CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
PARAGUAY

AUDITORÍA GENERAL DEL PODER EJECUTIVO
PARAGUAY

mecip 2015

Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

DIRECCIÓN NACIONAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL - DINAPI

Julio, 2025

Índice

I. Antecedentes 1
II. Objetivo 1
III. Alcance 1
IV. Desarrollo 2
A. Componente ambiente de control 2
B. Componente control de la planificación 4
C. Componente control de la implementación 5
D. Componente control de evaluación 9
E. Componente control para la mejora 10
V. Conclusión 10
VI. Recomendación 11

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA UNIDAD TÉCNICA DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL - DINAPI

I. Antecedentes

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

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

En fecha 12 de marzo de 2024, la Contraloría General de la República - CGR y la Auditoría General del Poder Ejecutivo - AGPE, firmaron un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional, y ratificaron la suscripción del Convenio Específico a fin de evaluar conjuntamente el grado de implementación de la NRM para un Sistema de Control Interno mecip:2015, dentro del ámbito de competencia de cada institución parte.

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

II. Objetivo

Evaluar si los requisitos mínimos exigidos en la norma para un 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 institución en la búsqueda de la excelencia.

III. Alcance

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

IV. Desarrollo

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

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

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

a) 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.

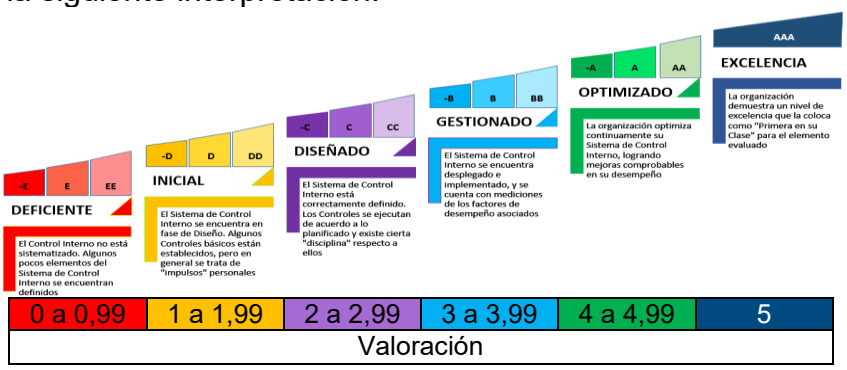
b) La consideración de los procesos en términos que aporten valor.

c) El logro de un control de procesos eficaz.

d) La mejora continua del Sistema de Control Interno con base en la evaluación de los datos y la información interna y externa.

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

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



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

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	3,08	B-	Gestionado
Control de la planificación	3,02	B-	Gestionado
Control de la implementación	1,84	DD	Inicial
Control de la evaluación	2,51	C	Diseñado
Control para la mejora	1,28	D-	Inicial
SCI consolidado	**2,48**	**C**	**Diseñado**

A partir del análisis de los documentos proveídos por la Dirección Nacional de Propiedad Intelectual - DINAPI, por medio del Sistema NRM, se señalan debilidades 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 esta fase la institución evidenció un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, con una calificación de 3,08 y esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación, que el control interno se encuentra desplegado e implementado, y se cuenta con mediciones de los factores de desempeño asociados.

Se detallan algunas debilidades que deben ser administradas, con miras al fortalecimiento de la cultura institucional:

- No se evidenció que la Política de Control Interno – versión 4, aprobada en la Resolución 559/23, haya sido comunicada eficazmente, sea entendida por todos los funcionarios y demuestren entendimiento y aplicación. La encuesta aplicada incluyó únicamente a 20 funcionarios, sin poder comprobarse el impacto ni el porcentaje que representa esta muestra respecto del total de funcionarios, lo que limita la posibilidad de concluir sobre el grado de su conocimiento e implementación.
- Si bien se observó la Resolución DINAPI 713/24 que aprobó la versión 5 del Código de Ética no se evidenció el documento que contiene el referido Código, por lo que no fue posible su evaluación.

- Se observó el registro de participación de funcionarios en la construcción de los Acuerdos y Compromisos Éticos, mediante el envío de un correo electrónico que facilitaba el acceso a un formulario de revisión, del cual se verificaron un total de tres respuestas. Por lo tanto, no se adjuntó evidencia que compruebe que la revisión y construcción de la nueva versión del Código de Ética fuera de manera participativa y consensuada entre funcionarios de todos los niveles.

  Al respecto, la institución debe evaluar la implementación de otros mecanismos más efectivos para promover una participación activa y representativa de funcionarios de todos los niveles, con el fin de fortalecer los procesos de consulta y construcción colectiva, ya sea a través de encuestas, espacios de revisión o en la construcción de la documentación de su SCI.

- Se observó que la institución, mediante Resolución DINAPI 537/24, conformó una única instancia, el Comité de Ética y Buen Gobierno, el cual asumió simultáneamente funciones éticas y de buen gobierno; sin embargo, es importante tener en cuenta que la composición de los Comités debe ser meticulosamente diseñada para asegurar la separación de funciones, la objetividad y la eficacia en las responsabilidades que cada uno debe cumplir. La concentración de funciones en un solo Comité puede afectar la transparencia y la confianza en el Sistema de Control Interno.

  Además, se observaron las actas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 del año 2024 del Comité de Ética y Comité de Buen Gobierno, en ese contexto, se sugiere que las reuniones se realicen de manera independiente, puesto que, los temas abordados responden a finalidades distintas y que esta separación contribuiría a una gestión más eficaz.

  En adición a esto, no se evidenciaron informes emitidos por el citado Comité.

- En la Resolución DINAPI 713/24 se aprobó el Código de Buen Gobierno - versión 4, y se señalan las siguientes consideraciones:

  - No se comprobó que, para la nueva versión del Código de Buen Gobierno aprobada, se haya realizado la revisión en el nivel directivo, de manera a asegurar que permanezca pertinente y apropiado.
  - No se visualizó informe sobre el seguimiento del desarrollo y cumplimiento de las políticas contenidas en el Código de Buen Gobierno.

- Asimismo, no se presentó evidencia que compruebe la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones ante los incumplimientos en su gestión.

- No se observaron informes sobre resolución de controversias suscitadas durante el año sujeto a análisis.

- En la Resolución 560/23 se aprobó la Política de Talento Humano, sin embargo, no se evidenció revisión ni actualización en el periodo evaluado.

- No se visualizó un informe de gestión del área de Talento Humano, elaborado por la Auditoría Interna Institucional, a fin de verificar el cumplimiento de los procesos y las Políticas del Talento Humano.

B. Componente control de la planificación

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

En este componente la calificación alcanzada fue de 3,02 lo que representa un nivel de madurez GESTIONADO BAJO, y esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación, que el Sistema de Control Interno: *"S*e encuentra desplegado e implementado…*"*. A continuación, se detallan debilidades que deben ser gestionadas y mejoradas con el fin de dar observancia a lo señalado en la NRM:

- Se evidenció el Plan Estratégico Institucional – PEI 2024-2028, aprobado en la Resolución 558/24. Al respecto, se señala:
  - No se presentó evidencia que compruebe el establecimiento de uno o más procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica.
  - En el documento del PEI se observó la vinculación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS: 8 Promover el Crecimiento Económico Sostenido, Inclusivo y Sostenible, 9 Industria, Innovación e Infraestructura y 16 Promover Sociedades Pacificas e Inclusivas para el Desarrollo Sostenible; sin embargo, en el reporte del Sistema Integrado de Contabilidad visualizado, la institución tiene vinculación presupuestaria solo con el ODS 16, situación que la institución no tuvo en cuenta para la elaboración del PEI presentado.
  - Si bien se observó el informe de seguimiento y evaluación del Plan Operativo Anual, no se observó el informe sobre el seguimiento y medición del grado de avance del PEI al cierre del periodo sujeto a análisis.
  - Se evidenció el informe de nivel de cumplimiento al 2024 del Plan Nacional de Propiedad Intelectual, sin embargo, no especificó la fecha de elaboración, firma ni la identificación del funcionario responsable de su elaboración.
- En la Resolución 714/24 se aprobó el mapa de procesos – versión 4.0. Al respecto, se indica:
  - No se evidenció alineación del mapa de procesos con la estructura organizacional, aprobada en la Resolución 382/2020.

- Se observaron tres actas sobre la validación del mapa de procesos con firmas de funcionarios en relación a tres macroprocesos, no así de todos los macroprocesos identificados.
- En la Resolución DINAPI 718/24 se aprobó la actualización de la ficha de caracterización de procesos priorizados, sin embargo, no se observó caracterización de todos los procesos identificados.

- En la Resolución DINAPI 717/24 se actualizó el normograma por macroprocesos, sin embargo, se observó que dicho documento no incluyo los requisitos legales para todos los procesos identificados en el mapa de procesos.
- Se evidenció el documento Manual de Organización y Funciones – versión 3.0, sin embargo, no se observó el acto administrativo de aprobación.
- La Resolución DINAPI 719/24 aprobó la Política de Gestión de Riesgos – versión 2.0 y el Manual de Procedimientos de Gestión de Riesgos – versión 2.0, sin embargo, se señalan las siguientes debilidades:
  - No se observaron resultados de auditoría de campo; identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento.
  - No se observó el despliegue de la Identificación y Evaluación de Riesgos a nivel estratégico.
  - Se observaron formularios de identificación de riesgos que datan del año 2021, sin observarse su revisión o actualización.

La NRM señala que la administración de riesgos implica la aplicación de un método lógico y sistemático para establecer los riesgos asociados con cualquier actividad, función o proceso, de forma tal que permita a las entidades minimizar pérdidas y maximizar beneficios.

Además, indica que, para la gestión del cambio, la organización debe identificar y evaluar los riesgos asociados con modificaciones en la organización, en el Sistema de Control Interno, o en sus procesos y actividades, antes de introducir dichos cambios.

C. Componente control de la implementación

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

En este componente se evidenció un nivel de madurez INICIAL ALTO con una calificación de 1,84 indicando, conforme a la herramienta de evaluación 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 detallan a continuación, algunas debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación.

- La institución no remitió evidencia sobre la definición ni implementación de controles que contribuyan a mitigar los riesgos significativos que podrían afectar el logro de los objetivos a niveles tolerables.

  Al respecto, en el principio de control operacional, es necesaria la actualización del modelo de gestión por procesos y la de Identificación y Evaluación de Riesgos. La institución debe revisar la documentación relacionada con las Políticas Operacionales, y adecuarla al modelo de gestión por procesos, incluyendo en los procedimientos las actividades de control basadas en dichas Políticas Operacionales.

  Por tanto, los controles y la efectividad de los controles serían pertinentes, suficientes y eficaces en la medida que estén directamente relacionados a la correcta elaboración y actualización del modelo de gestión por procesos y la administración de riesgos.

  Además, cabe señalar que las Políticas Operacionales deben de estar en coherencia con los riesgos institucionales.

- Si bien se observó la Resolución DINAPI 723/24 que aprobó la Guía Metodológica para la formulación de Políticas Operacionales, no se comprobó su efectiva aplicación, puesto que, las Políticas Operacionales datan del año 2021 y no se evidenció su revisión o la existencia de una nueva versión.
- No se verificó que las Políticas Operacionales incluyan los siguientes criterios:
  a) Coherencia entre las políticas y los lineamientos estratégicos determinados por el componente de control de la planificación.
  b) Incorporación de parámetros que orienten el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento.
  c) Definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento.
- No se presentaron registros que comprueben la adecuada comunicación de las Políticas Operacionales a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones al respecto.
- Si bien se visualizó el diseño de procedimientos que datan del año 2022, no se observaron procedimientos para todos los procesos críticos. Al respecto, la NRM señala que: *"El directivo responsable de cada proceso o dependencia vinculada, juega un papel protagónico en el diseño de los procedimientos, dado su nivel de autoridad y responsabilidad directa sobre ellos y cada funcionario es responsable de ejecutar sus actividades conforme a los procedimientos definidos en la institución".*

- La institución no adjuntó evidencia sobre el diseño y aplicación de 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.
- No se observó la implementación de una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes, asegurando que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.
- Se verificó un documento con gráficos sobre la encuesta de necesidades de capacitación realizada en el año 2023; sin fecha de elaboración, sin firma ni la identificación del funcionario responsable de elaboración. Asimismo, no se adjuntaron reportes desagregados por dependencia ni informe emitido por el Área de Recursos Humanos. En consecuencia, no se presentó evidencia suficiente que permita verificar que se hayan identificado las necesidades de formación específicas relativas a la operación y el control interno.
- Se observó la Resolución DINAPI 200/24 que aprobó el Plan Anual de Capacitación, en ese contexto, se detallan algunas debilidades detectadas:
  - No se verificó una base de datos con registros de capacitaciones.
  - No se evidenció la evaluación de efectividad de las actividades de formación implementadas.
- No se observó una base de datos de funcionarios ni matrices de polifuncionalidad.
- No se observó evidencia que compruebe que los funcionarios son competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno.
- No se observó evidencia de la determinación de fuentes de información internas y externas.
- No se evidenció que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna.
- Se observó la Resolución 388/2020 relacionada al control de documentos y la Resolución 409/21 que aprobó el procedimiento de control de documentos y datos, al respecto, se señala:
  - No se evidenciaron controles que aseguren que la información documentada requerida por el Sistema de Control Interno:
    a) esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite;
    b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).

  La NRM señala: *"La elaboración de la documentación no debería ser un fin en sí mismo, sino que debería ser una actividad que aporte valor.*

Cada institución debe determinar la extensión de la documentación requerida y los medios a utilizar. Esto depende de factores tales como el tipo y el tamaño de la organización, la complejidad e interacción de los procesos, la complejidad de los productos y servicios, las necesidades y expectativas de los beneficiarios, los requisitos legales y reglamentarios que sean aplicables, y la competencia demostrada por los funcionarios, entre otros".

- Para el control de la información documentada, tampoco se demostró el tratamiento de las siguientes actividades, según sea aplicable:
  a) definición de niveles de aprobación;
  b) distribución, acceso, recuperación y uso;
  c) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
  d) control de cambios (por ejemplo, control de versión);
  e) retención y disposición.

- Si bien se observó la Resolución 712/24 que aprobó el Manual de Políticas de Comunicación – versión 3.0, no se evidenció la eficacia de su implementación ni informes sobre si su uso asegure mantener la calidad de la información, desde la obtención de los datos, procurando que la misma sea:

  a) Accesible: debe resultar sencillo obtener la información para cada área, de acuerdo a sus requerimientos de información. Los usuarios deben saber qué información está disponible y en qué sistema de información pueden acceder a ella.

  b) Correcta: los datos utilizados como base deben ser confiables y completos. Los sistemas de información deberían contener validaciones que contribuyan a la integridad y confiabilidad de la información.

  c) Actualizada: los datos deben obtenerse de fuentes vigentes y actualizarse con la frecuencia necesaria.

  d) Protegida: se debe restringir el acceso a la información crítica de modo que sólo las personas autorizadas puedan acceder a ella. Para esto, se deben implementar mecanismos apropiados de clasificación de la información.

  e) Suficiente: la información debe resultar apta, y debe presentar el nivel de detalle necesario considerando los requerimientos de información relevante.

  f) Oportuna: la información debe estar disponible en los momentos en que sea requerida.

  g) Válida: la información debe ser obtenida de fuentes autorizadas de acuerdo a procedimientos preestablecidos y debe reflejar con precisión los hechos.

  h) Verificable: la información debe contar con respaldos de evidencia desde el inicio.

i) Conservable: la información debe mantenerse disponible por el período de tiempo necesario, de modo de respaldar las acciones, permitir una apropiada Rendición de Cuentas y responder ante eventuales revisiones o auditorías.

- No se presentó registro sobre la aplicación de lineamientos establecidos para fomentar la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios clara conciencia y compromiso con los propósitos misionales.
- Si bien se evidenció la realización de un conversatorio sobre el Sistema de Control Interno, no se evidenció la implementación de mecanismos que permitan a los funcionarios a expresar sus opiniones o sugerencias.

D. Componente control de la evaluación

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

En cuanto al componente de control de la evaluación se ubicó en un nivel de madurez DISEÑADO MEDIO con un puntaje de 2,51; debido a que el control interno se encuentra definido. Se observaron nuevamente las siguientes debilidades:

- En el documento del PEI 2024-2028, se verificó un tablero de control estratégico, sin embargo, no se evidenció la evaluación y el avance de las metas e indicadores en los niveles estratégicos y operativos críticos de manera a monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales, ni métodos de seguimiento que permitan medir la efectividad del SCI.
- No se evidenciaron informes de análisis, determinación y seguimiento de acciones ni registros de acciones correctivas, preventivas o de mejora.
- Se verificó la Resolución 409/21 que aprobó procedimientos operativos del Sistema de Control Interno, sin embargo, no se observó evidencia suficiente sobre su efectiva aplicación.
- Si bien se observó el informe de evaluación del SCI elaborado por la Auditoría Interna Institucional, dicho documento no detalló suficientemente las verificaciones realizadas ni las observaciones detectadas, y, además, no se adjuntó la matriz de evaluación por niveles de madurez.
- No se visualizó documentación relacionada a evaluación de desempeño de funcionarios de Auditoría Interna Institucional.

E. Componente control para la mejora

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

En consideración de los documentos adjuntados por la institución en el Sistema NRM, para este componente, se evidenció un nivel de madurez identificado en la matriz como INICIAL BAJO, con una calificación de 1,28. Al respecto, se observaron debilidades tales como:

- Si bien se observó el Acta de fecha 23/09/24 con la participación de la Máxima Autoridad en el que uno de los temas tratados fue el Análisis Crítico, no se evidenció el informe de Análisis Crítico del periodo evaluado.

  Al respecto, la NRM señala que: *"La principal actividad de autoevaluación recae en la Máxima Autoridad de la institución bajo la modalidad de un Análisis Crítico del Sistema de Control Interno. Además, podemos encontrar elementos de autoevaluación en la revisión periódica del modelo de gestión por procesos, de la Identificación y Evaluación de Riesgos y de la efectividad de los controles".*
- No se evidenció informe sobre el análisis de la eficacia de las acciones cumplidas.

V. Conclusión

Como resultado del análisis practicado a los documentos suministrados, la Dirección Nacional de Propiedad Intelectual obtuvo una valoración de 2,48 equivalente a un nivel de madurez DISEÑADO MEDIO, considerando los elementos definidos del Sistema de Control Interno, lo que demuestra la necesidad de aumentar el compromiso, el acompañamiento, compromiso e involucramiento de la Máxima Autoridad y su equipo directivo.

A fin de dar sostenibilidad a las acciones implementadas, es indispensable que la Máxima Autoridad y su equipo directivo, sigan apoyando, gestionando e impulsando, la implementación de la NRM para un Sistema de Control Interno, que redundará en beneficio para la institución, y en consecuencia brindará mayor satisfacción de sus usuarios o grupos de interés, generando posicionamiento ante la sociedad.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto precedentemente, es necesario que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias a fin de alcanzar la mejora continua en la gestión institucional en busca de la excelencia. Por tanto, la Dirección Nacional de Propiedad Intelectual, deberá:

1. Elaborar un plan y cronograma de implementación del SCI en el marco de la Resolución CGR 377/16, por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.
2. Gestionar la capacitación del personal directivo y funcionarios sobre la NRM a fin de apoyar su efectiva implementación.
3. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2025, sea actualizado en el sistema informático para la evaluación del Sistema de Control Interno en la página web de la Contraloría General de la República, a más tardar el 28/02/26, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Es nuestro informe.

Asunción, julio de 2025.

ANDREA CONCEPCION RODRIGUEZ GIMENEZ
Firmado digitalmente por ANDREA CONCEPCION RODRIGUEZ GIMENEZ
Fecha: 2025.07.24 11:10:00 -03'00'

Lic. Andrea Rodríguez
Jefa de Departamento
Dirección de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

NANCY MARIA REJALA CHIOLA
Firmado digitalmente por NANCY MARIA REJALA CHIOLA
Fecha: 2025.07.24 11:23:09 -03'00'

Lic. Nancy Rejala Chiola
Directora de Evaluación de Control Interno de los Organismos y Entidades del Poder Ejecutivo
Auditoría General del Poder Ejecutivo

MARIA CRISTINA FRANCO DE VERANO
Firmado digitalmente por MARIA CRISTINA FRANCO DE VERANO
Fecha: 2025.07.25 08:33:56 -03'00'

Lic. María Cristina Franco
Directora de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

CINTHIA NOEMI ORTIZ ESCURRA
Firmado digitalmente por CINTHIA NOEMI ORTIZ ESCURRA
Fecha: 2025.07.24 [illegible]

Mag. Cinthia Ortiz
Directora General de Control Interno
Auditoría General del Poder Ejecutivo

GLADYS SUNILDA FERNANDEZ DE CHENU ABENTE
Firmado digitalmente por GLADYS SUNILDA FERNANDEZ DE CHENU ABENTE
Fecha: 2025.07.25 10:21:40 -03'00'

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