



Universidad Nacional de Asunción
Facultad de Ciencias Químicas



mecip
2015

Norma de
Requisitos Mínimos
para Sistemas de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

FCQ – UNA / PERIODO 2025

FEBRERO 2026



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

Índice

I- ANTECEDENTES 2

II- OBJETIVO 2

III- ALCANCE 2

IV- DESARROLLO 2

 A- AMBIENTE DE CONTROL 4

 B- COMPONENTE DE CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN 8

 C- COMPONENTE DE CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN 11

 D- COMPONENTE DE CONTROL DE EVALUACIÓN 15

 E- COMPONENTE DE CONTROL PARA LA MEJORA 16

V- CONCLUSIÓN 17

VI – RECOMENDACIÓN 17

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.25 09:52:30
-03'00'



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

I- ANTECEDENTES

Con la Resolución N° 377 del 13 de mayo de 2016 la Contraloría General de la República (CGR) resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación de los sistemas de control interno de las instituciones sujetas a la supervisión de la Contraloría General de la República, la Norma de Requisitos Mínimos – NRM – para un Sistema de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay, MECIP:2015.

Posteriormente, con la Resolución CGR N°147/19 se aprueba la Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez, a ser utilizada en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno MECIP:2015”.

Igualmente, en la Resolución CGR N° 909/2021, se resolvió aprobar y adoptar el uso del sistema informático para la evaluación del 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 fueron desarrollados e implementados, estableciendo los niveles de madurez de cada uno de los componentes del sistema, a fin de identificar eventuales deficiencias que requerían mayor profundización y, acompañar a la Institución en la búsqueda de la excelencia.

III- ALCANCE

La evaluación realizada, con base a los documentos proporcionados por la Institución que respaldan la fase de diseño y medición de la aplicación de los controles y que evidencian las acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2025.

IV- DESARROLLO

La evaluación del Sistema de Control Interno (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;



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

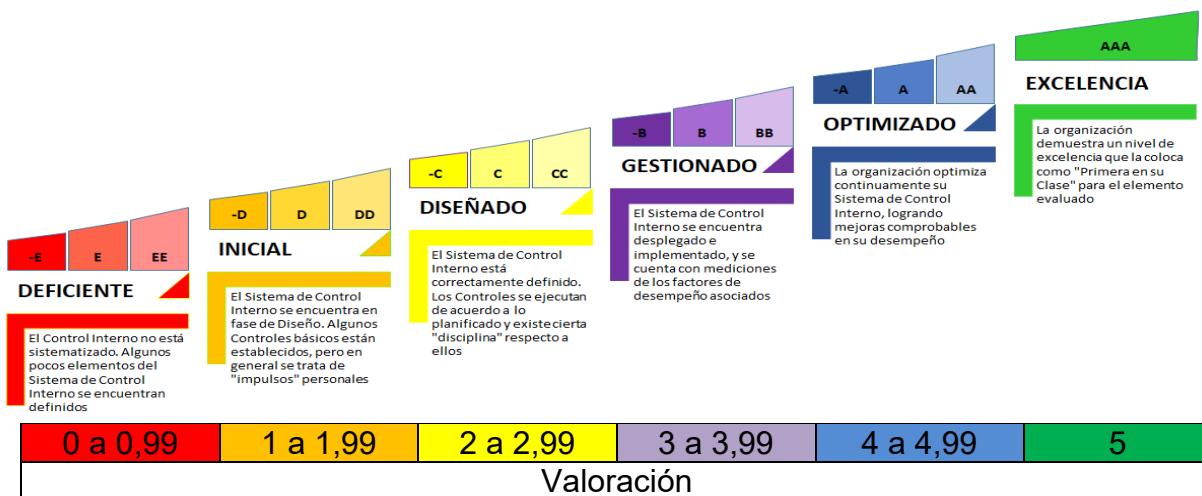
- ✓ Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;
- ✓ Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales;
- ✓ Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad”

En ese contexto, el MECIP 2015 promueve como modelo de gestión la utilización del enfoque basado en procesos de manera que permita:

- 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;
- La consideración de los procesos en términos que aporten valor;
- El logro de un control de procesos eficaz;
- 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, lo que implica el establecimiento de una estructura y cultura organizacional apropiadas, que implica el método lógico y sistemático para establecer los riesgos asociados con cualquier actividad, función o procesos, de forma tal que permite minimizar pérdidas y maximizar beneficios.

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





Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

En el siguiente cuadro se expone el resultado consolidado de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA, y que reflejan el nivel de madurez de su Sistema de Control Interno por cada componente:

Evaluación del Nivel de Maduración del Sistema de Control Interno (SCI)			
Ambiente de Control	3.40	B-	Gestionado
Control de Planificación	3.18	B-	Gestionado
Control de Implementación	2.55	C	Diseñado
Control de Evaluación	3.00	B-	Gestionado
Control para la Mejora	3.30	B-	Gestionado
SCI CONSOLIDADO	3.01	CC	DISEÑADO

A continuación, se expone la evaluación del Sistema de Control Interno por cada componente, señalando los avances más significativos y las debilidades a tener en cuenta:

A- AMBIENTE DE CONTROL

Según la Norma de Requisitos Mínimos (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, la institución evidenció un nivel de madurez **GESTIONADO**, con una valoración de **3.40** que describe en la herramienta de evaluación la siguiente situación: “El Sistema de Control Interno se encuentra desplegado e implementado, y se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados”.

Se pueden señalar los siguientes puntos resaltantes:



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

A.1.Compromiso de la Alta Dirección

✓ **Resolución de decanato N°1098/2025 de fecha 14/07/2025**

Por la cual se ratifica la designación de la responsable del MECIP ante la Máxima Autoridad de la Institución, se conforma el Comité de Autoevaluación del MECIP, y se actualizan y ratifican las conformaciones de los Comités y Equipos en la Facultad de Ciencias Químicas – UNA.

✓ **Resolución de decanato N°2186/2025 de fecha 30/12/2025.**

Por la cual se actualizan la conformación del Cuerpo Directivo, de la Facultad de Ciencias Químicas – UNA

✓ **Resolución de decanato N° 1172/2025 de fecha 22/07/2025.**

Por la cual se designan Responsables, Titular y Suplente de la Unidad de Transparencia y Anticorrupción de la Facultad de Ciencias Químicas”.

✓ **Resolución N° 2200/2025 de fecha 30/12/2025.**

Por la cual se actualiza la asignación de Funciones de la C.P. Sonia Unzain Martinez, a fin de que continúe ejerciendo las funciones de jefa del Departamento MECIP, dependiente de la Dirección de Planificación, de la Facultad de Ciencias Químicas.

✓ **Gestión de Liderazgo en Organizaciones Educativa.**

Entrenamiento de “Competencias de la Alta Dirección para la toma de conciencia en Sistema de Control Interno, NRM -MECIP:2015”; con la participación de la Señora Decana, la Sra. Vice Decana y los directores de todas las dependencias.

✓ **Actas varias de reuniones de la Auditoria Interna con la Máxima Autoridad Institucional y Directivos de la FCQ.**

✓ **Actas de Capacitaciones sobre el Formato 32 – FODA.**

✓ **Acta de Compromiso para la Implementación del MECIP.**

A.1.1- Política de Control Interno.

✓ **Resolución N° 8773/2025 de fecha 28/01/2025.**

Por la cual se ratifica sin modificaciones las Políticas de Control Interno de la Facultad de Ciencias Químicas.

pág. 5

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.25 09:53:50
-03'00'

Misión: “Ofrecer formación académica de calidad en grado y postgrado, impulsar la investigación y fomentar la extensión en las ciencias químicas y sus aplicaciones”

Visión: “Ser referente regional en la formación profesional y científica en las ciencias químicas, generando y transfiriendo conocimiento, servicio y tecnología a la sociedad”



Universidad Nacional de Asunción Facultad de Ciencias Químicas

✓ **Actas del Comité del Control Interno.**

En las cuales se evidencia la participación activa de la Máxima Autoridad Institucional, así como del nivel directivo, en la revisión, aprobación y validación de formatos, políticas, códigos y demás instrumentos normativos vinculados al Sistema de Control Interno.

✓ **Contenido programático de las Políticas de Control Interno (PCI).**

El cual establece lineamientos, objetivos y responsabilidades orientados al fortalecimiento de la cultura de control, la gestión por procesos y la administración de riesgos.

A.2. Acuerdos y Compromisos éticos.

✓ **Resolución de decanato N°1098/2025 de fecha 14/07/2025**

Por la cual se ratifica la designación de la responsable del MECIP ante la Máxima Autoridad de la Institución, se conforma el Comité de Autoevaluación del MECIP, y se actualizan y ratifican las conformaciones de los Comités y Equipos en la Facultad de Ciencias Químicas – UNA

✓ **Resolución de Consejo Directivo N° 9059-00-2025 de fecha 16/12/2025.**

Por la cual se actualiza el Código de Ética (versión N° 5 – año 2025), de la Facultad de Ciencias Químicas.

✓ **Actas de reuniones del Comité de Ética.**

✓ **Actas de Reuniones de Acuerdos y Compromisos Éticos – 2025.**

✓ **Actas de reuniones de elaboración de los Acuerdos y Compromisos Éticos de todas las dependencias de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.**

✓ **Socializaciones del Código de Ética en todas las dependencias y filial de la FCQ-UNA.**

✓ **Informe de Gestión del Comité de Ética.**

✓ **Informe de Evaluación y Seguimiento de la Gestión Ética, elaborado por la Auditoría Interna, con el fin de analizar la gestión del Comité de Ética Institucional y las acciones desarrolladas en materia de promoción de la integridad y atención de situaciones no éticas.**



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

A.3. Protocolo de Buen Gobierno.

✓ **Resolución de Consejo Directivo N° 9060-00-2025 de fecha 16/02/2025**

Por la cual se aprueba la actualización del Código de Buen Gobierno (versión N° 7 -* año 2025), de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

- ✓ Actas de reuniones del Comité de Buen Gobierno.
- ✓ Informe de Gestión del Comité de Buen Gobierno.
- ✓ Informe de Evaluación y Seguimiento de la Gestión de Buen Gobierno, elaborado por la Auditoría Interna, con el objetivo de verificar el cumplimiento de las funciones del Comité de Buen Gobierno y su contribución al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, conforme al MECIP.

A.4. Principio de Desarrollo del Talento Humano

✓ **Resolución de Consejo Directivo N° 9017-00-2025 de fecha 21/10/2025**

Por la cual se aprueban las Políticas de la Dirección de Gestión y Desarrollo del Talento Humano (versión N° 5 – año 2025) de la Facultad de Ciencias Químicas.

- ✓ Evidencias de socializaciones.
- ✓ Actas de reuniones de revisión de las PTH.

Oportunidad de mejoras del Ambiente de Control:

- Establecer un mecanismo documentado de evaluación anual del desempeño del Comité MECIP y del Comité de Autoevaluación.
- Incorporar evaluación de impacto de las capacitaciones dirigidas a la Alta Dirección.
- Implementar evaluación periódica del grado de conocimiento y aplicación efectiva de las Políticas de Control Interno en todas las dependencias.
- Desarrollar un plan formal de socialización anual de las PCI, con cronograma, responsables y evidencias consolidadas.
- Integrar la Política de Control Interno con indicadores medibles, que permitan evaluar su eficacia real y no solo su existencia normativa.
- Establecer un procedimiento documentado de evaluación del cumplimiento de los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia.
- Formalizar un reporte estadístico anual sobre denuncias, consultas o situaciones éticas tratadas, garantizando análisis de tendencias y acciones preventivas.
- Fortalecer la integración entre Comité de Ética y Unidad de Transparencia y Anticorrupción, estableciendo mecanismos de coordinación documentada.



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

- Evaluar periódicamente el grado de cumplimiento del Código de Buen Gobierno en los niveles directivos.
- Crear base de datos consolidada de capacitaciones institucionales, con indicadores de cobertura, frecuencia y eficacia.
- Medir la eficacia de las capacitaciones mediante instrumentos post-formación (evaluación de aprendizaje e impacto).
- Vincular las Políticas de Talento Humano con la gestión de riesgos asociados al capital humano.

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 evidenció un nivel de madurez **GESTIONADO**, con una valoración de **3.18**, mostrando lo realizado por la Institución en el diseño y utilización de las herramientas que orientan el direccionamiento estratégico.

A continuación, se señalan los puntos más resaltantes por principio:

B.1.Direccionamiento Estratégico

✓ **Resolución N° 8721/2024 de fecha 08/10/2024.**

Por la cual se aprueba la actualización de la Misión, Visión y Valores de la Facultad de Ciencia Químicas”; siguiendo las recomendaciones de la CGR, esta nueva versión es de fácil entendimiento, corta y precisa.

✓ Evidencias de Socializaciones de la Misión, Visión y Valores.

✓ **Resolución de decanato N° 0307/2025 de fecha: 20/03/2025**

Por la cual se aprueba el Plan de Trabajo del Modelo Estándar de Control Interno para las Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP) de la Facultad de Ciencias Químicas – UNA, correspondiente al primer y segundo semestre del año 2025.

✓ **Resolución de decanato N° 0987/2025 de fecha: 26/06/2025.**

Por la cual se conforma el Comité de Elaboración del Plan Estratégico 2026-2030, de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ Actas de Reuniones de revisión y elaboración del POA, PEI y POI de las distintas dependencias.



Universidad Nacional de Asunción Facultad de Ciencias Químicas

- ✓ Contenido Programático de capacitaciones sobre el PEI.
- ✓ Informe de cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2025.
- ✓ Informe de cumplimiento del Plan Estratégico Institucional.
- ✓ Evidencia correo de tratamiento de la misión, visión y valores de la FCQ
- ✓ Actas de reunión de Planificación – Revisión del Manual de Organización de Funciones.
- ✓ Informe según el nivel de cumplimiento del PEI 2021-2025.

B.2. Gestión por Procesos

✓ **Resolución de decanato N° 1471/2025 de fecha: 19/09/2025**

Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 37, 38 y 39 correspondientes al Modelo Estándar de Control Interno para las Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP), de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ **Resolución de decanato N° 1767/2025 de fecha: 14/11/2025.**

Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos N° 42, N° 43 y N° 44 correspondientes al Modelo Estándar de Control Interno para las Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP), de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ **Resolución de decanato N° 1766/2025 de fecha: 14/11/2025.**

Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos N° 42, N° 43 y N° 44 correspondientes al Modelo Estándar de Control Interno para las Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP), de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

- ✓ Actas de Reunión - Revisión Mapa de Procesos (Formatos 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45 y 46)
- ✓ Correos de Socialización de los Formatos de Gestión por Procesos Aprobados 2025
- ✓ Actas de Capacitación MECIP para la elaboración de la Matriz FODA.



Universidad Nacional de Asunción Facultad de Ciencias Químicas

B.3. Estructura Organizacional

✓ **Resolución de CD N° 8990-00-2025 de fecha 23/09/2025 – Acta N° 1373.**

Por la cual se aprueba la actualización del Organigrama General y de los Organigramas Específicos de las dependencias de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ **Resolución de decanato N° 2198/2025 de fecha: 30/12/2025.**

Por la cual se adopta e internaliza la tabla de denominaciones, requisitos de cargos administrativos, los perfiles de cargo de gestión académica y de enseñanza de la Universidad Nacional de Asunción para la Facultad de Ciencias Químicas”

✓ **Resolución de decanato N° 1152/2025 de fecha: 21/07/2025.**

Por la cual se actualiza el organigrama general de la FCQ-UNA, y se aprueba el organigrama específico de la Unidad de Transparencia y Anticorrupción de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ Evidencia correo de socialización del Organigrama aprobado.

✓ Evidencia de Solicitud de actualización de MOF de las Dependencias de la FCQ 2025.

B.4. Identificación y Evaluación de Riesgos

✓ **Resolución de decanato N° 9055/2025**

Por la cual se aprueba la Política de Administración de Riesgos Versión 1 de la FCQ.
Procedimiento de Identificación, Calificación y Evaluación de Riesgos 2025.

✓ **Resolución de decanato N° 0163/2025 de fecha: 26/02/2025.**

Por la cual se aprueba la primera versión del Formato N° 66, la cuarta versión del formato N° 67, la quinta versión del formato N° 69, correspondientes al Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP) para la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ **Resolución de decanato N° 0308/2025 de fecha: 20 de marzo del 2025.**

Por la cual se aprueba la tercera versión de los Formatos N° 71, 72 y 73, y la primera versión del Formato N° 74 correspondientes al Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP) para la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

pág. 10

MARIA DEL CARMEN
ROMERO
SANTACRUZ
Firmado digitalmente por MARIA
DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.25 09:55:43 -03'00'

Misión: “Ofrecer formación académica de calidad en grado y postgrado, impulsar la investigación y fomentar la extensión en las ciencias químicas y sus aplicaciones”

Visión: “Ser referente regional en la formación profesional y científica en las ciencias químicas, generando y transfiriendo conocimiento, servicio y tecnología a la sociedad”



Universidad Nacional de Asunción Facultad de Ciencias Químicas

✓ Resolución de decanato N° 0690/2025 de fecha:23/05/2025

Por la cual se aprueba la tercera versión del Formato N° 32, correspondiente al Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP) de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

- ✓ Auditoría de Campo - Legajos del Personal - Riesgos Reales 2025.
- ✓ Actas de Capacitación de los Formatos de Riesgos-2025 a las Dependencias de la FCQ
- ✓ Actas de Reunión sobre elaboración de la Política de Administración de Riesgos.
- ✓ Correos evidencias de tratamiento de los Formatos de Riesgos y de la Política de Administración de Riesgos.

Oportunidades de mejoras del Control de la Planificación:

- Necesidad de fortalecer mecanismos de evaluación del nivel de apropiación institucional de la Misión, Visión y Valores, pese a las acciones de socialización realizadas.
- Necesidad de culminar la actualización integral del Manual de Organización y Funciones (MOF) para fortalecer la claridad de roles y responsabilidades.
- Fortalecer la aplicación sistemática de la gestión y monitoreo de riesgos institucionales, promoviendo mayor integración con la planificación

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 esta fase se evidenció un nivel de madurez **DISEÑADO** con una calificación **2.55** que se puede traducir que la institución ha estado trabajando en la implementación del SCI.

Se pueden señalar los siguientes puntos resaltantes:



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

C.1. Control Operacional

✓ **Resolución de CD N° 8494-00-2023 de fecha 19/12/2023.**

Por el cual se aprueba el Manual Políticas Operacionales de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ **Actas de reunión de tratamientos de las nuevas Políticas Operacionales, proyectadas para el año 2026.**

✓ **Resolución de decanato N° 2196/2025 de fecha: 30/12/2025.**

Por la cual se aprueba el Manual de Procedimientos de la Dirección de Planificación de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA

✓ **Resolución de decanato N° 2195/2025 de fecha: 30/12/2025.**

Por la cual se aprueba el Manual de Procedimientos de la Secretaría de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ **Manual de Procedimiento de la Auditoria Interna aprobada por la Máxima Autoridad Institucional.**

✓ **Procedimiento de Dirección Académica.**

✓ **Procedimientos de Dirección Financiera.**

✓ **Procedimientos de Buzón de Sugerencias.**

✓ **Procedimientos de la Coordinación de Bienestar.**

✓ **Propuestas de procedimientos de Centro Tecnológico Químico**

C.2. Competencia, formación y toma de conciencia

✓ **Resolución de decanato N° 2201/2025 de fecha 30/12/2025.**

Por la cual se aprueba el informe para la detección de necesidades de capacitación (DNC), del docente, funcionario administrativo y personal contratado de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA, para el ejercicio fiscal 2026"

✓ **Resolución de decanato N° 1832/2025 de fecha 24/11/2025.**

Por la cual se aprueba el informe sobre la matriz de polifuncionalidad de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

pág. 12

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por MARIA
DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.25 09:56:13 -03'00'

Misión: "Ofrecer formación académica de calidad en grado y postgrado, impulsar la investigación y fomentar la extensión en las ciencias químicas y sus aplicaciones"

Visión: "Ser referente regional en la formación profesional y científica en las ciencias químicas, generando y transfiriendo conocimiento, servicio y tecnología a la sociedad"



Universidad Nacional de Asunción Facultad de Ciencias Químicas

✓ **Resolución de decanato N° 1019/2025 de fecha: 30/06/2025.**

Por la cual se conforma la comisión de evaluación de Desempeño del primer y segundo semestre de 2025 de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ **Resolución de decanato N° 1882/2024 de fecha: 26/12/2024.**

Por la cual se aprueba el Plan de Formación y Capacitación, elaborado por la Dirección de Gestión y Desarrollo del Talento Humano de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA.

✓ Actas de Inducción y reintucción al personal de la FCQ.

✓ Acta de Reunión - Tratamiento actualización de la Matriz de Polifuncionalidad 2025

✓ Capacitaciones desarrolladas a través de la DGTH.

C.3 Gestión de la Información.

✓ Resolución N° 0600/2025, por la cual se designa a los funcionarios responsables del registro, actualización y monitoreo periódico y efectivo del Sistema de Gestión de Documentos (GDOC) de la Facultad de Ciencias Químicas – UNA.

✓ Resolución N° 2193/2025, Por la cual se aprueba la Guía General de Requisitos Adicionales de Recepción por solicitud de la Secretaría de la Facultad de Ciencias Químicas – UNA.

✓ Actas de reuniones.

C.4. Comunicación

✓ Resolución 8799-00-2025, Acta N° 1359, por la cual se aprueba el Informe de Gestión y Ejecución de Gastos correspondiente al Ejercicio Fiscal 2024, presentado por la Decana de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA, Prof. Lic. Cynthia Susana Saucedo de Schupmann.

✓ Resolución 8774-00-2025, Acta N° 1357, por la cual se aprueba la Política de Comunicación Institucional de la Facultad de Ciencias Químicas-UNA.

✓ Informe de entrevistas sobre clima organizacional.

✓ Informe Ejecutivo del Buzón de Sugerencias 2025.

✓ Informe del Buzón de sugerencias, reclamos o felicitaciones de la Facultad de Ciencias Químicas – UNA.



Universidad Nacional de Asunción Facultad de Ciencias Químicas

- ✓ Informes de alcance de comunicación institucional correspondientes al 1° y 2° semestre 2025.
- ✓ Reporte de seguimiento y seguidores a los medios digitales de la Facultad de Ciencias Químicas – UNA.
- ✓ Informe General de Redes Sociales Institucionales 2025.
- ✓ Informe de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas al Ciudadano 2025.
- ✓ Evidencias de convocatorias y realización de la audiencia pública.
- ✓ Publicación de informes de gestión en la página web institucional.
- ✓ Documentación respaldatoria del desarrollo del acto público.
- ✓ Presentación de la Rendición de Cuentas del periodo evaluado ante el Consejo Directivo.

Oportunidades de mejoras de Control de Implementación.

- Necesidad de actualizar e implementar de manera integral las Políticas Operacionales institucionales, considerando que se encuentran en proceso de revisión para su nueva versión prevista para el año 2026.
- Oportunidad de fortalecer la estandarización y formalización de procedimientos operativos en todas las dependencias, considerando que algunos procesos aún se encuentran en etapa de propuesta o desarrollo.
- Requerimiento de consolidar mecanismos de seguimiento y evaluación de la efectividad de las capacitaciones, asegurando su vinculación directa con el fortalecimiento de competencias institucionales.
- Necesidad de fortalecer la integración y uso sistemático de los sistemas de gestión documental e información institucional, garantizando mayor uniformidad en su aplicación en todas las áreas.

Firmado digitalmente
por MARIA DEL
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.25
09:56:45 -03'00'



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

D- COMPONENTE DE CONTROL DE EVALUACIÓN

Para este componente la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) señala: “La organización debe definir, desarrollar y ejecutar evaluaciones sistemáticas para determinar la suficiencia y adecuado funcionamiento de los componentes del control interno”.

La calificación obtenida para este componente es de **3.00** equivalente a un nivel de maduración **GESTIONADO**, la calificación de este componente tuvo un importante avance, se detallan los puntos resaltantes:

D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno.

- ✓ Existencia de Tablero de Control actualizado semestralmente.
- ✓ Caracterización de indicadores del Plan Estratégico Institucional Periodo 2021-2025.

D.2 Auditoría Interna.

- ✓ Informes Finales de Auditoría Interna.
- ✓ Informes Preliminares de Auditoría Interna.
- ✓ Planes de Mejoras y avance de los planes de mejoras.
- ✓ Plan de trabajo de Auditoría Interna.
- ✓ Informes semestrales de cumplimiento del Plan de Trabajo de Auditoría Interna.
- ✓ Actas de auditorías de campos.
- ✓ Capacitaciones de los profesionales de Auditoría Interna.

Oportunidad de mejoras del Componente de la Evaluación:

- Oportunidad de mejorar la integración de los resultados del seguimiento del control interno con los procesos de planificación y mejora institucional.
- Requerimiento de fortalecer el seguimiento oportuno y cierre efectivo de los Planes de Mejoramiento derivados de auditorías internas, asegurando la mitigación total de las observaciones identificadas.
- Oportunidad de continuar fortaleciendo la cobertura preventiva de las auditorías internas, orientándolas progresivamente hacia un enfoque basado en riesgos.

MARIA DEL
CARMEN
ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente
por MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.25
09:57:10 -03'00'



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

E- COMPONENTE DE CONTROL PARA LA MEJORA

Al definir este componente la Norma de Requisitos Mínimos (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”.

La calificación obtenida para el componente de la mejora es de 3.30 mostrando el nivel de madurez **GESTIONADO**, por lo que se resaltan algunos puntos:

E.1- Análisis Crítico del Sistema de Control Interno

✓ **Resolución de decanato N° 0160/2026 de fecha 23/02/2026**

Por la cual se aprueba el Informe de Análisis Crítico del Sistema de Control Interno, elaborado conforme al Modelo Estándar de Control Interno para las Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP) de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA correspondiente al año 2025.

✓ Actas de reuniones de elaboración y verificación del Informe de Análisis Crítico.

E.2 Mejora Continua.

- ✓ Plan de Mejoramiento Institucional.
- ✓ Planes de mejoras de las dependencias
- ✓ Planes de mejoras de las carreras acreditadas por la ANEAES.
- ✓ Informe de Seguimiento de los planes de mejoras.
- ✓ Procedimiento de AI.

Oportunidad de mejoras del Componente Control para la Mejora

- Oportunidad de mejorar la articulación entre los resultados del Análisis Crítico y la planificación institucional, garantizando la implementación efectiva de acciones de mejora.
- Requerimiento de consolidar el seguimiento integral y cierre oportuno de los planes de mejoramiento institucional y de las dependencias, asegurando la medición de su eficacia.
- Necesidad de fortalecer mecanismos de evaluación del impacto de las acciones correctivas y preventivas implementadas, orientadas a la mejora continua del sistema.



Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Químicas

V- CONCLUSIÓN

Del análisis realizado a los componentes del Sistema de Control Interno de la FCQ-UNA, correspondiente al periodo evaluado, se concluye que la institución ha demostrado avances significativos en el fortalecimiento e implementación del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP), evidenciándose la existencia de políticas, procedimientos, estructuras organizacionales y mecanismos de seguimiento orientados al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Los resultados obtenidos reflejan que cuatro de los cinco componentes evaluados alcanzan un nivel de madurez Gestionado, destacándose principalmente el compromiso de la Alta Dirección, el fortalecimiento de la cultura ética institucional, la consolidación de herramientas de planificación estratégica, así como el desarrollo de mecanismos de evaluación y mejora continua.

No obstante, el resultado consolidado del Sistema de Control Interno, con una calificación de **3.01** equivalente al nivel **GESTIONADO**, evidencia que si bien los elementos del sistema se encuentran formalmente establecidos, aún se requiere fortalecer su aplicación homogénea, medición de resultados y evaluación de la eficacia de los controles implementados, principalmente en el Componente de Control de la Implementación, el cual constituye el principal desafío institucional para avanzar hacia niveles superiores de madurez.

En este sentido, la institución se encuentra en una etapa de consolidación del Sistema de Control Interno, orientada a fortalecer la gestión basada en riesgos, la medición del desempeño institucional y la mejora continua de sus procesos.

VI – RECOMENDACIÓN

A fin de fortalecer el Sistema de Control Interno y avanzar hacia niveles superiores de madurez establecidos en la Norma de Requisitos Mínimos (NRM – MECIP:2015), se recomienda:

- Asegurar que las políticas y procedimientos institucionales se apliquen de manera adecuada en todas las dependencias.
- Fortalecer la coordinación entre la planificación estratégica, la gestión de riesgos y las actividades operativas, promoviendo su seguimiento continuo.
- Implementar indicadores que permitan evaluar la eficacia de las capacitaciones y acciones institucionales.
- Fortalecer el seguimiento y cierre oportuno de los planes de mejoramiento institucionales y derivados de auditorías internas, asegurando la mitigación de las debilidades identificadas.

pág. 17

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por MARIA
DEL CARMEN ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.25 09:58:06 -03'00'

Misión: "Ofrecer formación académica de calidad en grado y postgrado, impulsar la investigación y fomentar la extensión en las ciencias químicas y sus aplicaciones"

Visión: "Ser referente regional en la formación profesional y científica en las ciencias químicas, generando y transfiriendo conocimiento, servicio y tecnología a la sociedad"



Universidad Nacional de Asunción Facultad de Ciencias Químicas

- Potenciar el uso de los resultados del seguimiento, auditorías y análisis crítico como insumos para la toma de decisiones estratégicas de la Alta Dirección.
- Continuar promoviendo la cultura de control, ética institucional y gestión preventiva de riesgos en todos los niveles organizacionales.

En cumplimiento de los principios establecidos en la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno, se solicita la presentación del Plan de Mejoramiento correspondiente, en un plazo no mayor al 31 de marzo de 2026.

MARIA DEL CARMEN ROMERO SANTACRUZ Firmado digitalmente por MARIA DEL CARMEN ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.25 09:58:35 -03'00'

Es mi informe.
Asunción, febrero 2025

Componente	Ambiente de Control																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	ü	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	Asume la A.D. su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno?																			•Resol. N° 1098/2025 responsable del MECIP y Conformación de Comités de Equipos de la FCQ, •Resolución N° 2186/2025 "Por la cual se actualiza el Cuerpo Directivo de la FCQ", •Resolución N° 1172/2025 "Por la cual de designa el responsable UTA", Resolución N° 2200/2025 "Asignación de Funciones de la C.P. Sonia Unzain
	Se asegura la A.D. que se establezca la política de control interno?																			•Resolución CD N° 8773/2025 Por la cual se aprueba Políticas de Control Interno de la FCQ.
	Se asegura la A.D. que los requisitos del sistema de control interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo?																			•Correos •Pagina web institucional •Tripticos •Calcomanías de socialización de PCI - 2025
	Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos?																			Actas de capacitaciones de la Política de Control Interno.

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 09:43:10
-03'00'

Componente	Ambiente de Control																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	ü	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
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?	1- Evidencia y/o acto administrativo: Evidencia de la definición de un órgano /comité asociado a la implementación seguimiento del SCI, disposición administrativa.																		Contenido Programatico de las PCI
	Asegura la A.D. que el sistema de control interno logre los resultados previstos?	2- Política de Control Interno: documento conteniendo PCI con la firma de la MA y Disposición Administrativa que lo apruebe. 3- Registro de distribución de copias : Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, correos, etc.) 4- Registro de asistencias: Registros de asistencia a Talleres o Capacitaciones sobre la Política de Control Interno. 5- Contenido Programático: Contenido programático desarrollado en las capacitaciones efectuadas sobre el Política de Control Interno. 6- Informe: Informe resultante de entrevistas realizadas que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación de la Política de Control Interno, en el periodo evaluado. El informe incluye: Fecha, cantidad de participantes, estadísticas de la actividad, conclusión, recomendaciones de mejora, entre otros.																		Informe resultante de entrevista sobre la PCI.
	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?	7- Cumplimiento de las funciones asig. al CE: Registros que demuestren el cumplimiento de las funciones asignadas al Comité de																		

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 09:43:26
-03'00'

Componente	Ambiente de Control																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	Ü	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	Promueve la A.D la mejora continua del Control Interno?	Control Interno, actas, etc. Que demuestren a participación activa de la MA. 8- Otros: Otras evidencias pertinentes.												x						•Plan de Trabajo MECIP 2025 Aprobado •Plan de Capacitación MECIP aprobado 2025 •Resolución N° 1182/2025 Aprobación del Plan Anual de Transparencia e Integridad Pública •Actas de Reunión para elaboración de los Planes •Planes de Mejoras.
	Está la PCI formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad (M.A.)?										x									•Resolución CD N° 8773/2025 Por la cual se aprueba Políticas de Control Interno de la FCQ.
	La PCI se encuentra correctamente formulada?														x					•Resolución CD N° 8773/2025 Por la cual se aprueba Políticas de Control Interno de la FCQ.

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24
09:43:44 -03'00'

Componente	Ambiente de Control																				
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	U	Observaciones	
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
A.1.1 Política de Control Interno (PCI)	La PCI ha sido adecuadamente comunicada y es entendida por todos los funcionarios?																	x			•Actas de capacitaciones de la Política de Control Interno. •Correos •Página web institucional •Tripticos •Calcomanías de socialización de PCI – 2025 •Contenido Programático de las PCI •Informe de resultantes de entrevistas
	Se encuentran los A y CE correctamente formulados?	1- CE y acto administrativo de aprobación: Documento conteniendo los Acuerdos y Compromisos Éticos con la firma de la Máxima Autoridad (Código de Ética) y Disposiciones Administrativas que los apruebe 2- Registro de distribución de copias : Registros de distribución de copias de los AyCE (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, correos, etc.) 3- Registro de asistencia para elaboración por entidad: Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de funcionarios de los diferentes niveles de la organización en la construcción de los Acuerdos y compromisos éticos. 4- Compromisos éticos: Existencia de Compromisos Éticos documentados por dependencia, alineados a los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia.																x			•Resolución N° 9059-2025_ Por la cual se actualización el Código de Ética, •Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia.

MARIA DEL CARMEN
ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por MARIA
DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 09:43:58 -03'00'

Componente	Ambiente de Control																				
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	Ü	Observaciones	
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AyCE)	Los A y CE fueron construidos de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	anexados a los Acuerdos y Compromisos Éticos institucionales. 5- Acto administrativo de conformación del Comité de Ética: Disposición Administrativa que aprueba la conformación de un Comité de Ética (CE), incluyendo la designación de sus miembros y sus funciones. 6- Reglamento para presentación de denuncias por incumplimiento: Documento conteniendo el											x							•Acuerdos y Compromisos Eticos por Dependencias. •Registros de Distribución de los AyCE 2025: •Cartelerías, •Pág. Web Institucional, •Correos •Redes Sociales.	
	La institución ha definido y aplica instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los AyCE?	procedimiento para la presentación de denuncias sobre incumplimientos de las conductas éticas. 7- Actas de reunión por incumplimiento del CE: Actas de reunión del Comité de Etica (CE) en las que se evidencie el tratamiento de incumplimientos éticos. 8- Informe de seguimiento y evaluación: Informe sobre el											x							Actas de Construcción de los AyCE de Dependencias de la FCQ 2025.	
	Los AyCE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	seguimiento y la evaluación de la gestión ética. 9- Actas de revisiones del CE : Actas que evidencien las revisiones que se realicen al Código de Ética (CE). 10- Registro de asistencias sobre discusiones sobres los AyCE: Registros de asistencia a talleres o capacitaciones que incluyan discusión acerca de los AyCE.														x				Acuerdos y compromisos Éticos (AyCE) de las Dependencias de la FCQ 2025	
	Los AyCE están formalmente documentados y aprobados por la Máxima Autoridad?	11- Programas de capacitaciones del CE: Contenido programático de las capacitaciones efectuadas sobre el Código de Ética (CE). 12- Informe de entrevistas a funcionarios: Informe que contenga el análisis de entrevistas con															x				Resolución N° 9059-2025_ Por la cual se actualización el Código de Ética, Acuerdos y compromisos Éticos (AyCE) de las Dependencias de la FCQ 2025
		funcionarios de distintos niveles que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación del Código de Ética, en el periodo evaluado. El Informe incluirá los												x							•Resolución N° 9059-2025_ Por la cual se actualización el Código de Ética, •Registros de Distribución de los AyCE 2025: Cartelerías,

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente
por MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24
09:44:10 -03'00'

Componente	Ambiente de Control																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	ü	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	Los AyCE han sido adecuadamente comunicados y son entendidos por todos los funcionarios?	detalles como mínimo: Fecha, cantidad de participantes, estadísticas de la actividad, conclusión, recomendaciones de mejora. 13- Cumplimiento de las funciones asig. al CE: Registros que demuestren el cumplimiento de las funciones asignadas al Comité de Ética 14-Otros: Otras evidencias pertinentes.																		Pág. Web Institucional, Correos y Redes Sociales. •Actas de Construcción de los AyCE de Dependencias de la FCQ 2025. •Acuerdos y compromisos Éticos (AyCE) de las Dependencias de la FCQ 2025 •Resolución N° 1098/2025 Responsable del MECIP y Conformación de Comités y Equipos de la FCQ. •Procedimiento actualizado de Denuncias por Incumplimientos Éticos 2025, Correos evidencias de revisión del Procedimiento. •Acta N° 4 del Comité de Ética Institucional tratamiento del Art. 30 del Código de Ética, •Informe Final de Auditoría Interna 14/2025 al Comité de Ética •Actas N° 1 al 6 del Comité de Ética Institucional, Correos Revisión del Código de Ética 2025. •Contenido Programático del Código de Ética

MARIA DEL
CARMEN
ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente
por MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24
09:44:22 -03'00'

Componente	Ambiente de Control																				
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	Ü	Observaciones	
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG)	Se encuentra el PBG correctamente formulado?	1- PBG y acto administrativo de aprobación: Documento conteniendo el Protocolo de Buen Gobierno (PBG) con la firma de la Máxima Autoridad y Disposición Administrativa que lo aprueba 2- Acto administrativo de conformación del Comité de Buen Gobierno: Disposición Administrativa que aprueba la conformación de un Comité de Buen Gobierno, incluyendo la designación de sus miembros y sus funciones. 3- Registro de asistencias para elaboración - Nivel Directivo: Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación del nivel directivo en la construcción del Protocolo de Buen Gobierno (PBG). 4- Registro de distribución del PBG: Registros de distribución de copias del Protocolo de Buen Gobierno (PBG): disponibilidad en la web institucional (impresión de pantalla), imágenes de cartelería en lugares estratégicos de la institución, impresión de pantalla de correos de distribución, etc.																		Resolución N° 9060/2025 Por la cual se aprueba la actualización Código de Buen Gobierno FCQ. Resolución N° 1098/2025 Responsable del MECIP y Conformación de Comités y Equipos de la FCQ.	
	El PBG fue construido de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	5- Registros de asistencias a capacitaciones y talleres PBG: Registros de asistencia a talleres o capacitación que incluyan discusión acerca del Protocolo de Buen Gobierno (PBG). 6- Programa de Capacitaciones de PBG: Contenido programático de las capacitaciones efectuadas sobre el Protocolo de Buen Gobierno (PBG). 7- Informe de entrevistas a funcionarios: Informe resultante de entrevistas con funcionarios de distintos niveles de la organización que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación del Protocolo de Buen Gobierno (PBG) en																		Actas del Comité, correos de revision	
	El PBG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiados?																				Registro de socialización del Código de Buen Gobierno 2025: Correos, Pág. Web Institucional. Actas de Reunión de Capacitaciones realizadas del Código de Buen Gobierno a las Dependencias 2025.
	El PBG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?																				Resolucion N° 9060/2025 "Por la cual se aprueba el Codigo de Buen Gobierno"

MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ

Firmado digitalmente por MARIA
DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 09:44:34 -03'00'

Componente	Ambiente de Control																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	ü	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	El PBG ha sido adecuadamente comunicado y es entendido por todos los funcionarios?	el periodo evaluado. El informe incluirá los detalles como mínimo: Fecha, cantidad de participantes, estadísticas de la actividad, conclusión, recomendaciones de mejora. 8- Reglamento para presentación de denuncias por incumplimiento: Documento conteniendo el procedimiento para la presentación de las denuncias sobre incumplimientos del Protocolo de Buen Gobierno (PBG). 9- Actas de reunión por incumplimiento del PBG: Actas de reunión del Comité de Buen Gobierno en las que se evidencie el tratamiento de incumplimientos del Protocolo de Buen Gobierno (PBG).									x									actas de los comites, evidencias de socializaciones, entrevistas
	Se encuentra la PTH correctamente formulada?											x								•Acta de Reunión_ Correo_Revisión Política de Gestión de Talento Humano 2025. •Resolución N° 9017-2025_ Actualización de la Política de Talento Humano V5 •Socialización de las PTH 2025 •Informe Ejecutivo de Auditoría

MARIA DEL
CARMEN
ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente
por MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24
09:44:44 -03'00'

Componente	Ambiente de Control																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	DEFICIE			INICIAL			DISEÑAD			GESTIONA			OPTIMIZAD			EXCELENCIA	ü	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
A.4 Política de Talento Humano (PTH)	La PTH es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	1- Actas de Revisión de PTH : Acta que evidencie la revisión de la Política de Talento Humano. 2- PTH y Acto administrativo de aprobación: Documento conteniendo la Política de Talento Humano (PTH) con la firma de la Máxima Autoridad y Disposición Administrativa que lo apruebe. 3- Informe de AI sobre incumplimientos : Informe de la Auditoría Interna sobre el cumplimiento de cada proceso de la Política de Talento Humano. 4- Otros: Otras evidencias pertinentes.																		Interna de la Política de Talento Humano 2025
	La PTH está formalmente documentada y aprobado por la Máxima Autoridad?																			
			0	0	0	0	0	0	0	0	6	12	2	7	0	0	0	0		
			0	0	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4,4	5	5		
			0	0	0	0	0	0	0	0	16	36	7	26	0	0	0	0		
Valor Final del Componente									3,40		B-			Gestionado						

MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ

Firmado digitalmente por MARIA
DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 09:45:01 -03'00'

Componente		Control de la Planificación																				
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones	
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
	La Misión institucional se encuentra correctamente definida?	1- Acto Administrativo que aprueba la Misión: Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. 2- Acto Administrativo que aprueba la Visión: Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. 3- Documentos de planificación estratégica y operativa: Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa.	• 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																		•Resolución 8721/2024 Por la cual se aprueba la actualización de la Visión, Misión y Valores de la FCQ •Evidencias Socialización de la Misión , Visión, Valores 2025, PEI.	
	La Misión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	4- Acto Administrativo que aprueba el PEI: Plan Estratégico Institucional (PEI) y Disposición Administrativa que lo aprueba.	• Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba la Misión							x											•Resolución 8721/2024 Por la cual se aprueba la actualización de la Visión, Misión y Valores de la FCQ	
	La Misión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	5- Plan de desarrollo departamental o municipal : Plan de Desarrollo Departamental o Municipal y la Disposición Administrativa que lo aprueba (Gobernaciones y Municipalidades)	• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Misión																		•Resolución 8721/2024 Por la cual se aprueba la actualización de la Visión, Misión y Valores de la FCQ •Evidencias Socialización de la Misión , Visión, Valores 2025, PEI.	
	La Visión institucional se encuentra correctamente definida?	6- Plan de desarrollo territorial: Plan de Desarrollo Territorial (Municipalidades) 7- Acto Administrativo que aprueba el POI: Plan Operativo Institucional (POI) y la Disposición Administrativa que lo aprueba. 8- Informe de avance del PEI: Informe de seguimiento y medición del grado de avance del Plan Estratégico Institucional (PEI)	• 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																		•Resolución 8721/2024 Por la cual se aprueba la actualización de la Visión, Misión y Valores de la FCQ •Evidencias Socialización de la Misión , Visión, Valores 2025, PEI.	
	La Visión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	9- Informe de avance del POI: Informe de seguimiento y medición del grado de avance del Plan Operativo Institucional (POI)	• Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba la Visión								x											•Resolución 8721/2024 Por la cual se aprueba la actualización de la Visión, Misión y Valores de la FCQ
	La Visión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	10- Registro de distribución del PEI, misión y visión: Registros de distribución de copias de la Misión, Visión y Plan Estratégico Institucional (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, correos, etc.)	• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Visión																			•Resolución 8721/2024 Por la cual se aprueba la actualización de la Visión, Misión y Valores de la FCQ •Evidencias Socialización de la Misión , Visión, Valores 2025, PEI.
	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa?	11- Registro de asistencia a capacitaciones PEI: Registros de asistencia a talleres o capacitaciones que incluyan el Plan Estratégico Institucional (PEI)	• Procedimiento/s documentados/s y aprobado/s • Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes • Definición de responsabilidades																			•Resolución N° 2196/2025 Manual de Procedimientos de la Dirección de Planificación •Resolución N°2195/2025 Manual de Procedimientos de la Secretaría, •Manual de Procedimientos de AUI Aprobado por la MAI •Procedimiento de Dirección Académica
	Existe un Plan Estratégico Institucional (PEI)?	12- Contenido programático de capacitaciones PEI: Contenido programático de las capacitaciones efectuadas sobre el Plan Estratégico Institucional. 13- Actas de revisión del PEI y POI: Actas de revisión del Plan Estratégico	• Documento/s formalmente aprobado/s por la Máxima Autoridad																			•Resolución N° 7742/2021 Por la cual se aprueba el Plan Estratégico FCQ- UNA (2021-2025) •Resolución N° 0987/2025 Por la cual se conforma el Comité de Elaboración del Plan Estratégico 2026-2030 de la FCQ. •Informe de avance del PEI: Informe de seguimiento y medición del grado de avance del Plan Estratégico Institucional (PEI)

MARIA DEL CARMEN ROMERO SANTACRUZ

Firmado digitalmente por MARIA DEL CARMEN ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 13:57:02 -03'00'

Componente	Control de la Planificación																				
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.1 Direccionamiento Estratégico	El PEI satisface los criterios básicos para su adecuada formulación?	Institucional y/o Plan Operativo Institucional. 14- Otros: Otras evidencias pertinentes. 15- Informe de entrevista PEI: Informe resultante de entrevistas sobre conocimiento del PEI que detalle las oportunidades de mejora detectadas.	• 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																		•Resolución N° 7742/2021 Por la cual se aprueba el Plan Estratégico FCQ- UNA (2021-2025) •Resolución N° 0987/2025 Por la cual se conforma el Comité de Elaboración del Plan Estratégico 2026-2030 de la FCQ. •Informe de Cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2025. •Informe de avance del PEI: Informe de seguimiento y medición del grado de avance del Plan Estratégico Institucional (PEI) •Evidencias de Socialización Plan Estratégico Institucional (PEI): Cartelería, tríptico, calcomanías, página web institucional, redes sociales. •Actas de Reunión: Revisión, elaboración del POA, POI y PEI a las Dependencias de la FCQ.2025 •Contenido Programático de Capacitaciones sobre el Plan Estratégico Institucional (PEI), Cronograma de Elaboración del Plan Estratégico Institucional (PEI)
	Se revisan periódicamente los planes institucionales para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?		• 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																		•Resolución N° 7742/2021 Por la cual se aprueba el Plan Estratégico FCQ- UNA (2021-2025) •Resolución N° 0987/2025 Por la cual se conforma el Comité de Elaboración del Plan Estratégico 2026-2030 de la FCQ. •Informe de Cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2025. •Informe de avance del PEI: Informe de seguimiento y medición del grado de avance del Plan Estratégico Institucional (PEI) •Evidencias de Socialización Plan Estratégico Institucional (PEI): Cartelería, tríptico, calcomanías, página web institucional, redes sociales. •Actas de Reunión: Revisión, elaboración del POA, POI y PEI a las Dependencias de la FCQ.2025 •Contenido Programático de Capacitaciones sobre el Plan Estratégico Institucional (PEI), Cronograma de Elaboración del Plan Estratégico Institucional (PEI)
	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?		• 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																		

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 13:56:42
-03'00'

Componente		Control de la Planificación																							
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios			DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones		
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
B.2 Gestión por Procesos	Se ha desarrollado un Mapa de Procesos, que permita el despliegue de los procesos con un enfoque estratégico, misional y de apoyo?	1- Acto Administrativo que aprueba el MP: Mapa de Procesos (MP) aprobado por Disposición Administrativa de la Máxima Autoridad. 2- Documentos de procesos: Caracterización de procesos: Documento/s (ej.: fichas de procesos) aprobado/s. 3- Normograma: Normograma documentado y aprobado.	• 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																					•Resolución Nº 1471/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 37, 38 y 39 •Res. Nº 1767/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 40,41 y 45. •Resolución Nº 1766/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 42, 43 y 44 del MECIP. •Actas de Reunión_ Revisión Mapa de Procesos 2025 •Registros de Socialización de los Formatos de Gestión por Procesos 2025	
	El Modelo de Gestión por Procesos (Mapa de Procesos) está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	4- Actas de revisión de MP: Actas de revisión de mapa de procesos (MP) y caracterización de procesos. 5- Otros: Otras evidencias pertinentes.	• Documento conteniendo el Mapa de Procesos con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba el Mapa de Procesos								x													Resolución Nº 1767/2025 Por la cual se aprueba la octava versión del Formatos 45 Mapa de Proceso del MECIP	
	Se cuenta con una adecuada Caracterización de los Procesos identificados?		• 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												x									•Resolución Nº 1471/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 37, 38 y 39 •Res. Nº 1767/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 40,41 y 45. •Resolución Nº 1766/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 42, 43 y 44 del MECIP. •Registros de Socialización de los Formatos de Gestión por Procesos 2025 •Actas de Reunión: Revisión Mapa de Procesos(Formatos 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45 y 46) •correos de Socialización de los Formatos de Gestión por Procesos Aprobados 2025	
	Se ha identificado la Base Legal aplicable?		• Normograma documentado y aprobado									x													•Resolución Nº 1766/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 42, - Normograma
	El Modelo de Gestión por Procesos (mapa y caracterizaciones) son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?		• 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													x									•Resolución Nº 1471/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 37, 38 y 39 •Res. Nº 1767/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 40,41 y 45. •Resolución Nº 1766/2025 Por la cual se aprueba la octava versión de los Formatos 42, 43 y 44 del MECIP. •Registros de Socialización de los Formatos de Gestión por Procesos 2025 •Actas de Reunión: Revisión Mapa de Procesos(Formatos 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45 y 46)
	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?	1- Perfiles de cargos: 2- Acto administrativo que aprueba la estructura organizacional: Estructura Organizacional aprobada que incluya las modificaciones realizadas. 3- Registro de distribución de perfiles de cargo y organigrama: Registros de distribución de copias de Perfiles de Cargos y Organigrama (incluyendo	• Manual de Cargos y Funciones • Perfiles de Puestos												x									•Resolución N.º 2198/2025 Por la cual se adopta e internaliza la Tabla de Denominaciones Requisitos de Cargos Administrativos, Perfiles de Cargos de Gestión Académica y Enseñanza de la UNA para la FCQ •Manual de Organización y Funciones Aprobados •Memo Solicitud de actualización de MOF de las Dependencias de la FCQ 2025 •Memorándum Nº 40 Pedido de actualización del Organigrama Funcional 2025 de la FCQ .	

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por MARIA
DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 13:57:25
-03'00'

Componente		Control de la Planificación																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.3 Estructura Organizacional	Existe un Organigrama estructural de la institución?	Organigramas en la web institucional, correos, etc.) 4- Registros de asistencias a capacitaciones: Registros de Asistencia a Talleres, Capacitaciones o Entrevistas Personales que incluyan discusión acerca de los deberes y responsabilidades de cada funcionario. 5- Informes de entrevistas: Informe resultante de entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y comprensión de sus funciones y responsabilidades, en el periodo evaluado. El Informe incluirá detalles: Fecha, cantidad de entrevistados, estadísticas de la actividad, conclusión, recomendaciones de mejora, entre otros. 6- Otros: Otras evidencias pertinentes.	• Organigrama Funcional documentado												x						•Resolucion N° 8990/2025 Por la cual se aprueba la Actualización del Organigrama General y Específicos de la FCQ, •Resolución N° 1152/2025 Por la cual se aprueba el Organigrama Específico Unidad de Transparencia y Anticorrupción FCQ, •Memo Solicitud de actualización de MOF de las Dependencias de la FCQ 2025 •Resolución N° 1783/2025 Por la cual se aprueba la tercera versión del Formato 56 Diseño Estructura Organizacional Orienta a Procesos de la FCQ, •Memorándum N° 40 Pedido de actualización del Organigrama Funcional 2025 de la FCQ .
	La Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de Puesto) está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?		• Documento conteniendo el Organigrama con la firma de la M.A. • Documento/s conteniendo los Perfiles de Puesto con la firma de la M.A. • Resolución que aprueba la Estructura Organizacional												x						•Resolucion N° 8990/2025 Por la cual se aprueba la Actualización del Organigrama General y Específicos de la FCQ, •Resolución N° 1152/2025 Por la cual se aprueba el Organigrama Específico Unidad de Transparencia y Anticorrupción FCQ, •Resolución N° 1783/2025 Por la cual se aprueba la tercera versión del Formato 56 Diseño Estructura Organizacional Orienta a Procesos de la FCQ,
	Las funciones y responsabilidades de cada funcionario han sido adecuadamente comunicadas?		• Registros de distribución de copias de perfiles de puesto • 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													x					
	Se han establecido uno o varios procedimientos para la continua lyER, y para la determinación de las medidas de control necesarias?	1- Guía metodológica para lyER: Guía metodológica y criterios para establecidos para la Identificación y Evaluación de Riesgos (lyER) 2- Procedimiento operativo aprobado para la lyER: Procedimiento operativo aprobado de la Identificación y Evaluación de Riesgos (lyER)	• Procedimiento/s documentados/s y aprobado/s • Guías Técnicas de Implementación • Formularios o modelos estándar para la construcción de matrices de riesgo • Definición de criterios y responsabilidades															x			•Resolución N° 9055/2025 Por la cual se aprueba la Política de Administración de Riesgos Versión 1 de la FCQ. •Procedimiento de Identificación, Calificación y Evaluación de Riesgos 2024. •Resolución 0849/2024 Por la cual se aprueba la quinta versión del Formato 65 Informe Contexto Estratégico. •Resolución N° 0163/2025 Por la cual se aprueba el Formato 66 Identificación de Riesgos-Objetivos Institucionales V1, Resolución N° 0308/2025 Por la cual se aprueba el Formato 71 Calificación y Evaluación de Riesgos- de Riesgos-Objetivos Institucionales V3.
	Se ha considerado el contexto organizacional al momento de la lyER?	3- Matriz FODA: Identificación de Riesgos? Situaciones riesgosas?	• Identificación de “situaciones riesgosas” internas y externas (FODA)													x					•Resolución N° 0163/2025 Por la cual se aprueba los Formatos 67, 68 y 69 de Identificación de Riesgos-Macroprocesos/Procesos y

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 13:57:38
-03'00'

Componente		Control de la Planificación																				
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones	
	Se ha desplegado la IyER a nivel estratégico?	Internas y externas (FODA) 4- Matrices de riesgos OPE: Matrices de Riesgos sobre Objetivos y Planes Estratégicos (OPE) 5- Matrices de riesgos FODA: Matrices de Riesgos sobre Debilidades y Amenazas (FODA) 6- Matrices de riesgos PO: Matrices de Riesgos sobre Procesos / Subprocesos críticos.	• Matrices de Riesgos sobre Objetivos y Planes Estratégicos • Matrices de Riesgos sobre Debilidades y Amenazas (FODA) • Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento													x						Subprocesos, Resolución N° 0308/2025 Por la cual se aprueba los Formatos 72, 73 y 74 de Calificación y Evaluación de Riesgos- Macroprocesos/Procesos y Subprocesos •Resolución N° 0690/2025 Por la cual se aprueba la tercera versión del Formato 32 Matriz FODA de la FCQ. •Actas de Revisión PTH: Auditoría de Campo/Legajos del Personal/Riesgos Reales 2025. •Actas de Capacitación de los Formatos de Riesgos 2025 a las Dependencias de la FCQ •Actas de Reunión sobre elaboración de la Política de Administración de Riesgos, •Correos evidencias de tratamiento de los Formatos de Riesgos y de la Política de Administración de Riesgos, •Socialización de la Resolución N° 0690/2025 Por la cual se aprueba el Formato 32, FODA de la FCQ.
	Se ha desplegado la IyER a nivel operativo?	7- Acta de revisión PTH: Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento.	• Matrices de Riesgos sobre Procesos / Subprocesos críticos • Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento													x						
	La metodología y criterios establecidos para la IyER es correcta?	8- Actas de actividades de revisión: Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión asociadas a cambios en el contexto organizacional o en los procesos. 9- Otros: Otras evidencias pertinentes.	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													x						
	La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?		• 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													x						

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	5	3	9	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	5
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	0	0	0	0	24	15	10	33	0	0	0	0	0	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)											3,18	B-		Gestionado				

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 13:57:53
-03'00'

Componente		Control de la Implementación																				
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones	
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
C.1 Control Operacional	Los controles implementados contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables	1- Acto administrativo que aprueba la PO: Documento conteniendo las Políticas Operacionales (PO) con la firma de la Máxima Autoridad y Disposición Administrativa que lo aprueba. 2- Registro de socialización del PO: Registros de socialización de las Políticas Operacionales (PO) Ej. actas, planillas de asistencia, etc. 3- Registro de entrevista sobre PO: Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de acceso, conocimiento y aplicación de las Políticas Operacionales (PO). 4- Inventario de los PO del mapa de procesos: Inventario de procedimientos operativos (PO) asociados al mapa de procesos.	- 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																		•Resolución N° 8494/2023 Por el cual se aprueba el Manual Políticas Operacionales de la FCQ. •Acta de Reunión sobre el tratamiento de las Políticas Operacionales	
	El nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles definidos son adecuados a las características de la organización?		Evaluar coherencia entre la magnitud y sofisticación de los Controles y la criticidad de los Riesgos																			
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?	5- Inventario de PO aprobados por los responsables: Procedimientos aprobados por los responsables de los procesos. 6- Informes de entrevistas de evaluación de conocimientos: Informe resultante de entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de acceso, conocimiento y aplicación de los procedimientos. 7- Acto administrativo que aprueba la metodología de evaluación de controles: Metodología aprobada por la Máxima Autoridad que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes.	Existencia de Políticas Operacionales documentadas para los procesos/subprocesos clave							x												•Resolución N° 8494/2023 Por el cual se aprueba el Manual Políticas Operacionales de la FCQ. •Acta de Reunión sobre el tratamiento de las Políticas Operacionales •Informe de Entrevistas de Evaluación sobre las Políticas Operacionales. •Listado de Inventario de Procedimientos operativos. •Resolución N°2196/2025 Manual de Procedimientos de la Dirección de Planificación Resolución N°2195/2025 Manual de Procedimientos de la Secretaría •Manual de Procedimientos de AUJ Aprobado por la MAI •Procedimiento de Dirección Académica •Procedimiento de la Dirección Financiera •Procedimiento de Buzón de Sugerecias •Procedimientos de Bienestar. •Informes resultantes de entrevistas sobre procedimientos de la FCQ
	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?	8- Documentación de evidencia del diseño de los controles y su efectividad: Matrices, reportes, indicadores, tableros de comando u otro documento que evidencie el diseño de controles y análisis de la efectividad (riesgos, acciones de prevención, criterios de diseño, tipo de control, control propuesto, eficacia, eficiencia y efectividad). 9- Otros: Otras evidencias pertinentes.	Políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos							x												
	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								x											
	Las políticas incluyen la definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento?		- Políticas operacionales que incluyan claras definiciones de "premios y castigos" - Evidencias objetivas de aplicación adecuada en casos concretos									x										
	Se asegura que las políticas operacionales son revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas?		- 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										x									
	Las Políticas Operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la Máxima Autoridad?		- Documentos conteniendo las Políticas Operacionales con la firma de la M.A. - Resolución/es que aprueba/n las Políticas Operacionales										x									

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN ROMERO
SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 13:59:38
-03'00'

Componente		Control de la Implementación																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	Las políticas operacionales son comunicadas a todos los niveles de la organización, y los funcionarios son conscientes de sus obligaciones al respecto?		- 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								x									CONVENIMIENTOS DE LOS FUNCIONARIOS CON funcionarios de todos los niveles. - Resolución 0028/2025 Por la cual se adopta e internaliza el Procedimiento de presentación de Informes de las Auditorías Internas de las Unidades Académicas de la UNA. - Resolución 1252/2025 Por la cual se adopta e internaliza el Manual de Auditoría Gubernamental (MAGU)para la FCQ. - Actas de Reunión: Avances del MECIP/ Seguimiento y control a las documentaciones del Sistema de Control Interno.	
C.1.2 Procedimientos	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?		- 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											x							
C.1.3 Controles	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		- Definición documentada de Controles: - Planes de acción preventiva/correctiva - Planes de mejoramiento - Controles definidos e implementados, coherentes con la magnitud de los Riesgos identificados										x								
	Se ha definido e implementado una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes, para asegurar que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos?		- Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados - Matrices, reportes, indicadores u otro documento que evidencie la verificación de la eficacia y eficiencia de los controles												x						
	En los casos que fuera pertinente, se han integrado en los controles en los procesos y procedimientos aplicables?	Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados, que incluyan los controles establecidos													x						
	Existen registros que permitan evidenciar que los funcionarios son competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno	1- Reporte de detección de necesidades: Reportes de detección de necesidades por dependencia (correos, informes, memos, actas) 2- Plan anual de capacitación: Plan Anual de Capacitación (PAC) del periodo evaluado, aprobado. 3- Ejecución presupuestaria institucional asignada al PAC: Ejecución Presupuestaria Institucional que demuestre la asignación de partidas específicas para capacitación, consultorías, becas, etc. 4- Informe de ejecución del PAC: Informe sobre la ejecución del Plan Anual de Capacitación (PAC) del periodo evaluado. 5- Reglamento de capacitaciones: Reglamento sobre	- Legajos de funcionarios, conteniendo curriculum, certificados de estudio, etc. - Matrices de polifuncionalidad - Base de datos de funcionarios con registro de capacitaciones																	•Resolución N° 2201/2025 Por la cual se aprueba el Informe para la Detección de Necesidades de Capacitación del docente, funcionarios administrativo permanente y personal contratado de la FCQ, para el Ejercicio Fiscal 2026	
	Se han identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno?		- Evaluaciones de desempeño - Reportes por dependencia - Reportes del sector responsable del desarrollo del talento humano																	•Resolución N°1832/2025 Por el cual se aprueba la Matriz e Informe de Polifuncionalidad •Acta de Reunión para actualización de la Matriz de Polifuncionalidad	
	Se planifican e implementan actividades de formación de acuerdo a las necesidades detectadas?		- Plan anual de capacitación y entrenamiento - Registros de asistencia a actividades de capacitación (interna o externa) - Certificados de cursos																		•Resolución N° 2194/2025 Por la cual se aprueba el Informe de Evaluación de Desempeño Primer Semestre 2025 de la FCQ •Resolución N° 1019/2025 Por la cual se Conformla la Comisión de Evaluación de Desempeño de la FCQ.
	Se evalúa la eficacia de las actividades de formación implementadas?		- Procedimiento que incluya criterios y metodologías aplicables - Reportes o registros de evaluación	- Procedimiento que incluya criterios y metodologías aplicables - Reportes o registros de evaluación																	

Firmado digitalmente por MARIA
DEL CARMEN ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 13:59:58 -03'00'

Componente		Control de la Implementación																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA		Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.2 Competencia, formación y toma de conciencia	Los funcionarios de todos los niveles son conscientes de sus funciones y responsabilidades, y de las consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos establecidos?	capacitación, formación y becas. 6- Informe de cumplimiento del reglamento por la AI: Informe de la Auditoría Interna (AI) sobre el cumplimiento del Reglamento de capacitación, formación y becas (por muestreo) 7- Informe de verificación de legajos por la AI: Informe de la Auditoría Interna (AI) sobre verificación de Legajos de funcionarios por muestreo (seguimiento de las capacitaciones realizadas, legajos completos y actualizados relacionados con el perfil del cargo ocupado, evaluación de desempeño) 8- Acto administrativo que aprueba el reglamento de control interno: Reglamento Interno aprobado por la Máxima Autoridad. 9- Informes de entrevistas sobre el RI: Informe resultante de Entrevistas sobre el conocimiento de los funcionarios del Reglamento Interno (RI) Ej. deberes, obligaciones, sanciones y sus procedimientos operativos. 10- Otros: Otras evidencias pertinentes	• Resultados de entrevistas con funcionarios de distintos niveles y dependencias																	Ejercicio Fiscal 2025 • Acta de Reunión para revisión de PAC • Informe de Capacitación realizadas a los Directores en Gestión del Liderazgo • Actas de asistencia a Curso de liderazgo a Directivos, • Actas de Reinducción de la DGDTH • Informe sobre Capacitaciones realizadas año 2025 de Bienestar Institucional. • Informe de Ejecución Presupuestaría del Rubro 291 - Capacitación del Personal del Estado, Informe de Ejecución Presupuestaría del Rubro de Becas año 2025. • Resolución N° 1882/2024 Por la cual se aprueba el Informe de Capacitaciones realizadas en la FCQ, en el año 2025. • 5- Resolución N° 0146/2024 Por la cual se concede el Beneficio de reducción de la carga horaria laboral al personal contratado de la FCQ, Resolución N° 0928/2021 Por la cual se modifica el Reglamento General de Becas de la FCQ, Resolución 568/2019 Por la cual se establece la Exoneración de Aranceles correspondiente a Programas de Postgrado en carácter de Incentivo para los docentes de la FCQ.	
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?	1- Registros de recolección de datos: Metodología, criterios y registros para recolección de datos. 2- Reportes por procesos: Identificación de Reportes relevantes por procesos. 3- Tableros de indicadores: Diseño de Tableros de Indicadores. 4- Informes de entrevistas de disponibilidad de datos críticos: Informe resultante de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar disponibilidad de datos críticos.	• 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																	• Informe sobre la Metodología de Recolección de Datos y Aseguramiento de Calidad de la Información • Resolución N° 0600/2025 Por la cual se designa a los responsables del Registro, Actualización y Monitoreo del Sistema de Gestión de Documentos (GDOC.) • Metodología para la Elaboración del Plan Estratégico Institucional.	
	Puede asegurarse que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable?	5- Informes de evaluación de documentos: Resultado de Evaluación de Documentos pertinentes (reportes, tableros, etc.) 6- Informes de entrevistas de verificación de calidad de datos críticos: Informe resultante de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar calidad de datos críticos.	• Resultado de Evaluación de Documentos pertinentes (reportes, tableros, etc.) • Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar calidad de datos críticos																	• Formato 211 – Informes de Auditoría Interna. • Tablero de Indicadores por Dependencias. • Acta de auditoria de campo PEI • Actas de Reunión para actualización de la Página Web, Acta de Capacitación de uso de la Página Web, Actualización de la Página Web Institucional. • Informe de Entrevistas sobre conocimiento del SCI	
	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?	7- Evidencias de la disponibilidad digital del SCI: Evidencia de disponibilidad digital de la información documentada del Sistema de Control Interno (SCI) Ej. impresión de pantalla de: intranet, página web, nubes digitales. 8- Informes de entrevistas sobre conocimiento del SCI: Informe de resultante de entrevistas con los distintos niveles de la organización sobre el conocimiento del acceso a la información documentada del Sistema de Control Interno (SCI).	• Resultado de Entrevistas con los distintos Niveles de la Organización • Resultado de la Observación (disponibilidad) en los distintos lugares de trabajo																	• Resolución N° 2202/2025 “Por la cual se establecen los Niveles de Procedimientos, para la aprobación de Información Documentada relacionada a los Instrumentos de la SCI de la FCQ” • Resolución N° 2195/2025 Por la cual se aprueba el Manual de Procedimientos de la Secretaría de la FCQ • Resolución N° 2193/2025 Por la cual se aprueba la Guía General de Requisitos Adicionales de Recepción de Documentos de la Secretaría de la Facultad	
	Se encuentran claramente definidos los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control Interno?	9- Acto administrativo que defina niveles de aprobación de documentos: Disposición administrativa que defina los Niveles de Aprobación de Documentos. 10- Evidencias de la gestión de la información documentada: Metodología y criterios que describan la gestión de la información documentada que contenga: la gestión de acceso, distribución, archivo,	• 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																		

Firmado digitalmente
por MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24
14:00:09 -03'00'

Componente		Control de la Implementación																			
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.3.2 Control de Documentos	Se encuentra claramente definida y se aplica una metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución, archivo	11- Evidencia sobre metodologías y criterios sobre versionado y cambios de documentos: Metodología y criterios que describan la gestión de la información documentada que contenga: identificación de versión y cambios en los documentos. 12- Evidencia sobre metodologías y criterios sobre tratamiento de documentación externa: Metodología y criterios que describan la gestión de la información documentada que contenga: tratamiento de los documentos externos recibidos por la institución. 13- Otros: Otras evidencias pertinentes.	• Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada • Resultado de la Observación (aplicabilidad) en los distintos lugares de trabajo									x									•Correos de Evidencia de tratamiento de elaboración de los Procedimientos de Secretaría. •Acta de AI – sobre PTH y Legajos
	Se encuentra correctamente identificado el estado de revisión y de cambios en los documentos?		• 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									x									
	Se ha definido y se aplica una metodología para la gestión de documentos de origen externo?		• 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										x								
C.4.1 Comunicación Interna	Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización ?	1- Acto administrativo que aprueba el PMCI (comunicación interna): Política y Manual de Comunicación Interna (PMCI) aprobada que contenga lineamientos sobre: definición de información que será comunicada a cada grupo de interés internos, identidad institucional, evidencia de la existencia de buzones de sugerencias, quejas y reclamos. 2- Informe de efectividad de las PCI (comunicación interna) :Informe de efectividad de cada una de las políticas de comunicación interna (PCI). 3- Informe de entrevista a funcionarios sobre el clima organizacional(comunicación interna): Informe resultante de entrevistas con funcionarios de diferentes niveles sobre el clima organizacional 4- Acto administrativo que aprueba el PMCE (comunicación externa): Política y Manual de Comunicación (PMCE)aprobada que contenga lineamientos sobre: definición de información que será comunicada a cada grupo de interés externos y los canales, evidencia de la existencia de buzones de sugerencias, quejas y reclamos. 5- Informe de encuesta de satisfacción usuarios (comunicación externa): Informe sobre la satisfacción del usuario. 6- Informe de entrevista a funcionarios sobre conocimientos del PMCE(comunicación externa): Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles sobre el conocimiento y aplicación de la Política y Manual de Comunicación.	• 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									x									•Resolución N.º 8774/2025 Por la cual se aprueba la Política de Comunicación Institucional de la FCQ •Resolución N.º 8521/2024 Por la cual se aprueba el Manual de Comunicación Institucional de la FCQ •Acta de tratamiento de actualización de la Política de Comunicación •Procedimiento aprobado de Buzón de Sugerencias 2025 •Correo actualización del procedimiento de Buzón de Sugerencias •Evidencias de socialización.
	Se ha definido qué información será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados?	7- Evidencias de reclamos (comunicación externa): Evidencias de no conformidades o reclamos originadas en fallas de comunicación externa. 8- Procedimientos aprobados sobre rendición de cuentas: Procedimientos aprobados sobre rendición de cuentas que contenga: alcance, responsabilidades y frecuencia adecuadas a las disposiciones legales vigentes.	• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles									x									•Informes de Encuestas sobre conocimiento y aplicación respecto a comunicación, controles internos y estructura organizacional a docentes, estudiantes y personal Administrativo y de apoyo •Informe Resultados de encuestas de Percepción sobre Clima Organizacional del Personal Administrativo y de Apoyo 2025.
	Se fomenta la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales?	9- Evidencias de convocatorias para rendición de cuentas : Actas u otros documentos que evidencien la convocatoria para la Rendición de Cuentas 10- Evidencias de realización de rendición de cuentas :	• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles										x								

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 14:00:26
-03'00'

Componente		Control de la Implementación																				
Requisito	Pregunta	Tipo de evidencia/ Nueva Actualización CGR	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones	
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
	Se han incorporado mecanismos que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias?	Actas u otros documentos que evidencien la realización de la Rendición de Cuentas. 11- Evidencias de publicaciones web: Informes de Gestión del periodo evaluado publicado en la página web. 12- Otros: Otras evidencias pertinentes.	• Implementación de "conversatorios" • Implementación de Buzones de Sugerencias									x									•Informe sobre la evolución y el comportamiento de los seguidores a las Redes Sociales •Informe entrevista a funcionarios sobre las PMCE	
	Se revisa periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados?		• Actas de reunión (ej.: Análisis Crítico por la Alta Dirección) • Reportes de evaluación (Dir. Comunicaciones)										x								•Informe de Alcance de comunicaciones institucionales 1º y 2 º Semestre 202 •Informe sobre la satisfacción del usuario de los Medios de Comunicación Institucionales	
C.4.2 Comunicación Externa	Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información desde y hacia afuera de la organización ?		• 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										x								• Informe sobre la evolución y el comportamiento de los seguidores a las Redes Sociales. •Informe Ejecutivo del Buzón de Sugerencia, reclamos y felicitaciones 2025 •Procedimiento de rendición de cuentas •Informe Audiencia Pública de Rendición de Cuentas al Ciudadano año 2025, Evidencias de Convocatoria y Realización de Rendición de Cuentas.	
	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?		• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles										x								•Informe Audiencia Pública de Rendición de Cuentas al Ciudadano año 2025, Evidencias de Convocatoria y Realización de Rendición de Cuentas.	
C.4.3 Rendición de Cuentas	Se han desarrollado procedimientos documentados para establecer la metodología, alcance, responsabilidades y frecuencias de las rendiciones de cuenta a la sociedad?		• Existencia de Procedimiento/s Documentado/s y debidamente Aprobados • Resultado de Entrevistas con funcionarios con responsabilidad directa sobre el proceso de Rendición de Cuentas										x									•Evidencias de publicaciones web: Informes de Gestión del periodo evaluado publicado en la página web.
	Se ha implementado el proceso de Rendición de Cuenta de acuerdo a las disposiciones legales vigentes?		• 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										x									

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	6	4	24	1	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			
Puntaje por Columna (cantidad x valor)	0	0	0	0	0	0	12	9,6	65	3	0	0	0	0	0	0			
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)										2,55	C		Diseñado						

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24 14:00:42
-03'00'

Componente	Control de la Evaluación																					
Requisito	Pregunta	Tipo de Evidencia	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones	
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a				
D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno	Se han definido indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos?	1. Tableros de Indicadores del PEI/POI: Tablero de Indicadores actualizados del Plan Estratégico Institucional (PEI) y Plan Operativo Institucional (POI).	• Tableros de Indicadores • Reportes y Gráficos									x									Tablero de indicadores del Plan Estratégico Institucional - Periodo 2021-2025	
	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?	2. Fichas de caracterización de indicadores: Fichas de caracterización de indicadores . 3. Informe de seguimiento de los tableros: Informe de seguimiento de los tableros de indicadores. 4. Informes cuantitativos y cualitativos del análisis de la ejecución del PEI y POI: Informes cuantitativos y cualitativos del análisis de la ejecución de los Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Institucional y procesos teniendo en cuenta los indicadores establecidos	• Tableros de Indicadores • Fichas de caracterización de Indicadores									x									Caracterizacion de Indicadores del Plan Estratégico Institucional Periodo 2021-2025	
	Los Indicadores están actualizados, se aplican y mantienen como fuente para la toma de decisiones que afectan a la capacidad del control interno?											x										Tablero de indicadores del Plan Estratégico Institucional - Periodo 2021-2025
				• Tableros de Indicadores actualizados • Reportes									x									
D.2 Auditoría Interna (A.I.)	Se han planificado auditorías internas del sistema de control interno (SCI)?	1. Acto Administrativo de aprobacion del Plan y Cronograma de AI: Plan y cronograma de la Auditoría Interna (AI) incluyendo requisitos de Control Interno, aprobado por la Máxima Autoridad. 2. Acto administrativo de aprobación del PO de AI: Procedimiento operativo (PO) que incluya la Planificación, Ejecución y Seguimiento de Auditoría Interna del Sistema de Control Interno, aprobado por la Máxima Autoridad (en caso de delegación en la aprobación, adjuntar disposición administrativa).	• Procedimiento que incluya la Planificación de A.I. del SCI • Programa Anual de A.I. (incluyendo requisitos de Control Interno)									x									•Resolución Nº 1458/2024 del Plan de Trabajo de AI año 2025 – versión 1 •Resolución Nº 1408/2025 del Plan de Trabajo de AI año 2025 – versión 2 •Resolución Nº 1751/2025 del Plan de Trabajo de AI año 2026.	
	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de las Auditorías Internas?		• Procedimientos documentados/s y aprobado/s • Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes y elaboración de informes									x									Manual de Procedimientos de la AI aprobado por la MAI.	
	Se han implementado Auditorías Internas del SCI de acuerdo a lo planificado?	3. Informe del Plan de Auditoría: Informe sobre ejecución del Plan de Auditoria de la Auditoría Interna (AI). 4. Informe de evaluación del CI: Informe de evaluación de la efectividad del Sistema de Control Interno (CI) y Matriz de evaluación por Nivel de Madurez del periodo evaluado	• Plan de Auditoría Interna • Informe de Auditoría Interna • Papeles de Trabajo • Actas de Reunión (inicial, final)									x									Informe sobre el Plan de Trabajo de Auditoria del 1º y 2º Semestre del año 2025. Actas de Reuniones de la AI	
	El alcance de las Auditorías Internas cubre todos los requisitos de la Norma de Requisitos Mínimos para SCI?	5. Informes de AI: Informes de Auditoría Interna (AI) 6. Perfiles de Cargos de AI: Perfil de cargo de los funcionarios de Auditoría Interna (AI) 7. Evidencias de Capacitaciones: Registro de capacitaciones relacionadas a las operaciones de la Auditoría Interna (AI) en el periodo evaluado.	• Plan de Auditoría Interna • Informe de Auditoría Interna • Papeles de Trabajo									x									Informe de Evaluacion al Sistema de Control Interno y Matriz de Evaluacion.	
	Se asegura la independencia y objetividad de los Auditores Internos?	8. Reportes de seguimiento de los planes de mejoramiento: Reportes de Seguimiento de Planes de Mejoramiento, actualizados en el periodo evaluado	• Criterios de Selección de Auditores Internos (perfiles) • Registros de Capacitación y Calificación de Auditores Internos • Planes e Informes de Auditoría Interna										x									Informes Finales Ejecutivos de Auditoria Interna Nº 01/2025 AL 17/2025,

MARIA DEL CARMEN
 ROMERO SANTACRUZ

Firmado digitalmente por MARIA DEL CARMEN ROMERO SANTACRUZ
 Fecha: 2026.02.24 14:02:59 -03'00'

Componente	Control de la Evaluación																				
Requisito	Pregunta	Tipo de Evidencia	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	Se asegura la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría?		• Informes de Auditoría Interna • Planes de Mejoramiento • Reportes de Seguimiento de Planes de Mejoramiento									x									•Resolución N° 8369/2023 Por la cual se aprueba el Manual de Funciones de la AI de la FCQ-UNA. •Resolución N° 2198/2025 Por la cual se adopta e internaliza la tabla de Denominaciones, requisitos de cargos administrativos, perfiles de cargo de gestión académica y enseñanza de la UNA para la FCQ. •Capacitaciones de AI

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	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			
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)										3,00	B-			Gestionado					

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24
14:01:56 -03'00'

Componente		Control para la Mejora																		
Requisito	Pregunta	Tipo de Evidencia	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
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)	1. Acto administrativo de aprobación del informe de análisis crítico del SCI: Informe de Análisis Crítico del sistema de control interno (SCI), aprobado por la Máxima Autoridad, que contenga la evaluación del SCI por componentes, principios y elementos										x								Actas de Elaboracion del Analisis Critico
	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?	2. Acta de reunión del análisis crítico del periodo: Acta de la Reunión en la que conste la participación de la Máxima Autoridad y la Alta Dirección para el Análisis Crítico, al cierre del periodo evaluado.													x				Informe de Analisis Critico Resolucion N° 160/2026 Por la cual se Aprueba el Analisis Critico de la FCQ-UNA año 2025,	

Firmado digitalmente por
 MARIA DEL CARMEN ROMERO SANTACRUZ
 Fecha: 2026.02.24 14:04:05 -03'00'

Componente		Control para la Mejora																		
Requisito	Pregunta	Tipo de Evidencia	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	✓	Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
	El análisis crítico por la dirección incluye decisiones, acciones y conclusiones relacionadas con: a) oportunidades de mejora continua; b) necesidades de cambio en el sistema de control interno, incluyendo las necesidades de recursos?											x								Informe de Analisis Crítico Resolucion N° 160/2026 Por la cual se Aprueba el Analisis Crítico de la FCQ-UNA año 2025,
E.2 Mejora Continua	Se toman acciones para optimizar continuamente el SCI, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas?	1. Evidencia de procedimientos para la gestión de AM: Procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora (AM) 2. Plan de mejoramiento institucional: Plan de Mejoramiento Institucional, funcional e individual del periodo evaluado. 3. Informes de avance del plan de mejoramiento: Informes de Avance del Plan de Mejoramiento de auditorías de años anteriores, al cierre del periodo evaluado. 4. Informe de seguimientos de tableros: Informe Consolidado de los Planes de Mejoramiento, elaborado en el periodo evaluado. 5. Informe sobre el análisis de la eficacia de las acciones cumplidas: Informe sobre el análisis de la eficacia de las acciones cumplidas. 6. Informe sobre cumplimientos de las áreas afectadas: Informe de las áreas respectivas sobre el cumplimiento de las acciones indicadas en el Plan Individual											x							
	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora?											x								• Plan de Mejoras Institucional. • Planes de Mejoras Consolidados por Dependencia • Avance de los Planes de Mejoras consolidado
	Existen evidencias de la verificación de la eficacia de las acciones tomadas?													x						• Reporte de seguimiento de los planes de mejoras • Informes de Auditoria Interna • Plan de Mejoramiento Consolidado • Procedimiento de AI

Componente	Control para la Mejora																			
Requisito	Pregunta	Tipo de Evidencia	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA		Observaciones
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	0	0	0	0	0			
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					
0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	3,4	7,4	0	0	0	0					
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)									3,30	B-			Gestionado							

MARIA DEL
CARMEN
ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente
por MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24
14:06:27 -03'00'

Evaluación del Nivel de Maduración del Sistema de Control Interno (SCI) - MECIP:2015			
---	--	--	--

Ambiente de Control	3,40	B-	Gestionado
Control de Planificación	3,18	B-	Gestionado
Control de Implementación	2,55	C	Diseñado
Control de Evaluación	3,00	B-	Gestionado
Control para la Mejora	3,30	B-	Gestionado

SCI CONSOLIDADO	3,01	B-	Gestionado
------------------------	------	----	------------

MARIA DEL
CARMEN ROMERO
SANTACRUZ

Firmado digitalmente por
MARIA DEL CARMEN
ROMERO SANTACRUZ
Fecha: 2026.02.24
14:08:30 -03'00'