fuentes de información interna/externa aprobados por acto administrativo</p> <p>14-Niveles de aprobación de documentos establecidos por acto administrativo. Metodología para la identificación de versión y cambios en los documentos aprobados mediante acto administrativo.</p> <p>15 y 16-Protocolo para la tramitación y gestión de la información documentada</p> <p>17-Procedimiento para la identificación de los documentos externos necesarios para la planificación del SCI aprobado por acto administrativo.</p> <p>18-INformes sobre manual de comunicación y políticas de gestión elaborado por el área competente.</p> <p>19-Lineamientos para fomentar la identidad institucional vía acto administrativo.</p> <p>20-Plan de medición del Clima laboral e instrumento de aplicación aprobados por acto administrativo. Informe sobre los resultados de la medición del clima laboral</p> <p>21-Evidencias que demuestren el cumplimiento de la realización de RCC (actas, registros de asistencia, tomas fotográficas).</p>	<p>11-Avance: 0%</p> <p>12: Avance: 0%</p> <p>13: Avance 100 %-Plan de Comunicación apobado</p> <p>14: Avance: 0%</p> <p>15 y 16: Avance: 100%</p> <p>17: Avance: 0%</p> <p>18: Avance 100% Informe AII Políticas de Comunicación</p> <p>19: Avance: 0%</p> <p>20-Avance:100 %</p> <p>21: Avance:100 %</p>	



Victor López
Abogado

As, 15/12/2025

Institución: UNIDAD TECNICA DEL GABINETE SOCIAL - PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Máxima Autoridad: HECTOR CARDENAS - DIRECTOR EJECUTIVO

Auditor Interno: Víctor López

Correo electrónico: auditoriautgs@gabinetsocial.gov.py

INFORME DE EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - GABINETE SOCIAL			Fecha del Informe CGR	Acción de Implementación	Periodo		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento (Definir meta)	Avance de cumplimiento (%) - Comentario Evidencias
Componente	Norma de Requisitos Mínimos por Componente	Nivel de Madurez	JUNIO 2025		Ejercicio Fiscal 2025-2026		Responsables Directivos	Responsables Operativos		
			Sugerencias señaladas por la CGR		Periodo de Ejecución					
					Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Responsables Directivos	Responsables Operativos		
D- COMPONENTE CONTROL DE EVALUACIÓN	"La organización debe definir, desarrollar y ejecutar evaluaciones sistemáticas para determinar la suficiencia y adecuado funcionamiento de los componentes del control interno".	2,39 C - Diseñado	<p>1. En el documento del PEI 2024-2028, sin acto administrativo de aprobación, se verificó una ficha de indicadores, sin embargo, no se evidenció la evaluación y el avance de las metas e indicadores en los niveles estratégicos y operativos críticos de manera a monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales, ni métodos de seguimiento que permitan medir la efectividad del SCI.</p> <p>2. No se evidenciaron informes de análisis, determinación y seguimiento de acciones ni registros de acciones correctivas, preventivas o de mejora.</p> <p>3. No se visualizó documentación relacionada a evaluación de desempeño de funcionarios de Auditoría Interna Institucional.</p>	<p>1.1) Proceder a dictar la Resolución de aprobación del PEI 2024-2028.</p> <p>1.2) Elaborar un tablero de Seguimiento de avance de metas e indicadores en los niveles estratégicos y operativos.</p> <p>1.3) Elaborar un Informe de AII anual de evaluación del grado de cumplimiento del PEI.</p> <p>2) Proceder a elaborar un informe AII anual de análisis, deternminación y seguimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora.</p> <p>3) Realizar Evaluación Anual de desempeño de los funcionarios de la AII por parte de la UTGS</p>	<p>1.1. 15/07/2025</p> <p>1.2. 01/07/2025</p> <p>1.3. 01/12/2025</p> <p>2. 01/12/2025</p> <p>3. 01/12/2025</p>	<p>1.1. 31/07/2025</p> <p>1.2. 31/08/2025</p> <p>1.3. 28/02/2026</p> <p>2. 28/02/2026</p> <p>3. 28/02/2026</p>	<p>1.1 Equipo Directivo MECIP</p> <p>1.2 Equipo Directivo MECIP</p> <p>1.3 Auditoría Interna Institucional</p> <p>2. Auditoría Interna Institucional</p> <p>3. Coordinación de Administración y Finanzas</p>	<p>1.1 Dirección Ejecutiva</p> <p>1.2 Equipo Técnico MECIP</p> <p>1.3 Auditoría Interna Institucional</p> <p>2. Auditoría Interna Institucional</p> <p>3. Departamento Gestión de Desarrollo de las Personas</p>	<p>1.1) Resolución de Aprobación del PEI 2024-2028.</p> <p>1.2) Tablero de Seguimiento de avance de metas e indicadores en los niveles estratégicos y operativos críticos.</p> <p>1.3) Informe AII Anual de Evaluación del grado de cumplimiento del PEI.</p> <p>2) Informe de análisis, determinación y seguimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora.</p> <p>3) Evaluación Anual de desempeño del plantel de la AII por parte de la UTGS y/o AGPE.</p>	<p>1) Avance 100 %-PEI 2024-2028 aprobado vía Resolución Institucional</p> <p>1.2) Avance: 0% Tablero en etapa incipiente de construcción</p> <p>1.3) Avance:100%</p> <p>2) Avance 20%-En elaboración</p> <p>3) Avance: 100 % - Evaluación de Desempeño de la AII por parte de la MAI</p>



Víctor López
Abogado

15/12/2025

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - GABINETE SOCIAL			Fecha de Informe CGR	Acción de Implementación	Periodo		Responsable de Ejecución		Indicador de Cumplimiento (Definir meta)	Avance de cumplimiento de Acciones (100%), Comentarios, Evidencias
Componente	Norma de Requisitos Mínimos por Componente	Nivel de Madurez	ABRIL 2024		Ejercicio Fiscal 2024-2025		Responsables Directivos	Responsables Operativos		
			Sugerencias señaladas por la CGR		Periodo de Ejecución					
				Fecha de Inicio	Fecha de Finalización					
E- COMPONENTE CONTROL PARA LA MEJORA CONTINUA	"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".	2,57 C Diseñado	<p>1. Informes de análisis, determinación y seguimiento de acciones.</p> <p>2. Si bien se observó la Resolución UTGS/DE 126/24 que adoptó los lineamientos establecidos en el Manual de Auditoría Gubernamental y el uso del sistema integrado de la Auditoría General del Poder Ejecutivo, no se evidenció la implementación de acciones para optimizar continuamente su Sistema de Control Interno, y eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de debilidades detectadas.</p> <p>3. No se observaron procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora.</p>	<p>1. Proceder a elaborar un informe AII anual de análisis, determinación y seguimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora.</p> <p>2. Elaborar e implementar acciones para optimizar continuamente SCI.</p> <p>3. Elaborar procedimiento para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora.</p>	<p>1. 01/12/2025</p> <p>2. 01/08/2025</p> <p>3. 01/08/2025</p>	<p>1. 28/02/2026</p> <p>2. 31/12/2025</p> <p>3. 30/09/2025</p>	<p>1. Auditoría Interna Institucional</p> <p>2. Equipo Directivo MECIP</p> <p>3. Equipo Directivo MECIP</p>	<p>1. Auditoría Interna Institucional</p> <p>2. Equipo Técnico MECIP</p> <p>3. Equipo Directivo MECIP</p>	<p>1. Informe AII anual de análisis, determinación y seguimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora.</p> <p>2,1) Plan de Implementación de Mejora Continua del SCI aprobado por acto administrativo</p> <p>2,2) Informe AII que evidencia la implementación de acciones para optimizar continuamente el SCI o minimizar las causas de las debilidades detectadas.</p> <p>3. Procedimiento aprobado para definir la metodología y criterios para la gestión y acciones de mejora.</p>	<p>1) Avance: 20% El citado informe se encuentra en proceso de Elaboración por la AII</p> <p>2,1) Avance: 100 % Plan de Trabajo de Implementación de Mejora Continua aprobado vía Resolución UTGS N° 70/2025.</p> <p>2,2) Avance: 20% El citado informe se encuentra en proceso de elaboración por la AII</p> <p>3) Avance:</p>


Victor López
 Abogado

As, 15/12/2025