



Normas de
Requisitos Mínimos
para Sistemas de
Control Interno

INFORME DE ANALISIS CRÍTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA “DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA”


CP. Emilce Zárate Almirón
Directora de Auditoría Interna Institucional
Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Misión: Regular, vigilar y fiscalizar productos de aplicación en medicina y otros asignados por ley, para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los mismo en beneficio de las personas, respondiendo a los desafíos de la innovación y promoviendo el desarrollo, a través de acciones coordinadas e integradas, sostenidas en normas técnicas.

Visión: Ser una institución reguladora y fiscalizadora de Referencia Nacional e Internacional reconocida por su capacidad técnica, credibilidad y compromiso con la protección de la salud de la población y el desarrollo nacional.

CONTENIDO

- ✓ INTRODUCCION
- ✓ OBJETIVO GENERAL
- ✓ ALCANCE
- ✓ CRITERIOS
- ✓ DESARROLLO
- ✓ CONCLUSIONES


CP. Emilce Zárate Almirón
Directora de Auditoría Interna Institucional
Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Misión: Regular, vigilar y fiscalizar productos de aplicación en medicina y otros asignados por ley, para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los mismo en beneficio de las personas, respondiendo a los desafíos de la innovación y promoviendo el desarrollo, a través de acciones coordinadas e integradas, sostenidas en normas técnicas.

Visión: Ser una institución reguladora y fiscalizadora de Referencia Nacional e Internacional reconocida por su capacidad técnica, credibilidad y compromiso con la protección de la salud de la población y el desarrollo nacional.

A. INTRODUCCIÓN

El Modelo Estándar de Control Interno del Paraguay – MECIP, propone a las Instituciones Públicas del Paraguay una estructura de Control Interno para la organización y los principios, fundamentos y conceptos básicos que la sustentan, como una herramienta de apoyo a su propia gestión.

Surge el nuevo marco normativo del Modelo Estándar de Control Interno – MECIP:2015, que propone un cambio de enfoque, aunque sin cambiar sus principios ni sus objetivos, facilitando el proceso de implementación y consolidación del Control Interno en Instituciones Públicas, promoviendo un mayor grado de adaptación del modelo a las necesidades particulares de cada institución, e impulsando el desarrollo de las competencias organizacionales y profesionales.

De conformidad con los parámetros establecidos por la **Contraloría General de la Republica** en su **Resolución N° 377/16 “Por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un sistema de control interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas – MECIP:2015”** y la **Resolución N° 147/19 “Por la cual se aprueba la “Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez”, a ser utilizadas en el marco del Sistema de Control Interno del Modelo de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay – MECIP:2015”**; también, la adopción de la **Auditoría General del Poder Ejecutivo**, en su **Resolución N° 326/2019 “Por la cual adopta la Norma de Requisitos Mínimos y la Matriz de Evaluación para un sistema de control interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay MECIP:2015**, estableciendo los modelos de evaluación por Nivel de Madurez que serán utilizados para dar soporte a las organizaciones en la búsqueda de la excelencia en sus Sistema de Control, acompañándolas en sus procesos de desarrollo, implementación, mantenimiento y mejora continuas.

La Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, por medio del Acta de Compromiso para la Implementación del Mecip de fecha 18 de diciembre del 2023 “Adopta la NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS para el Sistema de Control Interno del Modelo Estándar de Control Interno para las Instituciones Públicas del Paraguay – MECIP:2015”. La Máxima Autoridad Institucional y su Equipo Directivo, ratifica el compromiso y apoyo de manera constante, instando a ser partícipes de la implementación de un sistema de control interno efectivo, apuntado siempre a la mejora continua.

La Dirección de Auditoría Interna Institucional, presenta la información de evaluación del Sistema de Control Interno del periodo 2023.

B. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de implementación del Control Interno con el fin de obtener una calificación conforme a la Matriz de Evaluación que indica el grado de madurez del Control Interno en la Institución.

C. ALCANCE

El análisis crítico del Control Interno de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria se realiza al cierre del ejercicio fiscal.


CP. Emilce Zárate Almirón
Directora de Auditoría Interna Institucional
Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Misión: Regular, vigilar y fiscalizar productos de aplicación en medicina y otros asignados por ley, para garantizar la calidad de los servicios de salud, integradas, sostenidas en normas técnicas.

Visión: Ser una institución reguladora y fiscalizadora de Referencia Nacional e Internacional reconocida por su capacidad técnica, credibilidad y compromiso con la protección de la salud de la población y el desarrollo nacional.

D. CRITERIOS

Los criterios para el Análisis Crítico del Sistema de Control Interno son los previstos en la Norma de Requisitos Mínimos de Control Interno en la Matriz de Evaluación del Grado de Madurez del Control Interno aprobado por Resolución de la CGR N° 147, contemplados en el Objetivo General del presente informe.

E. 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 el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.

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 manera coherente.
- b) El logro de un control de procesos eficaz.
- c) La mejora continua del sistema de control interno con base en la evaluación de los datos y la información interna y externa.

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

Para determinar el grado de adopción de la NRM, se utilizó la herramienta de evaluación del nivel de madurez del SCI de acuerdo con los criterios de interpretación:



Emilce Zárate Almirón
CP. Emilce Zárate Almirón
Directora de Auditoría Interna Institucional
Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Misión: Regular, vigilar y fiscalizar productos de aplicación en medicina y otros asignados por ley, para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los mismo en beneficio de las personas, respondiendo a los desafíos de la innovación y promoviendo el desarrollo, a través de acciones coordinadas e integradas, sostenidas en normas técnicas.

Visión: Ser una institución reguladora y fiscalizadora de Referencia Nacional e Internacional reconocida por su capacidad técnica, credibilidad y compromiso con la protección de la salud de la población y el desarrollo nacional.

Al respecto a continuación se expone la evaluación y calificación del SCI por cada componente:

Evaluación del Nivel de Madurez del Sistema de Control Interno (SCI) MECIP 2015			
Ambiente de Control	1,70	DD	Inicial
Control de Planificación	1,75	DD	Inicial
Control de Implementación	0,23	E-	
Control de Evaluación	1,24	D-	Inicial
Control para la Mejora	1,57	D	Inicial
SCI CONSOLIDADO	1,15	D-	Inicial

A partir del análisis de los documentos se observa que en todos los componentes del Sistema de Control Interno el nivel de madurez se encuentra en una etapa inicial, a excepción del componente de Control de Implementación, que muestra un puntaje de 0.23 con un resultado deficiente, lo cual significa que el Control Interno no está sistematizado y algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos. Con la documentación presentada no se visualizó evidencia relacionada a los criterios aplicados a la formulación de las políticas operacionales, procedimientos, controles, competencia, formación y toma de conciencia, sistema de información, comunicación interna y externa, los cuales deberán ser trabajados en el año 2024.

En relación a los componentes del Ambiente de Control, Control de Planificación, Control de Evaluación y Control para la Mejora, se valora el esfuerzo de la Institución que está impulsando en mejorar su desempeño institucional a través de la implementación de controles, los cuales, aunque son incipientes se muestran iniciados con el alto grado de compromiso de todos los actores involucrados internamente.

En ese sentido cabe resaltar que la Institución se encuentra pasando por un proceso de transición de una etapa dependiente del MSP y BS a una etapa independiente como entidad autónoma, por tanto, los componentes del Sistema de Control Interno se encuentran en una etapa naciente, aun así se puede visualizar en la planilla de evaluación de madurez, el desarrollo de la gestión basada en procesos, entre los que se puede citar:

- Mapa de procesos.
- Matriz de procesos y procedimientos.
- Tablero de indicadores.
- Identificación de Riesgos Operacionales.
- Política de Talento Humano.
- Política de Control Interno.
- Código de Ética.
- Código de Buen Gobierno.
- Manual de Procesos y Procedimientos de la Auditoría Interna.

Emilce Zárate Almirón
CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Misión: Regular, vigilar y fiscalizar productos de aplicación en medicina y otros asignados por ley, para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los mismo en beneficio de las personas, respondiendo a los desafíos de la innovación y promoviendo el desarrollo, a través de acciones coordinadas e integradas, sostenidas en normas técnicas.

Visión: Ser una institución reguladora y fiscalizadora de Referencia Nacional e Internacional reconocida por su capacidad técnica, credibilidad y compromiso con la protección de la salud de la población y el desarrollo nacional.

F. CONCLUSION

La Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, obtuvo una valoración de 1.15, equivalente a un nivel de madurez inicial, considerando que el Sistema de Control Interno está establecido, con lo que se evidencia que la Máxima Autoridad y su equipo directivo, demostraron un importante nivel de liderazgo y compromiso, con la implementación del SCI en el año 2023, cuyo indicador puede ser mejorado en evaluaciones futuras, considerando el realce que tiene la Misión Institucional.

En resumen, la DINA VISA debe avanzar en la implementación del Control Interno en todas las áreas, haciendo énfasis en las áreas misionales, realizando un seguimiento constante al PEI vigente, para el cumplimiento de los objetivos y metas anuales e indicadores, y realizar los seguimientos, evaluaciones y planes de mejora.

G. RECOMENDACIONES

DINA VISA, debe seguir avanzando en la implementación y mejora del Control Interno, haciendo énfasis en todos los componentes del mismo, realizando un seguimiento para el cumplimiento de los objetivos y metas anuales e indicadores, aplicar evaluaciones constantes y planes de mejora, haciendo hincapié en que no solo la Alta Dirección adquiera el conocimiento y la práctica de las Normas de Requisitos Mínimos, sino que desde el funcionario de menor jerarquización hasta el mayor nivel de conducción política se sienta involucrado de igual manera.

Se deberá tomar las medidas necesarias para alcanzar la mejora continua en la Gestión Institucional.

Emilce Zárate Almirón
CP Emilce Zárate Almirón
Directora de Auditoría Interna Institucional
Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Misión: Regular, vigilar y fiscalizar productos de aplicación en medicina y otros asignados por ley, para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los mismo en beneficio de las personas, respondiendo a los desafíos de la innovación y promoviendo el desarrollo, a través de acciones coordinadas e integradas, sostenidas en normas técnicas.

Visión: Ser una institución reguladora y fiscalizadora de Referencia Nacional e Internacional reconocida por su capacidad técnica, credibilidad y compromiso con la protección de la salud de la población y el desarrollo nacional.

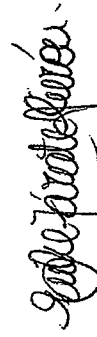
C

Ambiente de Control												
Componente	Requisito	Elemento de Evidencias / Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Pregunta	EXCELENCIA ✓									
			Observaciones									
	Asume la A.D. su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno?	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y/o disponibilidad de Indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI • Conocimiento y/o disponibilidad de Indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos • Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa • Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento 									X	
	Se asegura la A.D. que se establezca la política de control interno?	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de Política de Control Interno aprobada por la Máxima Autoridad Institucional 									X	
	Se asegura la A.D. que los requisitos del sistema de control interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo?	<ul style="list-style-type: none"> • Demostración general de conocimiento del Modelo de Gestión por Procesos 									X	
	Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos?	<ul style="list-style-type: none"> • Demostración general de conocimiento de la Gestión de Riesgos 									X	

Emilce Zárate Almiron
CP-Emilce Zárate Almiron
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Ambiente de Control

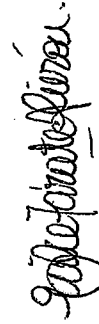
Componente Requisito	Pregunta	Ejemplo Evidencias / Criterios	NIVEL DE CALIFICACIÓN										EXCELENCIA	OBSERVACIONES		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.)	Asegura la A.D. que los recursos necesarios para el sistema de control interno estén disponibles?	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de partidas específicas en el presupuesto institucional (capacitación, consultorías, etc.) Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno 								X						
	Asegura la A.D. que el sistema de control interno logre los resultados previstos?	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento 								X						
	Asume la A.D. el compromiso, dirigiendo y apoyando a todos los niveles de la organización para contribuir a la efectividad del sistema de control interno?	<ul style="list-style-type: none"> Aprobación de un Plan de Capacitación que incluya aspectos del Control Interno Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno Actas o reportes que evidencien su participación en reuniones en los que se tratan aspectos de Control Interno (ej.: reuniones de comités) 												X		



CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Ambiente de Control

Componente / Requisito	Presupuesto	Ejemplos de evidencias / Criterios	INDICADORES										EXCELENCIA	Observaciones		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
A.1.1. Política de Control Interno (PCI)	Promueve la A.D la mejora continua del Control Interno?	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento 														
	Está la PCI formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad (M.A.)?	<ul style="list-style-type: none"> • Documento conteniendo la Política de Control Interno con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba la Política de Control Interno 				X										
	La PCI se encuentra correctamente formulada?	<ul style="list-style-type: none"> • Es adecuada al propósito y al contexto de la organización, y apoya explícitamente al direccionamiento estratégico • Constituye un marco de referencia básico para la configuración de los componentes y principios del control interno • Incluye el compromiso con la Mejora Continua 							X							
	La PCI ha sido adecuadamente comunicada y es entendida por todos los funcionarios?	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de distribución de copias (Incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) • Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno • Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación 										X				


CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

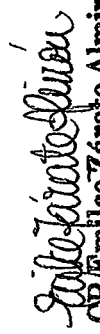
Ambiente de Control

Componente	Requisito	Ejemplo de Evidencias / Criterios	MGA	C	S	B	O	P	M	O	B	O
Observaciones												
	Se encuentran los Ay CE correctamente formulados?	<ul style="list-style-type: none"> • Están alineados con la función constitucional y legal de la institución, su misión, visión, valores y principios compartidos por los funcionarios • Están alineados con la cultura institucional relacionada a la integridad, la transparencia y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública • Identifican las prácticas éticas de la institución, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación • Establecen criterios para el comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés, tanto internos como externos, y otros factores humanos 										
	Los Ay CE fueron construidos de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción de los AyCE • Existencia de Compromisos Éticos documentados por dependencia, alineados a los AyCE institucionales 										

Emilce Zárate Almirón
CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

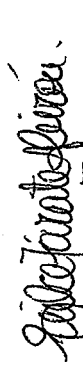
Ambiente de Control

Componente Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	NIVELES DE CALIDAD										EXCELENCIA	Observaciones			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AyCE)	La institución ha definido y aplica instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los AyCE?	<ul style="list-style-type: none"> Conformación de un Comité de Ética Actas de reunión del Comité de Ética que muestren el tratamiento de situaciones asociadas a la evaluación de incumplimientos 								X							
	Los AyCE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de los AyCE 								X							
	Los AyCE están formalmente documentados y aprobados por la Máxima Autoridad?	<ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo los AyCE con la firma de la M.A. (Código de Ética) Disposiciones Administrativas que apruebe los AyCE 										X					
	Los AyCE han sido adecuadamente comunicados y son entendidos por todos los funcionarios?	<ul style="list-style-type: none"> Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca de los AyCE Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación 											X				


Emilce Zárate Almiron
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Ambiente de Control

Componente requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	NIVEL DE CALIFICACIÓN										EXCELENCIA ✓	Observaciones		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG)	Se encuentra el PBG correctamente formulado?	<ul style="list-style-type: none"> Foco en la orientación estratégica de la institución, su misión, su visión y su naturaleza Alineado con los principios éticos, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación Alineado con los valores institucionales Orientado a cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de interés de la institución Contemple los diferentes canales de comunicación institucional Promueva la mejora continua Identifique y promueva las prácticas democráticas de la institución Considere las políticas de gestión del Talento Humano de la institución 														
	El PBG fue construido de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	<ul style="list-style-type: none"> Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PBG 								X						
	El PBG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiados?	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones del PBG 													X	


CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Ambiente de Control

Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Observaciones	
A.4 Política de Talento Humano (PTH)	El PBG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?		<ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo el PBG con la firma de la M.A. Resolución que aprueba el PBG 																						
	El PBG ha sido adecuadamente comunicado y es entendido por todos los funcionarios?		<ul style="list-style-type: none"> Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca del PBG Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación 																						
	Se encuentra la PTH correctamente formulada?		<ul style="list-style-type: none"> Compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios Foco en los procesos de selección, inducción, reincorporación, formación, capacitación, evaluación del desempeño, compensación, bienestar social y desvinculación de los funcionarios Responder a los siguientes valores: igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia 																						

Silvia Jaramila
CP. Emilce Zárate Almiron
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Ambiente de Control												
Componente	Presencia	Ejemplo de Evidencia / Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Requisito												
La PTH es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?		<ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de la PTH 				X						
La PTH está formalmente documentada y aprobado por la Máxima Autoridad?		<ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la PTH con la firma de la M.A. Disposiciones Administrativas que aprueba la PTH 							X			

EXCELENCIA ✓

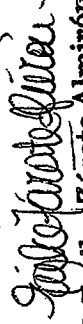
OBSERVACIONES

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	5	3	2	10	3	1	0	0	0	0	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	2	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	5	4,2	3	20	7,2	2,7	0	0	0	0	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	1,70												DD	Inicial

Emilce Zárate Almiron
CP. Emilce Zárate Almiron
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Control de la Planificación

Componente	Requisito	Ejemplo de Evidencia / Criterios	GRUPO A										EXCELENCIA	Observaciones	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	La Misión institucional se encuentra correctamente definida?	<ul style="list-style-type: none"> Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes Incluye la formulación explícita de los propósitos "de la Institución" Expresa la razón de ser de la Institución en todas sus dimensiones e involucra al "cliente" (usuario, destinatario o beneficiario) Es corta y fácil de comprender 										X			
	La Misión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	<ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Misión 										X			
	La Misión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Misión 									X				
	La Visión institucional se encuentra correctamente definida?	<ul style="list-style-type: none"> Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes Provee el marco de referencia de lo que la institución quiere y espera en el futuro Señala el camino que permite a la Dirección establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización 											X		
	La Visión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	<ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Visión 											X		


CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

La Visión es revisada periódicamente para asegurar que permanezca pertinente y apropiada?

Existencia de versiones superadas y revisadas
 • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión
 • Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Visión

X

Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa?

• Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s
 • Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes
 • Definición de responsabilidades

X

Existe un Plan Estratégico Institucional (PEI)?

• Documento/s formalmente aprobado/s por la Máxima Autoridad

X

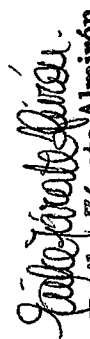
El PEI satisface los criterios básicos para su adecuada formulación?

• Considera las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica (ej.: FODA)
 • Incluye la definición de objetivos institucionales, y estos son coherentes con la misión y visión institucional
 • Se adecua al cumplimiento de los propósitos constitucionales y legales de la institución, en consonancia con las necesidades de la sociedad a la que atiende
 • Establece los cursos o líneas de acción necesarios para el logro de su misión, visión y objetivos institucionales, para un período de tiempo determinado
 • Define los recursos necesarios para el logro de los fines trazados
 • Incluye la definición de instrumentos de seguimiento y medición del grado de avance de los planes, y de los logros alcanzados

X

Emilce Zárate Almirón
C.P. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria


<p>Se revisan periódicamente los planes institucionales para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueben nuevas versiones de los PEI y/o POI 		
<p>La institución comunica su Misión, Visión, Objetivos y Planes de acción a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones individuales al respecto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación 		
<p>Se ha desarrollado un Mapa de Procesos, que permita el despliegue de los procesos con un enfoque estratégico, misional y de apoyo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Documento/s aprobado/s definiendo un Mapa de Procesos Institucional Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Estratégicos Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Misionales Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos de Soporte 		
<p>El Modelo de Gestión por Procesos (Mapa de Procesos) está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo el Mapa de Procesos con la firma de la M.A. Resolución que aprueba el Mapa de Procesos 		


CP. Emileé Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

B.2 Gestión por Procesos	<p>• Documento/s (ej.: fichas de procesos) aprobado/s definiendo: o Los objetivos de cada proceso; y su coherencia y armonía con la misión y objetivos institucionales o Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores o Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios o Los reportes e información generados y sus destinatarios o La interacción con otros procesos o Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño, necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos o Los recursos necesarios para su ejecución</p>																						
	<p>Se cuenta con una adecuada Caracterización de los Procesos identificados?</p>	<p>• Normograma documentado y aprobado</p>		X																			
	<p>Se ha identificado la Base Legal aplicable?</p>	<p>• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Resoluciones que aprueben nuevas versiones del Mapa de Procesos y otros documentos pertinentes</p>			X																		
	<p>Se han definido los puestos de trabajo, con base a las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue de los procesos?</p>	<p>• Manual de Cargos y Funciones • Perfiles de Puestos</p>		X																			
	<p>Existe un Organigrama estructural de la institución?</p>	<p>• Organigrama Funcional documentado</p>																			X		

Fátima Zárate Álvarez
CP. Fátima Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

<p>B.3 Estructura Organizacional</p> <p>La Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de Puesto) está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?</p>	<p>Documento conteniendo el Organigrama con la firma de la M.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> Documento/s conteniendo los Perfiles de Puesto con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Estructura Organizacional 	<p>Registros de distribución de copias de perfiles de puesto</p> <ul style="list-style-type: none"> Registros de distribución de copias del Organigrama (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) Registros de Asistencia a Talleres, Capacitaciones o Entrevistas Personales que incluyan discusión acerca de los deberes y responsabilidades de cada funcionario Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento y comprensión 	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Las funciones y responsabilidades de cada funcionario han sido adecuadamente comunicadas?</p>	<p>X</p>			
<p>Se han establecido uno o varios procedimientos para la continua IYER, y para la determinación de las medidas de control necesarias?</p>		<p>Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s</p> <ul style="list-style-type: none"> Guías Técnicas de implementación Formularios o modelos estándar para la construcción de matrices de riesgo Definición de criterios y responsabilidades 	<p>X</p>	
<p>Se ha considerado el contexto organizacional al momento de la IYER?</p>		<p>Identificación de "situaciones riesgosas" internas y externas (FODA)</p>	<p>X</p>	
<p>Se ha desplegado la IYER a nivel estratégico?</p>		<p>Matrices de Riesgos sobre Objetivos y Planes Estratégicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Matrices de Riesgos sobre Debilidades y Amenazas (FODA) Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento 	<p>X</p>	


CP. Emilio Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria


B.4. Identificación y Evaluación de Riesgos (IYER)

<p>Se ha desplegado la IYER a nivel operativo?</p>	<p>• Matrices de Riesgos sobre Procesos / Subprocesos críticos • Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento</p>	X							
<p>La metodología y criterios establecidos para la IYER es correcta?</p>	<p>Las Matrices de Riesgo deberían incluir: • Las actividades rutinarias y no rutinarias; • Las actividades de todo el personal que tengan relación con los objetivos y la misión institucional (incluyendo aquellas realizadas por contratistas); • El comportamiento humano, sus capacidades y otros factores humanos, incluyendo consideraciones sobre la perspectiva de género y la no discriminación; • La probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial ocasionado; • La infraestructura, tecnología y materiales utilizados, tanto provistos por la institución o por otros; • Las modificaciones organizacionales o de su sistema de gestión, incluyendo cambios temporarios, y sus impactos en los objetivos, procesos y actividades; • Toda obligación legal relacionada con la evaluación de riesgos y la implementación de los controles necesarios; • El diseño de procesos, instalaciones, tecnología, procedimientos operativos y la organización del trabajo; incluyendo su adaptación a las capacidades humanas</p>	X							

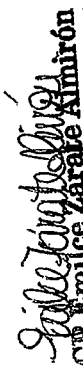
Emilce Zárate Almiron
CP. Emilce Zárate Almiron
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?		X														
<ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Revisiones asociadas a cambios en el contexto organizacional o en los procesos 																

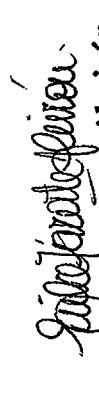
Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	9	2	1	3	3	7	0	0	0	0	0	0	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	1,7	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7	5
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	9	2,8	1,7	6	7,2	19	0	0	0	0	0	0	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	1,75															
	DD															
	Final															


CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Control de la Implementación														Observaciones
Componente	Requisito	Evidencias	Ejemplos de Evidencias / Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
C.1 Control Operacional	Los controles implementados contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables	Existencia de planes de mejora y/o definición de controles derivados de la evaluación de Riesgos Significativos	Existencia de Indicadores que muestren el impacto y efectividad de los controles	X										
	El nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles definidos son adecuados a las características de la organización?	Existencia de Políticas Operacionales documentadas para los procesos/subprocesos clave	Evaluar coherencia entre la magnitud y sofisticación de los Controles y la criticidad de los Riesgos	X										
C.1.1 Políticas Operacionales	La institución ha definido políticas operacionales que permiten estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos?	Existencia de Políticas Operacionales documentadas para los procesos/subprocesos clave												
	Las políticas operacionales definen los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos?	Políticas operacionales coherentes con los objetivos de los procesos/subprocesos clave												
	Existe coherencia entre las políticas definidas y los lineamientos estratégicos determinados en el componente de Control de la Planificación?	Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos												
	Las políticas incorporan parámetros que orientan el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento?	Políticas operacionales que establecen un adecuado marco de gestión para orientar los procesos/subprocesos de manera efectiva												
	Las políticas incluyen la definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento?	Políticas operacionales que incluyen claras definiciones de "premios y castigos"	Evidencias objetivas de aplicación adecuada en casos concretos											



Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

			<ul style="list-style-type: none"> Existencia de documentación que defina criterios y frecuencias de revisión Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueben nuevas versiones de las Políticas Operacionales 	<p>Se asegura que las políticas operacionales son revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas?</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> Documentos conteniendo las Políticas Operacionales con la firma de la M.A. Resolución/es que aprueba/n las Políticas Operacionales 	<p>Las Políticas Operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la Máxima Autoridad?</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> Evidencias objetivas de realización de actividades de socialización (actas, planillas de asistencia, etc.) Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de las Políticas Operacionales 	<p>Las políticas operacionales son comunicadas a todos los niveles de la organización, y los funcionarios son conscientes de sus obligaciones al respecto?</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados para los procesos críticos Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de los Procedimientos 	<p>Se han desarrollado procedimientos documentados para cubrir situaciones en que su ausencia podría afectar la capacidad de control y/o causar desviaciones a las políticas y objetivos definidos?</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> Definición documentada de Controles: o Planes de acción preventiva/correctiva o Planes de mejoramiento • Controles definidos e implementados, coherentes con la magnitud de los Riesgos identificados 	<p>La determinación e implementación de los controles, o los cambios a controles existentes, tiene en cuenta la reducción de los riesgos de acuerdo a la siguiente jerarquía: prevención, detección, protección y corrección</p>	
C.1.2 Procedimientos					


CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

C.3.1 Sistema de Información	Se han determinado las fuentes de información relevantes y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno? Y se asegura que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna?	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología, criterios y registros para recolección de datos • Identificación de Reportes relevantes por proceso • Diseño de Tableros de Indicadores • Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar disponibilidad de datos críticos 				
	Puede asegurarse que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable?	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de Evaluación de Documentos pertinentes (reportes, tableros, etc.) • Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar calidad de datos críticos 				
	Se asegura que la información documentada requerida por el sistema de control interno (políticas, procedimientos, matrices, tablas de datos, etc.) se encuentren disponibles en su lugar de uso, y que se encuentre adecuadamente protegida?	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de Entrevistas con los distintos Niveles de la Organización • Resultado de la Observación (disponibilidad) en los distintos lugares de trabajo 				
	Se encuentran claramente definidos los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control Interno?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada • Tablas de Niveles de Aprobación de Documentos • Resoluciones u otros actos administrativos que definan Niveles de Aprobación de Documentos 				
C.3.2 Control de Documentos	Se encuentra claramente definida y se aplica una metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución, archivo	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada • Resultado de la Observación (aplicabilidad) en los distintos lugares de trabajo 				

C.4.1 Comunicación Interna	Se encuentra correctamente identificado el estado de revisión y de cambios en los documentos?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento que describa la metodología de identificación de versionado y cambios en los documentos • Resultado de la evaluación de documentos disponibles en diferentes lugares de trabajo 		
	Se ha definido y se aplica una metodología para la gestión de documentos de origen externo?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento que describa la metodología de identificación y control de los documentos de origen externo • Resultado de la evaluación de documentos externos utilizados en diferentes lugares de trabajo 		
	Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización ?	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles • Evidencias de no conformidades o reclamos originadas en fallas de comunicación interna 		
	Se ha definido qué información será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados?	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles 		
	Se fomenta la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales?	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles 		
	Se han incorporado mecanismos que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias?	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de "conversatorios" • Implementación de Buzones de Sugerencias 		
	Se revisa periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados?	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de reunión (ej.: Análisis Crítico por la Alta Dirección) • Reportes de evaluación (Dir. Comunicaciones) 		


CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

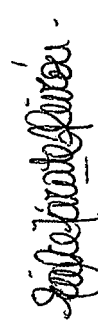
					<p>C.4.2 Comunicación Externa</p>
			<ul style="list-style-type: none"> Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles Evidencias de no conformidades o reclamos originadas en fallas de comunicación externa 	<p>Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información desde y hacia afuera de la organización?</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles 	<p>Se ha definido qué información y a través de qué canales será comunicada a los diferentes grupos de interés externos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados?</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> Existencia de Procedimiento/s Documentado/s y debidamente Aprobados Resultado de Entrevistas con funcionarios con responsabilidad directa sobre el proceso de Rendición de Cuentas 	<p>Se han desarrollado procedimientos documentados para establecer la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencias de las rendiciones de cuenta a la sociedad?</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> Actas u otros documentos que evidencien la convocatoria para la Rendición de Cuentas Actas u otros documentos que evidencien la realización de la Rendición de Cuentas Reportes asociados a la Rendición de Cuentas, incluyendo temas tratados y conclusiones 	<p>Se ha implementado el proceso de Rendición de Cuenta de acuerdo a las disposiciones legales vigentes?</p>	

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	1,7	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7					
Puntaje por Columna (cantidad x valor)	0	0	0	2	4,2	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)																			0,23	E-

Emilce Zarate Almiron
CP. Emilce Zarate Almiron
 Directora de Auditoria Interna Institucional
 Direccion Nacional de Vigilancia Sanitaria

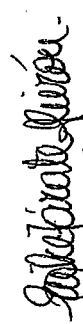
Control de la Evaluación

Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias /Criterios	Nivel de Evaluación										Observaciones									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno	Se han definido indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos?	<ul style="list-style-type: none"> • Tableros de Indicadores • Reportes y Gráficos 								X												
	Los Indicadores se encuentran correctamente diseñados asegurando que se ha considerado en cada caso el factor clave a evaluar, el origen de la información, la frecuencia de medición, las metas y rangos de tolerancia y los responsables del seguimiento?	<ul style="list-style-type: none"> • Tableros de Indicadores • Fichas de caracterización de Indicadores 									X											
	Los Indicadores están actualizados, se aplican y mantienen como fuente para la toma de decisiones que afectan a la capacidad del control interno?	<ul style="list-style-type: none"> • Tableros de Indicadores actualizados • Reportes 										X										
D.2 Auditoría Interna (A.I.)	Se han planificado auditorías internas del sistema de control interno (SCI)?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento que incluya la Planificación de A.I. del SCI • Programa Anual de A.I. (incluyendo requisitos de Control Interno) 									X											En el ejercicio 2024 DINAVISA cuenta con un Programa Anual, el cual será evaluado.
	Se han establecido uno o más aprobado/s procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de las Auditorías Internas?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s • Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes y elaboración de informes • Definición de criterios de auditoría 											X									En el ejercicio 2024 será implementado lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos de la AI versión 00.
	Se han implementado Auditorías Internas del SCI de acuerdo a lo planificado?	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Auditoría Interna • Informe de Auditoría Interna • Papeles de Trabajo • Actas de Reunión (inicial, final) 										X										
	El alcance de las Auditorías Internas cubre todos los requisitos de la Norma de Requisitos Mínimos para SGI?	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Auditoría Interna • Informe de Auditoría Interna • Papeles de Trabajo 																				


CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Se asegura la independencia y objetividad de los Auditores Internos?	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de Selección de Auditores Internos (perfiles) • Registros de Capacitación y Calificación de Auditores Internos • Planes e Informes de Auditoría Interna 	X					
Se asegura la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría?	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de Auditoría Interna • Planes de Mejoramiento • Reportes de Seguimiento de Planes de Mejoramiento 	X					

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	5	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	1,7	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7	5	5
Punteaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	5	4,2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor Final del Componente (Σ Punteaje / Total de Casillas Puntuadas)	1,24																
	D- Inicial																


CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Control para la Mejora										
Componente	Requisito	Presupuesto	Ejemplo de Evidencias / Criterios	1	2	3	4	5	6	Objetivos
E.1 Análisis Crítico del Sistema de Control Interno	Se ha realizado el Análisis Crítico del SCI por parte de la Dirección? (al menos una vez al año) Existen evidencias que demuestren que la revisión por la dirección incluyó consideraciones sobre: a) decisiones y acciones emanadas de anteriores revisiones por la dirección; b) vigencia de la política de C.I.; c) cambios en el contexto externo e interno que sean pertinentes al sistema de control interno; d) información sobre el desempeño del control interno, incluyendo: • evolución de planes y objetivos; • resultados de las mediciones; • resultados de las auditorías internas y externas; • retroalimentación de los grupos de interés; • cuestiones relativas a proveedores e instituciones externas, y a otras partes interesadas pertinentes; • adecuación de los recursos requeridos para un SCI eficaz; • desempeño de los procesos y la conformidad de productos y servicios. e) eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos; f) gestión de los programas de mejora?		<ul style="list-style-type: none"> Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad 							
			<ul style="list-style-type: none"> Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de entrada) 							

Emilce Zárate Almiron
SP. Emilce Zárate Almiron
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	1,57	D	Total
---	------	---	-------

Emilce Zarate

Emilce Zarate Almirón
 CP. Emilce Zarate Almirón
 Directora de Asesoría Técnica
 Sistema Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Evaluación del Nivel de Maduración del Sistema de Control Interno (SCI) - MECIP 2015			
Ambiente de Control	1,70	DD	Inicial
Control de Planificación	1,75	DD	Inicial
Control de Implementación	0,23	E-	
Control de Evaluación	1,24	D-	Inicial
Control para la Mejora	1,57	D	Inicial
SCI CONSOLIDADO	1,15	D-	Inicial

Emilce Zárate Almirón

CP. Emilce Zárate Almirón
 Directora de Auditoría Interna Institucional
 Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

