×

FUNCIONAL

AI/UM/01/2022
SIGLA / Nº / AÑO
Actualización: 00

H2 si bis func					Lal gua con		Suniormel Hallazgo Referencia Observación		Ejecu		Auditor interno institucional:	Oficina de Auditoria emitente:	Maxima Autoridad institucional: Unidad Administrativa afectada: Unida de Org. y Métodos / Dpto. de Sistemas Planificación y Desarrollo del Personal
No se observó evidanda de actividades pará internalización de los principios y valdras filipos.		uscindund a las enversas unidades de la inistitución, no se inécesitan ser readecuados, observó evidencia de que son entendidos por todos los funcionanos.	No se observó evidencia de revisión del Código de Élica en el ejercicio 2021. Si ben el Código de Élica ha sido socializado y		La Institución adjuntó numerosas documentos que no guardan relación con la pregunta planteada. Si bien se comprobó el Involuciramiento de la Maxima Autoridad con el fortalecimiento del SOI, no se observó evidencia sufficiente de su participación en las capacifaciónes sobre la Norma de Requisitos Minimos , asistencia e intervenciones en las teuritories del Comité de Control intervenciones en las teuritories del Comité de Comité de Elica, que hubleran servido para contribuir a la efectividad del SCI.	Ambiente de Control	Observación	Hallason	Informe Contraioria General de la República (CGR) y Auditoria General del Poder Ejecutivo (AGPE) - Julio 2022	Informe N°	II: Lic. Fatima López	e:	Maxima Autoridad Institucional: Ing. Felix Sosa Unidad Administrativa afectada: Unidad Técnica del MECIP / Oficina de Evaluación del MECIP / Dpto. de Políticas y Sistemas de Gestión / Dde Org. y Métodos / Dpto. de Sistemas Informáticos / Oficina de Comunicaciones Corporativas / Dpto. de Despacho de Secretaria / Dpto. de Planificación y Desarrollo del Personal
se encuentran en proceso de revisión y/o necesitan ser readecuados.	Elaborar un plan y cronograma de actividades, para dar confinuidad a la implementación del Sistema de Control	e necestran ser readecuados.	Actualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o		n Elaborar un plan y cronograma de actividades, para dar continuidad a la implementación del Sistema de Control interno.		Recomendación		r 19/08/2022	Fecha de emisión			de Evaluación del MECIP / Dpto. runicaciones Corporativas / Dpto.
Impulsar la realización de actividades para internalizar los principios y valores éticos.		Impulser mayores socializaciones, publicaciones y capacitaciones sobre el Codigo de Etica.	impulsar la revisión y/o actualización del Código de Ética	Documentar con mayor nivel de detalles las intervenciones de la Máxima Autoridad en el Cómite de Control Interno.	Gestionar participación de la Máxima Autoridad en los cursos de capacitación de la NRM - MECIP 2015, así como también en las reuniones del Comité de Buen Gobierno y Comité de Etica.		Acción Correctiva o de Mejora			Resolución Nº de Doc. Interno			Maxima Autoridad Institucional: Ing. Felix Sosa Unidad Administrativa afectada: Unidad Tecnica del MECIP / Oficina de Evaluación del MECIP / Dpto. de Politicas y Sistemas de Gestión / Dpto. de Org. y Métodos / Dpto. de Sistemas Informáticos / Oficina de Comunicaciones Corporativas / Dpto. de Despacho de Secretaria / Dpto. de Planificación y Desarrollo del Personal
1	22/08/2922	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022		Fecha de Inicio	PERIODO DE	Ejercicio F	Periodo	Correo electrónico:	Jefe de Ofic	Gerencia/Di de President General
	3006/2023	31/12/2022	31/12/2022	31/12/2022	31/12/2022		Fecha de Finalización	PERIODO DE EJECUCIÓN	Ejercicio Fiscal 2021	Periodo auditado	trónico:	Jefe de Oficina de Auditoría:	rección/equiv cla / Dirección
Etica (Ing. Maria	g. 9. 40	Comité de Ética (Ing. Gloria Adorno, Ing., Christian Bartoza, Lic. Carlos Insfân, Lic. Gustavo Dahiquisi) /Gerente de Ética (Ing. María Silguero)/EADES	Comité de Ética (ing Gloria Adorro, ing Christian Barboza, Lic. Carlos Instrân, Lic. Gustavo Dahlquist)/Gerente de Ética (ing. Maria Silguero)/EADES	Lic. Fátima López / C.P. Lillan Rodriguez	Lic. Alan Acharl Lic. Eliseo Instrant.Lc. Luis Céspades/Comité de Ética (Ing. Gloria Adomo, Ing. Christina Banboza, Lic. Carlos Insfrán, Lic. Gustaro Dahlquisi) Comisión de Buen Gobierno (Lic. Andrés Vera, Econ. Stella Villaba, Lic. Maria Martínez, Abog Francisco Núñez)		Responsable Directo	Responsable	Evaluacion de la Efectivic Interno / Audi	Tipo de	fatima lopez@ande.gov.py		alente: Direccion de n de Recursos Huma
	Comité de Ética (Ing. Gloria Alparro, Ing. Christian Barboza, Lic. Carlos Insfrân, Lic. Gustavo Dahlquist) /Gerente de Ética (Ing.	Comité de Ética (Ing. Gloria Adorno, Ing. Christian Barboza, Lic. Carlos Insfrân, Lic. Gustavo Dahlquist) //Gerente de Ética (Ing. Maria Siliguero)/EADES	Comité de Ética (Ing. Gloria Adorro, Ing. Gloria Adorro, Ing. Christian Barboza, Lic. Carlos Insfran, Lic. Gustavo Dahlquist) //Gerente de Ética (Ing. Maria Silguero/EADES	Lic. Fátima López / C.P. Lilian Rodriguez	Ing. Tito Ocariz / Lic, Javier Buogermini/ Comité de Ética (Ing. Gloria Adorno, Ing. Christian Barboza, Lic. Carlos Insfrán, Lic. Gustavo Dahlquisi, //Comisión de Buen Gobierno (Lic. Andrés Vera, Econ, Stella Villaba, Lic. Maria Martínez, Abog. Francisco Nuflez)		Responsable del Area	Responsable de Ejecución	Evaluacion de la Efectividad del Sistema de Control Interno / Auditoria Ordinaria	Tipo de auditoria	gov.py	CP. Lilian Rodriguez	Gerencia/Dirección/equivalente: Direccion de Planificación y Estudios / Gabinete de Presidencia / Dirección de Recursos Humanos / Auditoria interna / Secretaria General
	% de Avance (100%)	% de Avance (100%)	% de Avarce (100%)	% de Avance (100%)	% de Avance (100%)		Cumplimento (Definir meta)			Áreas de rie			os / Gabinete a / Secretaria
	20						Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión	Autoevaluación (Seguimiento del área)	N/A	Áreas de riesgo analizadas	Teléfono: (02	Correo electrónico:	Gerente/Director: Ing. Tito Ocariz / Ing. Luis Torres / Lic. Javier Buogermini / Lic. Fátima Lopez / Lic. María Teresa Peralta
							SI / NO Comentarios / Evidencias	Acción Cumplida	INTERNA	ACOMPAÑAMIENTO	-4		or: Ing. Tito Oca c. Fátima Lope
	1						evaluar eficacia Reprogramacio nes	Plazos para	RNA	AMIENTO		lilian rodriguez@ande.gov.py	ariz / Ing. Lui z / Lic. Maria
		181					Verificación de la Eficacia SI/NO		AUDITORIA INTERNA	EVALUACION DE LA		e.gov.py	s Torres / Lic. Teresa Pera
-	<i>></i>	4					Clarre Fecha de Cierre	Motivodo	INTERNA	NDELA			. Javier lta

-	1	*		3		>			s/Informe/ Referencia	N° Observ.	Informe Cor	
V	- H	# #				Н3			Hallazgo Observación	Cédigo	ntraloria Gener E	
	comunique à todos los funciones contra instanción de comunique a todos los funcionarios con la initanción de que estén conscientes de sus responsabilidades y obligaciones individuales.		No se observá evidencia de construcción participativa del Código de Buen Gobierno. Si bien el Código de Buen Gobierno fue socializado, no se observó evidencia de que sea conocido y aplicado por el nível directivo.		La Institución debe asegurar que los Acuerdos y Compromisos Eticos sean revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados.		No se observó evidencia del seguimiento y evaluación de la gestión ética.	No se observó evidencia de que los funcionarios conozcan los compromisos éticos por dependencia.	Hallargo Observación		Informe Contraloria General de la República (CGR) y Auditoria General del Poder Ejecutivo (AGPE) - Julio 2022	informe N°
1888	-	actividades, para der confinuidad a la implementación del Sistema de Control Interno.	Haborar un plan y empreneana da			Elaborar un plan y cronograma de actividades, para dar continuidad a la implementación del Sistema de Control Initerio. Actualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necesitan ser readecuados.			Recomendación		19/08/2022	Fecha de emisión
The state of the s	Impulsar las socializaciones del Codigo de Buen Gobierno en la Unidades Administrativas de la Sede Central.	Resitzar entrevistas a Directivos a efectos de medir el nivel de conocimiento y aplicación del Código de Buen Gobierno.	Socializar el Codigo de Buen Gobierno a Directivos	Impulsar la revisión y/o actualización de los Acuerdos Elicos.	Realizar el seguimiento de cumplimiento del Plan de Mejoramiento y del Cronograma de actividades	Elaboración de un Plan de Mejoramilento de la Gestión Elica y un Cronograma de actividades.	Realizar entrevistas personalizadas a funcionarios a efectos de medir el conocimiento de los acuerdos eticos por dependencia.	Emitir circular/enviar correo electrónico corporativo solicitando a los Jefes de Unidades que impulsen a sus funcionanos dependientes a internatizar los acuerdos eticos relacionados a sus áreas organizacionatios respectivas.	Acción Corractiva o de Mejora			Resolución N° de Doc. Interno
ágina 2 de 7	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	Fechs de Inicio	PERIODO DE EJECUCIÓN	Ejercicio Fiscal 2021	Periodo auditado
	15/02/2023	15/02/2023	15/02/2023	31/12/2022	31/12/2022	31/12/2022	31/12/2022	31/12/2022	Fecha de Finalización	EJECUCIÓN	iscal 2021	auditado
	J Et	Vera, Econ, Siella Villalba, Lic. Merta Willalba, Lic. Merta Martinez, Ing. Fálma Bogado, Abog. Francisco Núñez)	Comision de Buen	Comité de Élica (Ing. Gloria Adorno, ing. Gloria Adorno, ing. Cintistan Barboza, Lic. Carlos Insirán, Lic. Gustavo Dahlquist)/Gerente de Élica (Ing. Maria Silguero) / EADES	C.P. Lilian Rodriguez	Comité de Ética (Ing. Gloria Adorno, ing. Christian Barboza, Lic. Carlos Insfran, Lic. Caustavo Dahlquist//Gerente de Etica (Ing. Maria Silguero/EADES	Lic. Oscar Navarro Diaz	Comité de Ética (Ing. Gloria Adorno, Ing. Gloristian Barboza, Lic. Carlos Instran, Lic. Gustavo Dahiquist) /Gerente de Ética (Ing. Maria Silguero/EADES	Responsable Directo	Responsable	Evaluacion de la Efectividad del Sistema de Control Interno / Auditoria Ordinaria	Tipo de auditoria
		Vera, Econ, Stella Vilalba, Lic, Marta Vilalba, Lic, Marta Martínez, Ing. Fátima Bogado, Abog. Francisco Núñez	Comisión de Buen	Comité de Ética (ing. Gloria Adorno, Ing. Christian Barboza, Lic. Carlos Insfrân, Lic. Gustavo Dahfquist) //Gerente de Ética (ing. María Silguero) / EADES	Lic. Fátima López	Comité de Ética (Ing. Gloria Adomo, Ing. Gloria Adomo, Ing. Christian Barboza, Ltd. Carlos Insirán, Ltd. Gustavo Dahiquist) /Gerente de Ética (Ing. Maria Silguero)/EADES	Lic. Fátima López	Comité de Ética (Ing. Gloria Adorno, Ing. Gloris Harboza, Lic. Cardos risfran, Lic. Gustavo Dahlquis) /Gerente de Ética (Ing. Maria Silguero)/EADES	Responsable del Area	Responsable de Ejecución	ad del Sistema de Control oria Ordinaria	auditoria
	% de Avanca (100%)	% de Avance (100%)	% de Avance (100%)	% de Avance (100%)		% de Avance (100%)	% de Avance (100%)	% de Ayance (100%)	Cumplimiento (Definit meta)	Indicador de		Áreas de rie:
	20								Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión	Autoevaluacion (Seguimiento del área)	NIA	Áreas de riesgo analizadas
									SI / NO Comentarios / Evidencias	Acción Cumplida	INTERNA	ACOMPAÑAMIENTO OFIC. DE AUDITORIA
7			131						eficacia Reprogramacio nes			
< A			K				1		la Eficacia SI/NO		AUDITORIA II	EVALUACION DE LA EFICACIA / OFICINAS DE
	P								Cierre Fecha de Cierre	Motivo de	VTERNA	I DE LA

		Informe N°	Fecha de emisión	Resolución Nº de Doc. Interno	Periodo auditado	ditado	Tipo de auditoría	ditoria	Áreas de riesgo analizadas	o analizadas	ACOMPAÑAMIENTO		EVALUACION DE LA	IE LA
Informe Co	ntraloria Ger	Informe Contraloría General de la República (CGR) y Auditoría General del Poder Ejecutivo (AGPE) - Julio 2022	19/08/2022		Ejercicio Fiscal 2021	cal 2021	Evaluacion de la Efectividad del Sistema de Control Interno / Auditoria Ordinaria	del Sistema de Control ria Ordinaria	NIA	A	INTERN		AUDITORIA INTI	ERNA
N° Oher					PERIODO DE EJECUCIÓN	JECUCIÓN	Responsable de Ejecución	s Ejecución		Autoevaluación (Seguimiento del área)				tivo de
s/Informe/ Referencia	Codigo Hallazgo Observación	Hallazgo Ottoenvación	Recomendación	Acción Correctiva o de Mejora	Focha de inicio	Fechs de Finalización	Responsable Directo	Responsable del Area	Cumplimento (Definir meta)	Avance de cumplimiento (%) Comentario Facha de revisión	SI / NO Comentarios / Evidencias	eficacia Reprogramacio	la Eficacia	Clerre Fecha de Cierre
>	15	No se obsarvó evidencia correspondiente al ejercicio 2021, para determinar que la Politica del Talento Humano sea revisada periódicamente para asegurar que permanezca pertinente y apropiada.	Actualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necesitan ser readecuados.	Impulsar la revisión y/o actualizacion de la Política de Talento Humáno.	22/08/2022	15/02/2023	Lic. Eliseo Insfran/ ing Cristhian Barboza	Lic. Javier Buogermini	% de Avance (100%)					
		Control de la Planificación												
0	£	Si bien por Resolución P/N* 44425/20 se aprobó el procedimiento de planificación estratégica y operativa, no se observo entre las actividades del procedimiento la recolección de información referente a las expectativas	Actualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necesitan ser readecuados.	Actualizar la IPG relacionada a la Planificación Estratégica y Operativa incluyendo en la misma la determinación de expectativas externas del servicio como base para el diseño de la planificación.	22/08/2022	30/06/2023	ing, Alan Achar / Lic. Natalia Ferreira	ing. Tito Ocariz	% de Avance (100%)					
		del usuano externo del servicio como base para el diseño de la planificación.		Una vez actualizado la IPG referida, socializar y aplicar efectivamente.	22/08/2022	30/06/2023	Ing. Alan Achar / Lic. Natalia Ferreira	Ing. Tito Ocariz	% de Avance (100%)					
	#	No se observó evidencia suficiente que demuestre que la Institución comunica de manera adecuada sus objetivos estratégicos y planes de acción	Elaborar un plan y cronograma de actividades, para dar continuidad à la limplementación del Sistema de Control Interno.	Continuar con las socializaciones y capacitaciones relacionadas con el Plan Estratégico / Objetivos estratégicos y planes de acción.	22/08/2022	30/06/2023	Ing. Alan Achar / Lic. Natalia Ferreira	Ing. Tito Ocariz	% de Avance (100%)					
æ	> н	No se observó evidencia del direccionamiento de la operación bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia.	Actualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necesitan ser readecuados.	Incluir en el Informe de Evaluación el resultado del seguimiento y medifición de los indicadores como evidencia a efectos de cumplir requerimientos de calidad, eficiencia y eficacia.	22/08/2022	20/02/2023	Lic. Oscar Navarro Díaz	Lic. Fátima López	% de Avance (100%)					
				Fortalecer la socialización del Mapa de Procesos en formar presencial y por medios tecnológicos. Orientar la socialización con enfoque en el involucramiento de los funcionarios con sus procesos/subprocesos/actividades afectados.	22/08/2022	31/12/2022	ing, Alan Achar / Econ. Gustavo Luraghi	Ing. Tito Ocariz	% de Avance (100%)					
0	¥5	No se observó evidencia de una efectiva adopción de la	Elaborar un plan y cronograma de actividades, para del continuidad a la implementación del Statema de Control	Establecer la cadena de valor de los Macroprocesos y Procesos Utilizar el formato 40 "Cadena de Valor".	22/08/2022	31/12/2022	Ing. Alan Achar / Econ. Gustavo Luraghi.	lng. Tito Ocariz	% de Avance (100%)					
0	1	general put processos	inipenie ilectri de sisteila de contro	Elaborar la Mairiz de Interacción de Macroproceos y Procesos. Utilizar formatos 43 y 44 del Manual del MECIP del 2008.	22/08/2022	30/06/2023	Ing. Alan Achar / Econ. Gustavo Luraghi.	lng. Tito Ocariz	% de Avance (100%)			00	18	
	Z	7:		Asociar los macroprocesos y procesos al Organigrama. Utilizar el formato 56 del Manual del MECIP 2008.	22/08/2022	30/06/2023	Lic. Gustavo Lureghi / Lic. Alan Achar	ing. Tito Ocariz	% de Avance (100%)					
E.	н. С	No se observó evidencia de que los funciopernos responsables de las actividados conozcan la caracterización de sus procesos.	Elaborar un plan y cronograma de actividades, para dar continuidad a la implementación del Sistema de Control Interno.	Impulsar la realización de charlas de socialización de las Fichas de Procesos por Direcciones / Gerenicas y Unidades equivalentes.	22/08/2022	30/06/2023	Lic Gustavo Luraghi / Lic Alan Actjar	ing. Tito Ocariz	% de Avance (100%)			1		7
X	. 4		1,1863)	Pá Pá	Página 3 de 7	#		The state of the s			. \\	1	4	

7			æ	w	œ	s/Informe/ Referencia	N° Observ.	Informe Con	
ſ	#5 H	H14) нз	H12	Ħ	Hallazgo Observación	Code	traloria Gene	
6	El contexto estratégico del nesgo y su respectiva identificación, no contempla una correcta y completa descripción de los riesgos identificados para los procesos misionales. Entre los documentos presentados, no se observó la identificación de riesgos a los procesos y subprocesos misionales. En algunos casos, en vez di describir en qué sentido ese nesgo podrá impedir el logro del objetivo, se procedió a copiar la definición del riesgo que se encuentra en el glosario del modelo estándar de control interno del 2008. De forma semejante se estableció de manera incompleta los efectos se los riesgos, no observandosa en el documento presentado efectos tales como la interrupción del servicio, que, para el caso del suministro de energia efectiva, es un efectio que debe evitarse, y por el contrario se presenta recurrentemente.	El Contexto Estratégico del Riesgo, la identificación, análisis y valoración de riesgos de la ANDE, fue aprobado por Resolución PN° 44602 del 29/12/20, se observó que en el formato 37 a el a columna correspondiente a situación de riesgo, la institución registró los términos: alta, media y baja, debiendo describir en que sentido, cada amenaza o debilidad representa una situación de riesgo para los objetivos estratégicos.	Si bien por Resolución del Consejo de Administración Nº 442 del 13 de Diciembre de 1999, se aprobó el Plan de cargos, carrieras y salarios (PCC) de la ANDE, el diseño de los perifles del los cargos, se encuentra desachablizado y ya no son consistentes con los procesos todentificados en el mapa de procesos. Los mismos no describen los conocimientos, nabilidades y actitudas requendas conforme a las actividades y actitudas requendas conforme a las actividades y tareas a ser ejecutadas en cada proceso.	El Normograma General de la ANDE aprobado por Resolución PIN* 4600 del 30/12/2021, no fue actualizado y no fue correctamente diseñado, consignandose e nel espacio correspondiente al nombre del proceso al que aplica, la denominación del área o dependencia. Así mismo, no se encuentran todas las disposiciones que afectan a las áreas de la institución y que se observan en el mapa de procesos y la estructura organizacional.	Si bien el Mapa de Procesos cuenta con los procesos institucionales necesarios para el adecuado funcionamiento de la institución, se observaron inconsistencias con la estructura organizacional.	Haliazgo Obsarvación		Informe Contraloria General de la República (CGR) y Auditoria General del Poder Ejecutivo (AGPE) - Julio 2022	Informe N°
1000	Actualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necesitan ser readecuados.	Actualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necesilan ser readecuados.	Achalizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necestran ser raadecuados.	Actuelizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necesitan ser readecuados.	Elaborar un plan y cronograma de actividades, para der continuidad a la implementación del Sistema de Contro Interno.	Recomendación		19/08/2022	Fecha de emisión
	Actualizar la identificación y Evaluación de Riesgos de Procesos y Subprocesos. Complementar los nesgos de todas las areas. Describr en que sentido los riesgos afectan el logn de objetivos. Actualizar los efectos de los riesgos, incluir ofectos asociados a los propios procesos de la Institución.	Actualizar los formatos de Análisis del Contexto Estratégico, describir en que sentido, cada amenaza o debilidad representa una situación de nesgo.	Actualizar el PCC, adecuando el mismo al Mapa de Procesos y sus despliegue en Actividades, Tareas y FDT's.	Actualizar el Normograma Institucional incluyendo todas las disposiciones que efectan a las áreas de la Institución conforme al Mapa de Procesos y la Estructura. Solicitar a las Unidades Administrativas remitir todas las normativas internas y externas que aflocian sus procesos.	Analizar / verificar las inconsistencias entre el Organigrama y el Mapa de Procesos. Realizar los ajustes necesarios al Mapa de Procesos.	Acción Correctiva o de Mejora			Resolución N° de Doc. Interno
Página 4 de 7	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	Fecha de Inicio	PERIODO DE EJECUCIÓN	Ejercicio Fiscal 2021	Periodo auditado
t	31/12/2023	30/06/2023	31/12/2023	30/06/2023	30/06/2023	Fechs de Finalización	EJECUCIÓN	Iscal 2021	uditado
X	ing, Alan Achar / Lic. Nasalia Ferreira	ing, Alan Achar/Lic Natalia Ferreta	Lic. Eliseo Instran	ing, Alan Achar / Lic. Gustavo Luraghi	Lic. Gustavo Luraghi / Lic. Alan Achar	Responsable Director	Responsable	Evaluacion de la Efectivic Interno / Audi	Tipo de
S. S	Ing. Tilo Ocariz	Ing. Tito Ocariz	Lic. Javier Buogermini	Ing. Tilo Ocariz	Ing. Tito Ocariz	Responsable del Area	Responsable de Ejecución	Evaluacion de la Efectividad del Sistema de Control Interno / Auditoria Ordinaria	Tipo de auditoría
	% de Avanco (100%)	% de Avance (100%)	% de Avance (100%) % de Avance (100%)						Áreas de rie
	2					Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión	Autoevaluación (Segulmiento del área)	NIA	Áreas de riesgo analizadas
						SI / NO Comentarios / Evidencias	Acción Cumplida	INTER	ACOMPAÑAMIENTO OFIC. DE AUDITORIA
1	181					eficacia eficacia Reprogramacio nes	Piazos para		
1	1					SINO Cierre		AUDITORIA INTERNA	EVALUACION DE LA EFICACIA / OFICINAS DE

	No se observó ev demuestre que lo acerca de sus res de apartar-se de los establecidos.	Los procedimientos se encuento dependencia y no por procesos	Asimismo, no se responsables de los registros aplicides y los proced	Si bien se observ mismos no son a observados en el	C H18 Operacionales qu buen desampaño	Con	No se observó ev Evaluación de Rr (lueran revisados que permanecen	No se observé ev metodologia y cri actualizada identi	0	
6	No se observó evidencia suficiente y actualizada que demuestre que los funcionanos han sido notificados acerca de sus responsabilidades, y de las consecuencias introde apartarse de los controles y procedimientos linte establecidos.	an definidos por	Asimismo, no se observó en los documentos los responsables de la ejecución de las actividades y tareas, los registros aplicables que deben utilizar cada uno de ellos y los procedimientos asociados.	Si bien se observó el diseño de procedimientos, los mismos no son consistentes con los procesos observados en el mapa de procesos ima en la marca de procesos interpretarios de procesos d	No se observó evidencia de definición de Políticas acti Operacionales que permiten estructurar y direccionar el limiguen desempeño del modelo de gestión por procesos.	Control de la Implementación	nes No se observó evidencia de que la Identificación y Evaluación de Riesgos (matrices, criterios, alcance) fueran revisados al menos una vez al año para assigurar que permanecen pertinentes y apropiados.	No se observó evidencia de correcta aplicación de la metodología y criterios establecidos para la adecuada y actualizada Identificación y Evaluación de Riesgos.	Halinago Observación	Halinago Observación
(ES)	y cronograma de a dar continuidad a la del Sistema de Control	Elaborar un plan y cronograma de actividades, para dar continuidad a la implementación del Sistema de Control Au Interno. Actualizar los documentes que personuentran en proceso de revisión ny y/o necesitan ser readecuados.	se encuestran en proceso de revisión se readecuados. y/o necesitan ser readecuados. de		Eleborar un plan y cronograma de archividades, para der confinuidad a la Orimplementación del Sistema de Control to Interno		neccesitan ser readecuados.	La company of the second	Recomendación	Recomendación
1	Sollicitar a los Jefes de Departamentos que realicen recuriones con sus funcionarios a efectos de profundizar los conocimientos sobre el Plan de Cargos y Carrenas, las Normas de Organización, os Procedimientos que afectan al área y el Registro de Sanciones Disciplinarias. Hacer firmar Registro de Asistencia con los temas tratados en la reunión.	Orientar / alinear / asociar los procedimientos al modelo de gestión por procesos. Ultizar formato 93. Asociar los capítulos del Manual de de Procedimientos Generales a los Macroprocesos Institucionales. Actualizar la IOR 02 - Manuales	Utilizar el formato 93 del Manual de Implementación del MECIP del 2008.	Establecer una nueva estructura básica de las instrucciones de Procedimientos Generales, actualizar de IOR 08 instrucciones de Procedimiento General Incluir en los mismos Marcuprocesos, Procesos y Subprocesos afectados y los Procedimientos asociados.	impulsar la elaboración de las Políticas Operacionales, Realizar charlas de capacitación a todas las áreas organizacionales.		estadectors comorne a procedimiento Isestion de Riesgos Institucionales (IPI-10) y el Manual de Implementación del MECIP 2008.	Actualizar la identificación y Evaluación de Riesgos aplicando la correcta metodología y criterios	Acción Correctiva o de Mejora	Acción Correctiva o de Mejora
Página 5 de 7	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022	22/08/2022		55/08/2022		Fecha de Inicio	PERIODO DE EJECUCIÓN Focha de Inicio Finalizacia
	30/06/2023	31/12/2022	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2023		31/1/2/2023		Fecha de Finalización	JECUCIÓN Facha de Finalización
	Lic. Eliseo Infrân / Ing. Gristhian Berboza / Ing. Maria del Carmen Silguero.	Lic. Guslavo Luraghi / Ing. Alan Achar	Lic. Gustavo Luraghi / Ing. Alan Achar	Lic. Gustavo Luraghi / Ing. Alan Achar	ing. Alan Achar / Lic. Natalia Ferreira		Natelia Ferreira	Ing. Alan Achar / Lic.	Responsable Directo	Responsable de Ejecución Responsable Directo Responsa
Take .	Lic. Javier Buogermini	Ing. Tito Ocariz	Ing. Tito Ocariz	ing. Tilo Ocariz	Ing. Tito Oceriz		ing. IIIo Ocanz	at.	Responsable del Area	ble del
<u></u>	% ds Avance (100%)	% de Avance (100%)	% de Avance (100%)	% de Avance (50%)	% ds Avanos (100%)		% de Ayance (100%)		Cumplimiento (Definir meta)	Indicador de Cumplimiento (Definir meta)
1		1							Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión	Autovaluación (Seguimiento del área) Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión
		2								
4	1	180							0	
, *		1-6							ia Eficacia SI/NO	Verificación de la Eficacia SI/NO
1	> \								Clerre Fecha de Clerre	Motivo de Cierre Fecha de Cierre

		o o	n	s/Informe/ Referencia	N° Observ	Informe Con	
H25	-6	H24	Н23	Hallazgo	Ĉ.	traloria Gene	
No se observó evidencia suficiente de aplicación de mecanismos de medición de la efectividad del Sistema de Control interno por parte de la Auditoria interna, comprobado con las deblicades no detectadas y ausencia de conocimiento de los funcionarios de sus procesos, objetivos estratégicos, valores y principios del Codigo de Erica y otras herramientas de SCI, que si fue comprobado por la CGR.	Control de Evaluación	Si bien en el Manual de Procedimientos Generales ICA- 01 Actualización: 01, Capitulo 03 - Calidad del 0512/17 aprobado por Resolución PIN* 39625, en cuanto a la información documentada señala como finalidad lo sigurene: "Este instrucción establece la metodología para controlar y mantener la información documentada requerida y necesaria para operar el Sistema de Gestión de Calidad en el ámbito de la Auditoria Interna", no se observó que se encuentre correctamente identificado el estado de revisión y de cambios en los documentos que respeidan el sistema de control interno, ya que el documento es aplicable solo a B Auditoria interna, Asimismo, de manera semajante a otros casos, la instrucción adjunto documentos que no corresponden a evidencias correspondientes a la pregunta planteada.	No se observó evidencia de fomento de la identidad institucional por medio de canales adecuados de comunicación, y promoción de conclencia para el aumento de sentido de pertenencióa y compromiso con los propositos misionales.	Heliazgo Observación		Informe Contraloria General de la República (CGR) y Auditoria General del Poder Ejecutivo (AGPE) - Julio 2022	Informe N°
Elaborar un plan y cronograma de actividades, pare der continuidad a la implementación del Sistema de Control interno.		Acualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necestran ser readecuados.	Elaborar un pian y cronograma de actividades, para dar continuidad a la implementación del Sistema de Control Interno.	Recomendación		19/08/2022	Fecha de emisión
Proseguir con las entrevistas realizadas a funcionarios a efectos de medir el nivel de conocimiento y entendimiento sobre los principios elementos de la ARM - MECIP 2015, Proseguir ou la realización de informes relacionado con los resultados de las entrevistas. Solicitar a los entrevistados respuetas más detalidadas, propicio eleboración de respuestas más completas.		Actualizar la ICO 19 - "Sistema de Información en Gastión Documental" e incluir la metodología a efectos de establecer una trazabilidad en el estado de revisión y de cambios en los documentos que respaldan el sistema de control interno. Incluir metodología para controlar y mantener la información documentada requerida y necesaria para operar el Sistema de Control Interno.	impulsar mecanismos para fomentar la identidad institucional, el sentido de pertenencia y el compormisio con los propositos misionales. (ver que acción concreta)	Acción Correctiva o de Mejora			Resolución N° de Doc. Interno
22/08/2022 Página 6 de 7		22/08/2022	22)08/2022	Fecha de Inicio	PERIODO DE EJECUCIÓN	Ejercicio Fiscal 2021	Periodo auditado
31/12/2022		31/12/2022	30/06/2023	Fecha de Finalización	EJECUCIÓN	iscal 2021	uditado
Ltc. Oscar Navarro		Lic Wilma Garcele / Lic. Luis Cespedes	Lic. Divina Mendoza / ing, Maria del Carmen Silguero	Responsable Directo	Responsable	Evaluacion de la Efectivid Interno / Audi	Tipo de
Lic. Fálima López		Lic. Maria Teresa Peralta	Lic. Javier Buogemini / Ing. Luis Torres	Responsable del Area	Responsable de Ejecución	Evaluacion de la Efectividad del Sistema de Control Interno / Auditoria Ordinaria	Tipo de auditoria
% da Avance (100%)		% de Avance (100%)	% de Avence (100%)	indicator de Cumplimiento (Definir meta)			Áreas de rie
				Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión	Autoevaluación (Seguimiento del área)	NIA	Áreas de riesgo analizadas
					Acción Cumplida	INTERNA	ACOMPAÑAMIENTO OFIC. DE AUDITORIA
18				0	Plazos para		
				Verintacion de Cierre la Eficacia SUNO Cierre		AUDITORIA INTERNA	EVALUACION DE LA EFICACIA / OFICINAS DE

	. ^	Nombre y Apellido Pers. N° 5347		Elaborado por:	m		s/Informe/ Referencia	N° Observ.	Informe Cont	
	- H-3	27,294		or:	H26		Hallazgo Observación	Código	raioria Gener	
Munitive !	The second second	uéz Saldivar	Dung!		No se observó en el análisis crítico el reconocimiento de la ANDE sobre las debilidades para una efectiva adopción de la gestión por procesos. Asimismo, no se observó en el documento, la ineficacia de los controles implementados para mitigar los riesgos, comprobado por interrupciones en el servicio de energía eléctrica, pérdidas económicas por consciones clandestinas, problemas de cultura organizacional y liderazgo, entre otros.	Control para la Mejora	Halitago Observación		Informe Contraloria General de la República (CGR) y Auditoría General del Poder Ejecutivo (AGPE) - Julio 2022	Informe N°
		Nombre y Apellido: Lic. Pátima l Pers. Nº 5304	2	Revisado por:	Actualizar los documentos que se encuentran en proceso de revisión y/o necesitan ser readecuados.		Recomendación		19/08/2022	Fecha de emisión
		filma L/z López Mena Fecha: 22/08/2022	Polyne.		incluir en el Informe de Revisión por la Dirección las debilidades relacionadas con la efectiva adopción de la gestión por procesco, la no evaluación de efectividad de controles para mitigar nesgos por interrupciones del servicio, las pérididas económicas por conexiones ciandestinas, problemas de cultura organizacional, liderazgo entre otros aspectos criticos		Acción Correctiva o de Mejora			Resolución N° de Doc. Interno
Página 7 de 7		Nombre y Apellido		Aprobado por:	s 22/08/2022		Fecha de Inicio	PERIODO	Ejercici	Perio
		1866		por	20/02/2023		Fecha de Finalización	PERIODO DE EJECUCIÓN	Ejercicio Fiscal 2021	Periodo auditado
	2 / 607	Ing. Félix E. Sosa-Gimenez Fecha: 22/08/2022			Lic. Lilian Rodriguaz		Responsable Directo	Responsable	Evaluacion de la Efectivio Interno / Audi	Tipo de
	5)		1	Todos los drectivos de la institución.		Responsable del Area	Responsable de Ejecución	Evaluacion de la Efectividad del Sistema de Control Interno / Auditoria Ordinaria	Tipo de auditoria
		Nombre y Apellido: Pers. N°	Nombre del Auditor:	Verificacion d	% de Avanice (100%)		Cumplimiento (Definir meta)	Indicador de		Áreas de rie
		Fech	7	Verificacion de Cumplimiento de la Acción			Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión	Autoevalusción (Seguimiento del área)	NIA	Áreas de riesgo analizadas
	Original		Ž.	la Acción			SI / NO Comentarios / Evidencias	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	INT	ACOMPA OFIC. DE
	Unidad Administrativa emitente	Nombre y Apellido: Pers. N°	Nombre del Auditor:	Verificac			eficacia Reprogramacio nes	Plazos para		ACOMPAÑAMIENTO OFIC. DE AUDITORIA
	rativa emitente	5	n B	Verificación de la Eficacia			la Eficacia SI/NO	Verificación de	AUDITORIA	EVALUACION DE LA EFICACIA / OFICINAS DE
		σ		9			Cierre Fecha de Cierre		INTERNA	ICINAS DE