

INFORME FINAL N° 01/GEAI/2026
EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA
COMPAÑÍA PARAGUAYA DE COMUNICACIONES SOCIEDAD ANÓNIMA (COPACO S.A.)
EJERCICIO FISCAL 2025

I. Antecedentes

En 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 del Sistema 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.

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

En 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.

La Compañía Paraguaya de Comunicaciones Sociedad Anónima – COPACO S.A.; en conformidad a sus mandatos constitucionales y legales derivados de la Ley N° 1535/99, al Decreto N° 962/08, a la Resolución CGR N° 377/2016, al Código Civil y a su Estatuto Social; se compromete a la adopción del Sistema de Control Interno según Norma de Requisitos Mínimos MECIP: 2015, conforme el Acta de Compromiso aprobado por Acta N° 49 del 17 de diciembre de 2025.

II. Objetivo

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

III. Alcance

La evaluación fue realizada en base a los documentos proveídos por la coordinación de la implementación NRM MECIP: 2015 del Sistema de Control Interno, Gabinete Técnico de COPACO S.A., 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 SCI se define como: *“Proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados de la entidad, para proporcionar seguridad razonable, respecto a si se están logrando los siguientes objetivos:*

- *Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones, y la calidad de los servicios;*
- *Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;*

VISIÓN Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.

MISIÓN Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.

VALORES Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- 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 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 en base a la evaluación de los datos y la información interna y externa.

Igualmente, la referida norma incorpora la concepción de la administración de riesgos como pilar del control interno, que implica el establecimiento de una estructura y cultura organizacional apropiada, que aplica un método lógico y sistemático para establecer los riesgos asociados con cualquier actividad, función o proceso, de forma tal que permite minimizar perdidas 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:



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

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera



Evaluación del Nivel de Madurez del Sistema de Control Interno SCI
MECIP:2015
Ejercicio Fiscal 2025

Ambiente de Control	2,62	C	Diseñado
Control de Planificación	2,10	C-	Diseñado
Control de Implementación	1,62	D	Inicial
Control de Evaluación	2,88	CC	Diseñado
Control para la Mejora	2,70	C	Diseñado

SCI CONSOLIDADO	2,17	C-	Diseñado
------------------------	-------------	-----------	-----------------

A partir del análisis de los documentos proveídos por la coordinación de implementación NRM MECIP:2015 del Sistema de Control Interno, Gabinete Técnico, y de las entrevistas in situ realizadas a empleados de distintos niveles de la Compañía, incluimos en este informe, en su "Anexo I", 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 se obtuvo un nivel de madurez **"DISEÑO MEDIO"** con un puntaje de **2,62** el cual indica que: *"El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los Controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta "disciplina" respecto a ellos".*

Se mencionan a continuación los resultados de la evaluación del componente:

A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.)

El primer principio de la NRM establece que, *"La Máxima Autoridad Institucional debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de control interno, al asumir, asegurar, promover, dirigir, y apoyar a todos los niveles de la organización, para contribuir a la efectividad del SCI promoviendo la mejora continua".*

Se visualizó la ratificación de la Política de Control Interno, Manual de Control Interno, Política Operacional, Mapa de Procesos, Indicadores, Riesgos, Normograma, Manual de Estructura Organizacional, Procedimientos, difusión de documentos y manuales.

A.1.1 Política de Control Interno

"La Dirección debe establecer, revisar y mantener una política de control interno".



VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- La Política de Control Interno y el Manual de Control Interno ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/2025, socializada a los empleados por medio del portal corporativo y correo electrónico, la misma se encuentra en la página web institucional.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24, de agosto/24: cuya obs. es: *"La Máxima Autoridad y su Equipo Directivo debe persistir en la implementación del Sistema de Control Interno, mediante: - El incremento de actividades de capacitación específicas a los principios del SCI - El aseguramiento de la revisión completa de la documentación de todos los niveles del modelo de gestión por procesos - La ejecución de la metodología de la Identificación y Evaluación de Riesgos en todos los niveles del modelo de gestión por procesos -La adecuación de las Políticas Operacionales a los criterios de la NRM - La revisión y actualización de controles en los procedimientos - La actualización y socialización de los indicadores tanto estratégicos como operativos - La adecuación de la elaboración del Análisis Crítico del SCI a los criterios de la NRM"*, cuyas acciones son: Remitir Acta de reuniones de CCI con resoluciones referente al Análisis Crítico tratados y Realizar capacitaciones específicas sobre los Principios del SCI, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24, de agosto/24 cuya obs. es: *"Con el Acta 40/22 se aprobó la Política de Control Interno; pero no se corroboró proposición de acciones sobre la base de observaciones realizadas anteriormente que favorezcan su entendimiento y aplicación"*, cuyas acciones son: Remitir acta de aprobación de la PCI vigente y Remitir evidencia de socialización de taller realizado Nov/24 enfocado en las PCI, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación Nota CGR 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: *"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". El nivel directivo de la institución consustanciado con las actividades para la continua implementación del Sistema de Control Interno, considerando las siguientes oportunidades de mejora; algunas reiterativas: a) Asegurar la utilización de dinámicas diferenciadas para el diseño de actividades de capacitación que faciliten la internalización de los principios del componente ambiente de control b) Incrementar actividades de conceptualización del modelo de gestión por procesos y de la Identificación y Evaluación de Riesgos. c) Ejecutar la metodología de la Identificación y Evaluación de Riesgos considerando todos los niveles del modelo de gestión por procesos; incluyendo las actividades de los procedimientos d) Facilitar el acceso a la documentación del SCI"* y cuyas acciones son: 1-Realizar o gestionar con las dependencias correspondientes actividades para estimular la mejor comprensión del componente Ambiente de Control y sus principios: PCI, Acuerdos y Compromisos Éticos, Protocolo de Buen Gobierno y Políticas de TH, 2-Coordinar conjuntamente con la dependencia correspondiente la internalización del principio de gestión por procesos y la identificación y evaluación de riesgo 3-Gestionar con la dependencia correspondiente el refuerzo de conocimiento y profundización sobre el concepto del modelo de gestión por procesos s/ lo dicta la norma y plasmar su comprensión mediante la elaboración de procedimiento para el tratamiento o administración de los mismos (prevención, detección, corrección y mitigación manual o automatizado) 4-Rediseñar el sistema de comunicación relacionado al SCI de manera que la misma sea de fácil acceso para los funcionarios de la institución, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.



- Informe de Evaluación CGR Nota 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: *“Con el Acta 23/2024 que reemplaza el Acta 40/22 se aprobó la Política de Control Interno:-Se reitera la falta de presentación de registros que demuestren que los funcionarios entienden y aplican sus preceptos, cuya acción es: Realizar o gestionar con las dependencias correspondientes, métodos de difusión como ser: talleres, charlas u otros eventos similares, incluidas divulgaciones impresas o por medios digitales disponibles y oficiales, sobre la PCI de forma a lograr su comprensión, entendimiento y aplicación de sus preceptos”* s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AyCE)

“La institución debe regirse por principios, valores y comportamientos éticos a seguir para el cumplimiento de la Constitución, las leyes, sus reglamentos y para el cumplimiento de la finalidad social del Estado”.

- Código de Ética V3 ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4478/25 de julio/25, cuya acción es: *“Gestionar la elaboración de los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencias tomando de parámetro el Código de Ética vigente”*, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido, se elaboraron los Acuerdos y Compromisos éticos por dependencia y aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4478/25 de julio/25, cuya obs. es: *“En el Acta 49/24 fue aprobada la tercera versión del Código de Ética; se citan fragilidades que deben ser administradas: a) Se visualizó conformación del Comité de Ética, pero no se visualizó actas que demuestren en funcionamiento del mismo, cual es la instancia formalizada para el tratamiento de incumplimientos al Código de Ética. b) Se visualizó diversa documentación de actividades de difusión y socialización el Código de Ética; entre ellas, una invitación a los funcionarios a participar de una encuesta de percepción de la gestión ética de la COPACO S.A.: sin embargo; no se evidenciaron registros que demuestren entendimiento y aplicación por parte de los funcionario”*, cuyas acciones son: Presentar la formalización de la instancia que se ocupa del tratamiento en casos de incumplimiento al Código de Ética y Evidenciar documentalente que los funcionarios comprenden y aplican en sus jornadas diarias los preceptos de sus Acuerdos y Compromisos Éticos según dependencia y del Código de Ética Vigente, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24, de agosto/24 cuya obs. es: *“Se detallan algunas debilidades reiterativas de la segunda versión del Código de Ética aprobado en el Acta 1/21: -No se visualizó registros que aseguren que el Código de Ética fue construido con funcionarios de todos los niveles de la institución”*, cuyas acciones son: Remitir documento de conformación de miembros del Comité de Ética y Remitir Actas del Comité de Ética para la revisión y actualización, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25, de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.
 - Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24, de agosto/24 cuya obs. es: *“No se evidenció registros del funcionamiento del Comité de Ética”*, cuya acción es: Remitir Actas de

reuniones s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to.Trimestre/25, de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.

- Informe de Evaluación N° 01/GEAI/25, cuya obs. es: *"El Procedimiento para la Gestión de Denuncias por Faltas Éticas, aprobado s/ Acta N° 08 de fecha 03/03/2022, sin embargo, no se visualizó revisión en el periodo evaluado para asegurar que el mismo siga siendo pertinente y apropiado"*, cuya acción es: Realizar la revisión del Procedimiento, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to.Trimestre/25, de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.
- Informe de Evaluación 01/GEAI2024 SCI/23, cuya observación es: *"Los Acuerdos y Compromisos Éticos documentados por dependencias, deben ser revisados periódicamente..."*, y la acción definida es: Gestionar la elaboración de los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencias tomando de parámetro el Código de Ética Vigente, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to.Trimestre/25, de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido (Acuerdos y Compromisos Éticos por Gerencias, aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25).
- Informe de Evaluación SCI CGR Nota N° 5324/2022 junio/22: *"No se visualizaron documentos que demuestren que el Código de Ética fuera construido de manera participativa y consensuada con funcionarios de distintos niveles de la Compañía"*, cuenta con un PMI, cuya acción es: realizar una encuesta a través de formulario electrónico, dirigido a 100 empleados de distintas áreas y niveles. 2. Coordinar la actualización del código de Ética teniendo en cuenta el resultado, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM), se encuentra cumplido, se realizó la encuesta de percepción de la Gestión Ética y se actualizó el Código de Ética.
- Informe 01/GEAI24 Evaluación al SCI/23, cuya observación es: *"El Código de Ética Versión 02 año 2021, aprobado s/ Acta N° 01 de fecha 07/01/2021, sin embargo, no se visualizó revisión para asegurar que la misma siga siendo pertinente y apropiada"*, y la acción definida es: Revisar y actualizar el Código de Ética, el mismo se encuentra cumplido.
- Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24, cuya obs. es: *"No se visualizó registros de actividades de revisión. (Código de Ética)"* cuya acción es: Remitir documento de realización de la revisión del Código de Ética versión 03 s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to.Trimestre/25, de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido (Código de Ética aprobado por Directorio en fecha 03/12/24 - s/ Acta N° 49).
- Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24, de agosto/24 cuya obs. es: *"No se visualizaron actividades de capacitación que contribuya a fomentar la conciencia, reflexión (Código de Ética)"*, cuya acción es: Gestionar la realización de actividades orientadas a la toma de conocimiento, conciencia y aplicación del Código de Ética, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM), el mismo se encuentra cumplido.

A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG)

"La institución debe establecer un Protocolo de Buen Gobierno para definir el modelo de administración y su estilo de dirección".

- Código Buen Gobierno V5, ratificado s/ Acta N° 50 de fecha 30/12/25.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:



VISION	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISSION	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- Informe de Evaluación CGR Nota N° 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: *"Con el Acta 33/24 fue aprobada la quinta versión del Código de Buen Gobierno; en relación a ello: a) Se visualizaron actas del comité de Buen Gobierno en las que se aprueban las modificaciones del Código de Buen Gobierno, pero no se constató que estas Modificaciones hayan sido realizadas con la plana ejecutiva de la COPACO S.A. b) En el artículo 36 se enumeran las funciones del Comité de Buen Gobierno; en el inciso e) refiere informar al menos cada seis meses al presidente del directorio sobre sus tareas; al respecto, no se visualizaron registros del cumplimiento de dicha función. c) Se visualizó la utilización de múltiples medios de difusión, así como actividades de socialización; entre ellas entrevista in situ a dos funcionarios sobre aspectos generales de SCI, pero no se evidenciaron registros que demuestren entendimiento y aplicación por parte de los funcionarios"* y cuyas acciones son: Presentar documentos que avalen la participación de autoridades para la construcción del Código de Buen Gobierno Vigente, Presentar la documentación que respalde el cumplimiento del inciso e) del Art. 36 del Código de Buen Gobierno vigente y Presentar documentación sobre las acciones tomadas en vistas al resultado de la evaluación sobre el SCI a funcionarios y/o informe expedido al respecto, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentran pendientes.
- Informe 01/GEAI/24. Evaluación al SCI/23, cuyas obs. son: *"Se cuenta con un Código de Buen Gobierno Versión 04 año 2021 aprobado según Acta N° 38 de fecha 20/12/2021, sin embargo no se visualizó revisión y/o actualización del mismo en el periodo evaluado, Esta observación ya ha sido señalada en el Informe de Evaluación SCI CGR Nota N° 5324/22 de fecha 20/06/2022, aún permanece no fue subsanado. Según las observaciones mencionadas son las siguientes: No se visualizaron trámites relacionados al cumplimiento del artículo 36 del Código de Buen Gobierno, en el que señala las "Funciones y Atribuciones del Comité de Buen Gobierno":*
 - a) *Monitorear y hacer seguimiento al desarrollo y cumplimiento de las políticas contenidas en el Código de Buen Gobierno.*
 - b) *Realizar seguimiento al comportamiento de los administradores de la Compañía para asegurar su cumplimiento del Código de Buen Gobierno.*
 - c) *Resolver controversias sobre la interpretación de artículos del Código de Buen Gobierno.*
 - d) *Informar por lo menos cada (6) seis meses al Presidente del Directorio sobre las tareas que fueron encomendadas.*
 - *No se visualizaron documentos que evidencien la construcción participativa y consensuada por los distintos niveles directivos del Protocolo de Buen Gobierno.*
 - *En el Código de Buen Gobierno se definió el objetivo que señala "establecer instrumento que permita alinear a los miembros de la Alta Dirección de la Compañía dentro de un estilo unificado de gobierno"; sin embargo, un Protocolo de Buen Gobierno no solo alinea a los miembros de la Alta Dirección, sino que define el modelo de administración y su estilo de dirección.*
 - *No se visualizó el reglamento operativo del Comité de Buen Gobierno.*
 - *No se observó informes del Comité de Buen Gobierno sobre resolución de controversias, ni indicadores de buen gobierno", Como resultado de las entrevistas realizadas a empleados de distintos niveles se constató que se conoce la existencia de la Política de Control Interno, Código de Ética, Buen Gobierno y Política de Talento Humano pero no su contenido, que demuestre el entendimiento y aplicación por parte de los empleados" cuyas acciones son: Realizar la actualización del Código de Buen Gobierno, Impulsar la elaboración de las acciones de mejora pendiente para su cumplimiento, Realizar socializaciones y charla de las herramientas de Control Interno, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra parcialmente cumplido (pendiente socializaciones y charlas).*

VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- Informe de Evaluación SCI CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24 cuya observación es: *“En el art. 15 que referencia el compromiso de la institución con el desarrollo del Talento Humano; no se visualizó la inclusión explícita de los procesos de planeamiento, reinducción y bienestar laboral”* y la acción es: Incluir los procesos de planeamiento, reinducción y bienestar laboral en la revisión del año 2025, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Informe de Evaluación SCI CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24: *“En el art. 38 se referencia la elaboración de los indicadores de Buen Gobierno, pero no se evidenció documentación de los mismos.”* Para ésta observación cuenta con PMI cuya acción es: Remitir documentos que evidencien la elaboración de indicadores de Buen Gobierno, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Informe 01/GEAI/24. Evaluación al SCI/23, cuya acción es: Realizar la actualización del Código de Buen Gobierno s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido. CBG aprobado s/ Acta N° 33 de fecha 01/08/24.
- Informe de Evaluación N° 01/GEAI/25, cuya obs. es: *“El Procedimiento para Realización de Reclamos y Resolución de Controversias no se visualiza firma y/o formalización y documento de aprobación del mismo”* cuya acción es: Realizar la formalización del Procedimiento como lo establece la NRM s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

A.4 Política de Talento Humano (PTH)

“La institución debe establecer su compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios a través de la determinación de políticas y prácticas de gestión del talento humano que consideren los procesos de selección, inducción, re inducción, formación, capacitación, evaluación del desempeño, compensación, bienestar social y desvinculación de los funcionarios, entre otros”.

- Política de Talento Humano Versión 03, revisada y aprobada s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.
- Se visualiza el Memorándum N° 01/EMTH-GR/25. Actualización de las Políticas de Gestión de Talento Humano de fecha 05/12/25.
- Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. Evaluación CGR Nota N° 4529/24, de agosto/24 cuya obs. es: *“Con el Acta 4/23 se aprobó la segunda versión de las Políticas de Talento Humano, sin embargo, no se visualizó la inclusión explícita de la política de planeación”*, cuya acción es: Incluir la Política de Planeación en la Política de Talento Humano, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido, se incluyó la Política de Planeación en la PTH aprobada s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.

Observación N° 01: Se realizaron entrevistas con empleados de distintos niveles de la Compañía y como resultado se observó escaso conocimiento, entendimiento y aplicación en relación al Sistema de Control Interno (SCI) y sus componentes, Política de Control Interno y Política de Talento Humano.

VISIÓN MISIÓN VALORES	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad

Recomendación:

Se sugiere realizar actividades de aprendizaje e internalización sobre el Sistema de Control Interno (SCI) y sus componentes, Política de Control Interno y Política de Talento Humano en las distintas áreas y niveles de la Compañía, como lo establece la NRM que debe: *“Ser comunicada, entendida y aplicarse dentro de la institución”*.

B. Componente de Control de la Planificación

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

En este componente se obtuvo un nivel de madurez **“DISEÑADO BAJO”** con un puntaje de **2,10**, el cual indica que: *“El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los Controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta “disciplina” respecto a ellos”*.

Se mencionan a continuación los resultados de la evaluación del componente:

B.1 Direccionamiento Estratégico

“En coherencia con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes, la entidad debe definir su Misión y Visión institucionales”

- El Plan Estratégico Institucional 2023-2027 V2, Misión y Visión, fueron aprobados por el Directorio de la Compañía s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/24.
- Se visualiza el Memorándum N° 05/DVPE-GGT/25. Informe de Revisión del PEI; por el cual informa que queda suspendido temporalmente la revisión del PEI y se trabajó sobre el Proyecto de alineación estratégica utilizando herramientas como el OKR, Deliverology, Cuadro de Mando Integral (CMI) y el ciclo PHVA.
- Memorándum N° 14/DVPE-GGT/25, se recomienda la elaboración de un nuevo Plan Estratégico.
- Se visualiza la conformación de una Comisión de Trabajo que tendrá a su cargo la elaboración del Plan Estratégico Institucional 2027-2032 que estará conformado por la Gerencia Gabinete Técnico, Gerencia Administrativa Financiera, Gerencia Comercial, Gerencia Técnica s/ Acta N° 51 de fecha 30/12/25.
- Se visualiza Procedimiento para la elaboración del PEI - V2 y Procedimiento para la Evaluación del PEI - V2, ratificado s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
- Procedimiento de Elaboración del POA - V2, ratificado s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
- Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4529/24, de agosto/24 cuya obs. es: *“En el Acta 7/23 se aprobó el Plan Estratégico Institucional – PEI de la COPACO S.A. para el periodo 2023-2027. En consideración a ello: - Se visualizó revisión de procedimiento de elaboración del Plan Operativo Anual, pero no la determinación de los recursos necesarios para el logro de los fines trazados. - Se visualizó documentación de una versión del PEI para el periodo 2024-2027, sin embargo, no se presentó documento de formalización correspondiente. - No se adjuntó evidencia que corrobore que las acciones*

VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

relacionadas a su socialización cumplan con los requerimientos de la NRM: “La institución debe comunicar acerca de 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”, cuyas acciones son: 1- Conformar grupo de trabajo y ajustar el PEI en base a los recursos disponibles necesarios para el logro de los fines trazados 2- Realizar socializaciones semestrales 3- Remitir la Revisión 2024 del PEI (Acta 21) en el cual a fojas 11 se expone el Mapa de Procesos de la Compañía, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

- Se visualiza el Plan Operativo Anual - POA/2026, aprobado s/ Acta N° 51 de fecha 30/12/25.
- Se visualiza la socialización de la metodología OKR (Taller OKR alineados para Jefaturas) a los Jefes de la Gerencia Comercial s/ Acta N° 01 de fecha 29/04/25 y Registro de Asistencia.
- Memorándum N° 24/DVM-DPME-GC/25. Informe de Socialización de contenidos institucionales, la socialización de la misión, visión se realiza en la Intranet, correo electrónico, redes internas/plataformas digitales corporativas.
- Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: “En cuanto al *Direccionamiento Estratégico*: Con el Acta 21/24 fue aprobada la revisión del Plan Estratégico Institucional – PEI 2023-2027- a) Se visualizó la utilización de múltiples medios de difusión y registros de actividades de socialización; pero no se evidenciaron registros de actividades que fomenten la toma de conciencia por parte de los funcionarios de sus responsabilidades y obligaciones individuales” cuyas acciones son: 1- Gestionar con las dependencias correspondientes actividades (talleres, conversatorios, visitas de control de jefaturas, otros) que fomenten la toma de conciencia por parte de los funcionarios competentes que le fueron designadas y 2- Disponibilizar las documentaciones que hacen al diseño de los indicadores del Plan Estratégico, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Durante el proceso de evaluación se verificó que los indicadores analizados en el ejercicio 2025 no guardan correspondencia directa con los indicadores estratégicos definidos en el Plan Estratégico Institucional (PEI) aprobado.
Se evidenció que la institución ha adoptado un cambio de criterio en la gestión empresarial, motivado por la situación operativa, financiera y estructural de la Compañía, lo que derivó en la utilización de indicadores con un enfoque más operativo y de corto plazo, priorizando sostenibilidad, liquidez y continuidad del servicio.
Si bien ésta adecuación responde a un contexto empresarial dinámico y a la necesidad de ajustes estratégicos, desde la perspectiva del Sistema de Control Interno se observan los siguientes aspectos a considerar:
 - No se evidenció formalización documental del ajuste estratégico mediante actualización del PEI o acto administrativo equivalente.
 - No se visualizó matriz de alineación entre los nuevos indicadores utilizados y los objetivos estratégicos vigentes.

La falta de correspondencia puede afectar la coherencia entre planificación estratégica, gestión por procesos y evaluación del desempeño institucional.

Conforme al enfoque del MECIP, la coherencia entre planificación estratégica e indicadores es un elemento clave del Componente de Control de la Planificación y su desalineación impacta directamente en la eficacia del sistema de control interno.

Las debilidades señaladas precedentemente, deberán ser tenidas en cuenta para implementar efectivamente los requisitos mínimos del Sistema de Control Interno.

Observación N° 02: Los indicadores analizados en el ejercicio 2025 no guardan correspondencia directa con los indicadores estratégicos definidos en el Plan Estratégico Institucional (PEI) aprobado, por lo tanto el componente se encuentra con debilidades estructurales en la calidad técnica del diseño de las políticas, procesos y su enfoque basado en riesgos.

Recomendación:

Se sugiere realizar la formalización documental del ajuste estratégico mediante la actualización del PEI o acto administrativo equivalente y alinear los nuevos indicadores utilizados y los objetivos estratégicos vigentes.

B.2 Gestión por Procesos

“La institución debe orientar su operación a través de una gestión basada en procesos, como medio para que pueda alcanzar eficaz y eficientemente sus objetivos, en cumplimiento con su función constitucional y legal, la misión fijada y la visión proyectada”.

- El Mapa de Procesos se visualiza en el PEI 2023-2027 - V2, aprobado s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/2024, sin embargo, se visualiza inconsistencias en las denominaciones de los Procesos con relación al Mapa de Procesos que se encuentra en el PEI 2023-2027 - Versión 2, ésta observación ya fue señalada en el Informe de Evaluación N° 01/GEAI/24, el cual cuenta con PMI cuya acción es: Revisar y actualizar el macro proceso del PEI (Mapa de Proceso) con relación a las Fichas de Procesos, s/ Avance al Plan de Mejoramiento se encuentra cumplido.
- Se visualiza la ratificación de las Fichas de Procesos, s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25.
- Según el Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24: *“En cuanto al principio Gestión por Procesos - En el Acta 7/23 que aprobó el PEI periodo 2023-2027 se incluyó el formato cadena de valor en el cual se identifican los macro procesos misionales, estratégicos y de apoyo pero no se evidencio documentación del mapa de procesos que permita visualizar el despliegue y conformación del modelo de gestión por proceso...”* para esta observación cuenta con PMI cuya acción es: Remitir la Revisión 2024 del PEI (Acta 21) en el cual a fojas 11 se expone el Mapa de Procesos de la Compañía, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24: *“Se evidencio actualización de la caracterización de Procesos, pero no se visualizó informe de AI que corrobore que la documentación éste completa y evidencie fielmente el Mapa de Procesos”*, para ésta observación actualmente cuenta con PMI cuya acción es: Incluir en el informe del GEAI resultado de verificación de documentos en relación al mapa de procesos, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.
 - Informe de Evaluación SCI N° 01/GEAI/25, cuya obs. es: *“Se visualiza inconsistencias en las denominaciones de los Procesos con relación al Mapa de Procesos que se encuentra en el PEI 2023-2027 – Versión 2, aprobada s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/2024”*, cuya acción es: Revisar con los responsables de los procesos y actualizar en relación al Mapa

de Procesos del PEI s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

- Informe de Evaluación CGR Nota 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: *"Con relación al modelo de gestión por procesos: a) Se reitera la falta de evidencia de la presentación de un mapa de procesos general; al respecto, se visualizó documentación que referencia que con Acta 54/24 se aprobó la tercera versión del mapa de relación de procesos y estructura organizacional, refiriendo varios procesos b) Se visualizó revisión de la caracterización de procesos; con dicha documentación se percibieron errores conceptuales entre actividad y subproceso. También se constató que la utilización de una planilla simplificada puede llevar a equivocaciones: ejemplo: definición de un único cliente por producto o la generalización indicando "clientes internos", falta de especificidad en definición de recursos, lo mismo se repite en la definición de proveedor como clientes internos", cuyas acciones son: Gestionar con las dependencias o grupos de interés correspondientes y por los medios disponibles, la preparación del mapa de procesos que esquematice los distintos procesos que la institución utiliza para operar y desempeñar funciones y Evaluar y realizar los ajustes necesarios a las fichas de procesos vigentes, tomando en cuenta la observación emitida por los órganos de control, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.*
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: *"No se visualizó informe de Auditoría Interna Institucional que corrobore que la documentación esté completa y evidencie fielmente el mapa de procesos",* cuya acción es: Elaborar Informe sobre la correspondencia del Mapa de Procesos y las documentaciones asociadas de acuerdo a la NRM, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Se visualiza Manual de Control Interno 2025, Anexo V contiene la guía para documentar y gestionar riesgos, ratificado s/ Acta N° 49 fecha 17/12/2025.
 - Normograma de los Procesos, aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/2025 y Acta N° 50 de fecha 23/12/2025.
 - Se visualiza Memorándum N° 16/DVCI-GGT/25. Revisión y Actualización de Procesos y Riesgos de la Gerencia Comercial, aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.

El Mapa de Procesos vigente fue elaborado en concordancia con el PEI 2023–2027 ya que forma parte de éste; sin embargo, considerando que dicho PEI se encuentra actualmente en proceso de revisión y actualización, y que durante el ejercicio 2025 no fue plenamente considerado debido a la nueva orientación estratégica adoptada por la Compañía, el modelo de gestión por procesos podría no reflejar adecuadamente la realidad operativa y el direccionamiento actual.

Corresponde señalar que la definición y/o formalización de los procesos, macroprocesos, subprocesos y demás componentes debe realizarse en estricta alineación con lo establecido en la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno, conforme a las disposiciones vigentes del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay (MECIP).

Se deja constancia de que esta situación ha sido observada en auditorías anteriores, evidenciándose debilidades en la correcta caracterización, documentación y articulación de los

VISION	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISION	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

procesos con los objetivos estratégicos institucionales. Asimismo, se verifica que existen planes de mejora definidos al respecto, cuya implementación y seguimiento resultan necesarios a fin de subsanar en forma definitiva la falencia identificada y asegurar la coherencia metodológica requerida por la normativa aplicable.

En consecuencia, se observa la necesidad de que la revisión y actualización del Mapa de Procesos y de los macroprocesos institucionales se realice en forma integral y coordinada con la reformulación del nuevo Plan Estratégico Institucional, asegurando:

- La alineación con la nueva orientación estratégica definida por la Alta Dirección.
- La coherencia entre los objetivos estratégicos reformulados y los procesos institucionales.
- La correspondencia entre macroprocesos, procesos, subprocesos y fichas de procesos.
- La consistencia con la estructura organizacional vigente.
- La estricta alineación con lo establecido en la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno

Esta situación podría generar una brecha entre la planificación estratégica y la gestión operativa actual, afectando la adecuada identificación de riesgos, la definición de indicadores y la evaluación del desempeño institucional.

Observación N° 03: El Mapa de Procesos vigente, elaborado conforme al PEI 2023–2027, podría no reflejar la actual orientación estratégica adoptada por la Compañía, considerando que dicho plan se encuentra en revisión y no fue plenamente aplicado en el ejercicio 2025.

Se reitera que la definición y formalización de procesos, macroprocesos y subprocesos debe alinearse estrictamente a la Norma de Requisitos Mínimos, situación ya observada en auditorías anteriores y para la cual existen planes de mejora pendientes de implementación y seguimiento.

La falta de actualización integral y coordinada con el nuevo PEI podría generar brechas entre la planificación estratégica y la gestión operativa, afectando la identificación de riesgos, los indicadores y la evaluación del desempeño institucional.

Recomendación

1. Revisar y actualizar el Mapa de Procesos y los macroprocesos institucionales conforme a la nueva planificación estratégica.
2. Ajustar las fichas de procesos y matrices de riesgos en función de los cambios estratégicos definidos.
3. Someter los documentos actualizados a aprobación de la Máxima Autoridad.
4. Realizar la correspondiente socialización institucional para asegurar su correcta implementación.

B.3 Estructura Organizacional

“La institución debe establecer su estructura organizacional, identificando los diferentes niveles de autoridad y de responsabilidad, para que se ejerzan apropiadamente las labores de planificación, ejecución, control y evaluación periódica de las actividades, buscando alcanzar los objetivos institucionales”.

- Manual de Estructura Organizacional de la Compañía, revisado y aprobado s/ Acta N° 27 de fecha 15/07/2025 y Acta N° 47 de fecha 03/12/25.
- Manual de Organización y Funciones, aprobado s/ Acta N° 29 de fecha 10/07/24.



VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- Según el Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24, cuya obs.: *“Con el Acta 25/23 se aprobó el Manual de Organización y Funciones y la estructura organizacional de la Compañía, que referencia su adecuación al modelo de gestión por procesos. Así también, se evidenció el Acta 40/23 en el que se aprobó el Manual de Estructura Organizacional, con modificaciones de las funciones de varias dependencias. Sin embargo, no se evidenció actividades relacionadas al aseguramiento para que los funcionarios desarrollen la conciencia de sus deberes y responsabilidades en el cumplimiento de actividades y tareas”*, para esta observación actualmente cuenta con PMI cuya acción es: Socializar los manuales y documentos aprobados a los Gerentes y Jefaturas dependiente de la Presidencia para la socialización interna en todas las áreas, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación SCI N° 01/GEAI/25, cuya obs. es: *“No se tuvo acceso al Manual de Perfil de cargo aprobado s/ Acta N° 22, de fecha 20/07/2023”* y cuya acción es: Remitir los antecedentes de la elaboración del Manual de Perfil de cargos y el documento final aprobado, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: *“En cuanto al principio estructura organizacional: a) Con el Acta 29/24 se aprobó el Manual de Organización y Funciones, que referenció su adecuación al modelo de gestión por procesos. Así también, se evidenció el Acta 34/24 en el que se aprobó el Manual de Estructura Organizacional; sin embargo, no se visualizó la inclusión de perfil de puestos, en la evaluación anterior se indicó que fueron visualizados perfiles genéricos por rango de cargos b) A pesar de los múltiples medios utilizados para la difusión y socialización de la documentación de este principio, no se visualizaron registros que avalen que los funcionarios tienen conocimiento y comprensión de sus deberes y responsabilidades individuales”*, cuyas acciones son: Elaborar perfiles de cargos de acuerdo a la Estructura Organizacional, definiendo las características requeridas que deben cumplir las Jefaturas según estructura vigente, Gestionar la inclusión de los Perfiles de Cargo en el Manual de Estructura Organizacional y Documentar conjuntamente con los jefes superiores inmediatos de las dependencias, la toma de conocimiento y comprensión de los empleados de sus deberes y responsabilidades, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

Las debilidades señaladas precedentemente, deberán ser tenidas en cuenta para implementar efectivamente los requisitos mínimos del Sistema de Control Interno.

Observación N° 04: Falta de revisión y actualización del Manual de Organización y Funciones teniendo en cuenta los cambios significativos en la estructura organizacional de la Compañía.

Recomendación:

Se sugiere realizar la revisión y actualización del Manual de Organización y Funciones de manera a lograr una mayor eficiencia y mejor desempeño laboral de todos los empleados.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

B.4 Identificación y Evaluación de Riesgos (IyER)

“La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para la continua identificación y evaluación de sus riesgos, y para la determinación de las medidas de control necesarias”.

- Se visualizan Fichas de Identificación y Valoración de Riesgos y Mapa de Riesgos 2025, ratificados s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/2025 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25, así también Manual de Control Interno, Anexo V Guía para documentar y gestionar Riesgos, ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/2025.
- Se visualiza el análisis FODA, ver PEI 2023 - 2027, folios 32 al 35 y análisis de Riesgos de Objetivos Estratégicos - PEI 2023 - 2027, folio 22 al 24, se adjunta matriz FODA/CAME s/ Informe N° 01/DVPE/25, fojas 7 al 8, realizado por todas las Gerencias.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: *“En lo concerniente a la Identificación y Evaluación de Riesgos: a) No se visualizaron matrices de riesgos sobre debilidades y amenazas. b) Se visualizó cronograma de visitas para la revisión de riesgos según plan de mejoramiento para el SCI, pero se constató revisión únicamente para la Gerencia Comercial. c) Se reitera la falta de matrices de riesgos sobre actividades. La NRM expresa que entre los criterios para la Identificación y Evaluación de Riesgos se deberán tener en cuenta, entre otros, los diferentes niveles del modelo de gestión por procesos, esto último forma parte de los insumos para los principios de Políticas Operacionales y controles”*, cuyas acciones son: Disponibilizar mediante la gestión con otras dependencias de los mapas de riesgos confeccionados como fuente para realizar los controles institucionales y Disponibilizar las evidencias de revisión de riesgos con todas las dependencias de la Compañía, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación 01/GEAI/2024 SCI/23: *“Como resultado de las entrevistas realizadas a empleados de distintos niveles se constató que pocos conocen los objetivos e indicadores estratégicos y operativos del PEI - POA, su macro proceso, proceso, subproceso y riesgos”* para esta observación cuenta con PMI cuya acción es: Realizar socialización de los objetivos estratégicos y operativos del PEI y POA, macro procesos, procesos y sub procesos y riesgos contempladas en el PTA SCI 2024 aprobado por la MAI, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24: *“Referente a la IyER se visualizó documentación de riesgo por proceso del año 2023, si bien se visualizó matriz de riesgo sobre objetivos estratégicos, no se evidencio del análisis FODA institucional, además no se visualizó matrices de riesgos sobre actividades”* para esta observación cuenta con PMI cuya acción es: Revisar el MAN SCI 2025 y ajustar la metodología de guía para gestionar riesgos, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación SCI N° 01/GEAI/25, cuya obs. es: *“Como resultado de las entrevistas realizadas a empleados de distintos niveles se reitera que una escasa cantidad conocen los objetivos e indicadores estratégicos y operativos del PEI - POA, su proceso, subproceso y*

VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

riesgos", cuya acción es: Solicitar a la Div. Capacitación cursos o talleres relacionados a la gestión por procesos, solicitar a los responsables de los procesos la socialización en su área de competencia s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

Las debilidades señaladas precedentemente, deberán ser tenidas en cuenta para implementar efectivamente los requisitos mínimos del Sistema de Control Interno.

Se constató además, que la Compañía no cuenta con un procedimiento específico, formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad, que establezca la metodología para la identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento de riesgos institucionales.

Si bien se visualizan matrices de riesgos elaboradas por algunas dependencias y referencias metodológicas incluidas en el Manual de Control Interno, no se evidencia un procedimiento integral que:

- Defina claramente etapas, responsables y criterios de evaluación.
- Establezca la obligatoriedad de aplicar la metodología en todos los niveles (estratégico y operativo).
- Determine la periodicidad de revisión y actualización.
- Vincule formalmente los riesgos estratégicos con los riesgos por procesos y actividades.
- Establezca lineamientos para la elaboración de mapas de riesgos consolidados.

Esta situación genera inconsistencias en la identificación de riesgos, ausencia de matrices sobre actividades críticas y debilidades en la integración del análisis FODA con la gestión de riesgos. Considerando los requerimientos establecidos por el Modelo Estándar de Control Interno, la inexistencia de un procedimiento formal podría afectar la sistematicidad, trazabilidad y efectividad del proceso de gestión de riesgos institucional.

Observación N° 05: En la evaluación del componente Identificación y Evaluación de Riesgos (IyER) se constató que la Compañía no dispone de un procedimiento específico, formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad, que establezca de manera integral la metodología para la identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento de riesgos institucionales. Si bien existen matrices elaboradas por algunas dependencias y referencias en el Manual de Control Interno, no se evidencia un marco metodológico unificado que defina etapas, responsables, criterios, periodicidad, obligatoriedad de aplicación en todos los niveles y vinculación entre riesgos estratégicos y operativos.

Esta situación genera inconsistencias, debilidades en la consolidación de mapas de riesgos y en la integración del análisis estratégico con la gestión de riesgos, afectando la sistematicidad y efectividad del proceso, conforme a los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno

Recomendación

Elaborar y aprobar un Procedimiento de Identificación y Evaluación de Riesgos que contemple:

1. Metodología clara y estandarizada (identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo).
2. Definición de roles y responsabilidades.
3. Criterios uniformes para probabilidad e impacto.
4. Integración con el PEI, POA y el modelo de gestión por procesos.
5. Periodicidad mínima de revisión y actualización.
6. Mecanismos de seguimiento y reporte a la Alta Dirección.

VISION	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso,
MISSION	fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
VALORES	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad

Observación N° 06: En el periodo evaluado no se verifico evidencia documental de la revisión de la lyER (matrices, criterios, alcance) como establece la Norma "... deben ser revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados".

Recomendación:

Se sugiere realizar la revisión y actualización de la matriz de riesgo como lo establece la NRM, para garantizar que la identificación, evaluación y mitigación de amenazas reflejen la realidad actual.

C. Componente de Control de la Implementación

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

En este componente se obtuvo un nivel de madurez **"INICIAL ALTO"** con un puntaje de **1,62** e indica que: *"El Sistema de Control Interno se encuentra en fase de Diseño. Algunos Controles básicos están establecidos, pero en general se trata de "impulsos" personales"*.

Se mencionan a continuación los resultados de la evaluación del componente:

C.1 Control Operacional

"La institución debe definir e implementar controles que contribuyan a reducir los riesgos significativos que puedan afectar el logro de los objetivos hasta niveles tolerables".

- Se cuenta con Matriz y Mapa de Riesgos según el (I y ER), Indicadores de procesos, Planes de Mejoramiento y Avances de los Planes de Mejoramiento.

C.1.1 Políticas Operacionales

"La institución debe definir políticas operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos".

- Se visualizan Políticas Operacionales, ratificadas s/Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25. Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado al Informe de Evaluación CGR Nota 4529/2024 de agosto/24, cuya observación es: *"Se visualizó documentación de Políticas Operacionales, sin embargo, las mismas no fueron diseñadas teniendo en cuenta los criterios de la NRM"* y la acción definida es: Ajustar en el MAN SCI 2025, el diseño de las Políticas Operacionales teniendo en cuenta los criterios dados en la NRM, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24, cuya observación es: *"La institución debe definir Políticas Operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos"* y la acción definida es: Coordinar la actualización de las Políticas Operacionales con las diferentes áreas de la Institución que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por proceso, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

- Informe de Evaluación CGR Nota 4478-24 de julio/25, cuya obs. es: *“Se reitera la falta de adecuación de la documentación de las Políticas Operacionales; teniendo en cuenta los criterios dados en la NRM, en especial lo relacionado al tratamiento específico para cada caso de la problemática tratada. Como ejemplo se observó el texto una la Política Operacional de carácter general definido para un proceso, sin embargo, en el formulario utilizado define como aplicable a los subprocesos asociados; y a la vez para atender varios riesgos. Este análisis puede resultar inadecuado dejando de lado situaciones que pudieran afectar al logro de los objetivos de los procesos. Se recomienda una evaluación más exhaustiva que contemple diversos factores de riesgo en cada proceso”,* cuya acción es: Revisar políticas operacionales de las dependencias que se encuentran formuladas en concordancia a los preceptos de la NRM, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

C.1.2 Procedimientos

“La institución debe desarrollar 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”.

- En el Acta N° 48 de fecha 10/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25, se visualizan la aprobación por el Directorio de los Procedimientos.
- Se visualiza correo electrónico donde se comunica etapa de Revisión Anual de Procedimientos s/ Memo N° 07/DVCI-GGT/25.
- Para éste criterio actualmente cuenta con PMI relacionado al Informe de Evaluación N° 01/GEAI/2024 SCI-23, cuya observación es: *“Como resultado de las entrevistas realizadas a empleados de distintos niveles se constató que se conoce la existencia del procedimiento para cada actividad, pero no su contenido”* y la acción definida es: Realizar la socialización de los procedimientos de cada área contemplada en el PTA SCI 2024 aprobada por la MAI, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) se encuentra cumplido.
- Según Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24: *“Se visualizó documentación especificando ratificación y actualización de procedimientos. No se visualizó Informe de AI que corrobore que la documentación este completa en relación al mapa de procesos”* actualmente cuenta con PMI y la acción definida es: Incluir en el informe del GEAI resultado de la verificación de documentos en relación al mapa de procesos, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.

C.1.3 Controles

“La institución debe diseñar y aplicar controles adecuados para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de las actividades y tareas requeridas para el logro de sus objetivos”.

- Se visualiza Manual de Control Interno 2025, ratificado por Directorio s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.

VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- Planes de Mejoramiento (PMI) de Informe de la A.I. del grado de avance de las acciones, se puede visualizar en el Componente Control de la Evaluación D.2.A.I Auditoría Interna.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4478-25 de julio/25, cuya obs. es: *"Del diseño y aplicación de controles a) Se visualizó ejemplo de documentación de Identificación y Evaluación de Riesgos que incluye una columna denominada controles existentes asociado a cada riesgo definido. Se observó en la mayoría de ellos se formuló con una calidad general antes que específico. En el formato presentado también fue definida la acción de mitigación. b) No se visualizó documentación que refiera explícitamente la inclusión de actividades de control en procedimientos operativos"*, cuyas acciones son: Implementar mediante las Fichas de Riesgos, el mejor aprovechamiento de recolección de información relacionada a los riesgos en cuanto a su establecimiento, análisis, evaluación y tratamiento e Implementar de acuerdo a los recursos disponibles, medidas de control para los Procedimientos Operativos con la tendencia de generalizar un esquema de control constante que sea competencia de los Jefes de Dptos. y niveles gerenciales, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4529/2024 de agosto/24, cuya observación es: *"Se reitera la falta de evidencia de procedimientos para el diseño de controles y la evaluación de la efectividad de los mismos"* cuya acción es: Elaborar Procedimiento para indicadores operacionales, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente

C.2 Competencia, Formación y Toma de Conciencia

"La institución debe asegurarse que los funcionarios sean competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno, tomando como base la educación, formación y/o experiencia adecuadas. Se deben mantener registros que demuestren la satisfacción de tales competencias".

- Plan Anual de Capacitación (PAC) y Cronograma aprobado por Directorio s/ Acta N° 29 de fecha 30/07/25.
- Se visualiza Informe Ejecutivo PAC a Diciembre/25 y Planillas de inscripción y asistencia.
- Procedimiento para Capacitación Interna aprobado por el Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/07/25.
- Se visualiza Memorándum N° 63/DVCM/2025. Informe de Capacitaciones realizadas en el 1er. Semestre/25.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24: *"No se visualizó documentación de matriz de polifuncionalidad"*, para ésta observación se cuenta con PMI, cuya acción es: Gestionar la elaboración de matriz de polifuncionalidad, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente

VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24; cuya observación es: *"No se visualizó registros de asistencias a las actividades de capacitación. Tampoco se evidencio registros de evaluación de las actividades de capacitación del periodo evaluado"* cuya acción es: Gestionar con la Gerencia de Recursos actividades de capacitaciones, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente
- Informe de Evaluación SCI N° 01/GEAI/25; cuya obs. es: *"No se visualiza el Informe de las Actividades de la División Capacitación y Motivación 2024, sino un Resumen de las Actividades, el mismo no se encuentra debidamente documentado y formalizado"*, cuya acción es: Gestionar la elaboración del Informe de Capacitación 2025 como lo establece la NRM, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.
- Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24 cuya observación es: *"No se visualizó registros que corroboren que los funcionarios son conscientes de sus funciones y responsabilidades"* y la acción definida es: Gestionar con la Gerencia de Recursos la comunicación por los medios disponibles de funciones y responsabilidades a los funcionarios según la dependencia en la que presten servicio, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Informe de Evaluación CGR Nota 4478-25 de julio/25; cuya obs. es: *"Con relación al principio competencia, formación y toma de conciencia, persisten debilidades que deben ser administradas para seguir mejorando. No se evidenciaron registros de detección de necesidades de formación y capacitación ni de evaluación de desempeño. No se visualizaron registros del desarrollo de las actividades de capacitación como listas de asistencias, certificados de capacitación. Tampoco se visualizaron mecanismos para la medición de la efectividad de las actividades de capacitación. No se visualizaron registros que avalen que los funcionarios son conscientes de sus funciones y responsabilidades"*, cuyas acciones son: 1- Documentar sobre los métodos utilizados para reconocer los puntos débiles a reforzar con las capacidades y/o reinducciones, 2- Presentar las Evidencias de las evaluaciones de desempeño realizadas 3- Presentar los registros de las actividades de capacitación realizadas considerando la observación recibida 4- Presentar Métodos para medir el impacto de las capacitaciones realizadas 5- Documentar conjuntamente con los jefes superiores inmediatos, la toma de conocimiento y comprensión de los deberes y responsabilidades de los funcionarios a su cargo, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

C.3.1 Sistema de Información

"La institución debe obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno".

- Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas, aprobado s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25.
- Se visualiza Memorandum N° 06/USI-P/25. Actualización de las Políticas de Seguridad de la Información, aprobada s/ Acta N° 47 de fecha 03/12/25.



VISION	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISION	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusion - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- Reporte SegDoc (Seguimiento de Documentos) y CMI (Comando de Mando Integral).
- Disponibilidad digital de la información documentada SCI en la Intranet y Página web de la Compañía.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado al Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24; cuya observación es: *"No se visualizaron evidencias de mecanismos o metodología para la recolección de datos identificando las fuentes de información relevantes y de calidad, así como la documentación que asegure que la información Institucional cumpla con los cánones de calidad"*, la acción definida es: Actualizar la información Institucional relacionada al SCI a fin de cumplir los cánones de calidad, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

C.3.2 Control de Documentos

- Procedimiento de Control de Documentos SCI aprobado s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe CGR Nota 4478-25 de julio/25; cuya obs. es: *"Se visualizó procedimiento de control de documentos del SCI; a pesar de ello, no se visualizaron registros que aseguren que los datos están ordenados, sistematizados y estructurados de manera adecuada y oportuna. Además, no se visualizaron registros que avalen que el acceso y la utilización de la documentación del SCI sean accesibles y amigables"*, cuya acción es: Optimizar el Sistema de Información sobre el SCI en alineación a lo que dice la NRM s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4529-24 de agosto/24; cuya obs. es: *"En relación a las evidencias en el Sistema NRM, se visualizaron las siguientes observaciones: - Profusa inclusión de evidencia no relacionada con el ítem evaluado como la carga masiva de documentación no correspondiente al principio evaluado. Documentos no legibles, hojas giradas, documentación de versiones pasadas cargadas en ítem no correspondiente, escaneado defectuoso -Documentos relacionados con actividades que no corresponden al periodo evaluado"*, cuya acción es: "Realizar la carga de las evidencias en el portal CGR y AGPE, controlando que los archivos se encuentren ordenados, legibles y los mismos correspondan al periodo y principios evaluados", s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación CGR Nota 4478-25 de julio/25; cuya obs. es: *"En relación a las evidencias adjuntas en el Sistema NRM, se visualizaron las siguientes observaciones, algunas reiterativas:*
 - *Profusa inclusión de evidencia no relacionada con el ítem evaluado como la carga masiva de documentación no correspondiente al principio evaluado.*
 - *Deficiencias en la calidad de presentación de los documentos considerando la inclusión repetitiva de hojas giradas en distintas direcciones (izquierda, derecha o invertidas). Esto genera una gran dificultad en la lectura y comprensión de los datos, por ende, puede afectar la correcta evaluación de la información. Se reitera que la documentación presentada refrenda al SCI.*
 - *Se visualizó que la documentación publicada en portal web institucional no está completa, actualizada ni ordenada.*

- *Se debe adoptar las medidas necesarias para garantizar la correcta carga de documentos en el Sistema NRM, dado que se constató varios documentos vacíos. Esta situación limita la trazabilidad y evaluación efectiva de la implementación de la Norma de Requisitos Mínimos y la efectividad del Sistema de Control Interno. Por lo tanto, es fundamental ajustar este proceso para cumplir con los requerimientos normativos y facilitar una evaluación precisa por parte del equipo técnico, recordando que la documentación respalda y evidencia el funcionamiento del SCI", cuya acción es: Carga de las evidencias documentarias relacionadas a la NRM en los respectivos sistemas institucionales de los organismos de control externo precautelando el control de calidad de acuerdo a las observaciones, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.*
- Informe de Evaluación CGR Nota 4478-25 de julio/25; cuya obs. es: *"En relación a las evidencias adjuntas en el Sistema NRM, se visualizaron las siguientes observaciones, algunas reiterativas: 3) Falta de presentación de documentación vigente anterior al periodo evaluado. Se aclara que, de manera excepcional, se aceptaron los documentos que fueron cargados en el Sistema NRM anterior, a fin de no afectar la continuidad de los registros. No obstante, debido a la reciente actualización del sistema NRM, será imprescindible que los documentos vigentes del Sistema de Control Interno sean cargados nuevamente en la citada plataforma, garantizando así la validez, integridad y actualización de la información", cuya acción es: Realizar la carga de documentos aprobados y vigentes de periodos anteriores al auditado, en el /los módulos MECIP de los Portales Web de los órganos de control externos, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.*

C.4.1 Comunicación Interna

- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24; cuya observación es: *"Con el Acta 8/22 se aprobó la tercera versión del Manual de Comunicación, Información y Rendición de Cuentas, en el mismo se observa un capítulo de denominado Participación de Empleados, sin embargo no se visualizaron registros de actividades que fomenten la identidad institucional"* y la acción es: Remitir evidencias solicitadas al Dpto. Estrategia de Negocios de la Gerencia Comercial de fomento de identidad institucional de acuerdo a las campañas realizadas, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24: *"No se evidenció revisión de la efectividad de los mecanismos de comunicación en el periodo evaluado"* para ésta observación se cuenta con PMI, cuya acción es: Remitir evidencias de socialización y difusión del Manual de Comunicación, Información y Rendición de Cuentas y otros documentos afines, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
 - Informe de Evaluación CGR Nota N° 4478/25 de julio/25; cuya obs. es: *"Con el Acta 39/24 fue aprobada la quinta versión del Manual de información, Comunicación y Rendición de Cuentas.*

VISION	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas
MISION	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad

- *Se visualizó delineamiento para el fomento del sentido de pertenencia, pero no se evidenciaron registros de actividades asociadas a dicho fin.*
 - *Así también, se refiere la posibilidad de la utilización de buzón interno para quejas y reclamos o espacios para conversatorios, pero no se visualizaron registros de la implementación de los mismos.*
 - *No se evidenció la revisión de la efectividad de los mecanismos de comunicación en el periodo evaluado”, cuyas acciones son: Diseñar campañas internas de comunicación y materiales motivacionales para la difusión de valores corporativos (cumplido), Solicitar la implementación de buzón virtual en la intranet para quejas / sugerencias y comunicar la disponibilidad del mismo y Revisar el Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas según lo dicta la NRM, documentando el proceso de revisión o modificación, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26 (cumplida 1 acción, pendiente 2 acciones).*
- Informe de Evaluación SCI N° 01/GEAI25; cuya obs. es: “Como resultado de las entrevistas realizadas a empleados de distintos niveles se constató que poco se conoce sobre la existencia de la Política de Comunicación de la Compañía y del Manual de Comunicaciones” y cuya acción es: Solicitar al responsable del proceso (Gerencia Comercial), la socialización, a través de las distintas herramientas internas de comunicación disponible en la Compañía s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26 se encuentra pendiente.

C.4.3 Rendición de Cuentas

- El Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas, fue aprobado s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/2025, establece los lineamientos de rendición de cuentas.
- Se visualizan el Procedimiento de Información Pública, Procedimiento p/ Recepción y Trámite de denuncia recibida en la Secretaria Nacional Anticorrupción y Procedimiento p/ Provisión de Informes y Publicación en el sitio web Institucional (Ley 5189/14 y N° 5282/14), aprobados por Directorio s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
- Se visualiza Memorándum N° 59/UTA/25. Solicita aprobación de cambio de miembro del Comité de Rendición de Cuentas.
- Acta de aprobación N° 33 de fecha 27/08/25. Actualización del Comité de Rendición de Cuentas al Ciudadano/25.
- Se visualizan Actas de Reunión N° 01 y N° 02 de fechas 28/05/25 y 16/12/25 del Comité de Rendición de Cuentas.
- Memorándum N° 52/UTA/25. Solicita aprobación del Plan y Cronograma de Rendición de Cuentas 2025, aprobado s/ Acta N° 25 de fecha 03/07/25.
- Se visualiza Memorándum N° 76/UTA/25. Informe Final de Rendición de Cuentas al Ciudadano.
- Se visualiza flyer de Curso Virtual Régimen de Integridad de Transparencia 2025, realizados en fechas 31/10/25 y 04/12/25 (evidencias fotográficas y diapositivas).

VISION Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas

MISION Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social

VALORES Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

• Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:

- Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24; “Se visualizó documentación de la Rendición de Cuentas, sin embargo, no se evidenció registros de actividades que indiquen interacción con la ciudadanía” para ésta observación cuenta con PMI, cuya acción es: Gestionar con el Comité de Rendición de Cuentas una actividad para la interacción con la ciudadanía en el proceso de Rendición de Cuentas, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to.Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.
- Informe de Evaluación CGR Nota N° 4478/25 de julio/25; cuya obs. es: “Se visualizó delineamiento en el Manual de Comunicación, pero no se evidenció procedimiento para la gestión de la Rendición de Cuentas”, cuya acción es: Elaborar el Procedimiento para la gestión de Rendición de Cuentas y gestionar con la dependencia afectada la inclusión de ese dato en el Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas vigente, s / Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

D. Componente de Control de Evaluación

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

En este componente se obtuvo un nivel de madurez “**DISEÑADO ALTO**” con un puntaje de calificación de **2,88** el cual indica que: “El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los Controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta “disciplina” respecto a ellos”.

Se mencionan a continuación los resultados de la evaluación del componente:

D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno

“La institución debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y, cuando sea aplicable, la medición de la efectividad del sistema de control interno”.

- PEI 2023-2027 aprobado por el Directorio s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/24.
- Memorándum N° 15/DVCI-GGT/25. Ratificación de Indicadores de Procesos aprobados por la MAI, s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25.
- Se visualizan Informe N° 04/OCE/25 de fecha 08/08/25, indicadores del Q1 y Q2 e Informe N° 05/OCE/25 de fecha 01/12/25, indicadores del Q3.
- POA/2026 aprobado por el Directorio s / Acta N° 51 de fecha 30/12/25.
- Se visualiza Memorándum N° 02/DVPE-GGT/25. Informe N° 08/DVPE/24 – Evaluación POA 6° bimestre/24.
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado a los siguientes informes:
 - Informe CGR Nota 4478-25 de julio/25, cuya obs. es: “No se evidenciaron registros del diseño de los indicadores del PEI”, cuya acción es: Disponibilizar las documentaciones que

hacen al diseño de los indicadores del PEI, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

- Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/2024; *“Se reitera la falta de evidencias de la socialización de los indicadores estratégicos. Además; se evidenció registros del diseño de indicadores operativos por medio de la documentación presentada para el principio gestión por procesos. No se visualizó actualización y difusión de los indicadores operativos.”* para ésta observación actualmente cuenta con PMI, cuya acción es: Remitir el Plan Operativo Anual - POA y el Plan Estratégico Institucional - PEI y sus evidencias de socialización, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

D.2 Auditoría Interna

“La institución debe llevar a cabo auditorías del sistema de control interno a intervalos planificados”.

- En el Plan de Trabajo Anual 2025 de la Auditoría Interna, aprobado s/ Acta N° 43 de fecha 22/10/2024, se visualiza la planificación de las Auditorías a realizar que incluyen Auditorías Internas del SCI en el Primer y Segundo Semestre/25.
- Informe de Cumplimiento Semestral del Plan de Trabajo Auditoría Interna Anexo V, donde se visualizan los Informes que evidencian el Cumplimiento Semestral del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna Primer y Segundo Semestre/25.
- Se visualizan los Planes de Mejoramiento Institucional, Funcional e Individual y Avance de los Planes de Mejoramiento (APM), relacionados a los Informes del Proceso de Auditoría Interna Institucional Ejercicio Fiscal 2025 y años anteriores.
- Se visualiza Informe de Cumplimiento de recomendaciones/planes. Anexo II y III - 1er. Semestre/25 y 2do. Semestre/25.
- Se visualiza registro de Capacitación de Auditores/2025, según Informe de Evaluación CGR Nota 4529/24 de agosto/24 *“Se reitera la falta de evidencias del perfil de cargo de funcionarios de la Auditoría Interna Institucional.”* Para ésta observación se cuenta con PMI cuya acción de la Auditoría Interna y Gerencia Recursos es: *“Elaborar el Perfil de cargos de funcionarios de la AI y gestionar con la Gerencia de Recursos la aprobación del mismo”,* al cual se realiza seguimiento (4to.trim.25), además se cuenta con Manual de Perfil de cargo el cual está siendo modificado de acuerdo al Plan, se observa el Borrador del Manual remitido en el seguimiento de avance de fecha 10/01/26.
- Se evidencia el Informe de la Evaluación del SCI, utilizando el criterio de la Matriz por Niveles de Madurez. Además, la aplicación de instrumentos tales como las entrevistas in situ realizadas a empleados de distintos niveles de la Compañía, incluidas en el informe, en su “Anexo I”.
- Se evidencian Papeles de Trabajo; Remisión de Notas para coordinar la fecha y hora para realizar las entrevistas, cuestionarios y actas de cada entrevista, Memo de Planeación, Notas de Solicitud de documentos conforme lo establece la NRM.

VISION	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISSION	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- Se evidencia informe de seguimiento de acciones de los planes de mejoramiento, grado de cumplimiento y cantidad de acciones pendientes de ejecución, 4to. trimestre/25, según Memorándum N° 49/AI/25 de fecha 10/04/25 y Memorándum N° 105/AI/25 de fecha 13/10/25.
- Se evidencian los Procedimientos de Auditoría Interna Versión/2025, aprobados s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
- Se visualizan los informes realizados por las dependencias de la Auditoría Interna: Auditoría Financiera, Ejecución Presupuestaria y Rendición de Cuentas - Informes Finales Nros.: 6, 7, 8, 17 y 22/AI/25 - Auditoría Administrativa - Informes Finales Nros.: 2, 3, 16, 20 y 21/AI/25 - Auditoría de Gestión Técnica - Informes Finales Nros.: 4, 5, 15, 18, 19 y 27/AI/25 - Informe N° 01/GEAI/25. Evaluación SCI NRM Año 2024 - Informe Final N° 9 y N° 26/AI/25 División Técnica Administrativa.
- Para éste criterio se cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4478/25, de julio/25 cuya obs. es: *"Se visualizó escasa cantidad de la documentación de los informes de auditoría, mayormente presentados en otros principios"*, cuya acción es: Elaborar Informe sobre porcentaje de auditorías ejecutadas según PTA (Anexo V), s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.

E. Componentes de Control para la Mejora

Al definir este componente la NRM señala: *"La institución debe mejorar continuamente la efectividad del sistema de control interno mediante el uso de los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y el análisis crítico de la alta dirección"*.

En este componente se obtuvo un nivel de madurez **"DISEÑADO ALTO"** con un puntaje de **2.70** el cual indica que: *"El Sistema de Control Interno está correctamente definido. Los Controles se ejecutan de acuerdo a lo planificado y existe cierta "disciplina" respecto a ellos"*.

Se mencionan a continuación los resultados de la evaluación del componente:

E.1 Análisis Crítico del Sistema de Control Interno

"La Dirección debe revisar el sistema de control interno de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas".

- Se visualiza Memo N° 14/DVPE-GGT/25, aprobado s/ Acta 51 de fecha 30/12/25.
- Se visualizan Informes Nros. 01, 02, 03, 04 y 05/OCE/2025 de fechas 01/04/25, 21/05/25, 18/07/2025, 08/08/25 y 01/12/25 respectivamente.
- Según Informe de Evaluación CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24 *"Se reitera la falta de consideración de los criterios y estructura indicados en la NRM para la elaboración del informe del Análisis Crítico"*; para ésta observación se cuenta con PMI, cuya acción es: Elaborar el informe de Análisis Crítico de acuerdo a los criterios y estructuras indicados en la NRM, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf. Evaluación CGR Nota N° 4529/24 de agosto/24 cuya obs. es: *"No se visualizó informes de análisis de las acciones de mejora"*, cuya acción es: Incluir en la reunión del CCI el análisis de las acciones de mejora de los planes vigentes, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra pendiente.

E.2 Mejora Continua

"La institución debe tomar acciones para optimizar continuamente su sistema de control interno, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas".

- Se adjuntan Planes de Mejoramiento Institucional, Funcional e Individual en base a los resultados de las recomendaciones de los Informes de la Auditoría Interna y Auditorías Externas, CGR y AGPE.
- Se visualiza informe de seguimiento de acciones de los planes de mejoramiento, grado de cumplimiento y cantidad de acciones pendientes de ejecución, 4to. trimestre/25, según Memorándum N° 49/AI/25 de fecha 10/04/25 y Memorándum N° 105/AI/25 de fecha 13/10/25.
- Se adjunta Informe de Cumplimiento de recomendaciones/Planes. Anexo II y III - 1er. Semestre/25 y 2do. Semestre/25.
- Se cuenta con Plan de Mejoramiento Individual (PM ind), relacionado al Informe N° 16/AI/25, Evaluación del Cumplimiento de Art. 63 de la Ley N° 7021/22, según seguimiento al 4to.trim.25 se encuentra cumplido.
- Se cuenta con Procedimiento de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento Auditoría Interna POE AI 03 Versión 06, aprobado s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
- Para éste criterio se cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4478/25 de julio/25 cuya obs. es: *"No se visualizaron planes de mejoramiento individual"*, cuya acción es: Elaborar Planes de Mejoramiento Individual, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.

V. Conclusión

Del análisis de los documentos de la Compañía Paraguaya de Comunicaciones Sociedad Anónima, como resultado de la evaluación, la Compañía obtuvo una valoración consolidada de **2,17** equivalentes a un nivel de madurez **"DISEÑADO BAJO"**, teniendo en cuenta los elementos definidos en los componentes del Sistema de Control Interno.



Aurora Núñez
cto. Auditoría de Gestión



C.P. Diana Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

VISIÓN	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

Recomendación

Se recomienda a la Alta Directiva conjuntamente con el Comité de Control Interno (CCI), seguir impulsando la mejora continua en la gestión institucional, implementando los mecanismos necesarios para seguir avanzando en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno (SCI), a fin de proveer un servicio acorde con la misión de la Compañía y a plena satisfacción de los clientes.

A los Responsables de la Implementación del Sistema de Control Interno (Gabinete Técnico), Coordinación, Comité de Ética, Comité de Buen Gobierno, Comité de Rendición de Cuentas y Gerencia de Recursos, se sugiere seguir con la ejecución de las actividades planificadas correspondientes al Plan de Trabajo Anual, conforme a los requisitos establecidos en la Norma de Requisitos Mínimos (NRM), de manera a seguir mejorando el Sistema de Control de la Compañía y elaborar un Plan de Mejoramiento de las debilidades del SCI expuestas en el presente informe y presentarlo a la Auditoría Interna en el plazo de 30 días hábiles a partir de su recepción.

Es nuestro informe.

Asunción, 27 de febrero de 2026


Ing. Aurora Núñez
Grupo Evaluador AI
C.P. Diana Villordo
Coordinadora GEAI AI



El presente documento es una herramienta de trabajo que tiene como objetivo facilitar el acceso a la información y el conocimiento de los procesos de control interno de la institución, así como el seguimiento de los avances en la implementación de los planes de mejoramiento. Este documento es de uso interno y no debe ser divulgado al público en general.

Ambiente de Control																	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025		
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios			DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCELENTE	O CIA		
						b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m		a	
A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.)	Asume la A.D. su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno?		• Conocimiento y/o disponibilidad de Indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y PCI															• Acta N° 51 de fecha 30/12/25 - Aprobación del Directorio de Conformación de equipos de Trabajo para PEI 2027-2032.	
			• Conocimiento y/o disponibilidad de Indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos															• Informe de Actuación N° 01/OCE/25-Proyecto alineación estratégica Marzo/25.	
			• Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna/Externa															• Informe de Actuación N° 02/OCE/25-Proyecto alineación estratégica Abril/25.	
			• Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento															• Informe de Actuación N° 03/OCE/25-Proyecto alineación estratégica Mayo/25.	
	Se asegura la A.D. que se establezca la política de control interno?		• Disponibilidad de Política de Control Interno aprobada por la Máxima Autoridad Institucional									X						• Informe de Actuación N° 04/OCE/25-Proyecto alineación estratégica 1er. y 2do. trimestre 2025.	
	Se asegura la A.D. que los requisitos del sistema de control interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo?		• Demostración general de conocimiento del Modelo de Gestión por Procesos															• Informe de Actuación N° 05/OCE/25-Proyecto alineación estratégica 3er. trimestre 2025.	
	Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos?		• Demostración general de conocimiento de la Gestión de Riesgos															• PEI 2023-2027 aprobado por el Directorio s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/24.	
																		• POA 2026 aprobado por el Directorio s/ Acta N° 51 de fecha 30/12/25.	
																		• Informe Auditoría Interna del Avance de los Planes de Mejoramiento. Memorándum N° 49/AI/2025 de fecha 10/04/25 y Memorándum N° 105/AI/25 de fecha 13/10/25.	
																		• Manual de Control Interno 2025 - contiene la PCI y responsabilidades de implementación SCI, ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/2025	
																		• Acta N° 49 de fecha 17/12/25 - Renovación de Compromisos y Conformación de equipos del SCI.	
																		• PTA-SCI 2026 aprobado s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/2025.	
																		• PTA-SCI 2025, aprobado s/ Acta N° 51 de fecha 17/12/24.	
																		• Acta N° 49 de Compromiso de Adopción del SCI aprobado en fecha 17/12/25.	
																		• Disponibilidad de Política de Control Interno en el Portal Corporativo Intranet 2025.	
																		• Fichas de Procesos, ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25. Se puede visualizar en el componente Item: B.2. Gestión por Procesos.	
																		• Manual de Control Interno 2025, ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25	
																		• Manual de Control Interno 2025 ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25. Identificación y Evaluación de Riesgos.	
																		• Se puede visualizar en el componente Item: B.4. Identificación y Evaluación de Riesgos (YER).	
																		• Para este criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. Nota CGR 4478/25 cuya obs. es: 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". El nivel directivo de la institución consustanciando con las actividades para la continua implementación del Sistema de Control Interno, considerando las siguientes oportunidades de mejora, algunas reiterativas: a) Asegurar la utilización de dinámicas diferenciadas para el diseño de actividades de capacitación que faciliten la internalización de los principios del componente ambiente de control b) Incrementar actividades de conceptualización del modelo de gestión por procesos y de la identificación y Evaluación de Riesgos. c) Ejecutar la metodología de la identificación y Evaluación de Riesgos considerando todos los niveles del modelo de gestión por procesos, incluyendo las actividades de los procedimientos d) Facilitar el acceso a la documentación del SCI, y cuyas acciones son: 1-Realizar o gestionar con las dependencias correspondientes actividades para estimular la mejor comprensión del componente Ambiente de Control y sus principios. PCI, Acuerdos y Compromisos Elíctos, Protocolo de Buen Gobierno y Políticas de TH-2. Coordinar conjuntamente con la dependencia correspondiente la internalización del principio de gestión por procesos y la identificación y evaluación de riesgo 3-Gestionar con la dependencia correspondiente el refuerzo de conocimiento y profundización sobre el concepto del modelo de gestión por procesos s/ lo dicta la norma y plasmar su comprensión mediante la elaboración de procedimiento para el tratamiento o administración de los mismos (prevención, detección, corrección y mitigación manual o automatizado)4- Rediseñar el sistema de comunicación relacionado al SCI de manera que la misma sea de fácil acceso para los funcionarios de la institución. s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.	

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Dto. Auditoría de Gestión
Administración y Finanzas

Mg. César Guerin
Auditor Interno
COPACO S.A.

El presente documento es una herramienta de gestión que tiene como objetivo principal, facilitar el acceso a la información y el conocimiento de los procesos administrativos, financieros y operativos de la Corporación de Promoción Administrativa, para que los usuarios puedan utilizarla de manera eficiente y efectiva.

Componente		Ambiente de Control														Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025	
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios		DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZA		EXCELEN	u	CIA	
		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?									X						<ul style="list-style-type: none">• Acta de Compromiso de adopción del SCI 2025 (versión 5), Acta N° 49 de fecha 17/12/25.• Acta de Conformación de equipos del SCI (versión 7), Acta N° 49 de fecha 17/12/25.• Estructura organizacional del Gabinete Técnico aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 15/07/25.• Acta N° 106 de fecha 17/01/25, aprueba el Presupuesto de Ingresos y Gastos 2025.	
	Asegura la A.D. que el sistema de control interno logre los resultados previstos?						X									<ul style="list-style-type: none">• Informe de Actuación N° 04/OCE/25-Proyecto alineación estratégica 1er y 2do trimestre/25.• Informe de Actuación N° 05/OCE/25-Proyecto alineación estratégica 3er trimestre/25.• PTA-SCI 2026 aprobado s/Acta N° 50 de fecha 23/12/25• Ratificación de indicadores s/ Acta N° 50 de fecha 30/12/25• Informe N° 01/DVPE/2025, aprobación del POA 2026, Acta N° 51 de fecha 30/12/25.• PEI 2023-2027, Aprobado s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/24 - FODA.• Informe Auditoría Interna del Avance de los Planes de Mejoramiento. Memorándum N° 49/AI/2025 de fecha 10/04/25 y Memorándum N° 105/AI/25 de fecha 13/10/25.	
	Asume la A.D. el compromiso, dirigiendo y apoyando a todos los niveles de la organización para contribuir a la efectividad del sistema de control interno?	<ul style="list-style-type: none">• Aprobación de un Plan de Capacitación que incluya aspectos del Control Interno• Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno• Actas o reportes que evidencien su participación en reuniones en los que se tratan aspectos de Control Interno (ej.: reuniones de comités)										X				<ul style="list-style-type: none">• Plan Anual de Capacitación y Motivación 2025, aprobado s/ Acta N° 29 de fecha 30/07/25.• Informe Ejecutivo PAC a Diciembre/25• Acta N° 49 de fecha 17/12/25. Acto administrativo de conformación de equipos del SCI.• Acta de Compromiso de adopción del SCI, Actas N° 49 de fecha 17/12/25.• PTA-SCI 2026 aprobado s/Acta N° 50 de fecha 23/12/25.• Gabinete Técnico. Estruct. Organizac. aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 15/07/25• Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. Nota CGR 4520/24, cuya obs. es: La Máxima Autoridad y su Equipo Directivo debe persistir en la implementación del Sistema de Control Interno, mediante: - El incremento de actividades de capacitación específicas a los principios del SCI - El aseguramiento de la revisión completa de la documentación de todos los niveles del modelo de gestión por procesos - La ejecución de la metodología de la identificación y Evaluación de Riesgos en todos los niveles del modelo de gestión por procesos -La adecuación de las Políticas Operacionales a los criterios de la NRM - La revisión y actualización de controles en los procedimientos - La actualización y socialización de los indicadores tanto estratégicos como operativos - La adecuación de la elaboración del Análisis Crítico del SCI a los criterios de la NRM, cuyas acciones son: Remitir Acta de reuniones de CCI con resoluciones referente al Análisis Crítico tratados y Realizar capacitaciones específicas sobre los Principios del SCI, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.	
	Promueve la A.D. la mejora continua del Control Interno?	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento											X				<ul style="list-style-type: none">• Informe Auditoría Interna del Avance de los Planes de Mejoramiento. Memorándum N° 49/AI/2025 de fecha 10/04/25 y Memorándum N° 105/AI/25 de fecha 13/10/25. El resultado de los planes de mejoramiento es que se tiene una baja ejecución de las acciones planteadas.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Dwa Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.



El presente informe es el resultado de la auditoría de cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, en materia de control interno, realizada por el Comité de Control Interno de la Corporación de Acueductos y Alcantarillados de Bogotá, S.A. (CAAB) en el mes de agosto de 2025.

Componente		Ambiente de Control														Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025	
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZA		EXCELEN		U		
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
A.1.1 Política de Control Interno (PCI)	Está la PCI formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad (M.A.)?	<ul style="list-style-type: none">Documento conteniendo la Política de Control Interno con la firma de la M.A.Resolución que aprueba la Política de Control Interno								X						<ul style="list-style-type: none">* Acta N° 49 de fecha 17/12/25: Acto administrativo de conformación de equipos del SCI.* Acta N° 49 de fecha 17/12/25: Acto administrativo de compromiso de adopción del SCI y PCI.* Manual de Control Interno 2025, ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25, que contiene la PCI.	
	La PCI se encuentra correctamente formulada?	<ul style="list-style-type: none">Es adecuada al propósito y al contexto de la organización, y apoya explícitamente al direccionamiento estratégicoConstituye un marco de referencia básico para la configuración de los componentes y principios del control internoIncluye el compromiso con la Mejora Continua								X						<ul style="list-style-type: none">* Acta N° 49, de fecha 17/12/25 - Manual de Control Interno 2025 MAN CI.	
																	<ul style="list-style-type: none">* Memo N° 24/DVM-DPME-GC/25: Informe de Socialización de contenidos institucionales.* La socialización de la PCI se realiza en la Intranet y el portal web institucional, correo corporativo.* Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4529/24, cuya obs. es: Con el Acta 40/22 se aprobó la Política de Control Interno; pero no se corroboró proposición de acciones sobre la base de observaciones realizadas anteriormente que favorezcan su entendimiento y aplicación, cuyas acciones son: Remitir acta de aprobación de la PCI vigente y Remitir evidencia de socialización de taller realizado Nov/24 enfocado en las PCI, si/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.* Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4478/25, cuya obs. es: Con el Acta 23/2024 que reemplaza el Acta 40/22 se aprobó la Política de Control Interno.-Se reitera la falta de presentación de registros que demuestren que los funcionarios entienden y aplican sus preceptos, cuya acción es: "Realizar o gestionar con las dependencias correspondientes, métodos de difusión como ser: talleres, charlas u otros eventos similares, incluidas divulgaciones impresas o por medios digitales disponibles y oficiales, sobre la PCI de forma a lograr su comprensión, entendimiento y aplicación de sus preceptos" si/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.* (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.
									X								

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
CCPACO S.A.



El presente documento es una herramienta de gestión que tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de los compromisos éticos y de transparencia de la institución, en relación con los estándares internacionales de la OCDE y la Ley N° 27121, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Este documento es una herramienta de gestión que tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de los compromisos éticos y de transparencia de la institución, en relación con los estándares internacionales de la OCDE y la Ley N° 27121, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ambiente de Control																											
Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE									DISEÑADO			GESTIONAR			OPTIMIZA			EXCELEN			Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025			
Requisito			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		CIA		
A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AyCE)	Se encuentran los A y CE correctamente formulados?	<ul style="list-style-type: none">• Están alineados con la función constitucional y legal de la institución, su misión, visión, valores y principios compartidos por los funcionarios• Están alineados con la cultura institucional relacionada a la integridad, la transparencia y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública• Identifican las prácticas éticas de la institución, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación• Establecen criterios para el comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés, tanto internos como externos, y otros factores humanos																								1	<ul style="list-style-type: none">• Código de Ética V3 ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.• Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. CGR Nota 4478/25 Evaluación al SCI/24, cuya acción es: Gestionar la elaboración de los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencias tomando de parámetro el Código de Ética vigente, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido, se elaboraron los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia y aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.• Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. Evaluación CGR Nota 4478/25 SCI/24, cuya obs. es: En el Acta 49/24 fue aprobada la tercera versión del Código de Ética, se citan fragilidades que deben ser administradas: a) Se visualizó conformación del Comité de Ética, pero no se visualizó que demuestren en funcionamiento del mismo, cual es la instancia formalizada para el tratamiento de incumplimientos al Código de Ética. b) Se visualizó diversa documentación de actividades de difusión y socialización el Código de Ética, entre ellas, una invitación a los funcionarios a participar de una encuesta de percepción de la gestión ética de la COPACO S.A.: sin embargo, no se evidenciaron registros que demuestren entendimiento y aplicación por parte de los funcionarios, cuyas acciones son: Presentar la formalización de la instancia que se ocupa del tratamiento en casos de incumplimiento al Código de Ética y Evidenciar documentalmente que los funcionarios comprenden y aplican en sus jornadas diarias los preceptos de sus Acuerdos y Compromisos Éticos según Dependencia y del Código de Ética Vigente, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.
																											<ul style="list-style-type: none">• Asistencia al Taller de Acuerdos y Compromisos Éticos 2025 para los distritos.• Asistencia al Taller de Acuerdos y Compromisos Éticos 2025 para las Gerencias.• Declaración de Acuerdos y Compromisos Éticos por Gerencias aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.• Actas de Reunión de revisión del Código de Ética de fechas 03/12/25, 04/12/25 y 05/12/25. Memo N° 03/EADE/25. Remite los AyCE actualizados contruidos en los talleres con la participación de los empleados de los distintos niveles de la Compañía de fecha 07/04/25.• Memo N° 154/DVCM/25. Informe sobre capacitación Revisión del Código de Ética de COPACO S.A.• Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. Evaluación SCI CGR Nota N° 5324/22, cuyas acciones son: Realizar una encuesta de percepción ética a través de un formulario electrónico dirigido a 100 empleados de distintas áreas y niveles y Coordinar la actualización del código de Ética teniendo en cuenta el resultado, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM), se encuentra cumplido, se realizó la encuesta de percepción de la Gestión Ética y se actualizó el Código de Ética• Para este criterio cuenta con un (PMI), relacionado al Inf. Evaluación al SCI CGR Nota N° 4529/24, cuya obs. es: Se detallan algunas debilidades reiterativas de la segunda versión del Código de Ética aprobado en el Acta 1/21. -No se visualizó registros que aseguren que el Código de Ética fue construido con funcionarios de todos los niveles de la institución cuyas acciones son: Remitir documento de conformación de miembros del Comité de Ética y Remitir Actas del Comité de Ética para la revisión y actualización, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25, de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.
	Los A y CE fueron contruidos de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	<ul style="list-style-type: none">• Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción de los AyCE• Existencia de Compromisos Éticos documentados por dependencia, alineados a los AyCE institucionales																								1	

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Vilobordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.



El presente informe es el resultado de la auditoría realizada en el marco del contrato de auditoría de gestión administrativa y financiera, suscrita entre COPACO S.A. y la firma auditora, el día 17 de febrero de 2025, en la ciudad de Lima, Perú.

Componente		Ambiente de Control														Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios		DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZA		EXCELEN				
		b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	CIA	U
A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AyCE)	La institución ha definido y aplica instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los AyCE?																	
	Los AyCE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?																	
	Los AyCE están formalmente documentados y aprobados por la Máxima Autoridad?																	
	Los AyCE han sido adecuadamente comunicados y son entendidos por todos los funcionarios?																	

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. César Guérin
Auditor Interno
COPACO S.A.

Componente		Ambiente de Control														Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios		DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZA		EXCELENTE		
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b		m	
A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG)	Se encuentra el PBG correctamente formulado?	<ul style="list-style-type: none">• Foco en la orientación estratégica de la institución, su misión, su visión y su naturaleza• Alineado con los principios éticos, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación• Alineado con los valores institucionales• Orientado a cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de interés de la institución• Contemple los diferentes canales de comunicación institucional• Promueva la mejora continua• Identifique y promueva las prácticas democráticas de la institución• Considere las políticas de gestión del Talento Humano de la institución														<ul style="list-style-type: none">• Código Buen Gobierno V5 ratificado s/ Acta N° 50 de fecha 30/12/2025• Acta de Reunión N° 01 de fecha 28/05/2025 - Miembros del Comité de Buen Gobierno.• Revisión de modificaciones propuestas al Código de Buen Gobierno y otros.• Actualización de Miembros del Comité de Buen Gobierno aprobado s/ Acta N° 33 de fecha 27/08/25.• Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. Evaluación SCI CGR Nota N° 4529/24.• Evaluación al SCI/23, cuya observación es: En el art. 15 que referencia el compromiso de la institución con el desarrollo del Talento Humano; no se visualizó la inclusión explícita de los procesos de planeamiento, reinducción y bienestar laboral, cuya acción es: Incluir los procesos de planeamiento, reinducción y bienestar laboral en la revisión del año 2025, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.• Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. Evaluación SCI CGR Nota N° 4529/24.• Evaluación al SCI/23, cuya obs. es: En el artículo 38 se referencia la elaboración de los indicadores de Buen Gobierno, pero no se evidenció documentación de los mismos, cuya acción es: Remitir documentos que evidencien la elaboración de indicadores de Buen Gobierno, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.
	El PBG fue construido de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?															

Ing. Aurora Núñez
Auditoría de Gestión


C.P. Diana P. Vilardo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. César Guerin
Auditor Interno
COPACO S.A.



El presente documento es una herramienta de gestión que tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el sector público en materia de transparencia y acceso a la información pública. Este documento es una herramienta de gestión que tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el sector público en materia de transparencia y acceso a la información pública.

Componente		Ambiente de Control																Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025	
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios		DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZA		EXCELEN		U			
		b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m			a	
A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG)	El PBG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiados?																<ul style="list-style-type: none">• Código de Buen Gobierno V5, ratificado s/ Acta N° 50 de fecha 30/12/25.• Memo N° 59/UTA/25, Actualización de los integrantes CBG periodo 2025, aprobado s/ Acta N° 33 de fecha 27/09/25.• PMI relacionado al Inf. 01/GEAI/24 Evaluación al SCI/23, cuya acción es: Realizar la actualización del Código de Buen Gobierno al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26 se encuentra cumplido. CBG aprobado s/ Acta N° 33 de fecha 01/09/24.		
	El PBG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?									X							<ul style="list-style-type: none">• Código Buen Gobierno V5, Ratificado s/ Acta N° 50 de fecha 30/12/25.		
	El PBG ha sido adecuadamente comunicado y es entendido por todos los funcionarios?	<ul style="list-style-type: none">• Registros de distribución de copias (incluyendo carpetería, disponibilidad en la web institucional, etc.)• Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca del PBG• Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación															<ul style="list-style-type: none">• Memo N° 24/DVM-DPME/25. Informe de socialización de contenidos institucionales, incluido CBG.• Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. Evaluación SCI CGR Nota N° 4478/25, cuya obs. es: Con el Acta 33/24 fue aprobada la quinta versión del Código de Buen Gobierno, en relación a ello: a) Se visualizaron actas del comité de Buen Gobierno en las que se aprueban las modificaciones del Código de Buen Gobierno, pero no se constató que estas modificaciones hayan sido realizadas con la plana ejecutiva de la COPACO S.A.b) En el artículo 36 se enumeran las funciones del Comité de Buen Gobierno; en el inciso e) refiere informar al menos cada seis meses al presidente del directorio sobre sus tareas; al respecto, no se visualizaron registros del cumplimiento de dicha función. c) Se visualizó la utilización de múltiples medios de difusión, así como actividades de socialización, entre ellas entrevista in situ a dos funcionarios sobre aspectos generales de SCI, pero no se evidenciaron registros que demuestren entendimiento y aplicación por parte de los funcionarios, y cuyas acciones son: Presentar documentos que avalen la participación de autoridades para la construcción del Código de Buen Gobierno Vigente, Presentar la documentación que respalde el cumplimiento del inciso e) del Art. 36 del Código de Buen Gobierno vigente y Presentar documentación sobre las acciones tomadas en vistas al resultado de la evaluación sobre el SCI a funcionarios y/o informe expedido al respecto, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.• Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. Evaluación SCI N° 01/GEAI/25, cuya obs. es: El Procedimiento para Realización de Reclamos y Resolución de Controversias no se visualiza firma y/o formalización y documento de aprobación del mismo y cuya acción es: Realizar la formalización del Procedimiento como lo establece la NRM s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.		


Laura Núñez
Auditoría de Gestión


C.D. Diana P. Villordo Peralta
Auditoría de Gestión
Financiera


Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.



El presente documento es propiedad de COPACO S.A. y no debe ser distribuido fuera del ámbito de su competencia. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de COPACO S.A. será sancionada. Se prohíbe la explotación económica o el alquiler de este documento, total o parcialmente, en cualquier forma, sin el consentimiento escrito de COPACO S.A.

Componente		Ambiente de Control														Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025		
Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios		DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZA		EXCELEN	u			
		b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a					
A.4 Política de Talento Humano (PTH)	Se encuentra la PTH correctamente formulada?	• Compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios • Foco en los procesos de selección, inducción, reincorporación, formación, capacitación, evaluación del desempeño, compensación, bienestar social y desvinculación de los funcionarios • Responder a los siguientes valores: igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia														1	• Políticas de Talento Humano V3, revisada y aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25. • Para este criterio cuenta con un PMI, relacionado al Inf. Evaluación SCI CGR Nota N° 4529/24, cuya obs. es: Con el Acta 4/23 se aprobó la segunda versión de las Políticas de Talento Humano, sin embargo, no se visualizó la inclusión explícita de la política de planeación, cuya acción es: Incluir la Política de Planeación en la Política de Talento Humano, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido, se incluyó la Política de Planeación en la PTH aprobada s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.	
	La PTH es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	• Existencia de versiones superadas y revisadas • Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión • Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de la PTH															1	• Memo N° 01/EMTH-GR/2025 - Actualización de las Políticas de Gestión de Talento Humano de fecha 05/12/25 Políticas de Talento Humano V3, revisado y aprobado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.
	La PTH está formalmente documentada y aprobado por la Máxima Autoridad?	• Documento conteniendo la PTH con la firma de la M.A. • Disposiciones Administrativas que aprueba la PTH																1

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	4	7	0	2	6	3	3	0	0	0
Valor asignado por casilla	0	0	0	7	1	2	2	2	4	2	3	3	4	4
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	7	14	0	5	4	18	10	11	0	0
Valor Final del Componente														
(Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	2,62													
	Diseñado													

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Elaborado por: Coordinadora GEAI/C.P. Diana Villordo - Ing. Aurora Núñez - Lic. Paola Medina
Fecha: 27/02/2026

Aprobado por: Auditor Interno - Mg. César Guerin
Fecha: 27/02/2026



VALORACIÓN
VALORACIÓN



VALORACIÓN
VALORACIÓN

Control de la Planificación

Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE						DISEÑADO						GESTIONADO						OPTIMIZADO						EXCELENIA	Ú	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.1 Direccionamiento Estratégico	La Misión institucional se encuentra correctamente definida?	<ul style="list-style-type: none"> Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes Incluye la formulación explícita de los propósitos "de la institución" Expresa la razón de ser de la institución en todas sus dimensiones e involucra al "cliente" (usuario, destinatario o beneficiario) Es corta y fácil de comprender 																											<ul style="list-style-type: none"> La misión se visualiza en el PEI 2023-2027 - Versión 2, aprobado s/ Acta del Directorio N° 21 de fecha 09/05/24.
	La Misión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	<ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Misión 																											<ul style="list-style-type: none"> La misión se visualiza en el PEI 2023-2027 - Versión 2, aprobado s/ Acta del Directorio N° 21 de fecha 09/05/24.
	La Misión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Misión 																											<ul style="list-style-type: none"> La misión se visualiza en el PEI 2023-2027 - Versión 2, aprobado s/ Acta del Directorio N° 21 de fecha 09/05/24. Memo N° 05/DVPE-GGT/25 Informe de Revisión del PEI, por el cual informa que queda suspendido temporalmente la revisión del PEI. Se visualiza el Memo N° 14/DVPE-GGT/25, se recomienda la elaboración de un nuevo Plan Estratégico. Comisión de Trabajo que tendrá a su cargo la elaboración del Plan Estratégico Institucional 2027-2032 (GGT/GAF, GC/GT) dispuesto s/ Acta N° 51 de fecha 30/12/25
	La Visión institucional se encuentra correctamente definida?	<ul style="list-style-type: none"> Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes Provee el marco de referencia de lo que la institución quiere y espera en el futuro Señala el camino que permite a la Dirección establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización 																											<ul style="list-style-type: none"> La visión se visualiza en el PEI 2023-2027 - Versión 2, aprobado s/ Acta del Directorio N° 21 de fecha 09/05/24.
	La Visión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	<ul style="list-style-type: none"> Documento conteniendo la Visión con la firma de la M.A. Resolución que aprueba la Visión 																											<ul style="list-style-type: none"> La visión se visualiza en el PEI 2023-2027 - Versión 2, aprobado s/ Acta del Directorio N° 21 de fecha 09/05/24.
	La Visión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de versiones superadas y revisadas Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Visión 																											<ul style="list-style-type: none"> La visión se visualiza en el PEI 2023-2027 - Versión 2, aprobado s/ Acta del Directorio N° 21 de fecha 09/05/24.
	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa?	<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes Definición de responsabilidades 																											<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento para la elaboración del PEI - V2 y Procedimiento para la Evaluación del PEI - V2, ratificado s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25. Procedimiento de Elaboración del POA - V2, ratificado s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25. Manual de Control Interno ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25, que establece responsabilidades y plazos para la construcción del PEI y POA.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CESAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

Control de la Planificación

Control de la Planificación																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios			DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑO			GESTIONADO/OPTIMIZADO			EXCELE			Ú	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
B.1 Dirección Estratégico		Existe un Plan Estratégico Institucional (PEI)?	• Documento/s formalmente aprobado/s por la Máxima Autoridad																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

Ing. Aurora Núñez
Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Vilfredo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. César Cuérin
Auditor Interno
COPACO S.A.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN Y CIENCIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN Y CIENCIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Control de la Planificación

Control de la Planificación			Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025															
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENCIA	Ú	
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
B.1 Dirección Estratégico		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?	<ul style="list-style-type: none">• Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.)• Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno• Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación															<ul style="list-style-type: none">• Memo N° 24/DVM-DPME-GC/25. Informe de Socialización de contenidos institucionales, la socialización de la misión, visión se realiza en la Intranet, correo electrónico, redes internas/plataformas digitales corporativas (facebook, whatsapp), página web, cartelerías visualizadas en las oficinas de la Compañía, membrete de documentos internos• Se visualiza la socialización de la metodología OKR (Taller OKR alineados para Jefaturas) a los Jefes de la Gerencia Comercial s/ Acta N° 01 de fecha 29/04/25 y Registro de Asistencia.• Evidencias de Socialización: Planilla de Inscripción/Asistencia, Desarrollo programático y firma de instructores, planilla de calificación.• Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4478/25, cuya obs. es: En cuanto al Direcciónamiento Estratégico: Con el Acta 21/24 fue aprobada la revisión del Plan Estratégico Institucional – PEI 2023-2027- a) Se visualizó la utilización de múltiples medios de difusión y registros de actividades de socialización, pero no se evidenciaron registros de actividades que fomenten la toma de conciencia por parte de los funcionarios de sus responsabilidades y obligaciones individuales, cuyas acciones son: 1-Gestionar con las dependencias correspondientes actividades (talleres, conversatorios, visitas de control de jefaturas, otros) que fomenten la toma de conciencia por parte de los funcionarios competentes que le fueron designadas y 2. Disponibilizar las documentaciones que hacen al diseño de los indicadores del Plan Estratégico, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.• (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.
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?	<ul style="list-style-type: none">• Documento/s aprobado/s definiendo un Mapa de Procesos Institucional• Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Estratégicos• Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Misionales• Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos de Soporte															<ul style="list-style-type: none">• El Mapa de Procesos se visualiza en el PEI 2023-2027 - Versión 2, aprobado según Acta N° 21 de fecha 09/05/24.• Memo N° 15/DVCI-GST/25. Ratificación de las fichas de Procesos s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25; sin embargo se visualiza inconsistencias en las denominaciones de los Procesos con relación al Mapa de Procesos que se encuentra en el PEI 2023-2027 - Versión 2, ésta observación ya fue señalada en el Inf. 01/GEAI/24, el cual cuenta con PMI cuya acción es: Revisar y actualizar el macro proceso del PEI (Mapa de Proceso) con relación a las Fichas de Procesos, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.• Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación SCI N° 01/GEAI/25, cuya obs. es: Se visualiza inconsistencias en las denominaciones de los Procesos con relación al Mapa de Procesos que se encuentra en el PEI 2023-2027 – Versión 2, aprobada s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/2024, cuya acción es: Revisar con los responsables de los procesos y actualizar en relación al Mapa de Procesos del PEI s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.• Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4529/24, cuya obs. es: En cuanto al principio gestión por procesos: - En el Acta 7/23, que aprobó el PEI 2023-2027, se incluyó el formato cadena de valor en el cual se identifican los macro procesos misionales, estratégicos y de apoyo, pero no se evidenció documentación del mapa de procesos que permita visualizar el despliegue y conformación del modelo de gestión por procesos, para ello, se establece como primer nivel los macro procesos, como un segundo los procesos y como un tercer nivel los subprocesos" cuya acción es: Remitir la Revisión 2024 del PEI (Acta 21) en el cual a fojas 11 se expone el Mapa de Procesos de la Compañía, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Vitorio Peralta
E.O. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR QUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

Control de la Planificación

Control de la Planificación																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Componente	Ejemplo de Evidencias / Criterios													Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Requisito	Pregunta	Deficiente													Diseñado													Gestionado													Optimizado													Excelencia													U																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
		b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. César Querin
Auditor Interno
COPACO S.A.

Control de la Planificación

Control de la Planificación																						
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENTE			Ú
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	
B.3 Estructura Organizacional		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?	<ul style="list-style-type: none">Manual de Cargos y FuncionesPerfiles de Puestos																			1
		Existen un Organigrama estructural de la institución?	• Organigrama Funcional documentado											X								
B.3 Estructura Organizacional		La Estructura Organizacional (Organigrama y Perfiles de Puesto) está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	<ul style="list-style-type: none">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																			1
		Las funciones y responsabilidades de cada funcionario han sido adecuadamente comunicadas?	<ul style="list-style-type: none">Registros de distribución de copias de perfiles de puestoRegistros de distribución de copias del Organigrama (incluyendo cartelera, 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 funcionarioResultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento y comprensión																			1

Control de la Planificación

Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE	INICIAL	DISEÑADO	GESTIONADO	OPTIMIZADO	EXCELENTE	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
Requisito			b	m	a	b	m	a	U
B.4 Identificación y Evaluación de Riesgos (IYER)	Se han establecido uno o varios procedimientos para la continua IYER, y para la determinación de las medidas de control necesarias?	<ul style="list-style-type: none">Procedimiento/s documentado/s y aprobado/sGuías Técnicas de ImplementaciónFormularios o modelos estándar para la construcción de matrices de riesgoDefinición de criterios y responsabilidades		X					<ul style="list-style-type: none">Manual de Control Interno ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.Identificación y Evaluación de Riesgos. Anexo V Guía para Documentar y Gestionar Riesgo (pág. 75)El PTA SCI 2025, establece fechas programadas de revisión.
	Se ha considerado el contexto organizacional al momento de la IYER?	<ul style="list-style-type: none">Identificación de "situaciones riesgosas" internas y externas (FODA)			X				<ul style="list-style-type: none">Análisis FODA, ver PEI 2023 - 2027, folios 32 al 35.
	Se ha desplegado la IYER a nivel estratégico?	<ul style="list-style-type: none">Matrices de Riesgos sobre Objetivos y Planes Estratégicos (FODA)Resultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento			X				<ul style="list-style-type: none">Análisis de Riesgos de Objetivos Estratégicos - PEI 2023 - 2027, folios 22 al 24, se adjunta matriz FODA/CAME s/ Informe N° 01/DVPE/25, fojas 7 al 8.Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4529/24, cuya obs. es: Referente a la IYER se visualizó documentación de riesgo por proceso del año 2023, si bien se visualizó matriz de riesgo sobre objetivos estratégicos, no se evidenció del análisis FODA institucional, además no se visualizó matrices de riesgos sobre actividades" cuya acción es: Revisar el MAN SCI 2025 y ajustar la metodología de guía para gestionar riesgos. s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4478/25, cuya obs. es: En lo concerniente a la Identificación y Evaluación de Riesgos: a) No se visualizaron matrices de riesgos sobre debilidades y amenazas. b) Se visualizó cronograma de visitas para la revisión de riesgos según plan de mejoramiento para el SCI, pero se constató revisión únicamente para la Gerencia Comercial. c) Se reitera la falta de matrices de riesgos sobre actividades. La NRM expresa que entre los criterios para la Identificación y Evaluación de Riesgos se deberán tener en cuenta, entre otros, los diferentes niveles del modelo de gestión por procesos, esto último forma parte de los insumos para los principios de Políticas Operacionales y controles, cuya acciones son: Disponibilizar mediante la gestión con otras dependencias de los mapas de riesgos confeccionados como fuente para realizar los controles institucionales y Disponibilizar las evidencias de revisión de riesgos con todas las dependencias de la Compañía, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.
	Se ha desplegado la IYER a nivel operativo?	<ul style="list-style-type: none">Matrices de Riesgos sobre Procesos / Subprocesos críticosResultados de auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento		X					<ul style="list-style-type: none">Fichas de Identificación y Valoración de Riesgos y Mapa de Riesgos, por Gerencias, ratificados s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25.Para éste criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación SCI N° 01/GEA/25, cuya obs. es: Como resultado de las entrevistas realizadas a empleados de distintos niveles se reitera que una escasa cantidad conocen los objetivos e indicadores estratégicos y operativos del PEI - POA, su proceso, subproceso y riesgos, cuya acción es: Solicitar a la Div. Capacitación cursos o talleres relacionados a la gestión por procesos, solicitar a los responsables de los procesos la socialización en su área de competencia s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CESAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

Control de la Planificación																					
Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios						DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCELENCIA		Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025	
Requisito		b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		Ú
B.4 Identificación y Evaluación de Riesgos (Iyer)	La metodología y criterios establecidos para la Iyer es correcta?																				• Ratificación del Manual de Control Interno aprobado por la MAI/25, s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25, las orientaciones y formatos vigentes se ajustan conforme a la NRM MECIP-2015 y la calidad del contenido es responsabilidad de los encargados de los procesos.
	La Iyer (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?																				• Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25 ratifica la Iyer.

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	3	6	10	0	4	2	1	0	0	0	0
Valor asignado por casilla	0	0,4	0,7	1	1,4	1,7	2	2,4	2,7	3	3,4	3,7	4	4,4	4,7
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	4,2	10	20	0	11	6	3,4	0	0	0	0
Valor Final del Componente	(2) 2,10														
Puntaje / Total de Casillas Puntuadas	Diseñado														


Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

Elaborado por: Coordinadora GEAI/ C.P. Diana Villordo - Ing. Aurora Nuñez - Lic. Paola Medina
Fecha: 27/02/2026

Aprobado por Auditor Interno - Mg. César Guerin
Fecha: 27/02/2026


Ing. Aurora Nuñez
Dpto. Auditoría de Gestión


C.P. Diana Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera



El presente informe es el resultado de la auditoría de gestión realizada en el marco del contrato de auditoría de gestión, suscrita entre la Contraloría General de la República y la Contraloría de la Administración del Poder Judicial, en el mes de mayo del 2015, en el marco del proceso de fortalecimiento institucional de la Contraloría de la Administración del Poder Judicial.

Control de la Implementación													
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			EXCELENTE
				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	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	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										
C.1.1 Políticas Operacionales	El nivel de profundidad, sofisticación y tecnicización de los controles definidos son adecuados a las características de la organización?	Existencia de políticas operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos?	Existencia de políticas operacionales documentadas para los procesos/subprocesos clave										
C.1.1 Políticas Operacionales	Las políticas operacionales definen los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos?	Existencia de políticas operacionales coherentes con los objetivos de los procesos/subprocesos clave	Existencia de políticas operacionales coherentes con los objetivos de los procesos/subprocesos clave										
C.1.1 Políticas Operacionales	Existe coherencia entre las políticas definidas y los lineamientos estratégicos determinados en el componente de Control de la Planificación?	Existencia de políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos	Existencia de políticas operacionales coherentes con los planes y objetivos estratégicos										

Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025

- Existen Planes de Mejoramiento (PMI), (APM) e Informe de la A.I. del grado de avance de las acciones, se puede visualizar en el Componente Control de la Evaluación D.2.A.I Auditoría Interna
- PEI 2023-2027 aprobado por el Directorio s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/24, contiene los Indicadores de Procesos, ratificados s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25
- Indicadores de Procesos, ratificados s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25
- Se cuenta con los Indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos, se puede visualizar en las Fichas de Indicadores de Procesos en el Componente Control de la Planificación Item B2 Gestión por Procesos
- Políticas operacionales aprobadas por Acta N° 50 del 23/12/2025 para los procesos de Comercialización de Servicios, Gestión de Recursos, Gestión de Transparencia, Integridad, Ética Pública, Anticorrupción y Rendición de Cuentas, Gestión Jurídica, Gestión Administrativa Financiera, Control, Evaluación y Seguimiento
- Fichas de Identificación y Valoración de Riesgos y Mapa de Riesgos 2025 ratificados s/Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25, se pueden visualizar en el componente Control de la Planificación Item: B.4 Identificación y Evaluación de Riesgos (IVER)
- Memo N° 02/DVPE-GGT/25. Informe N° 08/DVPE/24 - Evaluación POA 6° Bimestre/24
- Políticas Operacionales ratificadas s/Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4529-24 Evaluac. SCI-23, cuya obs. es: "Se visualiza documentación de Políticas Operacionales, sin embargo las mismas no fueron diseñadas teniendo en cuenta los criterios de la NRM" y cuyas acciones son: Ajustar en el MAN SCI 2025 el diseño de las Políticas Operacionales teniendo en cuenta los criterios dados en la NRM. s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.
- Políticas Operacionales ratificadas s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25
- Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4529-24 Evaluac. SCI-23, cuya obs. es: "La institución debe definir Políticas Operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos" cuya acción es: Coordinar la actualización de las Políticas Operacionales con las diferentes áreas de la Institución que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por proceso. s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.
- Políticas Operacionales ratificadas por Directorio s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COFACO S.A.



VISION
VALORES



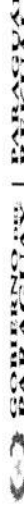
El presente informe es el resultado de la auditoría interna efectuada por el Departamento de Auditoría Interna de la Gerencia General de la COPACO, en el marco de la Ley N° 1784/15, que establece el régimen de la Auditoría Interna en el Poder Judicial, y de la Ley N° 1785/15, que establece el régimen de la Auditoría Interna en el Poder Ejecutivo. El informe tiene carácter informativo y no constituye una opinión de la Auditoría Interna sobre la legalidad o la oportunidad de los actos auditados.

Control de la Implementación																							
Componente	Ejemplo de Evidencias / Criterios			DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONA			OPTIMIZA			EXCELEN CIA			û	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
Requisito	Pregunta			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
C.1.1 Políticas Operacionales	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?		<ul style="list-style-type: none">• Políticas operacionales que establecen un adecuado marco de gestión para orientar los procesos/subprocesos de manera efectiva																				<ul style="list-style-type: none">• Políticas Operacionales ratificadas por Directorio s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25.• Para este criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4478-25• Evaluac.SCI-24, cuya obs. es: Se reitera la falta de adecuación de la documentación de las Políticas Operacionales, teniendo en cuenta los criterios dados en la NRM, en especial lo relacionado al tratamiento específico para cada caso de la problemática tratada. Como ejemplo se observó el texto una la Política Operacional de carácter general definido para un proceso, sin embargo, en el formulario utilizado define como aplicable a los subprocesos asociados; y a la vez para atender varios riesgos. Este análisis puede resultar inadecuado dejando de lado situaciones que pudieran afectar al logro de los objetivos de los procesos. Se recomienda una evaluación más exhaustiva que contemple diversos factores de riesgo en cada proceso, cuya acción es: Revisar políticas operacionales de las dependencias que se encuentran formuladas en concordancia a los preceptos de la NRM, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.
	Las políticas incluyen la definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento?		<ul style="list-style-type: none">• Políticas operacionales que incluyan claras definiciones de "premios y castigos"• Evidencias objetivas de aplicación adecuada en casos concretos																				<ul style="list-style-type: none">• Políticas Operacionales ratificadas por Directorio s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25.
	Se asegura que las políticas operacionales son revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas?		<ul style="list-style-type: none">• Existencia de documentación que defina criterios y frecuencias de revisión• Existencia de versiones superadas y revisadas• Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión• Resoluciones que aprueben nuevas versiones de las Políticas Operacionales																				<ul style="list-style-type: none">• Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25. Ratificación de Políticas Operacionales.
	Las Políticas Operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la Máxima Autoridad?		<ul style="list-style-type: none">• Documentos conteniendo las Políticas Operacionales con la firma de la M.A.• Resoluciones que aprueba/n las Políticas Operacionales																				<ul style="list-style-type: none">• Políticas Operacionales ratificadas por Directorio s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25.
	Las políticas operacionales son comunicadas a todos los niveles de la organización, y los funcionarios son conscientes de sus obligaciones al respecto?		<ul style="list-style-type: none">• Evidencias objetivas de realización de actividades de socialización (actas, planillas de asistencia, etc.)• Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de las Políticas Operacionales																				<ul style="list-style-type: none">• Socialización Intranet y Correo Corporativo• (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación Gerencia Administrativa Financiera.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Dpto. Auditoría de Gestión
Auditoría Interna y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.



La presente es una copia autorizada por el Comité de Control Interno, para ser utilizada como evidencia de la auditoría interna, en el marco de la auditoría de gestión, y no debe ser utilizada para fines ajenos a los fines de la auditoría interna. La presente es una copia autorizada por el Comité de Control Interno, para ser utilizada como evidencia de la auditoría interna, en el marco de la auditoría de gestión, y no debe ser utilizada para fines ajenos a los fines de la auditoría interna.

Control de la Implementación																						
Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONA			OPTIMIZA			EXCELEN			Ú	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
Requisito			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	CIA				
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?	• Resultados de entrevistas con funcionarios de distintos niveles y dependencias																			• Para este criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4529-24 Evaluac SCI-23; cuya obs. es: "No se visualizaron registros que corroboren que los funcionarios son conscientes de sus funciones y responsabilidades" y la acción definida es: "Gestionar con la Gerencia de Recursos la comunicación por los medios disponibles de funciones y responsabilidades a los funcionarios según la dependencia en la que presten servicio", s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26. • Para este criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4478-25 Evaluac SCI-24; cuya obs. es: "Con relación al principio competencia, formación y toma de conciencia, persisten debilidades que deben ser administradas para seguir mejorando: a) No se evidenciaron registros de detección de necesidades de formación y capacitación ni de evaluación de desempeño. b) No se visualizaron registros del desarrollo de las actividades de capacitación como listas de asistencias, certificados de capacitación. Tampoco se visualizaron mecanismos para la medición de la efectividad de las actividades de capacitación. c) No se visualizaron registros que avalen que los funcionarios son conscientes de sus funciones y responsabilidades, cuyas acciones son: 1-Documentar sobre los métodos utilizados para reconocer los puntos débiles a reforzar con las capacidades y/o reinducciones. 2-Presentar las Evidencias de las evaluaciones de desempeño realizadas 3-Presentar los registros de las actividades de capacitación realizadas considerando la observación recibida 4-Presentar Métodos para medir el impacto de las capacitaciones realizadas 5-Documentar conjuntamente con los jefes superiores inmediatos, la toma de conocimiento y comprensión de los deberes y responsabilidades de los funcionarios a su cargo, s/Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26. • (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.	
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?	• 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																			• Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25. • Procedimiento de Control de Documentos SCI aprobado por Directorio s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25. • Memo N° 06/USI-P/25. Actualización de las Políticas de Seguridad de la Información, aprobada s/ Acta N° 47 de fecha 03/12/25. • Reporte SegDoc (Seguimiento de Documentos) y CMI (Comando de Mando Integral). • Para este criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4529-24 Evaluac SCI-23; cuya obs. es: "No se visualizaron evidencias de mecanismos o metodología para la recolección de datos identificando las fuentes de información relevantes y de calidad, así como la documentación que asegure que la información Institucional cumpla con los cánones de calidad" y la acción definida es: Actualizar la información Institucional relacionada al SCI a fin de cumplir los cánones de calidad. s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26. • (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.	

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.



El presente informe es una herramienta de apoyo para el control interno de la organización, no es un instrumento de auditoría ni de certificación. El presente informe es una herramienta de apoyo para el control interno de la organización, no es un instrumento de auditoría ni de certificación.

Control de la Implementación																								
Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios			DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONAL			OPTIMIZA			EXCELEN CIA			Û	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
Requisito		b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
C.3.1 Sistema de Información	Puede asegurarse que la Información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable?																						• Procedimiento de Control de Documentos SCI aprobado por Directorio s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25. • Disponibilidad digital de la información documentada SCI en la Intranet y Página web de la Compañía.	
	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?																						• Manual de Información, comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25. • Disponibilidad digital de la información documentada SCI en la Intranet y Página web de la Compañía.	
C.3.2 Control de Documentos	Se encuentran claramente definidos los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control Interno?																						• Procedimiento de Control de Documentos SCI aprobado por Directorio s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25. • MAN/25. Manual de Control Interno ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25, que contiene en su ANEXO III Tabla de Información Clave del SCI. • Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4478-25 Evaluac SCI-24; cuya obs. es: Se visualizó procedimiento de control de documentos del SCI; a pesar de ello, no se visualizaron registros que aseguren que los datos están ordenados, sistematizados y estructurados de manera adecuada y oportuna. Además, no se visualizaron registros que avalen que el acceso y la utilización de la documentación del SCI sean accesibles y amigables, cuya acción es: Optimizar el Sistema de Información sobre el SCI en alineación a lo que dice la NRM s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.	
	Se encuentra claramente definida y se aplica una metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución, archivo																						• Procedimiento de Control de Documentos SCI aprobado por Directorio s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25. • MAN/25. Manual de Control Interno ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.	
	Se encuentra correctamente identificado el estado de revisión y de cambios en los documentos?																						• Procedimiento de Control de Documentos SCI aprobado por Directorio s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25. • MAN/25. Manual de Control Interno ratificado s/ Acta N° 49 de fecha 17/12/25.	

Mg. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.



ORGANISMO VIGILANTE DEL SECTOR PÚBLICO
SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
TRANSACCIONES Y TRANSFERENCIAS
TRANSACCIONES Y TRANSFERENCIAS



DECIP 2015



BARRIOAJAY | REROKX'

Control de la Implementación													
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	
C.4.1 Comunicación Interna	Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización?	Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida) • Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles • Evidencias de no conformidad o reclamos originados en fallas de comunicación interna	X										• Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25. • Para este criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf. Evaluación SCI N° 01/GEA/25, cuya obs. es: Como resultado de las entrevistas realizadas a empleados de distintos niveles se constató que poco se conoce sobre la existencia de la Política de Comunicación de la Compañía y del Manual de Comunicaciones y cuya acción es: Solicitar al responsable del proceso (Gerencia Comercial) la socialización, a través de las distintas herramientas internas de comunicación disponible en la Compañía s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26. • (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.
													• Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25. • Informes remitidos al MEF. • Para este criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf. Evaluación SCI N° 01/GEA/25, cuya obs. es: Como resultado de las entrevistas realizadas a empleados de distintos niveles se constató que poco se conoce sobre la existencia de la Política de Comunicación de la Compañía y del Manual de Comunicaciones y cuya acción es: Solicitar al responsable del proceso (Gerencia Comercial) la socialización, a través de las distintas herramientas internas de comunicación disponible en la Compañía s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26. • (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.
													• Manual de Información, comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25. • Para este criterio cuenta con PMI relacionado al Inf. CGR Nota N° 4529/24 Evaluac. SCI-23, cuya obs. es "Con el Acta 8/22 se aprobó la 3era. versión del Manual de Comunicación, Información y Rendición de Cuentas, en el mismo se observa un capítulo denominado Participación de Empleados, sin embargo no se visualizaron registros de actividades que fomenten la identidad institucional" cuyas acciones son: Remitir evidencias solicitadas al Dpto. Estrategia de Negocios de la GC de fomento de identidad institucional de acuerdo a las campañas realizadas y Remitir el Acto administrativo de aprobación del Manual de Comunicación, Información y Rendición de Cuentas actualizado s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26. • (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.

ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Vilfredo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

Control de la Implementación

Control de la Implementación																					
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCELENTE	Ú	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a			
C.4.1 Comunicación Interna		Se han incorporado mecanismos que permitan a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias?	<ul style="list-style-type: none">• Implementación de "conversatorios"• Implementación de Buzones de Sugerencias																	1	<ul style="list-style-type: none">• Manual de Información, comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25.• Para éste criterio cuenta con PMI relacionado al Inf. CGR Nota N° 4478/25 Evaluac. SCI-24; cuya obs. es: Con el Acta 39/24 fue aprobada la quinta versión del Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas.a) Se visualizó delineamiento para el fomento del sentido de pertenencia, pero no se evidenciaron registros de actividades asociadas a dicho fin.b) Así también, se refiere la posibilidad de la utilización de buzón interno para quejas y reclamos o espacios para conversatorios, pero no se visualizaron registros de la implementación de los mismos.c) No se evidenció la revisión de la efectividad de los mecanismos de comunicación en el periodo evaluado, cuyas acciones son: Diseñar campañas internas de comunicación y materiales motivacionales para la difusión de valores corporativos (cumplido). Solicitar la implementación de buzón virtual en la intranet para quejas / sugerencias y comunicar la disponibilidad del mismo y Revisar el Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas según lo dicta la NRM documentando el proceso de revisión o modificación, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26 (cumplida 1 acción, pendiente 2 acciones).
		Se revisa periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados?	<ul style="list-style-type: none">• Actas de reunión (ej. Análisis Crítico por la Alta Dirección)• Reportes de evaluación (Dir. Comunicaciones)																	1	<ul style="list-style-type: none">• Para éste criterio cuenta con PMI relacionado al Inf. CGR Nota N° 4529/24 Evaluac. SCI-23; cuya obs. es "No se evidenció revisión de la efectividad de los mecanismos de comunicación en el periodo evaluado" cuya acción es: Remitir evidencias de socialización y difusión del Manual de Comunicación, Información y Rendición de Cuentas y otros documentos afines, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.
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 ?	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida)• Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles• Evidencias de no conformidad o reclamos originados en fallas de comunicación externa																	1	<ul style="list-style-type: none">• Manual de Información, comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25
		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?	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida)• Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles																	1	<ul style="list-style-type: none">• Manual de Información, comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25• (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.

Ing. Aurora Núñez
Conto Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administración y Finanzas

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.



CONSEJO DE FISCALIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



CONSEJO DE FISCALIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Control de la Implementación												
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONA		EXCELENTE
				b	m	a	b	m	a	b	m	ü
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										
C.4.3 Rendición de Cuentas	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										

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	1	4	9	12	7	1	1	0	0	0	0	0
Valor asignado por casilla	0	0	0,7	1	1	2	2	2	2,7	3	4	4	5	5
Puntaje por Columna (cantidad x valor)	0	0	0,7	4	13	20	14	2	2,7	0	0	0	0	0
Valor Final del Componente														
(Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	1,62													
	D													
	Inicial													

Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025

- Manual de Información, comunicación y Rendición de Cuentas aprobado por Directorio s/ Acta N° 50 de fecha 23/12/25.
- Procedimiento de Información Pública aprobado por Directorio s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
- Procedimiento p/ Recepción y trámite de denuncia recibida en la Sec. Nac. Anticorrupción aprobado s/ Acta 48 de fecha 10/12/25.
- Procedimiento p/ Provisión de Informes y Publicación en el sitio web Institucional (Ley 5189/14 y N° 5282/14), aprobado por Directorio s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
- Para este criterio cuenta con PMI relacionado al Inf. CGR Nota N° 4478/25 Evaluac. SCI-24; cuya obs. es: "Se visualizó el desarrollo en el Manual de Comunicación, pero no se evidenció procedimiento para la gestión de la Rendición de Cuentas", cuya acción es: Elaborar el Procedimiento para la gestión de Rendición de Cuentas y gestionar con la dependencia afectada la inclusión de ese dato en el Manual de Información, Comunicación y Rendición de Cuentas Vigente, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.
- (Anexo I) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.

- Acta de aprobación N° 33 de fecha 27/08/25. Actualización del Comité de Rendición de Cuentas al Ciudadano/25.
- Memo 59/UTA/25. Solicitar aprobación cambio de miembro del Comité de Rendición de Cuentas.
- Actas de Reunión N° 01 y 02 de fechas 28/05/25 y 18/12/25 - Comité de Rendición de Cuentas.
- Memo N° 52/UTA/25. Solicita aprobación del Plan y Cronograma de Rendición de Cuentas 2025, aprobado s/ Acta N° 25 de fecha 03/07/25.
- Memo N° 76/UTA/25. Informe Final de Rendición de Cuentas al Ciudadano.
- Informe de Rendición de Cuentas. Notas para la Direc. General de Contabilidad Pública - Informe Presupuestario Financiero y Patrimonial.
- Notas para la Direc. General de Empresas Públicas - Informe Presupuestario Financiero del periodo evaluado.
- Rendición de Cuentas al ciudadano en el Portal Web: <https://www.copaco.com.py>
- Curso Virtual Régimen de Integridad en el Portal Web: <https://www.copaco.com.py> 31/10/25 y 04/12/25.
- Para este criterio cuenta con PMI relacionado al Inf. CGR Nota N° 4529/24 Evaluac. SCI-23; cuya obs. es: "Se visualizó documentación de la Rendición de Cuentas, sin embargo, no se evidenció registros de actividades que indiquen interacción con la ciudadanía" cuya acción es: Gestionar con el Comité de Rendición de Cuentas una actividad para la interacción con la ciudadanía en el Proceso de Rendición de Cuentas, s/s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.


Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

Elaborado por: Coordinadora GEAI/C P. Diana Villordo - Ing. Aurora Nuñez - Lic. Paola Medina
Fecha: 27/02/2026

Aprobado por: Auditor Interno - Mg. César Guérin
Fecha: 27/02/2026


C.P. Diana Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera


Dpto. Auditoría de Gestión



VERIFICAR
ANEXOS
VALORAR

Elaboración de la matriz de evidencias
Elaboración de la matriz de evidencias
Elaboración de la matriz de evidencias



Elaboración de la matriz de evidencias
Elaboración de la matriz de evidencias
Elaboración de la matriz de evidencias

Control de la Evaluación

Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias/ Criterios	DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCEL. ENCL. u	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b		
D.1 Seguimiento y Medición del Control Interno	Se han definido indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos?	<ul style="list-style-type: none">• Tableros de indicadores• Reportes y Gráficos						X						<ul style="list-style-type: none">• Informe N° 04/OCE/25, de fecha 08/08/25, indicadores del Q1 y Q2.• Informe N° 05/OCE/25, de fecha 01/12/25, indicadores del Q3.• Memo N° 15/DVCI/GGT/25, Ratificación de indicadores de Procesos aprobados por la MAI, Acta N° 49 de fecha 17/12/25 y Acta N° 50 de fecha 23/12/25.• PEI 2023-2027 aprobado por el Directorio s/ Acta N° 21 de fecha 09/05/24.• Para este criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4529-24 Evaluac SCI-23, cuya obs. es: "Se reitera la falta de evidencias de la socialización de los indicadores estratégicos. Además, se evidenció registros del diseño de indicadores operativos por medio de la documentación presentada para el principio gestión por procesos. No se visualizó actualización y difusión de los indicadores operativos" cuya acción es: Remitir el Plan Operativo Anual - POA y el Plan Estratégico Institucional - PEI y sus evidencias de socialización, s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.
	Los indicadores se encuentran correctamente diseñados asegurando que se ha considerado en cada caso el factor clave a evaluar, el origen de la información, la frecuencia de medición, las metas y rangos de tolerancia y los responsables del seguimiento?	<ul style="list-style-type: none">• Tableros de indicadores• Fichas de caracterización de Indicadores						X						<ul style="list-style-type: none">• POA/2026 aprobado por el Directorio s/ Acta N° 51 de fecha 30/12/25.• Procedimiento para la Evaluación del PEI-POA aprobado por el Directorio s/ Acta N° 39, de fecha 24/09/24.• Para este criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf CGR Nota 4478-25 Evaluac SCI-24, cuya obs. es: No se evidenciaron registros del diseño de los indicadores del PEI, cuya acción es: "Disponibilizar las documentaciones que hacen al diseño de los indicadores del PEI", s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.
	Los indicadores están actualizados, se aplican y mantienen como fuente para la toma de decisiones que afectan a la capacidad del control interno?	<ul style="list-style-type: none">• Tableros de indicadores actualizados• Reportes						X						<ul style="list-style-type: none">• Memo N° 02/DVPE-GGT/25, Informe N° 08/DVPE/24 - Evaluación POA 6º Bimestre/24.
	Se han planificado auditorías internas del sistema de control interno (SCI)?	<ul style="list-style-type: none">• Procedimiento que incluya la Planificación de A.I. del SCI• Programa Anual de A.I. (incluyendo requisitos de Control Interno)							X					<ul style="list-style-type: none">• Plan de Trabajo Anual Año 2025, Auditoría Interna, aprobado por el Directorio s/ Acta N° 43 de fecha 22/10/24.• Procedimiento de A.I., aprobado s/Acta N° 48 de fecha 10/12/25, POE AI 01 Versión 07-Planificación de las Actividades de Control.• Procedimiento de Evaluación al SCI NRM MECIP 2015, POE AI 04 Versión 05, aprobado s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.
D.2 Auditoría Interna (A.I.)	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de las Auditorías Internas?	<ul style="list-style-type: none">• Procedimientos documentados/s y aprobados• Formularios o modelos estándar para la construcción de los planes y elaboración de informes• Definición de criterios de auditoría							X					<ul style="list-style-type: none">• Procedimientos de Auditoría, aprobado s/ Acta N° 48 de fecha 10/12/25.• Procedimiento de Evaluación al SCI NRM MECIP 2015, POE AI 04 Versión 05.• Procedimiento de Planificación de las Actividades de Control POE AI 01 Versión 07.• Procedimiento de Auditoría Interna Institucional, POE AI 02 Versión 07.• Procedimiento Seguimiento a los Planes de Mejoramiento, POE AI 03, Versión 06.• Criterio utilizado por la Auditoría para realizar la evaluación según Resolución N° 147/CGR/19, Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez, en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno MECIP 2015 y Manual de Auditoría Gubernamental.• Circular AGPE PR N° 06/2025, Fecha de apertura y cierre del Portal web MECIP.
	Se han implementado Auditorías Internas del SCI de acuerdo a lo planificado?	<ul style="list-style-type: none">• Plan de Auditoría Interna• Informe de Auditoría Interna• Papeles de Trabajo• Actas de Reunión (inicial, final)												<ul style="list-style-type: none">• Plan de Trabajo Anual Año 2025, Auditoría Interna, Acta de aprobación N° 43 de fecha 22/10/24.• Informe de Cumplimiento Semestral del Plan de Trabajo Auditoría Interna 1er. y 2do. Semestre/25 Anexo V.• Auditoría Financiera, Ejecución Presupuestaria y Rendición de Cuentas - Informes Finales Nros. 6, 7, 8, 17 y 22/AI/25.• Auditoría Administrativa - Informes Finales Nros. 2, 3, 16, 20 y 21/AI/25.• Auditoría de Gestión Técnica - Informes Finales Nros. 4, 5, 15, 18, 19 y 27/AI/25.• Informe N° 01/GEAI/25, Evaluación SCI NRM, Año 2024.• Informe Final N° 9 y 26/AI/25 División Técnica Administrativa.• Acta N° 425 de Reunión (inicial, final) GEAI y Coordinación ETCI.• Papeles de Trabajo, Programas de Trabajo de Auditoría Financiera, Administrativa y Técnica.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Oiv. Auditoría de Gestión
Auditoría de Gestión

Mg. César Querín
Auditor Interno
COPACO S.A.



El presente informe es el resultado de la auditoría interna efectuada en el marco de la Ley N° 27302, Ley de Promoción y Asesoría, y el Reglamento de la Ley N° 27302, Reglamento de Promoción y Asesoría, emitido por el Comité de Auditoría Interna de COPACO S.A. El presente informe es el resultado de la auditoría interna efectuada en el marco de la Ley N° 27302, Ley de Promoción y Asesoría, y el Reglamento de la Ley N° 27302, Reglamento de Promoción y Asesoría, emitido por el Comité de Auditoría Interna de COPACO S.A.

Control de la Evaluación																			
Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias/ Criterios	DEFICIENTE E			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONADO			OPTIMIZADO			EXCE- LEN- CIA	U
			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		

Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025

- PTA/2025, Auditoría al SCI NRM MECIP/2015.
 - Informe N° 01/GEAI/26-Evaluación de la Efectividad del Sistema de Control Interno de la COPACO S.A. y Matriz de Evaluación por Niveles de Madurez. Ejercicio Fiscal 2025
 - Acta N° 04/25 de Reunión (inicial, final) GEAI y Coordinación ETCL
 - Papeles de Trabajo. Memos, Nota Solicitud de Documentos y Orden de Trabajo.
 - Memorandum de Planificación del Trabajo Auditoría al SCI/25.
 - Acta N° 01/26 y N° 02/26 de Reunión (inicial, final) GEAI y GAF.
 - (Anexo II) Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Gerencia Administrativa Financiera.
 - Form GEAI/25-Cuestionario encuesta/entrevista.
-
- Registro de Capacitación de Auditores/2025.
 - Memo N° 108/AI/25 Acta 41-Conformación GEAI.
 - Nota DOTH N° 47/2025 - Taller SIAGPE carga de avances y ejecución de planes, a empleados encargados del Sistema y Jefes.
 - Certificado de Participación - Seminario de Actualización del Sistema Integrado de la Auditoría General del Poder Ejecutivo.
 - Certificado de Participación - Seminario de Suministro y Contrataciones Públicas enfoque Auditor.
 - Certificados de Participación Curso Ley N° 7239/24 De Emergencia Social ante la Violencia contra las mujeres.
 - Para este criterio cuenta con PMI. Relacionado al Informe Nota 4529/24 GGR - Evaluación al SCI/23, cuya obs. es: Se reitera la falta de evidencias del perfil de cargo de funcionarios de la Auditoría Interna Institucional " en el cual se determine como acción de mejoramiento de la Auditoría y Gerencia de Recursos "Elaborar el Perfil de cargo de funcionarios de la AI", al cual se realiza seguimiento (4to trim 25), además se cuenta con Manual de Perfil de cargo el cual esta siendo modificado de acuerdo al Plan, se observa el Borrador del Manual remitido en el seguimiento de avance de fecha 10/01/26.

Ing. Aurora Núñez

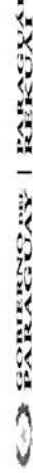
C.P. Diana Vilfredo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. César Querín
Auditor Interno
COPACO S.A.



VAL COPACO

Elaboración de los planes de mejoramiento y monitoreo de su cumplimiento, así como la gestión de los recursos humanos y financieros, así como la gestión de los recursos materiales y financieros.



Elaboración de los planes de mejoramiento y monitoreo de su cumplimiento, así como la gestión de los recursos humanos y financieros, así como la gestión de los recursos materiales y financieros.

Control de la Evaluación

Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias/ Criterios	DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCEL ENCIA	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
			a	b	a	b	a	b	a	b	a	b		
D.2 Auditoría Interna (A.1)	6. Se asegura la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría?	<ul style="list-style-type: none">• Informes de Auditoría Interna• Planes de Mejoramiento• Reportes de Seguimiento de Planes de Mejoramiento												<ul style="list-style-type: none">• Informe Auditoría Interna del Avance de los Planes de Mejoramiento. Memorandum N° 49/AI/2025 de fecha 10/04/25 y Memorandum N° 105/AI/25 de fecha 13/10/25.• Informe de Cumplimiento de recomendaciones/planes. Anexo II y III - 1er Semestre/25 y 2do Semestre/25.• Informe de Cumplimiento Semestral del PTA - 1er Semestre y 2do Semestre/25. Anexo V.• Planes de la AGPE/DGPE N° 74/25 sobre PTA.• Planes de Mejoramiento Institucional (PMI). Relacionado al Informe N° 01/GEAI/25. Evaluación al SCI NRM/24 MECIP/2015.• Planes de Mejoramiento Institucional (PMI). Relacionado al Informe N° 4478/25 CGR - Evaluación al SCI NRM/24 MECIP/2015.• Planes de Mejoramiento Individual (PM Ind). Relacionado al Informe N° 16/AI/25. Evaluación del Cumplimiento del Art. N° 63 de la Ley N° 7021/22. Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25.• Planes de Mejoramiento Institucional (PMI). Funcional (PMF), relacionados a los Informes de Auditoría Financiera, Administrativa y Gestión Técnica. Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25.• Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25 del Plan de Mejoramiento Institucional (PMI) Relacionado al Informe N° 4529/24 CGR - Evaluación al SCI NRM/23.• Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25 del Plan de Mejoramiento Institucional (PMI). Relacionado al Informe de la Auditoría Externa año 2021 y año 2022.• Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25 y 3er. trim 25 del Plan de Mejoramiento Institucional (PMI) Relacionado a los Informes N° 11/AI/24. Observaciones Relevantes al 31/12/22 y del Informe AGPE N° 01/24. Cuentas a Cobrar y Pagar.• Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25 del Plan de Mejoramiento Institucional (PMI). Relacionado al Informe N° 3961/24 CGR. Auditoría Financiera a la Copaco S.A.• Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25 de los Planes de Mejoramiento Institucional (PMI). Relacionados a los Informes de la CGR N° 362, 466, 467 y 487.• Para este criterio cuenta con un PMI relacionado al Inf. de Evaluación CGR Nota 4478/25, cuya obs. es: Se visualizó escasa cantidad de la documentación de los informes de auditoría, mayormente presentados en otros principios, cuya acción es: Elaborar Informe sobre porcentaje de auditorías ejecutadas según PTA (Anexo V), si Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. trimestre/25 de fecha 10/01/26, se encuentra cumplido.

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor asignado por casilla	0	0	1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	5
Puntaje por Columna (cantidad x valor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor Final del Componente (E Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	2.88		CC		Diseñado								

Elaborado por: Coord. GEAI/C.P. Diana Villordo - Ing. Aurora Nuñez - Lic. Paola Medina	Fecha: 27/02/2026
Aprobado por: Auditor Interno - Mg. César Guerin	Fecha: 27/02/2026

Ing. Aurora Nuñez
Dpto. Auditoría de Gestión

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera



VISION
MISION
VALOR AGREGADO

Elaboración de planes estratégicos, operativos y financieros, así como de informes de gestión y de resultados, para el sector público y privado, con el fin de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.



Elaboración de planes estratégicos, operativos y financieros, así como de informes de gestión y de resultados, para el sector público y privado, con el fin de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.

Control para la Mejora

Control para la Mejora																				
Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONA			OPTIMIZADA			EXCELE	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	Ú	
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)		• Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad							X									1	• Memo 14/DVPE-GGT/25, aprobado según Acta 51 de fecha 30/12/25. • Informe N.º 01/OCE/2025, de fecha 01/04/25. • Informe N.º 02/OCE/2025, de fecha 21/05/25. • Informe N.º 03/OCE/2025, de fecha 18/07/2025. • Informe N.º 04/OCE/2025, de fecha 08/08/25. • Informe N.º 05/OCE/2025, de fecha 01/12/25.
	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?		• Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de entrada)							X								1	• Informe N.º 01/GEAI/25-Evaluación de la Efectividad del Sistema de Control Interno de la COPACO S.A. • Informe CGR Nota N.º 4478/25. Evaluación al SCI/24. • Informes N.º 01, 02, 03, 04 y 05/OCE/2025 • Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf. Evaluación CGR Nota N.º 4529/24 cuya obs. es: "Se reitera la falta de consideración de los criterios y estructura indicados en la NRM para la elaboración del informe del Análisis Crítico", cuya acción es: "Elaborar el informe de Análisis Crítico de acuerdo a los criterios y estructuras indicados en la NRM", s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26.	
	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?		• Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de salida)								X								1	• Informe N.º 01/OCE/2025, de fecha 01/04/25. • Informe N.º 02/OCE/2025, de fecha 21/05/25. • Informe N.º 03/OCE/2025, de fecha 18/07/2025. • Informe N.º 04/OCE/2025, de fecha 08/08/25. • Informe N.º 05/OCE/2025, de fecha 01/12/25 • Para éste criterio se cuenta con PMI relacionado al Inf. Evaluación CGR Nota N.º 4529/24 cuya obs. es: "No se visualizó informes de análisis de las acciones de mejora", cuya acción es: "Incluir en la reunión del CCI el análisis de las acciones de mejora de los planes vigentes", s/ Avance al Plan de Mejoramiento (APM) 4to. Trimestre/25 de fecha 10/01/26

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.

El presente documento es una herramienta de trabajo que tiene como objetivo facilitar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 1004/2025 y N° 105/Al/25 de fecha 13/10/25. Este documento no constituye un instrumento de auditoría ni de certificación, sino que es una herramienta de apoyo para el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 1004/2025 y N° 105/Al/25 de fecha 13/10/25. El presente documento es una herramienta de trabajo que tiene como objetivo facilitar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 1004/2025 y N° 105/Al/25 de fecha 13/10/25. Este documento no constituye un instrumento de auditoría ni de certificación, sino que es una herramienta de apoyo para el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 1004/2025 y N° 105/Al/25 de fecha 13/10/25.

Control para la Mejora

Componente	Requisito	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE			INICIAL			DISEÑADO			GESTIONA			OPTIMIZADA			EXCELE			U	Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025
				b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a		
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?	Se toman acciones para optimizar continuamente el SCI, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas?	<ul style="list-style-type: none">Planes de Mejoramiento (Institucional, funcional y/o individual)Informes de Análisis, Determinación y Seguimiento de AccionesRegistros de Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora																				<ul style="list-style-type: none">Informe Auditoría Interna del Avance de los Planes de Mejoramiento. Memorandum N° 49/Al/2025 de fecha 10/04/25 y N° 105/Al/25 de fecha 13/10/25.Informe de Cumplimiento de recomendaciones/planes. Anexo II y III - 1er Semestre/25 y 2do. Semestre/25.Informe de Cumplimiento Semestral Anexo V - 1er. y 2do. Semestre/25.Planes de Mejoramiento Institucional (PMI), relacionado al Informe N° 01/GEAI/25. Evaluación al SCI NRM/24 MECIP-2015.Planes de Mejoramiento Institucional (PMI), relacionado al Informe Nota N° 4478/25 CGR - Evaluación al SCI NRM/24 MECIP-2015.Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) 4to Trim 2025, Planes de Mejoramiento Institucional (PMI), Relacionado Relacionado al Informe Nota N° 4529/24 CGR - Evaluación al SCI NRM/23 MECIP-2015.Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25 Planes de Mejoramiento Institucional (PMI), Relacionado al Informe de la Auditoría Externa año 2021 y año 2022.Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25 Planes de Mejoramiento Institucional (PMI), Relacionado al Informe N° 01/Al/24. Observaciones Relevantes al 31/12/2022 y al Informe Nota N° 3961/24 CGR, Auditoría Financiera a la Copaco S.A.Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25 Planes de Mejoramiento Institucional (PMI), Relacionado a los Informes de la CGR. 362, 466, 467, 487.Planes de Mejoramiento Institucional (PMI), Funcional, relacionados a los Informes de Auditoría Financiera, Administrativa y Gestión Técnica. Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25.Se cuenta con Plan de Mejoramiento Individual (PMI ind), relacionado al Informe N° 16/Al/25. Evaluación del Cumplimiento de Art. 63 de la Ley N° 702/122, según seguimiento al 4to trim 25 se encuentra cumplido.
	Se han establecido uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora?		<ul style="list-style-type: none">Procedimiento/s documentados/s y aprobados/sFormularios o modelos estándar para el registro y evaluación de acciones y/o planes de mejoramiento																				<ul style="list-style-type: none">Procedimiento de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento Auditoría Interna POE Al 03 Versión 06, aprobado según Acta N° 48 de fecha 10/12/25.

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Div. de Operativa y Financiera

Mg. CÉSAR GUERIN
Auditor Interno
COPACO S.A.



El presente documento es propiedad de COPACO S.A. y no debe ser distribuido fuera de la organización. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de COPACO S.A. será sancionado. El presente documento es propiedad de COPACO S.A. y no debe ser distribuido fuera de la organización. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de COPACO S.A. será sancionado.

Control para la Mejora																
Componente	Pregunta	Ejemplo de Evidencias / Criterios	DEFICIENTE		INICIAL		DISEÑADO		GESTIONADO		OPTIMIZADO		EXCELE	ti		
Requisito			b	m	a	b	m	a	b	m	a	b	m	a	NCIA	
E.2 Mejora Continua	Existen evidencias de la verificación de la eficacia de las acciones tomadas?	<ul style="list-style-type: none">• Planes de Mejoramiento (institucional, funcional y/o individual)• Informes de Análisis, Determinación y Seguimiento de Acciones• Registros de Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora														
Observaciones – Ejercicio Fiscal 2025																
Informe Auditoría interna del Avance de los Planes de Mejoramiento, Memorandum N° 49/AI/2025 de fecha 10/04/25 y N° 105/AI/25 de fecha 13/10/25.																
Informe de Cumplimiento de recomendaciones/planes. Anexo II y III - 1er.Semestre/25 y 2do Semestre/25.																
• Planes de Mejoramiento Institucional (PMI), relacionado al Informe N° 01/GEAI/25 - Evaluación al SCI NRM/24 MECIP 2015.																
• Planes de Mejoramiento Institucional (PMI). Relacionado al Informe Nota 4478/25 CGR - Evaluación al SCI/24 NRM MECIP 2015. Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) – 4to Trim.25																
• Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25. Planes de Mejoramiento Institucional (PMI) Relacionado al Informe Nota 3349/23 CGR - Evaluación al SCI NRM.																
• Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25. Planes de Mejoramiento Institucional (PMI) Relacionado al Informe Nota 4529/24 CGR - Evaluación al SCI/23 NRM MECIP 2015																
• Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25. Planes de Mejoramiento Institucional (PMI) Relacionado al Informe de la Auditoría Externa año 2021 y año 2022.																
• Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25. Planes de Mejoramiento Institucional (PMI) Relacionado al Informe N° 1/AI/24. Observaciones Relevantes al 31/12/22.																
• Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25. Planes de Mejoramiento Institucional (PMI). Relacionado al Informe AGPE N° 01/24. Cuentas a Cobrar y a Pagar.																
• Se visualiza el seguimiento realizado, al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25. Planes de Mejoramiento Institucional (PMI) Relacionado al Informe Nota N° 3961/24 CGR. Auditoría Financiera a la Copaco S.A.																
• Se visualiza el seguimiento realizado al Avance del plan de Mejoramiento (APM) - 4to Trim 25. Planes de Mejoramiento Institucional (PMI). Relacionado a los Informes de la CGR Notas : 362, 466, 467, 468.																

Cantidad de Casillas puntuadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor asignado por casilla	0	0	1	1	2	2	3	3	3	4	4	4
Puntaje por Columna (cantidad x Valor)	0	0	0	0	0	0	6	0	0	10	0	0
Valor Final del Componente (Σ Puntaje / Total de Casillas Puntuadas)	2,70											
												Diseñado

Elaborado por: Coord. GEAI/C.P. Diana Villordo - Lic. Paola Medina	Fecha: 27/02/2026
Aprobado por: Auditor Interno - Mg. César Guérin	Fecha: 27/02/2026


Mg. CÉSAR GUÉRIN
Auditor Interno
COPACO S.A.


Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión


C.P. Diana P. Villordo Peralta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera



VISION
MISION
VALORES

Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fortalezas de trabajo social, con personal comprometido con el servicio a los clientes. En el proceso, conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cultura nacional y al contribuyente como empresa pública al desarrollo económico y social.



Evaluación del Nivel de Madurez del Sistema de Control Interno SCI MECIP:2015
Ejercicio Fiscal 2025

Ambiente de Control	2,62	C	Diseñado
Control de Planificación	2,10	C-	Diseñado
Control de Implementación	1,62	D	Inicial
Control de Evaluación	2,88	CC	Diseñado
Control para la Mejora	2,70	C	Diseñado

SCI CONSOLIDADO	2,17	C-	Diseñado
-----------------	------	----	----------

Ing. Aurora Núñez
Dpto. Auditoría de Gestión

C.P. Diana Pavladoro Peraíta
E.D. Div. Auditoría de Gestión
Administrativa y Financiera

Mg. CESAR GUERIN
Auditor Interno
CCPACCO S.A.

ANEXO I

EVALUACIÓN IN SITU DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA COMPAÑÍA PARAGUAYA DE COMUNICACIONES SOCIEDAD ANÓNIMA (COPACO S.A.) Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Asunción, 26 de febrero de 2026

1. Evaluación del Control Interno de acuerdo a la Norma de Requisitos Mínimos

Como parte del proceso de la evaluación de la implementación de la Norma de Requisitos Mínimos, se procedió a la evaluación in situ de la Efectividad del Sistema de Control Interno, se llevó a cabo bajo la aplicación de instrumentos de evaluación por parte del Grupo Evaluador de la Auditoría Interna, tales como las entrevistas a los empleados de diferentes niveles, que permitan identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las herramientas elaboradas con base en los principios y elementos de la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) del Sistema de Control Interno.

2. Metodología

- ✓ Indagación, aplicación de técnica verbal y escrita, consistente en realizar entrevistas.

3. Trabajos Realizados

- ✓ Remisión de notas, a fin de coordinar la fecha y hora para realizar las entrevistas.
- ✓ Elaboración de cuestionario de acuerdo a los principios y elementos de la Norma de Requisitos Mínimos (NRM) del Sistema de Control Interno.
- ✓ Entrevistas verbales y escritas con empleados de distintos niveles.
- ✓ Elaboración de actas de reunión de cada entrevista.

4. Desarrollo

Se ha realizado la entrevista a la Gerencia Administrativa Financiera, llevada a cabo por el Grupo Evaluador Auditoría Interna de la Compañía.

En la oportunidad se valoró el avance del proceso del diseño de la implementación del Sistema de Control Interno, conforme a los principios y elementos de la Norma de Requisitos Mínimos, se procedió a la evaluación in situ del Sistema de Control Interno de algunos procesos que fueron seleccionados aleatoriamente. A efectos de medir la efectividad del Sistema de Control Interno con el objetivo de identificar oportunidad de mejora de un sistema efectivo y eficiente, lo cual se expone a continuación:

Entrevistado: Lic. Christian Gaete Irala.

Cargo que Desempeña: Gerente Administrativo Financiero.

Dependencia: Gerencia Administrativa Financiera.

Proceso: Estratégico y de Apoyo - Gestión Administrativa Financiera.

Auditoras AI: C.P. Diana Villordo, Ing. Aurora Núñez, Lic. Paola Medina.



VISION	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISIÓN	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.

Oportunidad de Mejora:

- Promover el conocimiento de la Política de Gestión de Talento Humano.
- Revisar mapa y caracterización de procesos.
- Identificar los Riesgos, Procesos y Subprocesos.
- Conocer y Socializar las Políticas Operacionales de los procesos.
- Conocer el Manual de Funciones.
- Orientar la estructura organizacional con gestión por procesos.
- Socializar con los empleados la Política de Comunicación Institucional, el Manual de Información, Comunicaciones y Rendición de Cuentas, para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la Organización.
- Disponer de las documentaciones del Sistema de Control Interno (Mapa de Proceso, Fichas de Procesos, Políticas y Riesgos) de manera accesible para los empleados del área.

Fortalezas

- Conocimiento de la Misión, Visión y Valores Éticos.
- Conocimiento de la Política de Control Interno de la Compañía.
- Identificación de los Procesos.
- Conocimiento de los Procedimientos.
- Identificación de los Riesgos.
- Acceso y conocimiento de los documentos del Sistema de Control Interno a través de intranet y por correo corporativo.

Entrevistado: Lic. Pamela Barrios.

Cargo que Desempeña: Encargada de Despacho Departamento Tesorería.

Dependencia: Gerencia Administrativa Financiera – Dpto. Tesorería.

Proceso: Estratégico y de Apoyo - Gestión Administrativa Financiera.

Auditoras Al: C.P. Diana Villordo, Ing. Aurora Núñez, Lic. Paola Medina.

Oportunidad de Mejora:

- Promover conocimiento de la Política de Control Interno para su comprensión.
- Conocer y Socializar las Políticas Operacionales de los procesos.
- Promover el conocimiento de la Política de Gestión de Talento Humano.
- Conocer y Socializar las Políticas Operacionales de los procesos.
- Identificar los Riesgos, Procesos y Subprocesos.
- Orientar una estructura organizacional congruente con la gestión por procesos.

VISION	Buscamos ser una empresa pública confiable y solvente, capaz de crear fuentes de trabajo sostenible con personas competentes y comprometidas con el servicio a los clientes. En el proceso, fomentamos alianzas con el sector público y privado para generar impacto positivo en la implementación de políticas públicas.
MISION	Conectamos a nuestros clientes, a través de servicios de comunicación de calidad, con cobertura nacional y así contribuimos como empresa pública al desarrollo económico y social.
VALORES	Transparencia - Integridad - Honestidad - Igualdad e Inclusión - Eficiencia y Eficacia - Responsabilidad - Compromiso - Lealtad.


Fortalezas

- Conocimiento de la Misión, Visión y Valores Éticos.
- Conocimiento del Código de Buen Gobierno.
- Conocimiento de las funciones.
- Identificación de los Procesos.
- Conocimiento de los Procedimientos.
- Acceso y conocimiento de los documentos del Sistema de Control Interno (SCI) en talleres, Intranet y por Correo Corporativo.

Es nuestro informe.


Lic. Paola Medina
Grupo Evaluador AI


Ing. Aurora Núñez
Grupo Evaluador AI


C.P. Diana Villordo
Coordinadora Grupo
Evaluador AI