



**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

SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS - SENAVE

Junio, 2025



Índice

I. Antecedentes.....	1
II. Objetivo.....	1
III. Alcance	1
A. Componente ambiente de control	3
B. Componente de control de la planificación	5
C. Componente de control de la implementación	8
D. Componente de control de evaluación	12
E. Componente de control para la mejora.....	13
V. Conclusión	15
VI. Recomendación	15



INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL DEL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS - SENAVE

I. Antecedentes

Con la Resolución 377/16, la Contraloría General de la República resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación del 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 aprobó 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 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 Norma de Requisitos Mínimos - 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 de los documentos proporcionados por la institución en el Sistema NRM, que respaldan la fase de diseño y medición de la aplicación de los controles y que evidencian las 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:*

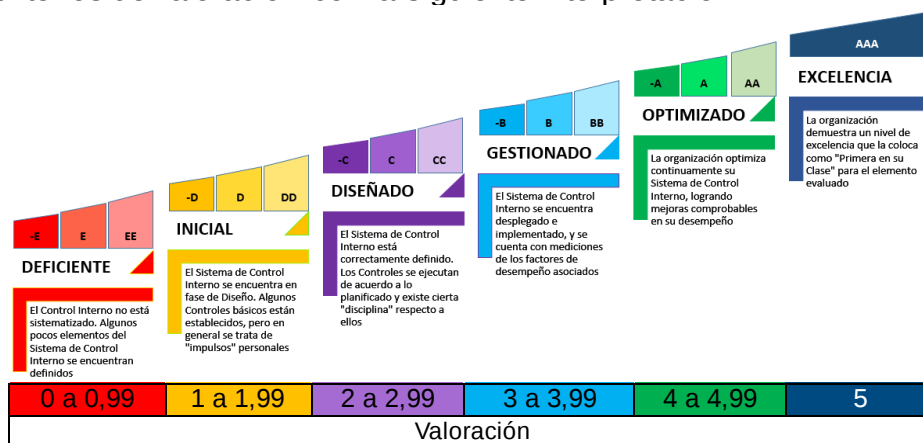
- Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad de los servicios.
- Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.
- Elaborar 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 administración de riesgos como pilar fundamental del control interno. Esto implica establecer una estructura y cultura organizacional que identifique y gestione sistemáticamente los riesgos asociados a cada actividad, función o proceso, minimizando pérdidas y maximizando beneficios.

Para determinar el grado de adopción de la Norma de Requisitos Mínimos en la institución 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 SCI del Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas – SENAVE por cada componente, resultados que arrojó la herramienta arriba señalada:

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,83	CC	Diseñado
Control de la planificación	2,71	CC	Diseñado
Control de la implementación	1,53	D	Inicial
Control de la evaluación	1,92	DD	Inicial
Control para la mejora	2,27	C-	Diseñado
SCI consolidado	2,24	C-	Diseñado

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

A. Componente ambiente de control

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

En este componente, el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una valoración de 2,83, lo cual evidencia que la institución ha formalizado adecuadamente políticas, estructuras organizacionales, y normas de conducta que sustentan el Sistema de Control Interno, aunque persisten aspectos puntuales por fortalecer en la transversalización de este componente:

- Para lograr un Sistema de Control Interno eficaz y robusto, es crucial que la Máxima Autoridad institucional participe de manera constante en el proceso, gestionando y promoviendo un control interno favorable:
 - Garantizando un análisis detallado de los riesgos que enfrenta la institución, identificando aquellos que son más significativos y desarrollando un enfoque claro para su gestión. Sin una adecuada comprensión de los riesgos, el Sistema



de Control Interno puede resultar ineficaz, ya que los controles no estarán alineados con las amenazas específicas que enfrenta la entidad.

- Promoviendo una cultura de mejora continua en todos los niveles de la organización. Esto debe ir acompañado de la asignación de los recursos necesarios y el establecimiento de objetivos claros para la implementación de los controles internos, fomentando la capacitación constante del personal y asegurando que los controles se adapten a las nuevas circunstancias.
 - Estableciendo indicadores claros y medibles que permitan evaluar la efectividad de los controles internos. Además, es necesario realizar evaluaciones periódicas para identificar áreas de mejora y corregir deficiencias.
 - Desarrollando e implementando un marco estructural que defina claramente los roles, responsabilidades y procedimientos del control interno.
 - Fomentando una comunicación abierta entre todos los niveles de la organización sobre la relevancia del control interno. Crear un ambiente en el que los colaboradores se sientan responsables y motivados para mejorar los procesos será esencial para garantizar la efectividad del SCI.
- No se presentó un informe de entrevistas con funcionarios de diversos niveles que evidencie conocimiento y aplicación de la Política de Control Interno.
 - En cuanto a los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencias, se observó que las evidencias presentadas corresponden al año 2023, mientras que el Código de Ética actualizado es del 25/02/25. En la siguiente evaluación se verificará la revisión y actualización de los compromisos éticos por dependencias para asegurar que estén alineados con el nuevo Código y que reflejen los principios y valores vigentes de la institución.
 - No se remitió evidencia que demuestre la habilidad de la institución para identificar y gestionar adecuadamente las violaciones a los Acuerdos y Compromisos Éticos. Es fundamental establecer un sistema de monitoreo y detección de infracciones éticas, así como un procedimiento claro para la implementación de acciones correctivas.
 - Aunque se observaron capacitaciones que incluían contenido sobre los componentes del ambiente de control de la NRM, no se evidenció que los funcionarios comprendan los Acuerdos y Compromisos Éticos ni sepan cómo presentar las denuncias o sugerencias adecuadas ante incumplimientos de los mismos.
 - Se observó que el Comité de Buen Gobierno está integrado por los mismos miembros que el Comité de Ética. Es importante tener en cuenta que la composición



de los comités debe ser meticulosamente diseñada para asegurar la separación de funciones, la objetividad y la eficacia en las responsabilidades que cada uno debe cumplir.

- No se remitió evidencia de la existencia de indicadores de buen gobierno, ni se presentó un informe que demuestre el cumplimiento de las políticas establecidas en el Código de Buen Gobierno.
- Aunque la institución llevó a cabo charlas sobre el Código de Buen Gobierno y los Acuerdos y Compromisos Éticos, no se presentó un informe que demuestre el conocimiento y la aplicación del Código de Buen Gobierno.
- La Resolución 900/22 que aprobó la Política de Talento Humano no abarcó en sus especificaciones conceptos como igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia, eficacia, integridad y transparencia, lo que limita su consideración en relación con su aplicación en los procesos.
- No se adjuntó evidencia de informe de auditoría interna relacionado con las políticas contenidas en la Política de Talento Humano, correspondiente al periodo evaluado, el cual es fundamental para evaluar el cumplimiento y la efectividad de dichas políticas dentro de la institución.

B. Componente de control de la planificación

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una valoración de 2,71, indicando que la entidad cuenta con planes estratégicos e institucionales formalizados, algunos elementos necesarios para un control adecuado, pero aún no cuentan con un sistema plenamente establecido y robusto que funcione de manera integral y eficiente. En este componente se identificaron las siguientes oportunidades de mejoras:

- Con respecto a la Misión y Visión se reitera:
 - A pesar de que la Misión institucional se creó a partir de la Ley 2459/04, su extensión excesiva dificulta que tanto los funcionarios como la ciudadanía la



recuerden fácilmente. Aunque el cumplimiento de la ley es fundamental, es esencial que la institución fomente la acción y la obtención de resultados tangibles.

- Se observó que la Visión institucional no es específica, medible ni alcanzable, y no establece un plazo cercano para alcanzar los objetivos propuestos. La Visión, debe ser vista como una representación tangible de los logros que la organización pretende alcanzar en un periodo determinado, considerando el impacto que desea tener en el sector durante ese tiempo. Es crucial que sea práctica y realista, y no se limite a ser una simple aspiración.
- Se reitera que no se observó procedimiento documentado para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa.
- Las debilidades señaladas del Plan Estratégico Institucional - PEI 2023-2027 en la evaluación del año anterior, referentes a la definición de niveles de revisión y aprobación, la determinación de recursos, la coherencia entre planes y presupuesto, la medición del avance y la eficiencia operativa, persisten en la presente evaluación.
- Se visualizó una inconsistencia temporal en la redacción de algunas metas estratégicas, como por ejemplo en el objetivo estratégico OE 3.-Objetivo 12 - Meta 12.4. La meta referida establece: "De aquí a 2020", lo que representa un desfase cronológico con respecto al horizonte temporal del PEI vigente (2023-2027).
- Si bien se presentó evidencia de una matriz de cumplimiento de las metas del año 2024, no se visualizó un plan de acción detallado para aquellos objetivos que no están cumpliendo con las expectativas. Es crucial, identificar las causas subyacentes de la falta de progreso en los objetivos con un porcentaje de ejecución nulo o bajo.

La ausencia de medidas correctivas concretas puede llevar a la inercia y al estancamiento, impidiendo que la institución alcance sus objetivos estratégicos.

- La institución presentó una lista de 17 participantes como evidencia de la difusión y conocimiento del Plan Estratégico Institucional entre sus funcionarios. Sin embargo, dado que la institución cuenta con más de 200 funcionarios, esta muestra resulta insuficiente. Así mismo, no se presentó evidencia adicional que demuestre que todos los funcionarios estén familiarizados con el PEI y comprendan su rol en la consecución de los objetivos institucionales.
- En el normograma presentado, no se visualizó la inclusión de los procesos relacionados que son esenciales para garantizar la correcta interrelación y coherencia entre las distintas áreas y funciones de la institución.



- No se observó evidencia de la revisión del mapa de procesos, aprobado por Resolución 447/23, ni de las caracterizaciones de los procesos correspondientes.
- Aunque se presentó un Manual de Organización y Funciones que fue actualizado y aprobado mediante la resolución 743/24, no se incorporaron los perfiles de los cargos. Estos perfiles son esenciales, ya que establecen de manera clara los criterios de desempeño, las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue de los procesos, y las expectativas asociadas a cada puesto dentro de la institución. Además, contribuyen a detectar las áreas que requieren capacitación y a asegurar el cumplimiento de las normativas de control interno y gestión de riesgos.
- No se aportó evidencia que demuestre que los funcionarios tienen un conocimiento adecuado y completo de sus funciones y responsabilidades. Este aspecto ya había sido destacado en la evaluación previa, en la que se presentó la orden de trabajo 1193/23 como documento de referencia, la cual informó sobre la realización de encuestas; sin embargo, no se ofreció un análisis de los resultados ni las acciones que surgieron de estos. En esta evaluación, tampoco se han presentado los resultados de acciones de la encuesta señalada.
- En la matriz de gestión de riesgos se señala lo siguiente:
 - Duplicidad de procesos: se incluyó el mismo proceso en filas separadas solo por diferencias en las causas. Lo que genera redundancia y dificulta la visión integral de los riesgos.
 - El uso de la expresión "*otra condición relevante*" resulta poco claro, ya que no define con precisión a qué se refiere y no permite que sea evaluada ni vinculada directamente con los objetivos del proceso.
- No se adjuntó el resultado de una auditoría de campo para la identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento.
- Si bien la institución presentó una metodología para la Identificación y Evaluación de Riesgos, durante la revisión se ha identificado la necesidad de una mayor claridad y especificidad en los criterios definidos.
- No se presentó evidencia documentada que respalde la revisión periódica de los riesgos identificados y evaluados.

La revisión regular de los riesgos es un componente fundamental de un sistema de gestión de riesgos efectivo, ya que permite asegurar que los riesgos sigan siendo



relevantes, que se consideren nuevos riesgos emergentes y que la efectividad de las medidas de control se mantenga.

C. Componente de control de la implementación

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez INICIAL MEDIO, con una valoración de 1,53. Este puntaje refleja que, aunque existe un esfuerzo por llevar a cabo las actividades planificadas, mecanismos operativos y de supervisión interna, aún no están plenamente institucionalizados ni se aplican de forma sistemática. Para este componente se señalan las siguientes debilidades:

- Si bien la institución presentó una matriz que identifica la existencia de controles, pero no se proporcionó evidencia para determinar si estos controles implementados contribuyen efectivamente a reducir los riesgos significativos (derivados de dichos eventos o vulnerabilidades) hasta niveles tolerables que permitan el logro de los objetivos institucionales.
- Si bien la Política Operacional presentada incorporó elementos importantes como la gestión por procesos, gestión de riesgos, control de recursos y lineamientos de control interno, es más bien genérica y carece de la especificidad necesaria para ser una guía operativa clara y auditable. No se detallaron los procesos clave de gestión de riesgos, las responsabilidades asignadas, ni cómo se integrará la gestión de riesgos en las operaciones diarias para garantizar el logro de los objetivos institucionales relacionados con la calidad, sanidad e inocuidad.
- En lo que respecta a procedimientos, es importante destacar que, entre las evidencias se ha presentado un compilado de 172 páginas, lo cual carece de estructura que facilite la identificación de la correspondencia entre las evidencias y los procedimientos. En los mismos se observó que figuran procedimientos como ser los relacionados con el manejo de productos químicos, así como procedimientos de mesa de entrada aprobado con la Resolución 965/11. Sin embargo, es fundamental destacar que dichos procedimientos no están actualizados.



- No se demostró que toda la institución cuenta con procedimiento documentado y aprobado. Es necesario realizar un inventario exhaustivo de todos los procesos clave y asegurarse de que cada uno tenga procedimientos claros, completos y documentados y que se realice revisiones periódicas de todos los procedimientos, para asegurar que se mantengan actualizados y en cumplimiento con las normativas vigentes y ajustes necesarios.
- Si bien la institución presentó una matriz en la que figuran controles asociados a los procesos, existen áreas críticas que requieren atención para mejorar el Sistema de Control Interno. La matriz no incluyó acciones preventivas o correctivas específicas ni planes de mejoramiento asociados a los controles listados. Es fundamental que, la institución identifique medidas claras para mitigar los riesgos o corregir posibles desviaciones, asegurando una gestión proactiva y un seguimiento adecuado de los controles implementados. Además, se nota que los controles no están alineados con riesgos identificados, sino que se enfocan principalmente en eventos o vulnerabilidades. Aunque se incluyó una fila para identificar dichos eventos o vulnerabilidades, es necesario que la matriz vincule explícitamente cada control con los riesgos específicos que intenta mitigar.
- La institución proporcionó los documentos relacionados con la capacitación, evaluación del desempeño y certificaciones de algunos funcionarios. Sin embargo, dichos documentos han sido presentados de forma aislada, sin una correlación clara con las actividades y procesos específicos que los funcionarios ejecutan y los cuales pueden impactar el control interno. por lo que no se demostró evidencia puntual de la competencia de los funcionarios en relación con las tareas clave que desempeñan.
- No se visualizaron criterios claros para la determinación de prioridades en la justificación de los cursos de capacitación. Si bien en el artículo 10 y artículo 24 de la Resolución 162/24 que aprobó el Reglamento para Otorgamiento de Becas y Capacitación, en el que se señala que el postulante deberá justificar la importancia del curso y por otro lado, no se especifican los criterios para determinar qué es prioritario como, por ejemplo, evaluar si la capacitación contribuirá a mejorar un proceso clave de la institución o resolverá deficiencias críticas en el desempeño, determinar si está alineada con las responsabilidades del puesto, con los objetivos estratégicos, análisis de riesgos asociados con la falta de capacitación en áreas claves, entre otros criterios.
- No se observó reportes de evaluación que midan la eficacia de las actividades de formación implementadas y el impacto de las mismas en los procesos.
- La institución no presentó evidencia que demuestre que los funcionarios de todos los niveles son conscientes de sus funciones y responsabilidades, así como de las



consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos establecidos. Tampoco se presentó ningún informe de entrevistas realizadas a funcionarios de distintos niveles que respalde esta información.

- Si bien en el Manual de Información, Comunicación y Control de Documentos aprobado con la Resolución 571/23 se describen algunos aspectos sobre el flujo de información, no se visualizó cómo se lleva a cabo la recolección de datos, el análisis de los procesos, y la implementación de herramientas como los tableros e indicadores de desempeño. Para tener una evaluación más completa, se requerirá de evidencia más concreta como ejemplos de reportes de proceso, muestras de los tableros utilizados, los indicadores de desempeño implementados, y detalles claros sobre la metodología para la recolección de datos, incluyendo las herramientas tecnológicas utilizadas y los procedimientos operativos que guían este proceso. También sería necesario contar con una descripción clara de cómo se realiza el seguimiento y control de los procesos.
- No se visualizó registros, reportes, plataformas funcionales, y evidencia de aplicación práctica de las políticas de gestión de la información. Tampoco se evidenció, la existencia de reportes de entrevistas con los niveles de decisión para verificar calidad de datos críticos, así como resultado de evaluación de documentos pertinentes, de tal manera a verificar que la información sea accesible, correcta, actualizada, oportuna, válida, verificable y conservable.
- En la carga de evidencias en el Sistema NRM se identificaron las siguientes observaciones:
 - Calidad en los escaneos: Se observaron archivos con baja resolución, lo que afectó la legibilidad de la información.
 - Desorden en la orientación de las páginas: Algunas páginas fueron escaneadas en posiciones incorrectas, presentándose de cabeza o de costado, lo que dificultó la lectura y el análisis de la información.
 - Evidencias duplicadas: Se encontraron archivos que contienen documentos en más de una versión, como en el caso del Código de Buen Gobierno, que fue adjuntado tanto en una versión anterior como en la actual. Es fundamental que los documentos estén correctamente versionados y que solo se adjunte la versión vigente.



- Falta de organización en los archivos escaneados: Se han recibido documentos sin una estructura clara, lo que dificultó su identificación y análisis. En muchos casos, solo uno de los documentos incluidos en el archivo es relevante para la solicitud, mientras que el resto no guarda relación con el tipo de documento requerido.

La evaluación y calificación se pueden ver afectadas por la falta de presentación adecuada de los documentos en el Sistema NRM.

- No se evidenció informe sobre el cumplimiento de lo establecido en Manual de Información, Comunicación y Control de Documentos que fuera aprobado por Resolución 571/23. Asimismo, no se identificaron los públicos de interés ni se presentó un reporte sobre la eficiencia de la comunicación. Se advierte además que en la Resolución 1003/24 se establecen procedimientos para el control de documentos, lo que genera dudas sobre la correlación, complementariedad o posible redundancia entre ambos instrumentos normativos, por lo que se recomienda su revisión y actualización.
- Se identificó la persistencia de observaciones comunicados en el informe del año anterior, lo que evidencia una falta de implementación efectiva de las acciones correctivas necesarias. se reitera la ausencia de:
 - Informe de resultados y gestión de no conformidades o reclamos originados por fallas en la comunicación interna y externa.
 - Determinación y asignación de responsabilidades para la comunicación con los diferentes grupos de interés.
 - Implementación de acciones y seguimiento a los resultados de la encuesta de clima laboral de 2022, especialmente en lo referente al fortalecimiento de la identidad institucional.
 - Procedimiento específico para la gestión de quejas y reclamos de clientes internos, incluyendo la protección de la confidencialidad.
 - Presentación de resultados de encuestas sobre Transparencia y Rendición de Cuentas, junto con el plan de acción derivado.
- Si bien la institución ha establecido un procedimiento formal para la Rendición de Cuentas, no se presentó documentación que evidencie de manera integral el diseño, la ejecución y el seguimiento del proceso de Rendición de Cuentas como por ejemplo los temas abordados, la interacción con los participantes, los mecanismos de seguimiento a las consultas o compromisos generados, entre otros.



D. Componente de control de evaluación

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

En este componente, la institución alcanzó un nivel de madurez INICIAL ALTO, con una valoración de 1,92. Esto indica que, los mecanismos de seguimiento y retroalimentación son insuficientes, lo que podría limitar la capacidad de la organización para identificar fallos o áreas de mejora en sus actividades y objetivos dificultando la toma de decisiones informadas y la aplicación de correcciones oportunas. Si bien se identifican prácticas de control, estas fueron articuladas a un sistema de mejora continua. Se han identificado ciertas debilidades y oportunidades de mejora, tales como:

- En cuanto a la ejecución de acciones asociadas a objetivos estratégicos de alta prioridad se identificaron debilidades importantes como, por ejemplo; la meta relacionada con el desarrollo de la trazabilidad de rubros priorizados conforme a políticas y demandas del mercado, cuyo nivel de ejecución fue nulo, a pesar de que en la columna de observaciones se consignó que está pendiente, lo cual evidencia un desfase entre la formulación de metas y la planificación operativa efectiva.

Es importante tener en cuenta que para asegurar la articulación efectiva entre objetivos, metas y acciones estratégicas se debe realizar una revisión integral de la matriz de monitoreo y del Plan Estratégico Institucional, priorizando aquellas que aún no registran avances y que presentan alta relevancia institucional y sectorial.

- En la matriz de seguimiento del plan estratégico, se observó el incumplimiento de objetivos fundamentales relacionados con el control de calidad de los insumos agrícolas de producción local. A pesar de que las metas eran modestas, esta situación plantea un riesgo tanto para la salud pública como para el cumplimiento de los marcos regulatorios.
- Se constató nuevamente que no se presentó un análisis comparativo de los avances registrados entre los años 2023 y 2024. La ausencia de esta comparación limita la posibilidad de evaluar la pertinencia y eficacia de los indicadores utilizados, así como la progresión real del cumplimiento institucional en el tiempo.
- Si bien se verificó una matriz de cumplimiento de metas, no se presentó un informe cualitativo que permita el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos desde una perspectiva contextual, explicativa y de impacto.



La ausencia de un análisis cualitativo limita la profundidad de la evaluación, al no permitir identificar factores críticos de éxito, dificultades operativas, riesgos emergentes o aprendizajes derivados de la implementación del Plan Estratégico Institucional.

El componente de evaluación exige no solo cuantificar resultados, sino también reflexionar sobre su significado, pertinencia y sostenibilidad.

- Nuevamente, no se presentó documentación que sustente la implementación formal de los procedimientos de auditoría de acuerdo con las normativas internas y los estándares técnicos pertinentes.
- No se visualizaron criterios para la selección de los auditores internos institucionales
- Se reitera una observación realizada en el periodo anterior, en la cual se señaló que, aunque la institución llevó a cabo la evaluación del SCI mediante el uso de la matriz establecida por la NRM del mecip:2015, no se presentó evidencia de la elaboración de un informe técnico consolidado derivado de dicha evaluación. Asimismo, no se visualizó un plan de acción que describan las medidas correctivas o de mejora continua orientadas a subsanar las brechas identificadas en los componentes del SCI evaluado.

E. Componente de control para la mejora

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, con una valoración de 2,27. Indicando que existen mecanismos normativos y procedimientos básicos para la mejora continua, pero su aplicación práctica es limitada o reactiva y no se aplican de manera consistente. La retroalimentación y los ajustes necesarios para optimizar el Sistema de Control Interno son limitados. Se han encontrado las siguientes oportunidades de mejoras:

- En el informe del Análisis Crítico presentado como evidencia con el documento Acta de Revisión por la Dirección correspondiente al 17 de diciembre del 2024, no se visualizó participación de la Máxima Autoridad o que haya tomado conocimiento. Así



mismo, en dicho documento se reconoce expresamente que no todas las direcciones del SENAVE realizan o reportan la revisión por la dirección por área, conforme al programa previamente establecido.

Esta situación representa una debilidad significativa en la implementación efectiva del componente de mejora, el cual exige el desarrollo sistemático de actividades de revisión periódica por parte de cada unidad organizacional, como mecanismo fundamental para impulsar la mejora continua, asegurar la retroalimentación institucional y mantener actualizado el Sistema de Control Interno.

- En el procedimiento para la Revisión por la Dirección, en el punto 5.1 de actividades se establece que la Secretaría de Planificación, en conjunto con las direcciones, son responsables de elaborar el Programa Anual de Revisión por la Dirección, el cual debe contar con la aprobación de la Máxima Autoridad. Sin embargo, no se visualizó evidencia documental que acredite la participación de la Máxima Autoridad en dicho proceso, ni documento formal que registre decisiones emanadas de las revisiones realizadas.

Es importante considerar que los directivos y la Máxima Autoridad deben ejercer una participación activa y documentada en la toma de decisiones estratégicas, especialmente aquellas derivadas del Análisis Crítico del Sistema de Control Interno.

- No se presentó evidencia de un plan de acción derivado del Análisis Crítico del SCI, ni del periodo anterior ni del correspondiente al año evaluado (2024). Esta situación se debe considerar ya que en la propia acta de revisión por la dirección ya se indicó que se registraron un total de 231 hallazgos (entre no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora), de los cuales solo 73 cuentan con acciones establecidas, lo que representa un cumplimiento parcial del 31,6%.

Es importante tener en cuenta que la ausencia de un plan institucional de mejora estructurado como resultado del análisis crítico limita la capacidad de una organización para abordar de manera sistemática las debilidades identificadas en la evaluación del Sistema de Control Interno. Esta situación compromete los principios de mejora continua, gestión basada en evidencia y prevención de riesgos recurrentes.



V. Conclusión

El Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas, como resultado del análisis practicado a los documentos proveídos en el Sistema NRM, obtuvo una valoración de 2,24, equivalente a un nivel de madurez DISEÑADO BAJO.

El consolidado global del Sistema de Control Interno señala que, si bien existen componentes estructurales y normativos desarrollados, estos aún no se traducen de manera efectiva en una gestión operativa sistematizada y sostenible. La institución muestra avances significativos en el diseño del sistema, pero enfrenta retos importantes en la implementación práctica, evaluación rigurosa y generación de mejoras. Esto requiere una estrategia integral para cerrar brechas entre lo diseñado y lo ejecutado, garantizando así la eficiencia y eficacia institucional.

Es crucial que la organización priorice sus esfuerzos en fortalecer la implementación, establecer procesos sistemáticos de evaluación y mejora, y lograr una planificación más integral y detallada para que el Sistema de Control Interno sea más efectivo y sostenible a largo plazo.

El compromiso Activo de la Máxima Autoridad y su equipo directivo es fundamental para avanzar en la consolidación de un Sistema de Control Interno efectivo.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto más arriba, es necesario que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias para alcanzar la mejora continua en la gestión institucional en busca de la excelencia.

Por tanto, el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas deberá:

1. Establecer un Plan de Capacitación y Concientización, que cubra tanto a la alta dirección como a los funcionarios de todos los niveles, para asegurar la efectividad del SCI.



**CONTRALORÍA
GENERAL DE
LA REPÚBLICA**
PARAGUAY

Misión: "Organismo Constitucional de Control Gubernamental, que fiscaliza y protege el Patrimonio Público, en beneficio de la sociedad"



**AUDITORÍA
GENERAL DEL
PODER EJECUTIVO**
PARAGUAY

Misión: "Somos un órgano de control interno encargado de realizar auditorías de los Organismos y Entidades del Poder Ejecutivo, diseñar, desarrollar, establecer normativas para la supervisión; y asistencia técnica de las Auditorías Internas Institucionales"

2. Implementar un proceso formal de mejora continua.
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, junio de 2025

NANCY MARIA
REJALA CHIOLA

Firmado digitalmente por
NANCY MARIA REJALA
CHIOLA
Fecha: 2025.06.27 07:25:01
-03'00'

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

MARIA CRISTINA
FRANCO DE
VERANO

Firmado digitalmente por MARIA
CRISTINA FRANCO DE VERANO
Fecha: 2025.06.27 10:59:14
-03'00'

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

CINTHIA
NOEMI
ORTIZ
ESCURRA

Firmado
digitalmente por
CINTHIA NOEMI
ORTIZ ESCURRA
Fecha: 2025.06.27
10:20:17 -03'00'

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

GLADYS SUNILDA
FERNANDEZ DE
CHENU ABENTE

Firmado digitalmente por
GLADYS SUNILDA
FERNANDEZ DE CHENU
ABENTE
Fecha: 2025.06.27 13:26:25
-03'00'

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