

SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL



SENACSA

DIRECCION: Km. 10 ½ RUTA MCAL. ESTIGARRIBIA - SAN LORENZO
CASILLA DE CORREO: CA PY - 11001 - 1110 CAMPUS U.N.A - 2169 PARAGUAY
TELF.: 505-727 501-374 - 507-862 FAX: 507-863 - E-MAIL : senacsa@senacsa.gov.py



INSTITUCIÓN: SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL.

MODELO ÉSTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno .

FORMATO N° 06

	PARAMETROS(1)	Instrumentos(2)	Calificación (3)	Evidencia(4)	
				Verbal	Documental
	ACUERDOS Y COMPROMISOS ÉTICOS				
1.	1 Existe un Código o Documento orientador de los Acuerdos o Compromisos Éticos	D	5		X
2.	2 Los Funcionarios Públicos conocen los Acuerdos o Compromisos Éticos.	E	2		
3.	3 Los Acuerdos Éticos operan en las relaciones con los funcionarios y con las diferentes partes interesadas internas y externas.	E	3		
4.	4 La Institución tiene habilidad para detectar violaciones a los Acuerdos Éticos	C o E	2		
	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO				
5.	1 Existen perfiles para cada uno de los cargos.	D	2		X
6.	2 Existen políticas que permiten la ejecución de los procesos de selección, inducción, re inducción, capacitación y evaluación del desempeño.	D	2		
7.	3 Se han identificado procesos de selección, inducción, re inducción , capacitación y evaluación del desempeño.	D	2		
8.	4 Existen políticas de Bienestar Social.	D	3		
9.	5 Las políticas y procedimientos de Desarrollo del Talento Humano son difundidas y conocidas en todos los niveles de la Institución.	E	2		
	PROTOCOLOS DE BUEN GOBIERNO				
10.	1 La máxima autoridad está comprometida con los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno.	D	2		
11.	2 Los directivos dan cumplimiento a las políticas y prácticas del Código de Buen Gobierno.	C	1		
12.	3 Las Directivas acatan los Protocolos de Buen Gobierno.	C	0		
13.	4 La máxima autoridad se compromete con la asignación y uso mesurado y racional de los recursos.	C	4		
14.	5 La máxima autoridad cumple con los métodos, procedimientos, políticas y objetivos propios del Control Interno.	C	1		
15.	6 La máxima autoridad establece acciones a las recomendaciones resultantes de la Autoevaluación de la Gestión.	C	0		
	PLANES Y PROGRAMAS				
16.	1 Elabora la Institución los Planes y Programas Estratégicos y Operativos en cumplimiento de la normatividad existente.	D	5		
17.	2 Existe compromiso de la alta dirección con la ejecución de los planes y programas requeridos para el cumplimiento de la función constitucional y legal de la Institución.	D	4		
18.	3 Los funcionarios conocen y están comprometidos con los Planes y Programas pertinentes para el desarrollo de su función.	E	0		
19.	4 Los Planes y Programas son divulgados a los diferentes públicos internos y externos que tienen relación con la Institución.	C o D	2		
	MODELO DE GESTION POR PROCESOS				
20.	1 La entidad basa su operación en Gestión por Procesos o Sistema de Gestión de la Calidad - SGC	NO	1		
21.	2 El Modelo de Gestión o SGC contiene la definición de macro procesos estratégicos, misionales y de apoyo a la vez que los procesos, subprocesos y actividades que los conforman.	NO	1		
22.	3 Existe armonía entre los objetivos de los macro procesos con el conjunto de Planes y Programas que rigen a la Institución.	NO	1		
	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL				
23.	1 Existe coherencia y armonía de la estructura organizacional con el Modelo de Operación por procesos de la Institución.	C	2		
24.	2 Existen manuales que detallan actividades secuenciales que se requieren para el ejercicio de cada uno de los cargos.	D	2		
25.	3 La Estructura Organizacional permite y facilita el cumplimiento de los objetivos contenidos en los Planes y Programas de la Institución.	D	3		
26.	4 La Estructura Organizacional esta adaptada a las necesidades cambiantes del entorno y evaluación contingencial de los aspectos externos (estabilidad, complejidad, hostilidad).	C o D	3		
	CONTEXTO ESTRATEGICO DEL RIESGO				
27.	1 Se Identifican las oportunidades y amenazas generadas por el entorno, con base en el análisis de información externa y el análisis estratégico elaborado para el diseño de los Planes y programas.	D (FODA)	1		
28.	2 Se aplica una metodología apropiada para el análisis del Contexto Estratégico de la Institución.	NO	1		
29.	3 Se cuenta con la participación de Funcionarios de los diferentes niveles en el análisis del Contexto Estratégico.	NO	1		
30.	4 Existen procesos de autoevaluación permanente que verifiquen la validez del Contexto Estratégico con la ocurrencia de riesgos en la operación de la Institución.	NO	1		

SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL



SENACSA

DIRECCION: Km. 10 ½ RUTA MCAL. ESTIGARRIBIA - SAN LORENZO
CASILLA DE CORREO: CA PY - 11001 - 1110 CAMPUS U.N.A - 2169 PARAGUAY
TELEF.: 505-727 501-374 - 507-862 FAX: 507-863 - E-MAIL : senacsa@senacsa.gov.py



INSTITUCIÓN: SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL.

MODELO ÉSTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno .

FORMATO N° 06

	PARAMETROS(1)	Instrumentos(2)	Calificación (3)	Evidencia(4)	
				Verbal	Documental
	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
31.	1 La metodología de Identificación de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos de la Institución.	NO	1		
32.	2 Se describen adecuadamente cada uno de los riesgos que afectan el desempeño de los macro procesos, procesos, subprocesos y actividades.	NO	1		
33.	3 Se definen en forma precisa los efectos de cada riesgo en el Modelo de Operación (Mapa de procesos) donde éste podría materializarse.	NO	1		
34.	4 Se identifican y describen de forma precisa las causas de los riesgos.	NO	1		
	ANÁLISIS DE RIESGOS				
35.	1 Se aplica la metodología de Análisis de Riesgos en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos (Mapa de procesos) de la Institución.	NO	1		
36.	2 Se encuentran bien definidos los criterios para determinar la gravedad de los riesgos.	NO	1		
37.	3 Es coherente la evaluación de riesgos con la realidad de la Institución.	NO	1		
	VALORACIÓN DEL RIESGO				
38.	1 La metodología de Valoración de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación (Mapa de procesos) de la Institución.	NO	1		
39.	2 Existe coherencia entre los criterios utilizados para priorizar los macro procesos, procesos, subprocesos, actividades y sus respectivos riesgos.	NO	1		
40.	3 La Valoración de Riesgos favorece el cumplimiento de objetivos de los demás elementos constitutivos del componente Administración de Riesgos.	NO	1		
	POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS				
41.	1 Las Políticas de Administración de Riesgos son coherentes con los Lineamientos normativos legales que rigen a la Institución.	NO	1		
42.	2 Las Políticas de Administración de Riesgos se adaptan a las características y naturaleza de la Institución y contemplan los posibles riesgos a que puede estar sujeta su gestión.	NO	1		
43.	3 La alta dirección está comprometida con la definición y acatamiento de las Políticas de Administración de Riesgos.	NO	1		
44.	4 Las Políticas de Administración de Riesgos se aplican en todos los niveles y por parte de todos los Funcionarios de la Institución.	NO	1		
45.	5 Existen parámetros que obligan a la revisión periódica de las Políticas de Administración de Riesgos y su adaptación a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Institución.	NO	1		
	POLÍTICAS DE OPERACIÓN				
46.	1 Existe coherencia entre las Políticas de Operación y las Políticas de Administración de Riesgos.		1		
47.	2 Todos los funcionarios conocen y entienden las Políticas de Operación.	E	0		
48.	3 Las Políticas de Operación son aplicadas en todos los niveles y por parte de todos los funcionarios de la Institución.	E	0		
	PROCEDIMIENTOS				
49.	1 Existen Procedimientos que describen la manera de llevar a cabo las actividades de la Institución.	D	2		
50.	2 Existe coherencia en la definición de los perfiles de los cargos en relación con los procedimientos definidos para dar cumplimiento a los objetivos de cada proceso.	D	2		
51.	3 Los funcionarios conocen los Procedimientos y responsabilidades a su cargo.	E	0		
52.	4 Los Procedimientos garantizan el cumplimiento de los objetivos de los procesos.	D	2		
	CONTROLES				
53.	1 La alta dirección está comprometida con la definición y divulgación de controles.	D	2		
54.	2 Todos los funcionarios conocen y entienden el sentido de la inclusión de los controles preventivos, detectivos, de protección y correctivos en las actividades que cada uno de ellos debe llevar a cabo para lograr los propósitos institucionales.	E	0		
55.	3 Están establecidas las decisiones a tomar o las acciones a realizar en caso ineficiente de los controles.	C	2		
56.	4 Están definidos los parámetros que obligan a la revisión periódica y adaptación de los Controles a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Institución.	C	2		
	INDICADORES				
57.	1 Existe coherencia entre el diseño de indicadores de resultado y los objetivos definidos en los Planes y Programas de la Institución.	D	3		
58.	2 Existe coherencia entre el diseño de indicadores y los objetivos de los Macro procesos y procesos del Modelo de operación (mapa de procesos).	NO	1		
59.	3 Existe coherencia entre el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Funcionarios y las políticas y prácticas definidas en Desarrollo del Talento Humano.	D	1		
60.	4 Existe coherencia en el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Funcionarios con los objetivos y resultados del Proceso al que se encuentra asignado.	D	1		

SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL



SENACSA

DIRECCION: Km. 10 ½ RUTA MCAL. ESTIGARRIBIA - SAN LORENZO
CASILLA DE CORREO: CA PY - 11001 - 1110 CAMPUS U.N.A - 2169 PARAGUAY
TELF.: 505-727 501-374 - 507-862 FAX: 507-863 - E-MAIL : senacsa@senacsa.gov.py



INSTITUCIÓN: SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL.

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno .

FORMATO N° 06

	PARAMETROS(1)	Instrumentos(2)	Calificación (3)	Evidencia(4)	
				Verbal	Documental
	MANUAL DE OPERACIÓN				
61.	1 El manual de operación incluye los Acuerdos o Compromisos Éticos, las políticas de Desarrollo del Talento Humano, los Planes y Programas y las Políticas de Administración de Riesgos.	NO	1		
62.	2 En el Manual de operación se incluyen los normogramas de los procesos.	NO	1		
63.	3 Existen procesos de divulgación y capacitación tendientes a fortalecer el uso del Manual del operación.	NO	1		
	INFORMACIÓN INTERNA				
64.	1 Existen fuentes de Información Interna debidamente determinadas y canalizadas para el logro de los objetivos institucionales.	D	3		
65.	2 La totalidad de los procesos/subprocesos de la Institución contemplan las salidas de información necesaria a los grupos de interés internos y externos. .	NO	0		
66.	3 La Información Interna se divulga y socializa entre los funcionarios de la Institución.	D	2		
67.	4 La Información Interna se utiliza en la rendición de cuentas e información a los diferentes grupos de interés.	D	3		
	INFORMACIÓN EXTERNA				
68.	1 Existe cultura para obtener la información relacionada con el entorno, la comunidad y demás grupo de interés.	D	4		
69.	2 Se cumple con la normatividad vigente sobre la existencia de medios que permitan recibir; procesar y dar respuesta a la comunicación y partes interesadas en forma eficiente y oportuna.	D	4		
70.	3 Existen medios efectivos que permiten recibir, manejar y dar respuesta a las quejas y reclamos de los grupos de interés.	D	2		
71.	4 La Información Externa es tenida en cuenta por los funcionarios para la implementación de las acciones y decisiones organizacionales.	E	0		
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
72.	1 Existen sistemas de información que canalizan la información que se genera a nivel institucional y la administran adecuadamente para su posterior utilización.	D	4		
73.	2 Los Sistemas de Información son utilizados por los Funcionarios para cumplir de manera eficiente sus responsabilidades en relación con la función de la Institución.	E	0		
74.	3 Los Funcionarios Públicos conocen los Sistemas de Información que posee la Institución.	E	0		
75.	4 La información generada por los Sistemas de Información cumple con los parámetros de calidad requeridos.	C	2		
	COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL				
76.	1 Se determina claramente la información que será comunicada a los Funcionarios de la Institución.	D	4		
77.	2 Están establecidas las responsabilidades de comunicación interna que cada Funcionario tiene con los demás funcionarios para el ejercicio de sus cargos.	D	4		
78.	3 Son pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, política y manera de llevarlos a cabo .	E	0		
79.	4 Las partes interesadas adquieren comprensión sobre los propósitos de la Institución a partir de los procesos de comunicación interna.	E	0		
	COMUNICACIÓN PÚBLICA				
80.	1 Se tienen definidas las partes interesadas externos a quienes se tiene la obligación de comunicar los proyectos, su ejecución y los resultados obtenidos por la Institución.	D	4		
81.	2 Se tiene definida la información que será comunicada a cada uno de los públicos identificados.	D	4		
82.	3 Están establecidas claramente las responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos y actividades que configuran la operación de la Institución.	D	4		
83.	4 Se evalúa la utilidad, oportunidad y confiabilidad de la información que ha de ser comunicada a los públicos externos.	C o D	0		
84.	5 Los procesos de Rendición de Cuentas a la Contraloría General de la República - CGR - son pertinentes y oportunos.	D	3		
	RENDICIÓN DE CUENTAS				
85.	1 Se tiene definido e institucionalizado un Proceso de Rendición de Cuentas a la Sociedad.	D	4		
86.	2 Existe en todos los niveles funcionarios responsables por la preparación periódica y operativa de la información para la Rendición de Cuentas a la Sociedad.	D	3		
87.	3 La institución presenta periódicamente una Rendición de Cuentas a la Sociedad.	D	3		
88.	4 Los medios de Comunicación de la institución relacionados a la Rendición de Cuentas a la Sociedad son efectivos.	E	0		
89.	5 Integra la institución las recomendaciones de Control Ciudadano a los planes de mejoramiento.	D	1		

SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL



SENACSA

DIRECCION: Km. 10 ½ RUTA MCAL. ESTIGARRIBIA - SAN LORENZO
CASILLA DE CORREO: CA PY - 11001 - 1110 CAMPUS U.N.A - 2169 PARAGUAY
TELF.: 505-727 501-374 - 507-862 FAX: 507-863 - E-MAIL : senacsa@senacsa.gov.py



INSTITUCIÓN: SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL.

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno .

FORMATO N° 06

	PARAMETROS(1)	Instrumentos(2)	Calificación (3)	Evidencia(4)	
				Verbal	Documental
	AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL				
90.	1 Se difunden los mecanismos e instrumentos utilizados para la realización de la Autoevaluación del Control		1		
91.	2 Los funcionarios de la Institución comprenden los propósitos, metodologías e instrumentos requeridos para la Autoevaluación del Control.		0		
92.	3 Las fuentes de información e instrumentos utilizados para la Autoevaluación del Control son pertinentes.		0		
93.	4 Existe representación de todos los funcionarios en la realización de la Autoevaluación del Control.		0		
	AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN				
94.	1 Los Directivos comprenden la importancia del monitoreo permanente de los indicadores a los macro procesos, procesos, subprocesos, planes y programas a su cargo.	C o E	2		
95.	2 Durante el proceso de evaluación e informe de los indicadores participan todos los funcionarios de los diferentes niveles.	E	2		
96.	3 Las acciones de mejoramiento son coherentes con el resultado del análisis de indicadores.	D	2		
97.	4 Se discuten los resultados del análisis de indicadores con todos los Funcionarios responsables de los procesos y planes institucionales.	E	2		
	EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO				
98.	1 Se cumplen los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno en la Institución.	C o E	2		
99.	2 La efectividad de los Estándares de Control, Componentes Básicos de Control y los Componentes Corporativos de Control en su interacción apoyan el cumplimiento de los objetivos de la Institución.	D	2		
100.	3 Se generan observaciones de Control Interno a los directivos de las áreas sobre las deficiencias significativas que requieren especial atención por parte de ellos.	D	2		
101.	4 Se presentan los informes de control interno a la alta dirección.	D	2		
	AUDITORÍA INTERNA				
102.	1 Se cuenta con métodos, procedimientos y herramientas que apoyen los procesos de evaluación independiente.	D	3		
103.	2 En los procesos de auditoria se incorpora la planeación, ejecución, elaboración de informes y seguimiento.	D	4		
104.	3 Se definen acuerdos sobre las acciones de mejoramiento con las diferentes áreas de la Institución.	D	3		
	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL				
105.	1 La Institución elabora anualmente un Plan de Mejoramiento Institucional.	D	2		
106.	2 El Plan de Mejoramiento Institucional involucra las acciones de Mejoramiento a nivel de Macro proceso, Procesos, Subprocesos derivados de la Autoevaluación por área organizacional.	D	2		
107.	3 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones de mejoramiento generadas por la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno.	D	2		
108.	4 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones emitidas por el órgano de Control Fiscal competente.	D	2		
109.	5 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos.	D o C	2		
110.	6 Los Funcionarios de la Institución conocen el Plan de Mejoramiento Institucional.	E	0		
	PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL				
111.	1 Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Funcionales y la función específica encargada a cada área organizacional de la Institución.	D	2		
112.	2 Los Funcionarios Públicos de la Dependencia conocen el Plan de Mejoramiento por procesos de su área.	E	0		
113.	3 Los Planes de Mejoramiento por área tienen en cuenta las recomendaciones derivadas de la Evaluación, en lo que corresponde a cada área organizacional.	D	2		
114.	4 Los Planes de Mejoramiento contemplan niveles de responsabilidad, terminas de ejecución recursos.	C o E	2		
115.	5 Los Planes de Mejoramiento de la dependencia tienen en cuenta las recomendaciones emitidas por los Órganos de Control Fiscal en lo pertinente a cada área organizacional.	D	3		
	PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL				
116.	1 Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Individual y las funciones que desarrolla la Institución.	C o E	2		
117.	2 Los Funcionarios elaboran Planes de Mejoramiento Individuales tomando como base los resultados de la Autoevaluación del Control de Gestión.	E	0		
118.	3 Los Planes de Mejoramiento Individual se encuentran asociados a las funciones de cada cargo, en particular a sus objetivos de desempeño.	C o D	2		
119.	4 La calificación de desempeño de Funcionario se encuentra directamente relacionada a su función, objetivos de desempeño y capacidad de llevar a cabo las acciones de mejoramiento relativas a los procesos que se la han asignado.	D	2		