



**CONTRALORÍA
GENERAL DE
LA REPÚBLICA**
PARAGUAY



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL PERSONAL MUNICIPAL

Noviembre, 2025



MISIÓN

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

Índice

I.	Antecedentes	1
II.	Objetivo	1
III.	Alcance	1
IV.	Desarrollo.....	1
A.	Componente ambiente de control	3
B.	Componente control de la planificación	5
C.	Componente control de la implementación	7
D.	Componente control de la evaluación	11
E.	Componente control para la mejora.....	12
V.	Conclusión	13
VI.	Recomendación	13

VISIÓN

Ser reconocida por promover la buena gobernanza y la
transparencia con procesos innovadores y competentes
en la fiscalización de los recursos del Estado, para marcar
la diferencia en la vida de los ciudadanos.



INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL PERSONAL MUNICIPAL

I. Antecedentes

En la Resolución 377/16, la Contraloría General de la República resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación del control interno, de las instituciones sujetas a su supervisión, la Norma de Requisitos Mínimos – NRM para un Sistema de Control Interno mecip:2015.

Posteriormente, con la Resolución CGR 147/19: “...se aprobó la matriz de evaluación por niveles de madurez a ser utilizada en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno mecip:2015”.

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

II. Objetivo

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

III. Alcance

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

IV. Desarrollo

La evaluación del SCI se define como: “El proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados de la entidad, para proporcionar seguridad razonable, respecto a si se están logrando los siguientes objetivos:

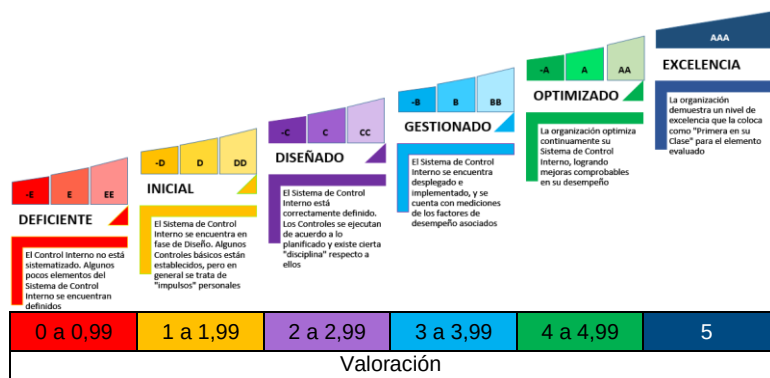
- *Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad de los servicios.*
- *Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- *Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.*
- *Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad”.*

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

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos (de la institución, de la ciudadanía o de 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 concepción de la administración de riesgos como pilar del control interno, que implica el establecimiento de una estructura y cultura organizacional apropiadas, que aplica un método lógico y sistemático para establecer los riesgos asociados con cualquier actividad, función o proceso, de forma tal que logra minimizar pérdidas y maximizar beneficios.

Para determinar el grado de adopción de la Norma de Requisitos Mínimos en la Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal se utilizó la herramienta de evaluación del nivel de madurez del SCI, de acuerdo a criterios de valoración con la siguiente interpretación:



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

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,98	CC	Diseñado
Control de la planificación	2,98	CC	Diseñado
Control de la implementación	1,95	DD	Inicial
Control de la evaluación	1,68	D	Inicial
Control para la mejora	0,67	E	Deficiente
SCI consolidado	2,37	C-	Diseñado

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

A. Componente ambiente de control

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una valoración de 2,98, que describe en la herramienta de evaluación, la siguiente situación: *“El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta disciplina respecto a ellos”.*

En este componente, se señalan debilidades a corregir con miras al fortalecimiento de la cultura institucional:

- Respecto a la responsabilidad de la Máxima Autoridad sobre la efectividad del Sistema de Control Interno, se señala:
 - No se observó la firma de la Máxima Autoridad en el acta de Análisis Crítico.
 - Se observaron evidencias parciales por lo que no se puede asegurar que se implementa la Política de Control Interno.
 - Se visualizó que el mapa de procesos no corresponde a un documento unificado y actualizado.
 - No se observaron evidencias de materialización de riesgos importantes, durante el periodo sujeto a análisis.
 - El seguimiento a los planes no se realizó con base al Plan Estratégico Institucional y al Plan Operativo Institucional. Los indicadores no fueron correctamente contruidos.
 - No se observaron planes de mejoramiento funcionales, tampoco el análisis de efectividad de las acciones a ser realizado por la Auditoría Interna Institucional.
 - El plan de implementación de la NRM a ejecutarse por semestres durante el ejercicio 2024, fue aprobado con la Resolución 762 el 23/12/24, al respecto, cabe señalar que un plan es una herramienta en la cual se proyecta con antelación las acciones a ejecutarse durante un periodo determinado, y concluido con ese periodo, se evalúa su ejecución. Por lo que no resulta procedente aprobar un plan cuyo periodo ya ha finalizado.
- La Política de Control Interno fue aprobada con la Resolución 63/23. Se registró en acta su revisión en el 2024, fue socializada en el sitio web, entregada en cada unidad organizacional, e igualmente, la Auditoría Interna Institucional realizó entrevistas, y según muestra seleccionada, se constató el conocimiento de los funcionarios sobre la normativa.

No obstante, no se comprobó su efectiva aplicación en los siguientes criterios:

- a) Sea adecuada al propósito y al contexto de la organización, y apoye al direccionamiento estratégico; debido a que no se realizó el monitoreo de los planes de acción, ya que no se cuenta con los planes de acción.
 - b) Proporcione un marco de referencia para el establecimiento y la revisión de los principios de control institucional; considerando que la NRM es el marco de referencia y fue aplicada parcialmente.
 - c) Incluya el compromiso de cumplir los requisitos aplicables; debido a su cumplimiento parcial.
 - d) Oriente a los funcionarios a hacer lo correcto; si bien, se evidenciaron socializaciones de los referentes éticos, estos no fueron internalizados por algunos funcionarios, cuyos actos malintencionados fueron de público conocimiento, durante el ejercicio fiscal sujeto a análisis.
 - e) Incluya el compromiso de mejora continua del Sistema de Control Interno. Sobre este punto no se observaron evidencias.
- El Código de Ética reunió los requisitos para la correcta formulación, excepto, que, no contempla la cultura relacionada a la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública.

En ese sentido, la NRM requiere incorporar lineamientos que promuevan el cumplimiento eficiente de las funciones institucionales, orientados al uso responsable de los recursos públicos, la gestión oportuna de los procesos y la obtención de resultados de valor para la ciudadanía.

- En el acta 5 del Comité de Ética, se consignó que no se recibieron denuncias sobre incumplimiento de los acuerdos y compromisos éticos, sin embargo, dicha aseveración es incongruente cuando, en el mismo periodo, se dispusieron sumarios administrativos. Esta situación evidencia una brecha en los mecanismos de recepción y registro de posibles conductas contrarias a la ética.

Al respecto, es importante señalar que cuando la ética está ausente en la función pública, la corrupción administrativa hace su aparición de inmediato. La gestión ética busca la creación de un ambiente propicio para la confianza y la confianza en la entidad pública se construye mediante una gestión que aplique diferentes mecanismos y estrategias para orientar el quehacer institucional con integridad, transparencia y eficiencia, aspectos que se consolidan fundamentalmente mediante el ejemplo brindado por la autoridad y la Alta Dirección.

En ese sentido, la autoridad en ejercicio junto con la Alta Dirección, deben generar credibilidad y confianza en los colaboradores y en la ciudadanía. Para medir la confianza, se sugiere realizar encuestas de percepción dirigidas a los funcionarios, al cliente externo y a la ciudadanía.

- No se observó procedimiento operativo para la gestión ética.

- Los Acuerdos y Compromisos Éticos fueron comunicados y según evidencia de entrevistas fueron entendidos, sin embargo, numerosas debilidades e irregularidades detectadas demuestran lo contrario. Sobre el punto no se observaron planes de mejora.
- En el acta 6 del Comité de Bueno Gobierno, se observó que el informe semestral, no contempló el seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos en el Código de Buen Gobierno, solo se asignó al área responsable de informar sobre los avances. Por lo que no se demostró la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones ante los incumplimientos en su gestión.

Con el último informe final de la auditoría realizada por la CGR, remitida a la Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal con la nota CGR N° 3903 el 03/09/24, se comprobó el incumplimiento del artículo XI Políticas frente al control interno del Protocolo de Buen Gobierno, al no suministrar la información requerida en forma oportuna y completa.

- Se visualizó que la Política de Talento Humano aprobada con la Resolución 761/24 está completa, se relaciona con el organigrama y detalla las disposiciones legales, aunque puede ser mejorada. En lo referente a la Secretaría de la Función Pública tras la fusión con el Ministerio de Economía y Finanzas se deben actualizar, igualmente las disposiciones internas como reglamento de capacitaciones, becas y evaluación del personal, jubilación y últimas disposiciones del Viceministerio de Capital Humano deben ser señaladas.

B. Componente control de la planificación

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una valoración de 2,98, debido a que los requisitos mínimos se encuentran mayormente diseñados.

- Con la Resolución 62 acta 4 del 31/01/23, se aprobó la Misión y la Visión institucional, que reúnen los requisitos de la NRM.

Debido a los riesgos materializados e identificados en el año 2024, sobre los cuales, se observaron informes, pero no planes de mejora, se puede inferir que no se dio cumplimiento efectivo de la Misión y la Visión institucional que señala:

La Misión estableció: *“Otorgar los beneficios de la jubilación y pensión a todo trabajador municipal a través de la gestión administrativa responsable, innovador, con personal calificado y comprometido con el servicio de calidad”.*



En la Visión se definió: *“Ser una institución que garantiza la sostenibilidad del sistema jubilatorio municipal, con una gestión transparente, moderna y tecnológica”.*

- No se tuvo acceso al archivo que contiene la Resolución que aprobó la Guía del Plan Estratégico Institucional - PEI.
- No se visualizó el Plan Operativo Institucional Anual que incorpora los productos y servicios por área, ya que la Resolución 341 acta 25 del 20/06/23 aprobó el anteproyecto de presupuesto 2024, adjuntada como evidencia, el cual no corresponde en su totalidad.
- La Resolución 114/24 aprobó el PEI correspondiente al ejercicio fiscal 2024 y con la Resolución 71/25, se aprobó la prórroga de la vigencia del PEI hasta diciembre del 2025. El PEI no fue diseñado con todos los criterios básicos para su adecuada formulación, ya que no se observó el plan de acción para llevar a cabo las actividades, en cumplimiento de los objetivos, lo que además impide realizar el seguimiento correspondiente.
- Respecto al modelo de gestión por procesos:
 - El mapa de procesos debe registrar la identificación de macroprocesos, procesos y subprocesos en un solo documento, aprobado por la Máxima Autoridad.
 - No se observó la identificación todos los subprocesos relativos a la gestión del talento humano.
 - Se observaron dos formularios de mapa de procesos correspondientes al macroproceso de la Dirección General de Administración Financiera, uno se denominó Gestión de Administración y finanzas y el otro Gestión Administrativa, Financiera y Contrataciones, los cuales difieren en la identificación y denominación de los procesos y subprocesos, así como la identificación de los productos.
 - Los formularios de identificación de procesos difieren con el mapa de procesos, en los macroprocesos de Gestión de Inversiones y Gestión de Recaudaciones.
 - Igualmente, se observó que algunos macroprocesos y procesos de los formularios de identificación de productos, no coinciden con el mapa de procesos.
 - La caracterización de procesos debe ser actualizada con base a las actualizaciones del mapa de procesos.
 - Se elaboró normograma por macroprocesos, no así por subprocesos.

A fin de la mejora continua, se sugiere asignar a cada proceso y subproceso un nombre que tenga relación con el producto o servicio que proporciona.

- No se observó informe de la Auditoría Interna Institucional, sobre la verificación de la correcta elaboración del perfil de los cargos.

- Se verificó que algunos funcionarios no estaban al tanto de sus funciones y responsabilidades.
- Aunque la institución dispone de una Guía de Identificación y Evaluación de Riesgos, no se observó un proceso y subproceso encargado de la gestión de riesgos de los procesos y sobre los objetivos institucionales.
- Si bien a partir del análisis estratégico realizado al momento de construir el Plan Estratégico Institucional, se elaboró la matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), no fue considerado el contexto organizacional.

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

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

- No se observó la Identificación y Análisis de Riesgos a nivel estratégico.
- Aunque la Identificación y Análisis de Riesgos de los procesos fueron actualizados a finales del 2024, es necesaria una nueva revisión, considerando que se incluyeron enunciados no corresponden a riesgos propiamente dichos, sino que podrían ser clasificados como causas de los riesgos:
 - Falta de documentos.
 - Falta de control.
 - Falla mecánica.
 - Falta de atención.
 - Contravención.
 - Documento incompleto.
 - Cálculo equivocado.
 - Falta de equipo.
 - Cambios en la normativa.
 - Diseño de puestos.
 - Compensaciones poco competitivas.
 - Información incompleta.
 - Poco presupuesto.
 - Que no se ajuste a la normativa.
 - Orden adecuado en la documentación.
 - Falta de personal.
 - Cantidad de vehículos limitados.
 - Abandono de procedimiento.
 - Mala imputación.
 - Falta de digitalización.
 - Cancelación de producto.
 - Ejecución lenta, incorrecta o retrasada.
 - Entre otros.

C. Componente control de la implementación

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez INICIAL ALTO, con una valoración de 1,95 que describe en la herramienta de evaluación, la siguiente situación: *“El Sistema de Control Interno se encuentra en fase de diseño. Algunos controles básicos están establecidos, pero en general se trata de impulsos personales”*.

A continuación, se detallan las siguientes debilidades:

- No fueron identificados los controles tecnológicos implementados. Si bien la institución cuenta con sistemas de información, los mismos no fueron actualizados, tampoco se observó planes de mejora sobre los sistemas implementados.
- Algunas Políticas Operacionales no fueron correctamente definidas, se debe tener en cuenta las debilidades señaladas en la Identificación y Análisis de Riesgo del componente anterior, para su actualización.
- No fueron desplegadas las Políticas Operacionales relacionadas a planes y objetivos estratégicos, puesto que no se identificaron riesgos de objetivos institucionales.
- Si bien se observaron actas que demuestran el seguimiento realizado a las Políticas Operacionales, no se comprobó la aplicación de instrumentos para determinar si los riesgos identificados fueron materializados.
- En la Guía de Elaboración de Políticas Operacionales aprobada con la Resolución 61/23, se señaló la aplicación de premios y castigos, no obstante, no se observó en las definiciones.
- Las Políticas Operacionales fueron actualizadas durante el ejercicio analizado, pese a ello, algunas de ellas no fueron correctamente formuladas.
- Respecto a los procedimientos operativos, se señala:
 - Se observó discrepancia en formularios de diseño de procedimientos, algunos formularios indican hasta el nivel de productos y otros hasta el nivel de subprocesos, en ese sentido, se señala que el nombre del proceso y subproceso debe estar relacionado con el producto.
 - El proceso de gestión de préstamos se despliega en los subprocesos de liquidación, atención al afiliado, archivo de préstamos y de operaciones, sin embargo, en los formularios de procedimiento operativo, se formula dichos subprocesos como una sola unidad generando varios productos, lo cual no es correcto, ya que el subproceso se alinea al procedimiento y al producto.
 - En las Políticas Operacionales no se determinaron todos los cargos responsables de cada tarea, alineados según la estructura organizacional.
 - Se observaron formularios de Políticas Operacionales en forma discontinua y desordenada, conforme al mapa de procesos.
 - Se visualizó que la denominación de macroprocesos, procesos y subprocesos de los procedimientos, difieren del mapa de procesos.

- Algunos subprocesos identificados en el formulario de diseño de procedimientos no se observaron en el mapa de procesos, como, por ejemplo:
 - Gestión de Organización.
 - Concesión de Beneficios.
 - Gestión y Organización.
- En algunos formularios se insertó la columna de procedimientos asociados, pero en otros no.
- En el procedimiento operativo devolución de aportes, no se visualizó la tarea a cargo del nivel administrativo o técnico, tampoco tareas de supervisión a cargo del Director. Situación similar se observó en otros procedimientos.
- No se visualizó inventario de procedimientos operativos relacionados a los procesos y subprocesos.
- La determinación e implementación de los controles, no tuvo en cuenta la reducción de los riesgos de acuerdo a la siguiente jerarquía: prevención, detección, protección y corrección.
- No se observó metodología que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes, para asegurar que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos. La Guía para la definición de controles aprobada por Resolución 60/23, contiene lineamientos para la definición de controles, no así para la evaluación de su efectividad.
- No fueron integrados controles en los procedimientos aplicables.
- No se observó Informe de la Auditoría Interna Institucional 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).
- Si bien en el informe de la Auditoría Interna Institucional sobre el cumplimiento de las Políticas del Talento Humano, se señaló que por Resolución 6 acta 2 del 23/01/2025 fue aprobada la evaluación de desempeño correspondiente al ejercicio fiscal 2024, en el Sistema NRM no se adjuntó dicha Resolución, tampoco evidencia de las evaluaciones realizadas.
- Con la Resolución 157 acta 14 del 14/03/24 se aprobó el plan de capacitación para el año 2024, sin embargo:
 - No se demostró que dicho plan fuera elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas.
 - Se observó que el plan no contiene cronograma, tampoco el detalle del facilitador, responsable de llevar a cabo las capacitaciones.

- No se observaron registros de asistencia a los cursos de capacitación realizados en el año 2024 con base al plan aprobado, exceptuando, lo correspondiente al taller de SQL.
- No se observó informe sobre el porcentaje de ejecución del plan aprobado.
- No se evidenció evaluación de la eficacia de las actividades de formación implementadas.
- No se demostró que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna.
- No se comprobó que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable. No se observó planes de mejora al respecto.
- No se comprobó la utilización de intranet u otro método para disponer la información documentada de uso interno, requerida por el Sistema de Control Interno.
- Con la Resolución 649/23 se aprobó la tabla de niveles de aprobación de documentos, sin embargo, no señaló, los documentos ni los niveles de aprobación que correspondería.
- No se observaron procedimientos respecto a la gestión de la información documentada.
- El Manual de Comunicación que fue aprobado por Resolución 59/23 contiene el lineamiento 4 Guía 7.8 control de cambios, no obstante, no se demostró su implementación. Tampoco los formularios correspondientes a la estructura documental del SCI fueron correctamente codificados.
- No se describió procedimiento sobre identificación y control de documentos de origen externo, tampoco se comprobó la sistematización de la gestión de expedientes.
- No se observaron evidencias de no conformidades o reclamos originadas en fallas de comunicación interna, ya que no se implementaron formularios de acciones de mejora y no conformidades.
- Si bien el Manual de Comunicación estableció lineamiento sobre clasificación de la información y lineamiento sobre clasificación de la información para los medios de comunicación, las orientaciones son generales y específicamente, la información no fue clasificada.
- No fueron implementados mecanismos que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias.
- No se observó informe sobre la evaluación de efectividad de los mecanismos de comunicación interna utilizados.

- La información publicada en la página web no fue clasificada, además, en los procedimientos operativos tampoco se identificó la actividad de publicación de documentos e informes.
- Si bien se observó lineamientos en el Manual de Comunicación sobre las Rendiciones de Cuentas a la sociedad, no se observó procedimiento operativo respectivo.
- Se observó el Balance Anual de Gestión Pública 2024 en la página web, pero no se realizó audiencia pública de Rendición de Cuentas, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Manual de Comunicación.

D. Componente control de la evaluación

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez INICIAL MEDIO, con una valoración de 1,68. La institución deberá poner especial atención a las siguientes debilidades:

- Se adjuntó un plan de trabajo, clasificado por macroproceso e indicadores por actividades programadas, aprobado por Resolución 45 el 11/02/25. Los indicadores insertos en el plan de trabajo, no fueron directamente relacionados al cumplimiento de los objetivos estratégicos, tampoco a la producción de bienes y/o servicios de cada proceso y subproceso.
- Los indicadores de riesgos no fueron correctamente contruidos. Al respecto, la NRM señala: *“Deben definirse indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos de la institución para monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales, y deben implementarse mecanismos de monitoreo de los resultados y los desvíos.”*

La definición de los indicadores debe considerar los siguientes criterios de diseño:

- *Factor clave a evaluar.*
 - *Origen de la información.*
 - *Frecuencia de medición.*
 - *Metas y rangos de tolerancia.*
 - *Responsables del seguimiento”.*
- No se observó evidencia que permita determinar si los indicadores se aplican y mantienen como fuente para la toma de decisiones que afectan a la capacidad del control interno.

- El Plan de Trabajo de Auditoría no consideró auditorías imprevistas; que deben incorporarse en el plan de auditoría a través de la reserva de recursos, flexibilidad y la creación de un enfoque basado en riesgos para poder reaccionar a situaciones inesperadas como las ocurridas en el ejercicio sujeto a análisis.
- No se demostró que el plan de auditoría sea con base en un enfoque de riesgos.
- Se observó que el Plan de Trabajo Anual de la Auditoría Interna Institucional, no fue ejecutado en su totalidad, y otros ítems fueron ejecutados más del 100% lo que refleja una débil planeación, considerando lo señalado en el punto anterior. Igualmente, el plan pudo ser actualizado.
- Se consideró el procedimiento de la Auditoría Interna Institucional aprobado con la Resolución 68/24, sin embargo, dicho procedimiento no cumple con todos los requisitos de la NRM.
- El alcance de las auditorías internas no cubrió todos los requisitos de la Norma de Requisitos Mínimos para SCI.
- No se aseguró la independencia y objetividad del Auditor Interno, considerando que, en el informe de evaluación del Sistema de Control interno de la Auditoría Interna, no se identificaron debilidades, elaborando solo planes de mejora con base al informe de la CGR.
- Se observaron solo solicitudes de plan de mejoramiento a las unidades organizacionales con relación al informe final de auditoría de la CGR, no así, sobre los informes de la Auditoría Interna Institucional.

E. Componente control para la mejora

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

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DEFICIENTE MEDIO, con una valoración de 0,67. La Dirección es responsable de gestionar un Sistema de Control Interno eficaz, por lo que se debe aumentar el esfuerzo en la búsqueda de la excelencia, considerando la gestión de lo siguiente:

- El informe de Análisis Crítico no cumplió con los requisitos de la NRM.
- En el acta del CCI N° 16/24 no se observó la firma de la Máxima Autoridad, tampoco se pudo identificar la firma de todos los integrantes que se señalan en el acta.

Es importante recordar que, la principal actividad de autoevaluación recae en la Máxima Autoridad de la institución bajo la modalidad de un Análisis Crítico del Sistema de Control Interno, por ello, es importante su participación en la mesa de trabajo denominada Análisis Crítico, y dejar constancia de sus decisiones respecto

a los temas planteados, ya que con ello demuestra su compromiso y liderazgo en el Sistema de Control Interno.

- No se verificaron acciones para optimizar continuamente el SCI, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas.
- No fue establecido el procedimiento para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora.
- No se observaron evidencias de la verificación de la eficacia de las acciones de mejoramiento implementadas.

V. Conclusión

Del análisis de los documentos suministrados por la Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal, como resultado de la evaluación, la institución obtuvo una valoración consolidada de 2,37, equivalente a un nivel de madurez DISEÑADO BANO, teniendo en cuenta los elementos definidos en los componentes del Sistema de Control Interno.

Respecto a las evidencias presentadas, se observó un notable esfuerzo en la actualización de varios elementos con sus respectivas aprobaciones por acto administrativo, pese a ello, se observaron numerosas oportunidades de mejora, que guardan relación con el componente de planificación e implementación, derivadas principalmente de las deficiencias detectadas en el mapa de procesos que repercuten en otros documentos que se generan a partir de la correcta identificación de los macroproceso, procesos y subprocesos.

VI. Recomendación

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

Por tanto, la Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal deberá:

1. Ajustar un plan y cronograma para la implementación del Sistema de Control Interno.
2. Gestionar la capacitación de los funcionarios sobre la Norma de Requisitos Mínimos, a fin de apoyar su efectiva implementación.



MISIÓN

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

3. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM, al cierre del ejercicio fiscal 2025, sea actualizado en el sistema informático para la evaluación del Sistema de Control Interno en la página web de la Contraloría General de la República, a más tardar el 28/02/26, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Es nuestro informe.

Asunción, noviembre de 2025.

C.P. Irma Delfino
Auditora

Lic. María Cristina Franco
Directora de Área
Dirección de Análisis Sectorial

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

VISIÓN

Ser reconocida por promover la buena gobernanza y la
transparencia con procesos innovadores y competentes
en la fiscalización de los recursos del Estado, para marcar
la diferencia en la vida de los ciudadanos.