



**CONTRALORÍA
GENERAL DE
LA REPÚBLICA**
PARAGUAY



**AUDITORÍA
GENERAL DEL
PODER EJECUTIVO**
PARAGUAY



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

**AUTORIDAD REGULADORA
RADIOLÓGICA Y NUCLEAR -ARRN**

SETIEMBRE, 2025



Índice

I. Antecedentes	2
II. Objetivo	2
III. Alcance	2
IV. Desarrollo.....	3
A. Componente ambiente de control	4
B. Componente control de la planificación	7
C. Componente control de la implementación	9
D. Componente control de la evaluación.....	12
E. Componente control para la mejora.....	13
V. Conclusión	13
VI. Recomendación	13



INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA AUTORIDAD REGULADORA RADIOLÓGICA NUCLEAR - ARRN

I. Antecedentes

En la Resolución CGR 377/16, la Contraloría General de la República, 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 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".

En fecha 12 de marzo de 2024, la Contraloría General de la República - CGR y la Auditoría General del Poder Ejecutivo - AGPE, firmaron un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional, y ratificaron la suscripción del Convenio Específico a fin de evaluar conjuntamente el grado de implementación de la NRM para un Sistema de Control Interno mecip:2015, dentro del ámbito de competencia de cada institución parte.

Igualmente, en la Resolución CGR 909/21, se resolvió aprobar y adoptar el uso del sistema informático para la evaluación del Sistema de Control Interno, en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno para instituciones públicas del Paraguay, denominado Sistema NRM.

II. Objetivo

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

III. Alcance

La evaluación realizada, con base a los documentos proporcionados por la institución que respaldan la fase de diseño y evidencian acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2024.



IV. Desarrollo

La evaluación del SCI se define como: "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:

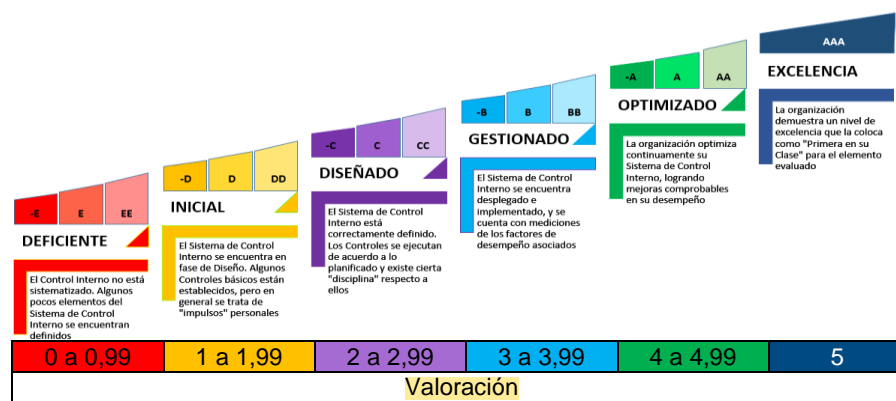
- Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad de los servicios.
- Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.
- Elaborar 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:

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

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

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





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

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,60	C	Diseñado
Control de la planificación	2,37	C-	Diseñado
Control de la implementación	0,75	EE	Deficiente
Control de la evaluación	1,97	DD	Inicial
Control para la mejora	1,00	D-	Inicial
SCI consolidado	1,75	DD	Inicial

A partir del análisis de los documentos proveídos por la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear - ARRN, por medio del Sistema NRM, se señalan debilidades 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"*.

El componente ambiente de control obtuvo un puntaje de 2,60 con un nivel de madurez DISEÑADO MEDIO, debido a que el control interno se encuentra correctamente definido en la mayoría de los criterios evaluados.

- El primer principio de la NRM establece que la Máxima Autoridad institucional debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al Sistema de Control Interno, asumiendo la responsabilidad sobre su efectividad. Esto se materializa por medio de:
 - Su involucramiento y participación activa en el diseño y aplicación de los mecanismos de control interno tales como la Política de Control Interno.
 - La adopción de una gestión ética que defina estrategias para la continua reflexión, internalización y aplicación de los valores, principios y compromisos éticos.
 - El cumplimiento de los compromisos adoptados en el Código de Buen Gobierno.
 - La identificación y aplicación de estrategias para el desarrollo permanente del personal, promoviendo la adopción de nuevas y buenas costumbres, habilidades, conocimientos y sentido de pertenencia.
 - La gestión y participación en capacitaciones necesarias para que todos los miembros de la organización adquieran conocimiento acabado sobre control interno, priorizando al nivel directivo.



- La adopción de gestión por procesos que ponga como factor crítico de éxito a las expectativas del usuario del servicio.
- La administración de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- La definición de Políticas Operacionales que sean aplicadas, revisadas y actualizadas permanentemente.
- La identificación, utilización y evaluación de mecanismos de comunicación que puedan servir como herramienta para empoderar a funcionarios y ciudadanos en la búsqueda permanente de mayores niveles de transparencia y confianza.

Respecto a los documentos correspondientes a este componente, se señalan las siguientes debilidades:

- En la Resolución 029/24 se aprobó la Política de Control Interno – versión 2, sin embargo, no se identificaron documentos que respalden una adecuada comunicación de la misma ni evidencias sobre el nivel de comprensión por parte de los funcionarios.
- Respecto al Código de Ética – versión 2 aprobado con la Resolución 027/24, se señala lo siguiente:
 - En el artículo 3° se estableció que: *"el Comité de Ética, efectuará una revisión anual o cuando la situación lo requiera de las Políticas de Gestión de Personas versión II, a fin de asegurar su adecuación continua"*, lo que evidencia la ausencia de control en la corrección de documentos.
 - Con relación al anexo del Código de Ética, se adjuntó en forma desordenada e incompleta, dificultando su análisis.
 - **No se evidenció que los Acuerdos y Compromiso Éticos fueran construidos de manera participativa por funcionarios de todos los niveles de la organización.**
 - Se visualizaron sanciones disciplinarias en el artículo 11. Medidas correctivas, en tal sentido se señala que es preferible que el documento se oriente más a la motivación y al reconocimiento, que al miedo y la sanción; tal como refiere el Manual de Ética Pública. Al respecto se recuerda que el Código de Ética no tiene una intencionalidad normativa, sino pedagógica; no regula específicamente los comportamientos de los funcionarios, sino que busca persuadir e inducir a sus destinatarios para que interioricen sus preceptos y quieran comportarse en coherencia con estos.
 - La resolución del Código de Ética fue socializada y publicada en el sitio web, pero no así el anexo del Código de Ética, cuya socialización fue realizada por correo según evidencia adjuntada, no obstante, no se demostró el desarrollo de estrategias pedagógicas y comunicativas, abarcando a la mayor cantidad de funcionarios, buscando su sensibilización, reflexión, comprensión y apropiación.



- No se visualizó la existencia de compromisos éticos documentados por dependencia. Si bien se adjuntaron documentos en la que los funcionarios asumieron compromisos éticos, no se adecuaron a la NRM.

La NRM refiere que 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 a las funciones y responsabilidades específicas que el área cumple en el desempeño de su función. Para su elaboración se sugiere tener en cuenta los criterios establecidos en el Manual de Ética Pública.

- La Resolución 153/24 dispuso la integración del Comité de Ética y Buen Gobierno, sin embargo, no se demostró la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos.
- La Resolución 028/24, que aprobó el Código de Buen Gobierno versión 2, fue publicada en la página web de la ARRN, pero no fue adjuntada en el Sistema NRM.
- Con relación al Código de Buen Gobierno versión 2, a pesar de que se evidenciaron varias palabras anuladas, presentando características de un borrador, se adjuntó como un documento aprobado. En ese sentido, la institución deberá revisar el documento tal como lo establece la NRM para asegurar que permanece pertinente y apropiado.
- La integración y funciones del Comité de Buen Gobierno fueron aprobadas en la Resolución 250/24. Al respecto, no se visualizó informe sobre:
 - El seguimiento del desarrollo y cumplimiento de las políticas contenidas en el Código de Buen Gobierno.
 - Resolución de controversias suscitadas durante el año sujeto a análisis.
 - Indicadores de buen gobierno.
 - No se remitió evidencia que demuestre su adecuada comunicación y entendimiento por parte de los funcionarios. Además, no se visualizó su publicación en la página web institucional. Cabe señalar que si los grupos de interés internos o externos, no conocen las prácticas que deben evitarse para prevenir conflictos de intereses, o sus obligaciones y responsabilidades, así como los canales habilitados para comunicar incumplimientos de los referentes éticos y de buen gobierno, no se obtendrán los beneficios pretendidos para el ambiente de control, como la credibilidad, confianza, reglas claras, estilo de dirección unificado, fortalecimiento de la cultura orientada al cumplimiento de los fines del Estado.
- 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 y sus respectivas reglamentaciones o requisitos legales, asegurando que los procesos involucrados tengan en cuenta los valores señalados en la NRM.



B. Componente control de la planificación

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

En este componente la calificación alcanzada fue de 2,37 lo que representa un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, y esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación, que el Sistema de Control Interno está correctamente definido. Se describe seguidamente algunas debilidades detectadas y otras que ya fueron observadas en el informe anterior, que pueden ser mejoradas:

- Por Resolución 016/17 se aprobó la Misión y Visión institucional. Al respecto, se adjuntó Acta PEI 01/24 del 12/11/24, donde consta que el comité de elaboración del PEI revisó y actualizó la redacción de la Misión, considerando la recomendación del Vice Ministerio de Economía y la Contraloría General de la República, sin embargo, no se visualizó el acto administrativo de aprobación en el periodo sujeto a análisis.
- Con relación al borrador del Plan Estratégico Institucional - PEI 2024-2028 adjuntado en la NRM, se señala lo siguiente:
 - No se observó procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa en la institución.
 - No se adjuntó acto administrativo de aprobación.
 - El cuadro de mando integral adjunto al PEI 2024-2028, no contempló a los responsables para la medición de resultados de las metas y acciones.
- La Resolución 30/24 aprobó la versión 2 del mapa de procesos. Al respecto, la institución no consideró las observaciones anteriores realizadas, nuevamente se observó lo siguiente:
 - No se visualizó la codificación de los macroprocesos, procesos y subprocesos.
 - Se observaron los formularios de definición de macroprocesos, identificación de procesos, identificación de subprocesos, cadena de valor y matriz de relación de objetivos macroproceso y procesos de los macroprocesos de algunas dependencias, sin verificarse todos los procesos identificados en el mapa de procesos.
 - No se observó caracterización de todos los procesos, la NRM señala que se debe incluir 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.*
 - *La información y los reportes 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".

Para determinar los procesos y subprocesos, es necesario identificar los productos y servicios ofrecidos por la institución, y asignar el nombre que tenga relación con el producto que proporcionan.

De ahí la importancia de la correcta elaboración del mapa de procesos, ya que es el punto de partida para la implementación del modelo de gestión de procesos, siendo que varios formularios deben estar correctamente alineados; y actualizados en caso de cambios en la organización, estableciendo la mejor y más eficiente forma de ejecutar las actividades de la institución.

Así también, se debe verificar la redacción de los objetivos de procesos y subprocesos, ya que algunos fueron descriptos como funciones y no en términos concretos de resultados esperados.

- Se observó normograma por procesos que incluyeron normativas generales, al respecto, solo se deben incluir normativas específicas que rigen el funcionamiento de cada proceso.
- Se visualizó la Resolución 25/24 que aprobó el Manual de Funciones sin el anexo correspondiente. Igualmente, se visualizó la socialización por correo institucional y que fue publicado sin contar con todas las firmas ni fecha de aprobación en la página web de la ARRN.
- No se evidenció informe resultante de entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y comprensión de sus funciones y responsabilidades.

Cabe señalar que el objetivo definido para el cargo de Coordinador/a de MECIP fue implementar y ejecutar el Modelo Estándar de Control Interno del Paraguay en la institución, al respecto, se señala que desde este cargo, es decir la Coordinación del Mecip, se podría impulsar la implementación, supervisar y asesorar en temas de su ámbito, mas no implementar y ejecutar el modelo Mecip o los requisitos mínimos para el Sistema de Control Interno, ya que todos los funcionarios son responsables del SCI.

- Si bien a partir del análisis estratégico realizado al momento de construir el Plan Estratégico Institucional, se elaboró la matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), no fue considerado el contexto organizacional.

El contexto estratégico del riesgo se establece a partir de la identificación de circunstancias internas y externas a la institución, que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos.

Constituye la base para la identificación de los riesgos. Su análisis es realizado a partir del conocimiento de las situaciones del entorno político, social, económico, cultural, tecnológico y ambiental.



- La institución no tuvo en cuenta lo establecido en la NRM en lo relacionado al establecimiento, e implementación de uno o varios procedimientos para la Identificación y Evaluación de Riesgos, y para la determinación de las medidas de control necesarias.
- Asimismo, no se visualizó el diseño de matrices de Identificación y Evaluación de Riesgos, situación ya comunicada en el informe anterior. Cabe señalar que la Identificación y Evaluación de Riesgos está directamente relacionada a la correcta identificación del mapa de procesos.

La Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear deberá tener que tener los siguientes criterios establecidos para la Identificación y Evaluación de Riesgos:

- a) *"El contexto estratégico interno y externo.*
- b) *La etapa de configuración de los planes estratégicos y operativos.*
- c) *Los diferentes niveles del modelo de gestión por procesos.*
- d) *Las actividades rutinarias y no rutinarias.*
- e) *Las actividades de todo el personal que tengan relación con los objetivos y la Misión institucional (incluyendo aquellas realizadas por contratistas).*
- f) *El comportamiento humano, sus capacidades y otros factores humanos, incluyendo consideraciones sobre la perspectiva de género y la no discriminación.*
- g) *La probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial ocasionado.*
- h) *La infraestructura, tecnología y materiales utilizados, tanto provistos por la institución o por otros.*
- i) *Las modificaciones organizacionales o de su sistema de gestión, incluyendo cambios temporarios, y sus impactos en los objetivos, procesos y actividades.*
- j) *Toda obligación legal relacionada con la evaluación de riesgos y la implementación de los controles necesarios.*
- k) *El diseño de procesos, instalaciones, tecnología, procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las capacidades humanas".*

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 se evidenció un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO con una calificación de 0,75 que, conforme a los criterios de la herramienta de evaluación indica que algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos. A continuación, se detallan debilidades que deben ser gestionadas y mejoradas con el fin de dar observancia a lo señalado en la NRM:

- La institución no definió e implementó controles que contribuyan a reducir los riesgos significativos que puedan afectar el logro de los objetivos hasta niveles tolerables.
- No se visualizaron registros que demuestren la definición de Políticas Operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos.

En atención a las Políticas Operacionales, la NRM señala que para su formulación se deben incluir:

- 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.*
- 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.*
- c) *Definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento".*

Así mismo, la documentación presentada en cuanto al Manual de Políticas Operacionales, aprobada en la Resolución 32/24, no se ajustó a lo establecido en la NRM, más bien corresponde a lo que conceptualmente se denomina Manual de Operación, ya que se trata de la consolidación de todos los lineamientos, políticas, normas, disposiciones internas generadas en el diseño de los componentes ambiente de control, direccionamiento estratégico, administración de riesgos y actividades de control, que describan todos los aspectos necesarios para direccionar las operaciones de la entidad.

- Aunque fue aprobado el procedimiento de Auditoría Interna, no se demostró que todos los procesos identificados en el mapa de procesos dispongan de procedimientos documentados y aprobados.

Es esencial tener presente que el diseño de los procedimientos consiste en describir la forma o ruta requerida para ejecutar un proceso, señalando de manera secuencial las actividades, desglosando las tareas, los métodos para llevar a cabo esas tareas y la persona encargada de su ejecución. Esto busca estandarizar el método para llevar a cabo las tareas, definir roles, responsabilidades y oportunidades de intervención dentro del proceso, así como las interacciones entre los cargos y las dependencias.

- No se comprobó la identificación de necesidades de formación relacionadas con la operación y el Sistema de Control Interno.



- En cuanto al Plan de Capacitación, no se demostraron los criterios para la elaboración y priorización de las formaciones y capacitaciones de acuerdo con los requisitos específicos de formación relacionados con la operación y el control interno.
- No se observó procedimiento que incluya criterios y metodología para la evaluación de la eficacia de las actividades de formación implementadas. Es necesario que estos procedimientos estén documentados y debidamente aprobados.
- No se visualizó definición y/o aplicación de procedimientos para que los funcionarios bajo su control tomen conciencia de:
 - a) Sus funciones y responsabilidades, y la importancia de lograr la conformidad con las políticas, controles y procedimientos establecidos.
 - b) Las consecuencias reales y potenciales de desviarse de los controles y procedimientos especificados.
- No se observó Informe sobre la ejecución del Plan Anual de Capacitación al cierre del ejercicio 2024.
- No fueron determinadas las fuentes de información relevantes y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno.
- No se visualizaron datos procesados, ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna, como tampoco que la Información sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable.
- No se observó procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada, ni tablas de niveles de aprobación de documentos, tampoco identificación del estado de revisión y de cambios en los documentos.
- No se evidenciaron procedimientos documentados para establecer la metodología de la identificación y control de los documentos de origen externo.
- No se visualizaron mecanismos que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias.
- Si bien se aprobó el Plan de Rendición de Cuentas en la Resolución 24/24, no se evidenció la realización de la Rendición de Cuentas a la ciudadanía por medio de audiencias públicas.
- Con respecto a la presentación de documentos al Sistema NRM, se observaron las siguientes deficiencias:
 - Se identificó que la institución, al momento de cargar evidencias en el Sistema NRM, optó por consolidar en un único archivo todos los documentos correspondientes a cada principio. Cabe señalar que en el catálogo de documentos del Sistema NRM se determinó la necesidad de cargar los documentos de manera desagregada por tipo, situación que no fue observada por la institución y que derivó en la imposibilidad de visualizar adecuadamente las evidencias presentadas.



- Documentos adjuntados en componentes que no corresponden.
- Se repiten innecesariamente la presentación de un mismo documento en varios principios.
- Documentos con formatos inadecuados o ilegibles. Como ejemplo: hojas giradas a la izquierda, o la derecha o invertidos o escaneados con una resolución insuficiente.

Esto no solo dificulta la lectura y comprensión de los datos, sino podría comprometer la evaluación correcta de la información. Se recuerda que la documentación presentada refrenda al SCI.

D. Componente control de la evaluación

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

En cuanto al componente de control de evaluación se ubicó en un nivel de madurez INICIAL ALTO con un puntaje de 1,97; debido a que el control interno se encuentra en fase de diseño. Se observaron las siguientes debilidades:

- Si bien se verificó el Tablero de Mando Integral que fue presentado como evidencia métrica estratégica, no se observaron planes de mejoras para las metas no logradas.
- Además del Tablero de Mando Integral asociado a los objetivos estratégicos, no se comprobaron otros indicadores que midan la efectividad del Sistema de Control Interno.
- No se visualizó procedimiento documentado de evaluaciones continuas que permita identificar desviaciones y la comunicación adecuada y oportuna a las partes responsables, así como para la construcción de los planes y elaboración de informes.

Es necesario tener en cuenta que, la evaluación continua basada en indicadores predefinidos, garantiza el seguimiento del direccionamiento, funcionamiento y evaluación administrativa de la institución, supervisando de forma permanente los planes, programas, procesos, actividades y las operaciones institucionales. Esto, conlleva a un proceso de mejora continua que mantiene a la institución alineada con su función y Misión, motivando a alcanzar la Visión.

Es importante señalar que, la comunicación oportuna y a tiempo de las debilidades, contribuye a mejorar el Sistema de Control Interno sin consecuencias negativas para la institución.

- Si bien se adjuntó resolución de la Auditoría General del Poder Ejecutivo, sobre perfiles de cargo de los auditores internos, no se evidenció que la institución implemente mecanismos para asegurar la independencia y objetividad de los auditores internos.



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 INICIAL BAJO con una valoración de 1,00. La Dirección es responsable de gestionar un Sistema de Control Interno, por lo que se debe aumentar el esfuerzo en la búsqueda de la excelencia, considerando la gestión de lo siguiente:

- No se evidenció un Análisis Crítico del SCI por parte de la Alta Dirección. El informe de evaluación del SCI elaborado por la Auditoría Interna Institucional, se debe tomar como insumo en reunión del Comité de Control Interno, en el que se tomarán decisiones con base a la situación planteada y debe quedar plasmado en un acta.

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.

- Evidencias escasas de verificación de la eficacia de las acciones tomadas.

V. Conclusión

Del análisis de los documentos suministrados por la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear, como resultado de la evaluación, la institución obtuvo una valoración consolidada de 1,75 equivalente a un nivel de madurez INICIAL ALTO, lo que evidencia un avance en relación con periodos anteriores.

No obstante, aún persisten aspectos que requieren fortalecimiento para garantizar los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de los fines institucionales.

La Máxima Autoridad y su equipo directivo deben concebir la implementación de la NRM, como una forma de accionar del funcionario para el mejor manejo de los intereses de la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear. En ese sentido, con los documentos definidos del Sistema de Control Interno, no fue posible garantizar los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad, en el cumplimiento de sus fines.

Por tanto, se insta a la Máxima Autoridad y a la Alta Dirección a dar continuidad al proceso de implementación de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno, promoviendo la voluntad, el compromiso, el acompañamiento y el involucramiento necesarios para avanzar hacia niveles superiores de madurez.



VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto precedentemente, es necesario que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias a fin de implementarlo, por tanto, la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear, deberá:

1. Reforzar capacitaciones del personal directivo y funcionarios sobre la NRM a fin de apoyar su efectiva implementación, así también priorizar la capacitación de los funcionarios responsables de la carga de documentos en el Sistema NRM, a fin de que comprendan adecuadamente la estructura del SCI, los fines de cada principio y las evidencias asociadas a estos; esto considerando las significativas debilidades y cierta confusión en la presentación de documentos en el sistema NRM.
2. Ajustar el plan y cronograma de implementación del SCI en el marco de la Resolución CGR 377/16, por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.
3. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2025, 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 28/02/26, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Es nuestro informe.

Asunción, setiembre de 2025.

Lic. Liz Carina Martínez
Jefa de Departamento
Dirección de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

Lic. Nancy Rejala Chiola
Directora de Evaluación de Control Interno
de los Organismos y Entidades del Poder
Ejecutivo
Auditoría General del Poder Ejecutivo

Lic. María Cristina Franco
Directora de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

Mag. Cinthia Ortiz
Directora General de Control Interno
Auditoría General del Poder Ejecutivo

Dra. Gladys Fernández
Directora General
de Control Gubernamental
Contraloría General de la República