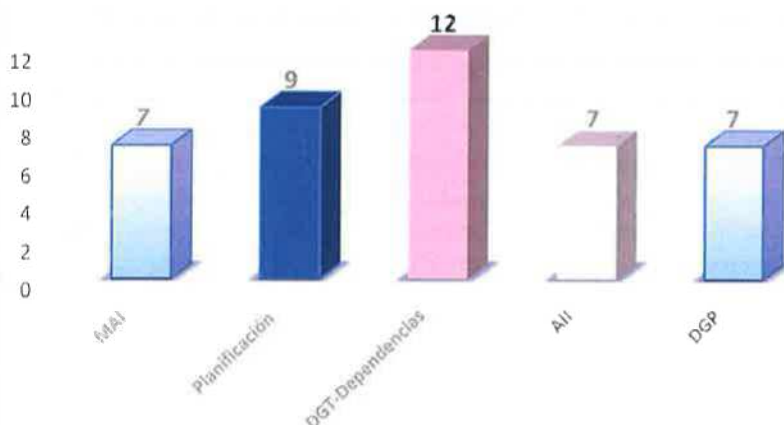


encuentra en fase de diseño. Algunos controles básicos están establecidos, pero en general se trata de "impulsos" personales".

- E. En el componente CONTROL DE LA MEJORA, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, con una valoración 2,15; indicando, conforme a la herramienta de evaluación que: "El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierto "disciplina" respecto a ellos".

A fin de consolidar las debilidades detectadas (Figura 2), es preciso fortalecer la estrategia pedagógica y participativa, para lo cual deberán ser administradas por todas las áreas del SENAVE.

NO CONFORMIDADES DE LA CGR y la AGPE
Periodo Fiscal 2022.



Necesidades de mejora:

En base al informe "Evaluación de la Efectividad remitido por la CGR, se detallan las siguientes propuestas de mejora:

A. Componente AMBIENTE DE CONTROL

- Se observó que la Política de Control Interno y el Código de Ética publicados en la página web de la institución no corresponden a los documentos vigentes.
- En el Código de Ética versión 4 aprobado por Resolución N° 899/22, no se evidenció el valor de la eficiencia que refiere la NRM; tampoco se visualizó suficiente documentación que demuestre la participación y el consenso de funcionarios en su construcción y actualización. Sin embargo, este proceso si se realizó con los funcionarios para la elaboración de los Acuerdos y Compromisos Éticos.

Ronald Villalba

Lic. Diego Piaggio

Abg. Roberto Giménez G.
 Mat. C.S.J. N° 29.386
 Abogado

Alejandro M. Delgado



3. Por Resolución SENAVE N°393/21 se actualizó la conformación del Comité de Ética y su reglamento interno, el cual no fue modificado aún pese a que por Acta N°14/22 en reunión de Conducción Estratégica y Control Interno de SENAVE se acordó fusionar el Comité de Ética y el Comité de Buen Gobierno.
4. No se visualizó documentación suficiente que demuestre conocimiento, entendimiento e implementación de la Política de Control Interno, del Código de Ética y del Código de Buen Gobierno, por parte de los funcionarios; la encuesta exploratoria sobre aspectos relacionados con la gestión del Talento Humano, buen gobierno y clima laboral que se adjuntó; no se adecua a lo requerido por la NRM, debido a que fue enfocado hacia la percepción del clima laboral y no como una fuente de conocimiento y fomento de la gestión ética.
5. El Código de Buen Gobierno no consideró la inclusión de la Visión y los valores; tampoco identificó a los grupos de interés, y no describió las Políticas de Talento Humano; además, en el compromiso de su gestión no consideró la mejora continua, tal como señala la NRM: "La institución debe establecer un Protocolo de Buen Gobierno para definir el modelo de administración y su estilo de Dirección considerando: a) La orientación estratégica de la institución, su Misión, su Visión y su naturaleza. b) Los principios éticos, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación. c) Los valores institucionales. d) Los grupos de interés de la institución. e) La comunicación institucional. f) La mejora continua. g) La identificación de prácticas democráticas de la institución. h) Las Políticas de Gestión del Talento Humano de la institución".
6. No se evidenció registros de actividades realizadas por el Comité relativas al cumplimiento de sus funciones que se encuentran establecidas en el artículo N° 36 del Protocolo de Buen Gobierno que incluyó entre otras el monitoreo y seguimiento periódico de la gestión del buen gobierno y la elaboración de recomendaciones para la mejora continua.
7. No se visualizaron los planes y programas incorporados a la Política de Talento Humano y su aplicación.

B. Componente CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN

1. En el Plan Estratégico Institucional — PEI del SENAVE para el periodo 2023 — 2027, aprobado por Resolución N° 915/22 no se pudo evidenciar la determinación de los recursos necesarios, la definición del instrumento de seguimiento y medición del grado de avance de los planes; tampoco el nivel de cumplimiento de los objetivos del PEI al cierre del periodo 2022.
2. Los objetivos institucionales del Plan Estratégico Institucional se vincularon con los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS 2 y 12; por otro lado, según la clasificación presupuestaria por finalidades y funciones obtenidas del SICO se vincularon con los ODS 2, 12 y 13, por lo que; debido a esa discrepancia es pertinente unificar criterios.
3. La institución no realizó suficientes capacitaciones a fin de comunicar su Misión, Visión, objetivos y planes de acción a funcionarios de todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones individuales al respecto.
4. La tabla del mapa de procesos del SENAVE que fue aprobado por Resolución N° 805/22 se encuentra ilegible como para identificar los procesos y subprocesos.
5. Se evidenciaron resoluciones de aprobación por las modificaciones realizadas a la estructura organizacional; sin embargo, no se comprobó un acto administrativo de aprobación del actual organigrama general.
6. Se visualizó que la estructura organizacional no fue adecuada al modelo de gestión por procesos.

Ronald Villalba

Diego Poggio

Roberto Giménez G.
C.S.J. N° 29.386
Abogado

Alejandro M. Delgado

7. Se visualizaron riesgos determinados para los objetivos estratégicos del PEI 2023-2027 y en algunos casos no son Coincidentes con los expuestos en dicho Plan.
8. Se visualizó formularios elaborados para la identificación y evaluación de riesgos operativos correspondientes solo a nivel misional.
9. Se verificó que el monitoreo de la efectividad del riesgo aún se encuentra en proceso.

C. Componente CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN

1. No se visualizaron planes de mejora y/o controles derivados de la evaluación de riesgos más significativos.
2. No se evidenciaron Políticas Operacionales sobre riesgos críticos de los procesos o subprocesos. Aunque se construyeron políticas de calidad, definidas como compatibles con las operacionales; éstas no se adecuan a lo requerido por la NRM.
3. Sobre este punto la NRM señala que: "La institución debe definir Políticas Operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos.
4. Las Políticas Operacionales deben definir los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos.
 - Los criterios aplicados a la formulación de las Políticas Operacionales deben incluir:
 - Coherencia entre las políticas y los lineamientos estratégicos determinados por el componente de con/ro/ de la planificación, en particular con los principios de gestión por procesos y la identificación y evaluación de riesgos.
5. 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.
6. Definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento".
7. No se visualizó la existencia de procedimientos documentados para los procesos críticos, la evidencia adjunta no se adecua a los requerimientos de la NRM.
8. Las acciones de tratamiento de los riesgos que fueron definidas son generales, y no representan controles preventivos, correctivos, de detección o protección específicos que tengan en cuenta la reducción de los riesgos identificados, tampoco se visualizaron seguimientos a dichos controles.
9. Se observó evidencias de capacitaciones y legajos de algunos funcionarios, pero no se visualizó la existencia de registros o informes que evidencien análisis de capacidades técnicas de los funcionarios tomando como base la educación, formación y/o experiencias adecuadas que demuestren la competencia de los mismos en la ejecución de sus actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno.
10. Por Resolución SENAVE N°160/22 se aprobó el Plan Anual de Capacitación para el ejercicio fiscal 2022; pero no se evidenció el cronograma de ejecución que permita evaluar el nivel de cumplimiento, aunque se observó un informe del Departamento Técnico y Capacitación del Personal sobre el desarrollo del plan que refiere una ejecución del 50% al 02 de setiembre 2022, sin aportar el detalle de lo ejecutado.
11. No se visualizó reporte o registros de evaluación de la eficacia de las actividades de formación implementadas; sin embargo, se propuso la elaboración para el año 2023.
12. No se observó documentación suficiente que demuestre que los funcionarios de todos los niveles son conscientes de sus funciones y responsabilidades, y de las consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos establecidos.
13. Se evidenció el Manual de Comunicación Institucional del SENAVE aprobado por Resolución N°1027/16, además del sistema existente sin embargo, no se asegura que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna,

Ronald Villalba

Lic. Diego Piaggio

Abog. Roberto Giménez G.
Mat. C.S.J. N° 29.386
Abogado

Alejandro M. Delgado

válida, verificable y conservable; debido a que muchos de los documentos publicados en la página web están desactualizados.

14. Se visualizó un informe ejecutivo con base en una encuesta exploratoria sobre aspectos relacionados con la gestión del talento humano, buen gobierno y clima laboral presentado en el marco de una consultoría de fortalecimiento del control interno que reveló los aspectos satisfactorios y aquellos que no lo son para los funcionarios, en tal sentido sería conveniente utilizar esta herramienta para la implementación de mejoras tendientes a fomentar la identidad institucional y crear una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales.
15. Aunque se evidenció la conformación del Comité de Rendición de Cuentas y el plan aprobado por Resolución N° 114/22, no se visualizó procedimiento documentado para la Rendición de Cuentas a la sociedad.
16. No se observaron actas u otros documentos que evidencien la convocatoria y la realización de la Rendición de Cuentas a la ciudadanía con audiencias públicas.

D. Componente CONTROL DE LA EVALUACIÓN

1. No se evidenciaron indicadores o métricas útiles en los niveles operativos; de la institución que permitan monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales tampoco mecanismos de monitoreo de los resultados y los desvíos.
2. Se observó la definición de los indicadores a nivel estratégico con el Plan Operativo Anual — POA 2022, cuyos resultados de seguimiento no fueron evidenciados por otra parte, en relación a la aplicación de los indicadores del POA 2023 deberán ser revisados, evaluados y en su caso actualizados en el presente ejercicio conforme a lo establecido en la NRM.
3. Se evidenció un Plan de Trabajo Anual de Auditoría correspondiente al ejercicio fiscal 2022, pero no se observó informe sobre su porcentaje de ejecución al cierre del ejercicio fiscal sujeto a análisis.
4. Los procedimientos diseñados para la planificación e implementación de las auditorías internas no contemplaron la incorporación de los procedimientos asociados a cada tarea.
5. No se visualizó el informe de Auditoría Interna Institucional sobre la evaluación del Sistema de Control Interno del periodo evaluado.
6. No se observó la aplicación de encuestas de percepción o entrevistas a funcionarios, sobre la NRM.
7. No se evidenció la realización de concurso para la selección de auditores como mecanismo para el aseguramiento de independencia y objetividad de los mismos.

E. Componente CONTROL DE LA MEJORA

1. No se evidenció el seguimiento al avance del plan de mejoramiento institucional, correspondiente al tercer y cuarto trimestre.
2. No se observó el diseño de procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora tendientes a subsanar las debilidades encontradas. La evidencia visualizada corresponde a acciones correctivas y de mejora del sistema de calidad.
3. Se observó que la evaluación del grado de ejecución del plan y cronograma de implementación del SCI, fue realizado al mes de julio del 2022, por lo que se sugiere realizar el seguimiento periódico a fin de incluir todas las debilidades de control detectadas para la implementación efectiva de las oportunidades de mejora.


Roberto Villegas




Lic. Diego Piaggio




Roberto Giménez G.
C.S.J. N° 29.386
Abogado


Alejandro M. Delgado





ACTA DE REVISION POR LA DIRECCIÓN

Código: FOR-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 02
Vigente: 10 / 08 / 2023
Página: 13 de 22

b) Auditoría Interna,

No se cuenta con registro de Evaluaciones internas realizadas a las dependencias de la Secretaría de Gabinete en el periodo fiscal 2023.

Necesidades de recursos:

Recursos necesarios para realizar capacitaciones, talleres y difusión del Sistema de Control Interno.

Acuerdos/acciones propuestas:

Las acciones propuestas por la CRG, fueron incluidas en el FOR-MECIP-001 "Cronograma de Implementación de la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) MECIP:2015", en su versión vigente aprobada en fecha 30/10/2023, por el EQUIPO

Responsables:

Los responsables de la aplicación de las actividades se encuentran detallados en el FOR-MECIP-001 "Cronograma de Implementación de la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) MECIP:2015" en su versión vigente.

Plazo de implementación:

Los plazos de implementación de las actividades se encuentran detallados en el FOR-MECIP-001 "Cronograma de Implementación de la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) MECIP:2015" en su versión vigente.

10 DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS

Situación actual: La Institución no ha definido los mecanismos de evaluación de desempeño de los proveedores externos.

Necesidades de mejora:

Establecer que la DGAF elabore un mecanismo de evaluación de desempeño de los proveedores externos.

Necesidades de recursos: No aplica

Acuerdos/acciones propuestas: No aplica

Solicitar a la DGAF la elaboración de herramientas que permitan la evaluación de desempeño de los proveedores externos.

Responsables: DGAF y la S. Gabinete

Plazo de implementación: diciembre 2024

11 ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS PARA MANTENER UN SGCI EFICAZ

Situación actual:

1. La Unidad MECIP cuenta con bienes asignados y personal designado por Resolución (resoluciones de nombramiento / creación de la UMECIP). En el presente año, la Alta Dirección continua con la cooperación del Proyecto T-Fast para la contratación de distintos trabajos que contribuyen a la implementación del MECIP: diseño de perfiles de cargos, identificación de procesos que permitan instalar y fortalecer el proceso de implementación y mejora continua del SCI.



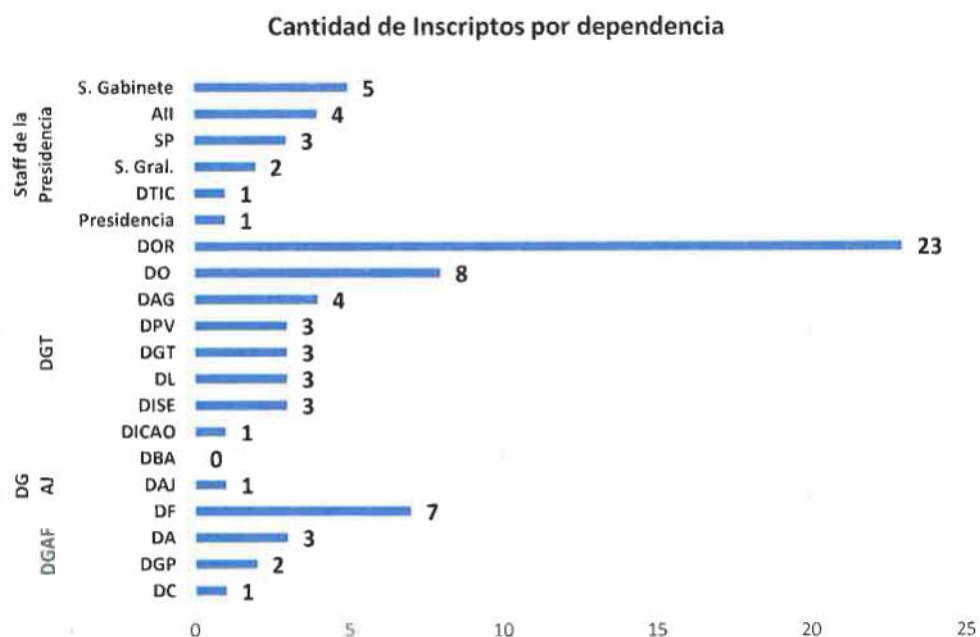
Ing. Roberto Giménez G.
Mat. C.S.J. N° 29.386
Abogado

Alejandro M. Delgado

Lic. Diego Piaggio

Capacitación: En el año 2023 los funcionarios de la Unidad MECIP han realizado un curso sobre "Auditoría Gubernamental MECIP 2015", con una carga horaria de 275 hs en 8 meses. Así también, en el mes de diciembre, la Unidad MECIP impartió cursos sobre "Sistema de Control Interno, basada en la Norma de Requisitos Mínimos, MECIP:2015".

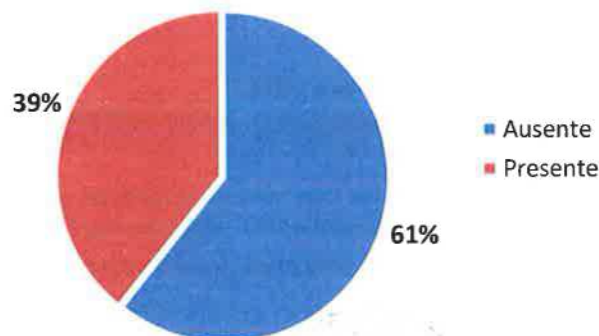
La invitación del curso fue remitida, a través del correo Institucional Zimbra, a todos los funcionarios del SENAVE, en fecha 23 de noviembre, de la cual, 78 personas se inscribieron al mismo, según se visualiza en la Tabla N° 01 - Cantidad de Inscriptos por dependencia.



La cantidad de inscriptos que participaron activamente del curso fueron 31 personas, representando el 39% de la cantidad de inscriptos, según se visualiza en la Tabla N° 02 - Cantidad de Inscriptos presentes y ausentes.

Tabla N° 02 - Cantidad de Inscriptos presentes y ausentes.

Cantidad de Inscriptos presentes y ausentes



Ronald Villalba

Diego Piaggio

[Signature]

[Signature]
S.J. N° 29.386
Abogado

Alejandro M. Del...

[Signature]
Ing. AG. MARCELO ZCANO V.
Asesor de Gabinete