

**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**

*Plantilla diseñada por la Lic. Mirta de Eisenkölbl, Directora de Planificación Estratégica.*

Rev.01

**REFERENCIAS:** DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (Actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máxima Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UACE: Comisión Institucional de Ética/Unidad de Apoyo a la CIE; CRG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreas; UAAI: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS										
		DC	DTH	DGAF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UACE	CRG	TA
<b>A. AMBIENTE DE CONTROL</b>												
<b>A.1 Compromiso de la Alta Dirección (A.D.)</b>												
01. ¿Asume la A.D. su responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno?	01.1. Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI 01.2. Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos				01.1.				01.2.			
02. ¿Se asegura la A.D. que se establezca la política de control interno?	01.3. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa 01.4. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento							01.3.		01.4.		
03. ¿Se asegura la A.D. que los requisitos del sistema de control interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo?	02.1. Disponibilidad de Política de Control Interno aprobada por la Máxima Autoridad Institucional 03.1. Demostración general de conocimiento del Modelo de Gestión por Procesos				02.1.			03.1.				
04. ¿Promueve la A.D. el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos?	04.1. Demostración general de conocimiento de la Gestión de Riesgos				04.1.							
05. ¿Asegura la A.D. que los recursos necesarios para el sistema de control interno estén disponibles?	05.1. Asignación de partidas específicas en el presupuesto institucional (capacitación, consultorías, etc.) 05.2. Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno			05.1.	05.1.		05.1.			05.2.		
06. ¿Asegura la A.D. que el sistema de control interno logre los resultados previstos?	06.1. Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al monitoreo del avance del PEI y POI 06.2. Conocimiento y/o disponibilidad de indicadores y/o reportes asociados al control de la efectividad del control de riesgos 06.3. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de Auditoría Interna / Externa 06.4. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento				06.1.		06.2.		06.3.		06.4.	
07. ¿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?	07.1. Aprobación de un Plan de Capacitación que incluya aspectos del Control Interno 07.2. Definición de un órgano/dependencia asociado a la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno 07.3. Actas o reportes que evidencien su participación en reuniones en los que se tratan aspectos de Control Interno (e.i.: reuniones de comités)				07.1.		07.1.			07.2.		07.3.
08. ¿Promueve la A.D. la mejora continua del Control Interno?	08.1. Conocimiento y/o disponibilidad de reportes de avance de Planes de Mejoramiento						08.1.					

1

Lic. Mirta López de Eisenkölbl  
 Directora  
 Dirección de Planificación Estratégica  
 Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos

Econ. Alberto Cabrera Villalba  
 Ministro - Auditor General  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo  
 Presidencia de la República

**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECIP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**

Modelo diseñado por la Lic. Mirta López de Eisenkobl, Directora de Planificación Estratégica.

Rev.01

**REFERENCIAS:** DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (Actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máxima Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UAICE: Comisión Institucional de Ética/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreos; UAAI: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS																
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UAICE	CBG	TA	UAAI					
<b>A.1.1 Política de Control Interno (PCI)</b>																		
09. ¿Esta la PCI formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad (MAI)?	09.1. Documento conteniendo la Política de Control Interno con la firma de la M.A. 09.2. Resolución que aprueba la Política de Control Interno					09.1. 09.2.												
10. ¿La PCI se encuentra correctamente formulada?	10.1. Es adecuada al propósito y al contexto de la organización, y apoya explícitamente al direccionamiento estratégico 10.2. Constituye un marco de referencia básico para la configuración de los componentes y principios del control interno 10.3. Incluye el compromiso con la Mejora Continua					10.1. 10.2. 10.3.				10.1. 10.2. 10.3.								
11. ¿La PCI ha sido adecuadamente comunicada y es entendida por todos los funcionarios?	11.1. Registros de distribución de copias (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.) 11.2. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno 11.3. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación					11.1. 11.2. 11.3.				11.1. 11.2. 11.3.				11.3.				
<b>A.2 Acuerdos y Compromisos Éticos (AYCE)</b>																		
12. ¿Se encuentran los A y CE correctamente formulados?	12.1. Están alineados con la función constitucional y legal de la institución, su misión, visión, valores y principios compartidos por los funcionarios 12.2. Están alineados con la cultura institucional, relacionada a la integridad, la transparencia y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública 12.3. Identifican las prácticas éticas de la institución, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación 12.4. 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									12.1. 12.2. 12.3. 12.4.								
13. ¿Los A y CE fueron construidos de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	13.1. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción de los AYCE 13.2. Existencia de Compromisos Éticos documentados por dependencia, alineados a los AYCE Institucionales 13.3. Existencia de un Comité de Ética					13.1.								13.1. 13.2. 13.3.				
14. ¿La institución ha definido y aplica instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los AYCE?	14.1. Conformación de un Comité de Ética 14.2. Actas de reunión del Comité de Ética que muestren el tratamiento de situaciones asociadas a la evaluación de incumplimientos									14.1. 14.2.								
15. ¿Los AYCE son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	15.1. Existencia de versiones superadas y revisadas 15.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión 15.3. Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de los AYCE					15.1. 15.2. 15.3.												

Lic. Mirta López de Eisenkobl  
 Directora  
 Dirección de Planificación Estratégica  
 Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos

Econ. Alberto Cabrera Vithalbe  
 Ministro - Auditor General  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo  
 Presidencia de la República



**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECIP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**

*Manifiesto diseñado por el Lic. Mirza de Esquivella, Director de Planificación Estratégica.*

Rev.01

**REFERENCIAS:** DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (actualmente, una función de Control Interno); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máxima Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UACE: Comisión Institucional de Ética/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TR: Todos los áreas; UAAI: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS																
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UACE	CBG	TA	UAAI					
16. ¿Los AYCE están formalmente documentados y aprobados por la Máxima Autoridad?	16.1. Documento conteniendo los AYCE con la firma de la M.A. (Código de Ética) 16.2. Disposiciones Administrativas que aprueba los AYCE									16.1.								
17. ¿Los AYCE han sido adecuadamente comunicados y son entendidos por todos los funcionarios?	17.1. Registros de distribución de copias (incluyendo carpetería, disponibilidad en la web institucional, etc.)	17.1.								17.1.								
	17.2. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca de los AYCE		17.2.							17.2.								
	17.3. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación				17.3.	17.3.				17.3.					17.3.			
<b>A.3 Protocolo de Buen Gobierno (PBG)</b>																		
18. ¿Se encuentra el PBG correctamente formulado?	18.1. Foco en la orientación estratégica de la institución, su misión, su visión y su naturaleza				18.1.					18.1.								
	18.2. Alineado con los principios éticos, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación									18.2.				18.2.				
	18.3. Alineado con los valores institucionales									18.3.				18.3.				
	18.4. Orientado a cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de interés de la institución									18.4.				18.4.				
	18.5. Contemple los diferentes canales de comunicación institucional	18.5.								18.5.				18.5.				
	18.6. Promueva la mejora continua									18.6.				18.6.				
	18.7. Identifique y promueva las prácticas democráticas de la institución								18.7.	18.7.				18.7.				
	18.8. Considere las políticas de gestión del Talento Humano de la institución			18.8.						18.8.				18.8.				
19. ¿El PBG fue construido de manera participativa y consensuada por los distintos niveles de la organización?	19.1. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que demuestren la participación de los funcionarios en la construcción del PBG		19.1.							19.1.			19.1.					
20. ¿El PBG es revisado periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiado?	20.1. Existencia de versiones superadas y revisadas				20.1.					20.1.			20.1.					
	20.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión									20.2.			20.2.					
	20.3. Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones del PBG									20.3.			20.3.					
21. ¿El PBG está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	21.1. Documento conteniendo el PBG con la firma de la M.A.									21.1.			21.1.					
	21.2. Resolución que aprueba el PBG									21.2.			21.2.					
22. ¿El PBG ha sido adecuadamente comunicado y es entendido por todos los funcionarios?	22.1. Registros de distribución de copias (incluyendo carpetería, disponibilidad en la web institucional, etc.)	22.1.								22.1.			22.1.					
	22.2. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan discusión acerca del PBG		22.2.							22.2.			22.2.					
	22.3. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación									22.3.	22.3.		22.3.					

Lic. Mirta López de Esquivella  
 Directora  
 Dirección de Planificación Estratégica  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo

Econ. Alberto Cabrera Villalba  
 Ministro - Auditor General  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo  
 Presidencia de la República



**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECIP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**

Modelo diseñado por la Lic. Mirra de Esquivel, Directora de Planificación Estratégica.

Rev.01

REFERENCIAS: DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (Actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máximo Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UAJCE: Comisión Institucional de Ética/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreas; UAAL: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS											
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UAJCE	CBG	TA	UAAL
<b>A.4 Política de Talento Humano (PTH)</b>													
23. ¿Se encuentra la PTH correctamente formulada?	23.1. Compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios  23.2. Foco en los procesos de selección, inducción, reinducción, formación, capacitación, evaluación del desempeño, compensación, bienestar social y desvinculación de los funcionarios  23.3. Responder a los siguientes valores: igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia		23.1.										
24. ¿La PTH es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	24.1. Existencia de versiones superadas y revisadas  24.2. Actas que evidencian el desarrollo de actividades / talleres de revisión  24.3. Disposiciones Administrativas que aprueben nuevas versiones de la PTH		24.1.										
25. ¿La PTH está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	25.1. Documento conteniendo la PTH con la firma de la M.A.  25.2. Disposiciones Administrativas que apruebe la PTH		25.1.								25.1.		
<b>B. CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN</b>													
<b>B.1. Direccionamiento Estratégico</b>													
26. ¿La Misión institucional se encuentra correctamente definida?	26.1. Es coherente con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes  26.2. Incluye la formulación explícita de los propósitos "de la institución"  26.3. Expresa la razón de ser de la institución en todas sus dimensiones e involucra al "cliente" (usuario, destinatario o beneficiario)  26.4. Es corta y fácil de comprender		26.1.								26.1.		
27. ¿La Misión está formalmente documentada y aprobada por la Máxima Autoridad?	27.1. Documento conteniendo la Misión con la firma de la M.A.  27.2. Resolución que aprueba la Misión		27.1.								27.1.		
28. ¿La Misión es revisada periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiada?	28.1. Existencia de versiones superadas y revisadas  28.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión  28.3. Resoluciones que aprueben nuevas versiones de la Misión		28.1.								28.1.		
			28.2.								28.2.		
			28.3.								28.3.		

L. Mirra López, Directora de Planificación Estratégica



Econ. Alberto Cabrera Villalba, Ministro - Auditor General, Auditoría General del Poder Ejecutivo, Presidencia de la República





NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECIP:2015  
MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO

Plantilla diseñada por la Lic. Mirta de Esenskidd, Directora de Planificación Estratégica.

Rev.01

REFERENCIAS: DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCR: Sistema de Control Interno (actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máxima Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UACE: Comisión Institucional de Etna/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreas; UAAL: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS													
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UACE	CBG	TA	UAAL		
35. ¿Se revisan periódicamente los planes institucionales para asegurar que permanezcan pertinentes y apropiados?	35.1. Existencia de versiones superadas y revisadas				35.1	35.1									
	35.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión				35.2	35.2			35.2						
	35.3. Resoluciones que aprueben nuevas versiones de los PEI y/o POI				35.3	35.3									
36. ¿La institución comunica su Misión, Visión, Objetivos y Planes de acción a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén concientes de sus obligaciones individuales al respecto?	36.1. Registros de distribución de copias (incluyendo carpetería, disponibilidad en la web institucional, etc.)	36.1			36.1	36.1									
	36.2. Registros de Asistencia a Talleres o Capacitaciones que incluyan el tema de la Política de Control Interno (y los temas considerados en este criterio)		36.2		36.2								36.2		
	36.3. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación		36.3		36.3	36.3	36.3						36.3		
<b>B.2 Gestión por Procesos</b>															
37. ¿Se ha desarrollado un Mapa de Procesos, que permita el despliegue de los procesos con un enfoque estratégico, misional y de apoyo?	37.1. Documento/s aprobado/s definiendo un Mapa de Procesos Institucional					37.1									
	37.2. Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Estratégicos					37.2									
	37.3. Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos Misionales					37.3									
	37.4. Correcta identificación de Macroprocesos y Procesos de Soporte					37.4									
38. ¿El Modelo de Gestión por Procesos (Mapa de Procesos) está formalmente documentado y aprobado por la Máxima Autoridad?	38.1. Documento contenido el Mapa de Procesos con la firma de la M.A.					38.1				38.1					
	38.2. Resolución que aprueba el Mapa de Procesos					38.2									
	39.1. Documento/s (ej.: fichas de procesos) aprobado/s definiendo:					39.1							39.1		
	39.2. Los objetivos de cada proceso, y su coherencia y armonía con la misión y objetivos institucionales					39.2								39.2	
39. ¿Se cuenta con una adecuada caracterización de los procesos identificados?	39.3. Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores					39.3							39.3		
	39.4. Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios					39.4							39.4		
	39.5. Los reportes e información generados y sus destinatarios					39.5							39.5		
	39.6. La interacción con otros procesos					39.6							39.6		
39.7. Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño, necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos	39.7. Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño, necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos					39.7							39.7		
	39.8. Los recursos necesarios para su ejecución					39.8							39.8		

Lic. Mirta López de Esenskidd  
Directora  
Dirección de Planificación Estratégica

6

Edm. Alberto Cabrera Villalba  
Ministro - Auditor General  
Auditoría General del Poder Ejecutivo  
Presidencia de la República



NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECP-2015  
MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO

Plantilla diseñada por la UIC, Oficina de Especificación, Dirección de Planificación Estratégica.

Rev 01

REFERENCIAS: DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (Actualmente, una Función de DIPE); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máximo Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UACIE: Comisión Institucional de Ética/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreas; UAAI: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS												
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UACIE	CBG	TA	UAAI	
40. ¿Se ha identificado la Base Legal aplicable?	40.1. Normograma documentado y aprobado					40.1							40.1	
	41.1 Existencia de versiones superadas y revisadas					41.1								
41. ¿El Modelo de Gestión por Procesos (mapa y caracterizaciones) son revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	41.2. Actas que evidencian el desarrollo de actividades / talleres de revisión					41.2						41.2		
	41.3. Resoluciones que aprueben nuevas versiones del Mapa de Procesos y otros documentos pertinentes					41.3								
<b>B.3 Estructura Organizacional</b>														
42. ¿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?	42.1. Manual de Cargos y Funciones			42.1									42.1	
	42.2. Perfiles de Puestos			42.2									42.2	
43. ¿Existe un Organigrama estructural de la institución?	43.1. Organigrama Funcional documentado			43.1.								43.1.		
	44.1. Documento contentiendo el Organigrama con la firma de la M.A.			44.1								44.1		
	44.2. Documento/s contentiendo los Perfiles de Puesto con la firma de la M.A.			44.2								44.2		
	44.3. Resolución que aprueba la Estructura Organizacional			44.3								44.3		
	45.1. Registros de distribución de copias de perfiles de puesto			45.1								45.1		
	45.2. Registros de distribución de copias del Organigrama (incluyendo cartelería, disponibilidad en la web institucional, etc.)			45.2								45.2		
	45.3. Registros de Asistencia a Talleres, Capacitaciones o Entrevistas Personales que incluyen discusión acerca de los deberes y responsabilidades de cada funcionario			45.3								45.3		
45. ¿Las funciones y responsabilidades de cada funcionario han sido adecuadamente comunicadas?	45.4. Resultado de Entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren su conocimiento y comprensión			45.4								45.4		45.4
<b>B.4 Identificación y Evaluación de Riesgos (YER)</b>														
	46.1. Procedimiento/s documentado/s y aprobado/s			46.1								46.1		
	46.2. Guías Técnicas de Implementación			46.2								46.2		
46. ¿Se han establecido uno o varios procedimientos para la continua YER, y para la determinación de las medidas de control necesarias?	46.3. Formularios o modelos estándar para la construcción de matrices de riesgo			46.3								46.3		
	46.4. Definición de criterios y responsabilidades			46.4								46.4		
47. ¿Se ha considerado el contexto organizacional al momento de la YER?	47.1. Identificación de "situaciones riesgosas" internas y externas. (FODA)			47.1								47.1		47.1

Directora  
Presidencia de Planificación Estratégica  
Presidencia del Poder Ejecutivo

Edon. Alberto Cabrera Villalón  
Ministro - Auditor General del Poder Ejecutivo  
Presidencia de la República



**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**

*Plantilla diseñada por la Lic. Mirra de Escobar, Directora de Planificación Estratégica.*

Rev.01

**REFERENCIAS:** DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCR: Sistema de Control Interno (Actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máximo Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UJACIE: Comisión Institucional de Ética/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreas; UAAl: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS											
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UJACIE	CBG	TA	UAAl
48. ¿Se ha desplegado la IyER a nivel estratégico?	48.1. Matrices de Riesgos sobre Objetivos y Planes Estratégicos				48.1	48.1			48.1				
	48.2. Matrices de Riesgos sobre Debilidades y Amenazas (TODA)				48.2	48.2			48.2			48.2	
49. ¿Se ha desplegado la IyER a nivel operativo?	48.3. Resultados de auditoría de campo: Identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento						48.3				48.3		
	49.1. Matrices de Riesgos sobre Procesos / Subprocesos críticos				49.1						49.1		
50. ¿La metodología y criterios establecidos para la IyER es correcta?	49.2. Resultados de auditoría de campo: Identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento						49.2				49.2		
	50.1. Las Matrices de Riesgo deberían incluir:				50.1								
51. ¿La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	50.2. Las actividades rutinarias y no rutinarias:				50.2								
	50.3. Las actividades de todo el personal que tengan relación con los objetivos y la misión institucional (incluyendo aquellas realizadas por contratistas):				50.3								
51. ¿La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	50.4. El comportamiento humano, sus capacidades y otros factores humanos, incluyendo consideraciones sobre la perspectiva de género y la no discriminación;				50.4								
	50.5. La probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial ocasionado;				50.5								
51. ¿La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	50.6. La infraestructura, tecnología y materiales utilizados, tanto provistos por la institución o por otros;				50.6								
	50.7. Las modificaciones organizacionales o de su sistema de gestión, incluyendo cambios temporarios, y sus impactos en los objetivos, procesos y actividades;				50.7								
51. ¿La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	50.8. Toda obligación legal relacionada con la evaluación de riesgos y la implementación de los controles necesarios;				50.8								
	50.9. El diseño de procesos, instalaciones, tecnología, procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las capacidades humanas				50.9								
51. ¿La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	51.1. Existencia de versiones superadas y revisadas				51.1								
	51.2. Actas que evidencien el desarrollo de actividades / talleres de revisión				51.2				51.2				
51. ¿La IyER (matrices, criterios, alcance) son revisados al menos una vez al año para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados?	51.3. Revisiones asociadas a cambios en el contexto organizacional o en los procesos				51.3				51.3				51.3

Lic. Mirra López de Escobar



Econ. Alberto Cabrera Villalón  
 Ministro - Auditor General  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo  
 Presidencia de la República





**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**

Planilla diseñada por la Lic. Mirta de Eisenkölbl, Directora de Planificación Estratégica.

Rev 01

**REFERENCIAS:** DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (Actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máximo Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UACIE: Comisión Institucional de Eficacia/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreas; UAAl: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS												
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UACIE	CBG	TA	UAAl	
60. ¿Las Políticas Operacionales están formalmente documentadas y aprobadas por la Máxima Autoridad?	60.1. Documentos conteniendo las Políticas Operacionales con la firma de la M.A.					60.1						60.1		
	60.2. Resolución/es que aprueba/n las Políticas Operacionales					60.2								
61. ¿Las políticas operacionales son comunicadas a todos los niveles de la organización, y los funcionarios son conscientes de sus obligaciones al respecto?	61.1. Evidencias objetivas de realización de actividades de socialización (actas, planillas de asistencia, etc.)	61.1	61.1			61.1								
	61.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de las Políticas Operacionales					61.2	61.2						61.2	
<b>C.1.2 Procedimientos</b>														
62. ¿Se han desarrollado procedimientos documentados para cubrir situaciones en que su ausencia podría afectar la capacidad de control y/o causar desviaciones a las políticas y objetivos definidos?	62.1. Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados para los procesos críticos					62.1						62.1		
	62.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de Acceso, Conocimiento y Aplicación de los Procedimientos					62.2						62.2		
<b>C.1.3 Controles</b>														
63. ¿La determinación e implementación de los controles, o los cambios a controles existentes, tiene en cuenta la reducción de los riesgos de acuerdo a la siguiente jerarquía: prevención, detección, protección y corrección?	63.1. Definición documentada de Controles: o Planes de acción preventiva/correctiva o Planes de mejoramiento					63.1								
	63.2. Controles definidos e implementados, coherentes con la magnitud de los Riesgos identificados					63.2						63.2		
64. ¿Se ha definido e implementado una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes, para asegurar que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos?	64.1. Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados					64.1								
	64.2. Matrices, reportes, indicadores u otro documento que evidencia la verificación de la eficacia y eficiencia de los controles					64.2								
65. En los casos que fuera pertinente, ¿se han integrado en los controles en los procesos y procedimientos aplicables?	65.1. Existencia de Procedimientos Documentados y debidamente Aprobados, que incluyan los controles establecidos					65.1						65.1		
<b>C.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b>														
66. ¿Existen registros que permitan evidenciar que los funcionarios son competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno	66.1. Legajos de funcionarios, conteniendo curriculum, certificados de estudio, etc.					66.1						66.1		
	66.2. Matrices de polifuncionalidad					66.2								
	66.3. Base de datos de funcionarios con registro de capacitaciones					66.3							66.3	

10  
 Lic. Mirta López de Eisenkölbl  
 Directora  
 Dirección de Planificación Estratégica  
 Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos



Econ. Alberto Cabrera Vilalba  
 Ministro - Auditor General  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo  
 Presidencia de la República



**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**

Plantilla diseñada por la Lic. Mirra de Esquivel, Directora de Planificación Estratégica.

Rev.01

REFERENCIAS: DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gen. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (Actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gen. de Auditoría Interna; MAI: Máxima Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UJACE: Comisión Institucional de Ética/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreas; UAAl: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS																			
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UJACE	CBG	TA	UAAl								
67. ¿Se han identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno?	67.1. Evaluaciones de desempeño		67.1																		
	67.2. Reportes por dependencia					67.2															
	67.3. Reportes del sector responsable del desarrollo del talento humano																				
68. ¿Se planifican e implementan actividades de formación de acuerdo a las necesidades detectadas?	68.1. Plan anual de capacitación y entrenamiento																				
	68.2. Registros de asistencia a actividades de capacitación (interna o externa)																				
	68.3. Certificados de cursos																				
69. ¿Se evalúa la eficacia de las actividades de formación implementadas?	69.1. Procedimiento que incluya criterios y metodologías aplicables																				
	69.2. Reportes o registros de evaluación																				
70. ¿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?	70.1. Resultados de entrevistas con funcionarios de distintos niveles y dependencias																				70.1
<b>C.3.1. Sistema de Información</b>																					
71. ¿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?	71.1. Metodología, criterios y registros para recolección de datos		71.1																		
	71.2. Identificación de Reportes relevantes por proceso																				
	71.3. Diseño de Tableros de Indicadores																				
	71.4. Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar disponibilidad de datos																				
72. ¿Puede asegurarse que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable?	72.1. Resultado de Evaluación de Documentos pertinentes (reportes, tableros, etc.)																				
	72.2. Resultado de Entrevistas con los Niveles de Decisión para verificar calidad de datos críticos																				72.2
<b>C.3.2. Control de Documentos</b>																					
73. ¿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?	73.1. Resultado de Entrevistas con los distintos Niveles de la Organización																				
	73.2. Resultado de la Observación (disponibilidad) en los distintos lugares de trabajo																				

Lic. Mirra Lopez de Esquivel  
 Directora



Alberto Cabrera Villaiba  
 Ministro - Auditor General  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo  
 Presidencia de la República



**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**

*Plantilla diseñada por la Lic. Mirta de Eskenobli, Directora de Planificación Estratégica.*

Rev.01

**REFERENCIAS:** DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAYF: Dirección Gen. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (Actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gen. de Auditoría Interna; MAI: Máximo Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UAJE: Comisión Institucional de Ética/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todos los áreas; UAAl: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS														
		DC	DTH	DGAYF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UAJE	CBG	TA	UAAl			
74. ¿Se encuentran claramente definidos los niveles de aprobación de la información documentada que conforma el Sistema de Control Interno?	74.1. Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada					74.1				74.1						
	74.2. Tablas de Niveles de Aprobación de Documentos					74.2				74.2						
	74.3. Resoluciones u otros actos administrativos que definen Niveles de Aprobación de Documentos					74.3										
75. ¿Se encuentra claramente definida y se aplica una metodología y criterios para la gestión de acceso, distribución, archivo	75.1. Procedimiento que describa la metodología y criterios de gestión de la información documentada					75.1				75.1						
	75.2. Resultado de la Observación (aplicabilidad) en los distintos lugares de trabajo							75.2								
76. ¿Se encuentra correctamente identificado el estado de revisión y de cambios en los documentos?	76.1. Procedimiento que describa la metodología de identificación de versionado y cambios en los documentos					76.1				76.1						
	76.2. Resultado de la evaluación de documentos disponibles en diferentes lugares de trabajo							76.2								76.2
77. Se ha definido y se aplica una metodología para la gestión de documentos de origen externo?	77.1. Procedimiento que describa la metodología de identificación y control de los documentos de origen externo					77.1				77.1						
	77.2. Resultado de la evaluación de documentos externos utilizados en diferentes lugares de trabajo							77.2								77.2
<b>C-4. Comunicación</b>																
<b>C-4.1 Comunicación Interna</b>																
78. ¿Se han implementado políticas y mecanismos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización ?	78.1. Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida)					78.1										
	78.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles							78.2								78.2
79. ¿Se ha definido qué información será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados?	79.1. Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida)					79.1										
	79.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles							79.2								79.2
80. ¿Se fomenta la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales?	80.1. Existencia de Política de Comunicación Institucional (aprobada y difundida)					80.1										
	80.2. Resultado de Entrevistas con funcionarios de diferentes niveles							80.2								80.2

Lic. Mirta López de Eskenobli  
 Directora  
 Dirección de Planificación Estratégica  
 Poder Ejecutivo

Lic. Alberto Cabrera Villalba  
 Ministro - Auditor General  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo  
 Presidencia de la República





**NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS-MECP-2015**  
**MATRIZ DE ÁREAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CADA REQUISITO**  
*Plantilla diseñada por la Lic. Mirra de Esquivella, Directora de Planificación Estratégica.*

Rev.01

**REFERENCIAS:** DC: Dirección de Comunicación; DTH: Dirección de Talento Humano; DGAVF: Dirección Gral. de Administración y Finanzas; DIPE: Dirección de Planificación Estratégica; SCI: Sistema de Control Interno (Actualmente, una función de DIPE); DGAI: Dirección Gral. de Auditoría Interna; MAI: Máximo Autoridad Institucional; CCI: Comité de Control Interno; CIE/UJACIE: Comisión Institucional de Eficacia/Unidad de Apoyo a la CIE; CBG: Comité de Buen Gobierno; TA: Todas las áreas; UAAI: Unidad Anticorrupción y Asuntos Internos.

CRITERIOS	EVIDENCIA	ÁREAS AFECTADAS																				
		DC	DTH	DGAVF	DIPE	SCI	DGAI	MAI	CCI	CIE/UJACIE	CBG	TA	UAAI									
95. ¿Se asegura la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría?	95.1. Informes de Auditoría Interna						95.1															
	95.2. Planes de Mejoramiento						95.2															
	95.3. Reportes de seguimiento de Planes de Mejoramiento						95.3															
<b>E. CONTROL PARA LA MEJORA</b>																						
<b>E.1 Análisis Crítico del Sistema de Control Interno</b>																						
96. ¿Se ha realizado el Análisis Crítico del SCI por parte de la Dirección? (al menos una vez al año)	96.1. Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad					96.1.						96.1.										
97. ¿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?	97.1. Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de entrada)					97.1.						97.1.										
98. ¿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?	98.1. Informe de Análisis Crítico del SCI, aprobado por la Máxima Autoridad (datos de salida)					98.1.																

15

Lic. Mirra López de Eisenkopp  
 Directora  
 Dirección de Planificación Estratégica  
 Unidad Ejecutiva

Econ. Alberto Cabrera Valada  
 Ministro - Auditor General  
 Auditoría General del Poder Ejecutivo  
 Presidencia de la República



