

INFORME DE FIN DE GESTIÓN

Unidad de control Interno Años 2008-2021
Guadalupe Sandoval Sandoval

Informe de fin de gestión

Contenido

Contenido

I Presentación.....	2
II Resultados de la gestión.....	2
2.1 Autoevaluación y Madurez del Sistema de Control Interno	3
Resultados de la aplicación del Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno	4
2.1.2 Resumen de Resultados del proceso de autoevaluación.....	6
2.2 Gestión para el Sistema Especifico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI)	23
2.2.1 Actualizaciones de la normativa Interna para el desarrollo y aplicación del SEVRI.....	23
2.2.2 Acciones para el fortalecimiento del SEVRI	25
iii. Plan de Mejora basado en los resultados de la madurez del SEVRI :	25
iv. Iniciativas para integrar a los sujetos interesados	26
2.2.3 Evaluación del funcionamiento del SEVRI.....	29
2.3 Fortalecimiento del Ambiente de control.....	31
2.3.1 Acciones para generar conocimiento en control interno	32
2.3.2 Control interno y “Buenas Prácticas” para la mejora continua	33
2.3.3 Encuesta de percepción de la calidad del Servicio.....	33
2.3.4 Proceso Ético Institucional	34
3. Cambios en el ordenamiento jurídico	35
4. Estado actual de la autoevaluación del sistema de control interno y Acciones emprendidas para fortalecer el sistema de control interno	35
5. Principales logros alcanzados durante la gestión	38
6. Estados de los proyectos relevantes en el ámbito institucional	38
7. Administración de los recursos financieros asignados durante su gestión	39
8. Sugerencias para la buena marcha del tema de control interno.....	39
9. Estado de las disposiciones de la Contraloría General de la República, entes de control y Auditoría Interna.....	39

I Presentación

En el presente informe, se exponen las principales actividades desarrolladas en la unidad de control interno, como jefatura de dicha instancia, cuyo principal función fue la de liderar y apoyar a la administración activa en contar con un sistema de control interno según lo establece la Ley General de Control Interno 8292 y las Normas de Control Interno para el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de República.¹

Según se señala en el artículo 18 de la LGCI , el concepto de control interno serán aquellas acciones ejecutadas por la administración activa, para la consecución de cuatro objetivos :

- Proteger y conservar el patrimonio público
- Exigir confiabilidad y oportunidad de la información
- Garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones
- Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.

Para lograr esos objetivos, se deben establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno (SCI) en sus cinco componentes funcionales, siendo responsabilidad del jerarca y del titular subordinando (Artículo 10 LGCI 8292). Así como establecer una gestión de riesgos institucional según la normativa emitidas por la CGR².

La función de la Unidad de Control Interno fue definida como de una instancia de asesora de la Gerencia General, para el diseño e implementación de lineamientos para el buen funcionamiento del sistema de control interno institucional.

II Resultados de la gestión

Se detallan sobre las principales acciones realizadas por parte de la Unidad de control interno, la cual estuvo a mi cargo desde inicios en el año 2009 a junio 2021.

Para asegurar una integración del gestión desde la Unidad de Control interno y los niveles gerenciales, fue elaborado una propuesta denominada “Estructura de Apoyo para el Funcionamiento del Control Interno en el IMAS” documento presentado y aprobado por el Consejo Directivo, mediante Acuerdo 075-02-2015, el cual replanteó las funciones y líneas emitidas en el documento “Propuesta de modificación parcial de la estructura organizativa del IMAS, para la creación del Equipo Técnico de Control interno (Aprobado, mediante acuerdo de Consejo Directivo CD 265-07 de fecha 31 de julio 2007). Donde se definen las funciones del Equipo Técnico de Control Interno y se constituye una Comisión Gerencial de Control Interno, conformada de la siguiente manera:

¹ Publicadas en la Gaceta N°26 del 06 de febrero- 2009, R-CO-9-2009

² Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Especifico de Valoración del riesgo institucional (SEVRI D-3-2005-CO-DFOE)

- El Gerente General o su representante, quien la coordinará.
- El Sub Gerente Administrativo Financiero o su representante.
- El Sub Gerente de Desarrollo Social o su representante.
- El Coordinador del Área de Planeamiento y Desarrollo Institucional o su representante

Lo anterior, se da por el cambio en la estructura organizativa, donde el Equipo Técnico de Control Interno, se transforma en Unidad de Control Interno. Situación generada por el proceso de reestructuración institucional en el año 2014, acuerdo de Consejo Directivo n°299-09- 2014. Por lo cual, del contenido de la Propuesta de modificación parcial de la estructura organizativa del IMAS, para la Creación del Equipo Técnico de Control Interno, quedó parcialmente derogado, siendo que la Comisión Gerencial de Control Interno siguió vigente y replantea en el documento Estructura de Apoyo, indicado anteriormente.

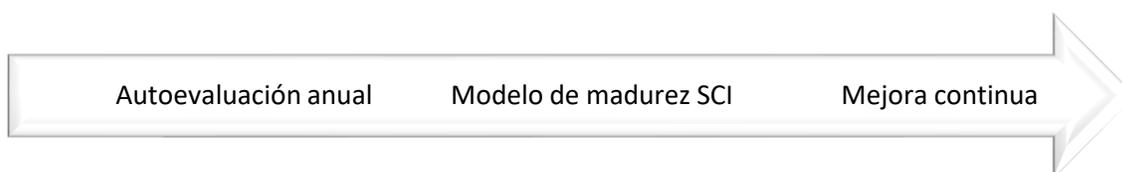
Para cumplir con las funciones de la Unidad de Control Interno, se dirigieron tres procesos claves de los cuales se detallan las actividades y principales logros alcanzados:

- Autoevaluación del sistema de control interno
- Sistema Especifico de Valoración de Riesgos (SEVRI)
- Fortalecimiento del Ambiente de control

Toda la gestión se encuentra documentada, quedando un archivo físico de los informes y documentación digital en one drive por año debidamente identificada.

2.1 Autoevaluación y Madurez del Sistema de Control Interno

Con el fin de determinar las necesidades de mejora para un buen funcionamiento del sistema de control interno, se dirigieron actividades en dos líneas :



2.1.1 Madurez del Sistema de control interno

Con la aplicación del instrumento para determinar la madurez del sistema de control interno, esto conforme los elementos del SCI que se establecen en las Normas generales de control interno para el sector público y la Ley General de Control Interno se determinó la madurez del funcionamiento, para los cinco componentes, de manera que permitiera hallar las fortalezas y necesidades de mejora para el perfeccionamiento del sistema.

Se aplicó por primera vez en el año 2010 y un segundo momento en el año 2013, el cual fue base para un plan de mejora institucional (apartado 3.4 – informe de autoevaluación año 2013), así como líneas para definir aspectos a ser incluidos en los procesos anuales de autoevaluación.

Para esto se convocó a los enlaces de control interno de las distintas dependencias del IMAS de manera que se contara con el aporte y conocimiento, según los distintos niveles institucionales, siendo que el tema de control interno es inherente a todas las actividades de la gestión. También participó el nivel gerencial en la valoración de la madurez del funcionamiento del control interno institucional.

Los resultados ubican a la institucional en un nivel de madurez “competente”. Los informes fueron conocidos por el Consejo Directivo y nivel gerencial.

Resultados de la aplicación del Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno

Se aplicó al nivel Gerencial y con la participación de Planificación Institucional el Instrumento Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno, como complemento al proceso de autoevaluación de este año 2013. Esto con la finalidad de permitir la identificación del grado de madurez del Sistema de Control Interno, en comparación con los resultados obtenidos en el año 2010, año en que dicho instrumento fuera aplicado por primera vez en la Institución y además obtener los insumos necesarios para el planteamiento de los contenidos a evaluar en el Proceso de Autoevaluación 2013 en la Institución por el Nivel Funcional.

Fue utilizado el instrumento denominado Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno desarrollado, como un mecanismo adicional al proceso de Autoevaluación al que hace referencia el artículo número 17 en su inciso C de la Ley General de Control Interno, por parte de la Contraloría General de la República.

El formulario de Modelo de Madurez, contiene elementos a evaluar en los cinco componentes funcionales del sistema (Ambiente de control, Valoración de Riesgos, Actividades de Control, Sistemas de Información y Seguimiento), esto a través de 4 temas por cada componente que determinan 5 probables atributos o grados de madurez del Sistema de Control Interno con el detalle o descripción de la evolución que conllevan (Incipiente, Novato, Competente, Diestro y Experto).

De seguido se describe cómo los define la Contraloría General de la República:

Incipiente Existe evidencia de que la institución ha emprendido esfuerzos aislados para el establecimiento del sistema de control interno; sin embargo, aún no se ha reconocido su importancia. El enfoque general en relación con el control interno es desorganizado.

Novato Se han instaurado procesos que propician el establecimiento y operación del sistema de control interno. Se empieza a generalizar el compromiso, pero éste se manifiesta principalmente en la administración superior.

Competente Los procedimientos se han estandarizado y documentado, y se han difundido en todos los niveles de la organización. El sistema de control interno funciona conforme a las necesidades de la organización y el marco regulador.

Diestro Se han instaurado procesos de mejora continua para el oportuno ajuste y fortalecimiento permanente del sistema de control interno .

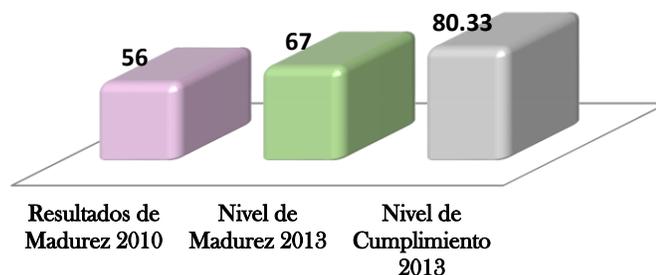
Experto Los procesos se han refinado hasta un nivel de mejor práctica, se basan en los resultados de mejoras continuas y la generación de iniciativas innovadoras. El control interno se ha integrado de manera natural con las operaciones y el flujo de trabajo, brindando herramientas para mejorar la calidad y la efectividad, y haciendo que la organización se adapte de manera rápida.

Comparativa de los Grados de Madurez 2010 y 2013 y resultados del Nivel Funcional 2013

Se muestran los resultados de la aplicación del Modelo de Madurez y Autoevaluación del Sistema de Control Interno para los años 2010 y 2013, de manera que se evidencie las mejoras que el mismo presenta en estos años.

En el gráfico que se muestra de seguido, se pone en evidencia que los porcentajes generales de cumplimiento de todo el Sistema de Control Interno si muestran un crecimiento, en este sentido es necesario indicar que los resultados de Madurez en los años 2010(nivel funcional) y 2013 (nivel gerencial) se ubican en el Nivel de Madurez “Competente”.

En el mismo año 2013, se integra el nivel de cumplimiento de los temas evaluados por el nivel funcional.



Posterior a la aplicación del modelo de madurez, en el año 2013, se revisaron los criterios de evaluación para integrarlo como parte de la autoevaluación anual de control interno, de manera que permitirá medir el grado de madurez y efectividad de los controles.

2.1.2 Autoevaluación del Sistema de Control Interno

La autoevaluación comprende un ejercicio de evaluación y seguimiento de la calidad y funcionamiento del SCI , para esto se requiere el diseño de instrumentos que permitan a la administración contar con una herramienta de auto revisión para la mejora de los controles que fortalezcan el funcionamiento del sistema, de manera que se cumpla con las características definidas en la Ley de Control Interno, que debe ser un sistema *“aplicables, completos, razonables, integrado y congruentes con las competencias y atribuciones institucionales”* , para lo cual se analizan los cinco componentes funcionales.

Se cuenta con un procedimiento para la elaboración de la autoevaluación, el cual fue actualizado y aprobado por la Gerencia General en mayo del año 2019.

De forma anual se ejecutó una autoevaluación, del cual se desprendieron informes a las dependencias involucradas y un informe general presentado al Consejo Directivo. Cada autoevaluación comprende un plan de mejora para aquellos elementos con oportunidades de fortalecer para una mejor gestión institucional.

Con el fin de mejorar la confiabilidad de la información generada de la autoevaluación, se gestiona la adquisición de la herramienta “Synergy” en el año 2013, posteriormente en el año 2019-2020 se implementa la actualización de esta “Synergy Suite”, donde se encuentra sistematizada la información de los distintos formularios aplicados, planes de mejora y estado de estos, el sistema cuenta con opción de reportería.

Documentación del proceso: se cuentan con un expediente por unidad y un ampo anual de cada autoevaluación realizada.

2.1.2 Resumen de Resultados del proceso de autoevaluación

- Años 2009 y 2010

Durante los primeros datos obtenidos en los años 2009-2010, se identificó la necesidad de fortalecer el componente “ambiente de Control, ya que se identificaba vacíos con respecto a elementos tales como:

- Existencia y conocimiento de programas regulares para actualizar y renovar el compromiso de la organización con la cultura ética institucional.
- Participación del jerarca con un papel de liderazgo en el diseño, la implantación y el fortalecimiento del plan ético.
- Existencia y conocimiento de la estrategia de implementación y divulgación.
- Actividades de inducción a nuevos funcionarios, en el marco institucional en materia ética.

- Considera como parte de la evaluación del desempeño de los funcionarios su adhesión al marco institucional en materia ética.

También en temas como:

- Establecimiento de mecanismos de control necesarios para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos mediante un Manual de proyectos conforme las necesidades institucionales que contemple los elementos regulados en la norma 4.5.2 Gestión de Proyectos.
- Fortalecer el concepto de riesgo, de manera uniforme en la Institución, apoyado en una Política, Normativa y Estrategia Institucional de Valoración de Riesgo.

-Año 2011

En el año 2011, se dio seguimiento al plan de mejora y se realizó sesiones de trabajo con los enlaces de control interno para la validación del instrumento de autoevaluación aplicarse, de manera que se ajustará a las necesidades institucionales. Aplicándose un instrumento para evaluar la implementación de las Normas Técnicas para la gestión y Control de las tecnologías de información.

Adicionalmente para este año 2011, se incorporó un apartado denominado “Evaluación de Controles”, derivados de los factores de riesgo de varias unidades, identificados en procesos de valoración de riesgos. Determinadas como debilidades de control en la institución.

Algunos aspectos identificados de mejora:

En los aspectos que las unidades consideraron como “parcial” y “no”, sus principales debilidades se encuentran en:

- ✓ **Rendición de cuentas**
Homologar una cultura institucional dirigida a la rendición de cuentas, para que esta se convierta en una actividad periódica.
- ✓ **Protección del patrimonio público contra la pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto legal**
Se evidencia los esfuerzos para la protección de patrimonio, pero persisten necesidades que requieren de atención, para brindar mayor seguridad.
- ✓ **Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información**
Definir los requisitos para la información en todos los niveles.
- ✓ **Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones**
Desarrollar acciones tendentes a que las respuestas sean más eficaces y eficientes.
- ✓ **Cumplimiento con el ordenamiento jurídico y técnico**
Realizar esfuerzos para que todas las unidades institucionales, cuenten con la normativa actualizada.

Otro aspecto relevante, fue con relación al componente Valoración de Riesgos, las Unidades en un importante número refieren una serie de debilidades sobre todo en lo que se relaciona con los temas SEVRI y Vinculación de la Valoración de Riesgos con la Planificación Institucional.

Se evalúa en ese año los controles en ARDS, con los siguientes resultados:

De las 10 Áreas Regionales de Desarrollo Social evaluaron, más de la mitad de estas, consideran cumplir con temas tales como:

- ☞ Conciliación del presupuesto con el efectivo
- ☞ Capacitación y asesoría en normativa contable
- ☞ Aplicación de la Ley 8220
- ☞ Planificación de Recursos (Materias, Humanos, etc.), para la planificación de FIS.
- ☞ Procedimiento automático para la emisión de resoluciones
- ☞ Control y Registro de la documentación, producto de la gestión institucional
- ☞ Necesidades presentadas por las comunidades, tomadas en cuenta en la planificación institucional (SGDS y Áreas Regionales).
- ☞ Controles para el tratamiento de la FIS(Para garantizar transparencia sobre la información que deriva la Ficha de Información Social).
- ☞ Priorización y Selección de Beneficiarios

Determinando las siguientes debilidades en relación a temas tales como:

- ☞ Información adecuada para la planificación y ejecución, se menciona la necesidad de contar con información que permita una adecuada planificación regional de acuerdo con las necesidades de las comunidades.
- ☞ Mantener información de la base datos (Sipo), completa y actualizada, de acuerdo con la demanda de la población,
- ☞ Capacitación y manejo de herramientas institucionales, así como su interrelación del sistema (BO), con las bases de datos Sipo-Saben, y que la información que brinde cumpla con los niveles de confiabilidad requeridos. Para llevar a cabo una adecuada planificación de los recursos institucionales. Brindar transparencia de la información que se emana de la ficha de información social.
- ☞ Contar con mecanismos adecuados que permitan evaluar la calidad del servicio brindado, así como falta de infraestructura indispensable para brindar un servicio de calidad
- ☞ No contar con infraestructura adecuada que permita el cumplimiento de la Ley 7600.

Año 2013:

En el año 2013, se aplicó la autoevaluación por parte del nivel gerencial y paralelamente el instrumento de madurez del sistema de control interno aplicado por el nivel gerencial de manera que permitiera una evaluación del SCI en ambos niveles. Se dio además una comparación de resultados de la madurez del SCI en el año 2010 y 2013.

A continuación, se detallan en el seguimiento cuadro los temas que no alcanzaron el 80% de cumplimiento según la evaluación realizada por el nivel funcional:

N°	Item evaluado	Evaluación	Elemento	Componente
----	---------------	------------	----------	------------

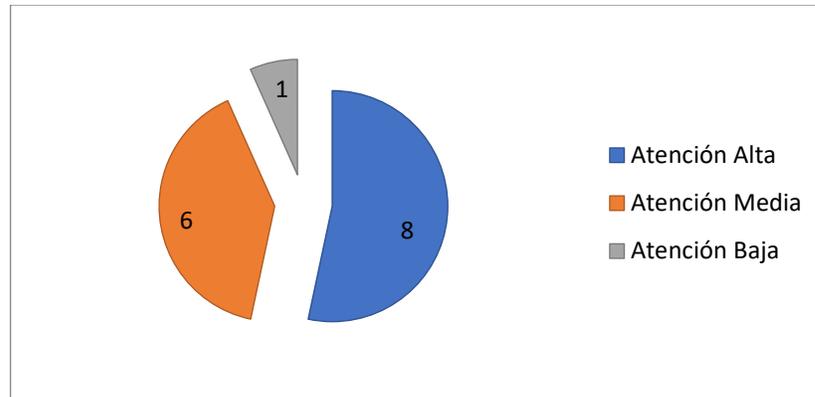
4	¿Se demuestra y existe evidencia que todos los funcionarios de su Unidad asumen con plena conciencia las responsabilidades éticas en todos sus ámbitos de acción?	77	Ética	Ambiente de Control
5	¿Son el jerarca y los titulares subordinados líderes y ejemplo respecto de los valores institucionales?	73	Ética	Ambiente de Control
7	¿Se han gestionado en su unidad que Su equipo de trabajo cuenta con la debida actualización y se realizan esfuerzos de formación para el mejor desempeño en cada cargo de acuerdo con las necesidades de su Unidad?	67	Personal	Ambiente de Control
8	¿Los procesos de administración de recursos humanos se evalúan y mejoran de manera continua por parte de la instancia correspondiente?	53	Personal	Ambiente de Control
9	¿Se conoce en su unidad la existencia de mecanismos para la evaluación periódica de la estructura orgánica?	23	Estructura	Ambiente de Control
11	¿Se conoce en su Unidad el documento formal donde se define el concepto de riesgo y su metodología de valoración?	77	Marco Orientador	Valoración de Riesgos
15	¿Se da participación por parte de su superior jerárquico en el análisis y administración de los riesgos de su unidad que merecen atención prioritaria?	70	Funcionamiento del SEVRI	Valoración de Riesgos
16	¿Se encuentra la información acerca de los riesgos formalmente comunicada al personal de su Unidad?	67	Documentación y comunicación	Valoración de Riesgos
24	¿Se han instaurado en su Unidad procesos para el seguimiento de la efectividad de la comunicación y se toman las acciones para incorporar las mejoras necesarias?	73	Calidad de la Comunicación	Sistemas de Información
25	¿Los controles para los sistemas de información que se utilizan en su Unidad se monitorean y contemplan oportunamente las mejoras necesarias para garantizar , calidad, disponibilidad y comunicación de la información con la oportunidad requerida?	67	Control de los SI	Sistemas de Información
26	¿Los funcionarios en su Unidad participan del seguimiento y autoevaluación del Sistema de Control Interno?	77	Participantes en el Seguimiento del SCI	Seguimiento
27	¿Se han definido formalmente en su Unidad mecanismos para la mejora continua del sistema definiendo las mejoras de carácter operativo o estratégico?	70	Formalidad del Seguimiento del SCI	Seguimiento

Autoevaluación 2015

Con el fin de mejorar en la calidad de los insumos generados por la autoevaluación, para el año 2015, se plantea la evaluación en 15 principios del SCI, y priorizar así en temas claves:

A partir de esos resultados, los temas deberán priorizarse para su atención y definir las estrategias que permitan una mayor madurez del Sistema de Control (de acuerdo con los porcentajes obtenidos para cada criterio de evaluación):

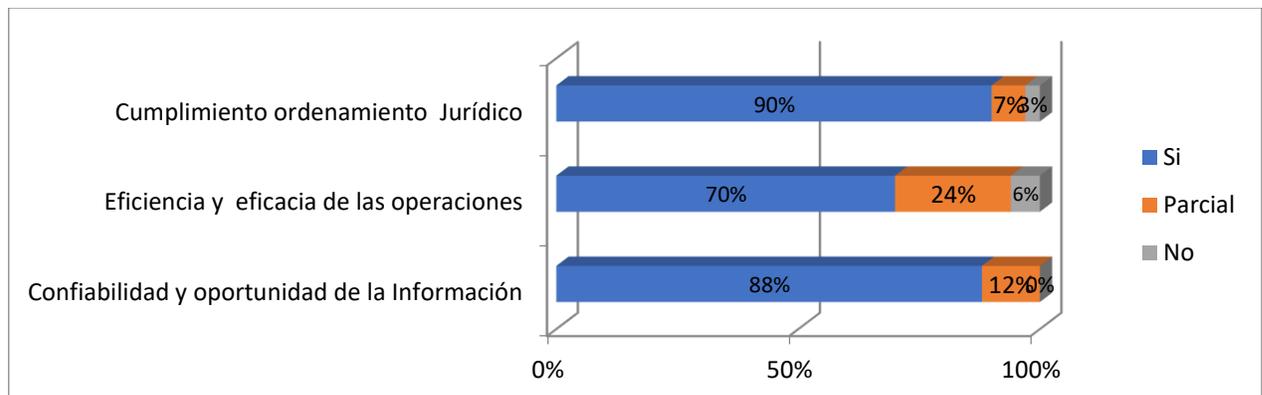
Prioridad de los 15 principios de Control Interno temas según la evaluación obtenida



***Alta:** porcentajes menores al 70%, **Media:** Porcentajes de cumplimiento del 70% al 85%, **Baja:** porcentajes cumplimiento mayores al 85%, .

Los temas en atención Alta fueron integrados en un plan de mejora institucional, el cual fue objeto de seguimiento y presentado al Consejo Directivo.

Nivel Funcional : Evaluaron controles que aseguren el cumplimiento de los objetivos de control interno, mediante tres criterios "si se cumple" "No se cumple" y "Parcial"



Cada tema, se desarrollo y fueron planteadas acciones de mejora:

Resumen Acciones de Mejora para el fortalecimiento de controles relacionados con la “Confiability y oportunidad de la información”

	Norma de Control Interno	Acciones de mejora propuestas	Dependencia responsable	Pendientes definir
	Cantidad de respuestas parcial o no : 13	Cantidad de acciones propuestas: 11		Cantidad unidades pendientes: 2
Confiability y oportunidad de la información	Definición de lineamientos o procedimiento en la unidad para el manejo de información con confiabilidad y oportunidad.	<p>Unificar criterios para el manejo de la documentación de aquellas solicitudes sin beneficio aprobado.- Crear espacios para el resguardo de la documentación en la ULDS que lo requieran.</p> <p>Definir tipos o clases de información que se genera en la Unidad, para delimitar el tratamiento a la documentación e información. (se tomará como insumo la tabla de plazos de Archivo).</p> <p>Para la versión 2.0 se desarrollará las medidas de control en cuanto a información, manejo de datos y seguridad y los procedimientos de actuación y seguridad requeridos por PRODHAB.</p>	<p>Suroeste</p> <p>Control Interno</p> <p>SINIRUBE</p>	<p>Área de Proveeduría institucional</p> <p>Planificación Institucional</p>
	Generación y comunicación de información sobre la gestión de la unidad a los actores interesados	<p>Reestructuración de las sesiones del equipo de trabajo y mejorar comunicación con actores externos</p> <p>Poner a disposición la página Web del SINIRUBE al público externo con información actualizada, confiable, oportuna y de utilidad para los usuarios (31/12). Definición de los convenios con las instituciones para establecer las pautas de comunicación de información.</p>	<p>Red de Cuido</p> <p>SINIRUBE</p>	----
	Comunicación interna y externa de planes y resultados de la gestión de la unidad	<p>Envío y Socialización de los resultados de la gestión.</p> <p>Definir periodicidad para realizar reuniones internas del área con todo el personal con el objetivo de dar a conocer en cada reunión la gestión general del área así como de las principales actividades que se realizan para una mayor transparencia y conocimiento del funcionariado de la generalidad del área en cuanto a su labor.</p>	<p>Red de Cuido</p> <p>Tecnologías de Información</p> <p>Administración Tributaria</p>	-----

	Norma de Control Interno	Acciones de mejora propuestas	Dependencia responsable	Pendientes definir
		<p>Remitir el GOR anualmente a los funcionarios de la Unidad de Administración Tributaria Realizar una comunicación anual, de los resultados y actividades realizadas en el año.</p> <p>Generar informes mensuales con las acciones y resultados del equipo.</p> <p>Poner a disposición la página Web del SINIRUBE al público externo con información actualizada, confiable, oportuna y de utilidad para los usuarios (31/12). Definición de los convenios con las instituciones para establecer las pautas de comunicación de información.</p>	<p>Control Interno</p> <p>Unidad Estrategia Plan Puente</p> <p>SINIRUBE</p>	

Fuente: Reporte Plan de Mejora Autoevaluación 2016. Synergy

Resumen Acciones de Mejora para el fortalecimiento en los proceso de controles relacionados con la “Eficiencia y Eficacia de las Operaciones”

	Norma de Control Interno	Acciones de mejora propuestas	Dependencia responsable	Unidades Pendientes definir Acciones
	Cantidad de respuestas parcial o no : 45	Cantidad de acciones propuestas:26		Cantidad acciones pendientes: 19
Eficiencia y eficacia de las operaciones	Hacer del conocimiento del personal la gestión de riesgos de la Unidad	<p>Se incluirá el tema de Gestión de Riesgo en reuniones personal del ARDS de Heredia como punto de agenda.</p> <p>Desarrollo de sesiones de información sobre la gestión de Riesgos del Área Regional</p> <p>Establecer espacios en la reunión de personal para abordar la temática de la Ley de Control Interno. Cada equipo de trabajo expondrá su situación con relación a los riesgos definidos a nivel regional.</p>	<p>Regional Heredia</p> <p>Regional Huetar Norte</p> <p>Regional Suroeste</p>	<p>Regional Chorotega</p> <p>Area Desarrollo Socioproductivo y Comunal</p> <p>Secretaria de Actas</p>
	Revisión de los resultados de la valoración de riesgos para la toma de decisiones y planificación de la Unidad	<p>Desarrollo sesión para revisión de resultados de la gestión de riesgos para que alimente la planificación a nivel general.</p> <p>Interiorizar los riesgos para ser considerado en el plan 2017.</p>	<p>Regional Huetar Norte</p> <p>Regional Suroeste</p> <p>Auditoría Interna</p>	<p>Regional de Cartago</p> <p>Regional Huetar Caribe</p>

	Norma de Control Interno	Acciones de mejora propuestas	Dependencia responsable	Unidades Pendientes definir Acciones
		<p>Realizar sesión de trabajo con el personal para revisar los riesgos de la Auditoría Interna.</p> <p>Se incluya en el POGE acciones relativas a la planificación de acciones en procura de subsanar riesgos.</p> <p>Revisar los resultados de la gestión 2015- 2016 para alimentar el plan de trabajo 2017 de Control Interno.</p> <p>Se incorporará los resultados obtenidos hasta la fecha dentro de los planes de trabajo 2017</p>	<p>Contraloría Servicios</p> <p>Control Interno</p> <p>SINIRUBE</p>	<p>Área Desarrollo Socio productivo y Comunal</p> <p>Asesoría Jurídica</p>
	Acciones de seguimiento y mejora del servicio que brinda la Unidad	<p>Desarrollo de actividades de seguimiento trimestrales, para análisis de la calidad del servicio y definir acciones de mejora.</p> <p>Implementar mecanismos de seguimiento para la mejora del servicio y Retroalimentación de la evaluación del servicio semestralmente.</p> <p>Revisión de resultados encuesta de opinión del servicio y definición de mejoras.</p> <p>Se deberá realizar evaluaciones acerca del servicio brindado una vez que inicie la implementación de la plataforma, que se estima sea en el año 2017</p>	<p>Regional Huetar Norte</p> <p>Red de Cuido</p> <p>Control Interno</p> <p>SINIRUBE</p>	<p>Regional Brunca</p> <p>Regional Huetar Caribe</p> <p>Planificación Institucional</p>
	Actividades de control de la unidad documentadas en un manual de procedimientos actualizado	<p>Elaborar nota manifestando a la Sub Gerencia de Desarrollo Social, la urgencia de la modificación y actualización del Manual Único para el Otorgamiento de Beneficios Institucionales vigente desde el 2009.</p> <p>Actualización del Manual (identificar las necesidades de actualización de procedimientos y comunicarlo a las instancias correspondientes.)</p> <p>Actualizar el manual del 2009 incorporando las actividades de control necesarias para AASAI</p>	<p>Regional Heredia</p> <p>Regional Huetar Norte</p> <p>Área de Acción Social y Administración de Instituciones</p>	<p>Regionales Alajuela, Brunca y Cartago.</p> <p>Área de Proveeduría Institucional</p> <p>Asesoría Jurídica</p>

	Norma de Control Interno	Acciones de mejora propuestas	Dependencia responsable	Unidades Pendientes definir Acciones
		<p>Manual de procedimientos actualizado de los proceso claves de la Unidad.1.Se analizará en conjunto con la comisión designada, las modificaciones que requiere el manual en los beneficios competencia del Área.2. incorporar los cambios una vez aprobó el Reglamento.</p> <p>Revisar y avalar el Borradores del Manual de Procedimientos para la donación de bienes. Revisar y avalar el Borrador del Reglamento de Cobros.</p> <p>Implementar las modificaciones en el Manual De Procedimientos Para Donación De Bienes A Entidades Jurídicas.</p> <p>Propuesta de modificación al Manual de procedimientos operativos de la Unidad de Administración Tributaria</p> <p>Actualizar los procedimientos.</p> <p>Revisión del Manual de Procedimientos del Área y de sus respectivos beneficios que son asignados a los diferentes equipo para consolidar uno solo según la solicitud de la SGDS.</p> <p>Realizar una contratación de una empresa para realizar la actualización y documentación de los procedimientos.</p> <p>Identificación procedimientos claves de la ST. REDCUDI e incorporarlos en un manual así como su socialización.</p> <p>Revisión y actualización de la normativa en materia de TI. (Políticas y Procedimientos).</p>	<p>Bienestar Familiar</p> <p>Área de Captación de Recursos</p> <p>Donaciones</p> <p>Administración Tributaria</p> <p>Servicios Generales</p> <p>Procesos socioeducativos</p> <p>Desarrollo Humano</p> <p>Red de Cuido</p> <p>Tecnologías de Información</p> <p>Control Interno</p> <p>SINIRUBE</p>	

	Norma de Control Interno	Acciones de mejora propuestas	Dependencia responsable	Unidades Pendientes definir Acciones
		<p>Definición de procedimientos claves de la Unidad en relación a los procesos de autoevaluación y SEVRI.</p> <p>1. Gestionar la aprobación del reglamento a la Ley 9137 de creación del SINIRUBE y la definición de los procesos con el IMAS, 2. Definición de los procesos (se valorará la contratación de servicios profesionales en el 2017)</p>		

Fuente: Reporte Plan de Mejora Autoevaluación 2016. Synergy

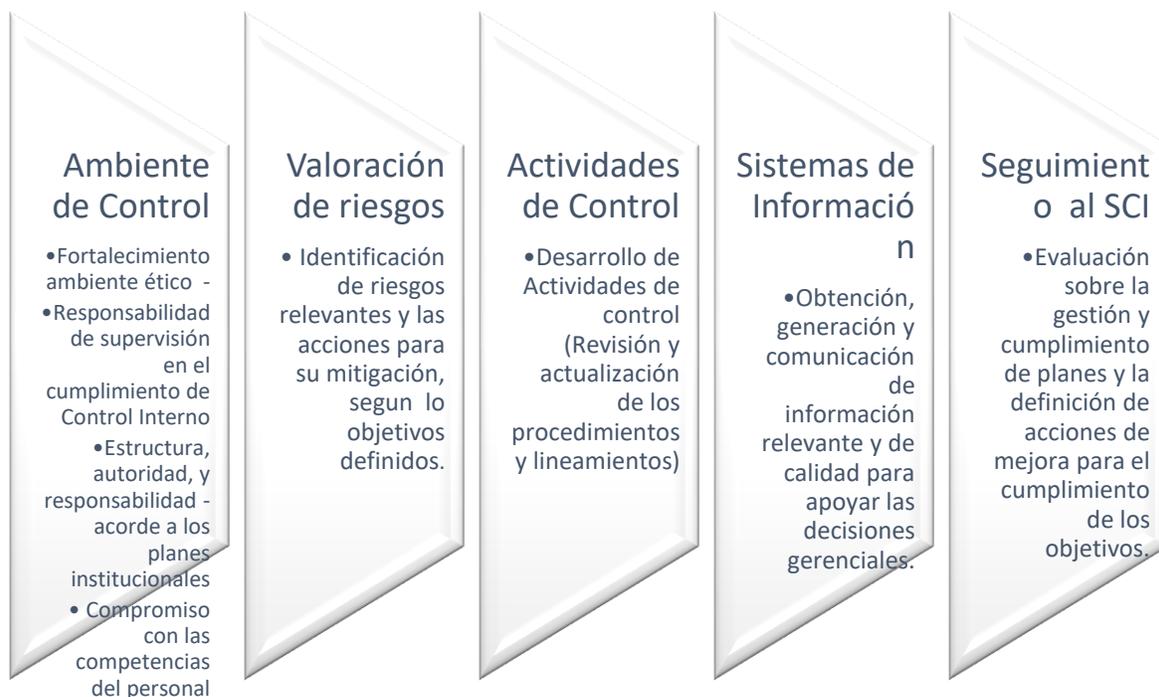
Se definen por parte de las Unidades responsables 6 acciones de mejora para la atención de las debilidades identificadas:

	Norma de Control Interno	Acciones de mejora propuestas	Dependencia responsable	Pendientes definir
	Cantidad de respuestas parcial o no : 6	Cantidad de acciones propuestas: 6		Cantidad unidades pendientes: 0
Cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico	Comunicación formal a los equipos de trabajo las normas y procedimientos aplicables a la Unidad	<p>Una vez aprobada la nueva normativa en materia de TI específicamente Políticas y Procedimientos se deberá realizar una actualización al funcionariado de TI.</p> <p>Brindar un espacio en la agenda de reuniones, comunicar sobre las normas aplicables, según se requiera.</p> <p>Se deberá realizar la comunicación de la normativa y procedimientos una vez sean definidos.</p>	<p>Tecnologías de Información</p> <p>Control Interno</p> <p>SINIRUBE</p>	
	Verificación del cumplimiento de procedimiento y lineamientos interno de la Unidad.	<p>Remitir un oficio a los jefes y coordinadores de las Unidades, para que cumplan con la obligatoriedad de velar por el cumplimiento de procedimientos, , normativa existente y lineamientos emitidos por la jefatura .</p> <p>Diseño de un sistema digital para el seguimiento de los trámites internos de la unidad.</p> <p>Se realizará la verificación una vez que se cuente con la normativa y procedimientos aprobados.</p>	<p>Regional Suroeste</p> <p>Sistemas de Información</p> <p>SINIRUBE</p>	

Fuente: Reporte Plan de Mejora Autoevaluación 2016. Synergy

Autoevaluación 2017

En dicho año se planteó la evaluación de los siguiente principios de un buen sistema de control interno :



Dando como resultado un plan de mejora con los aspectos claves a fortalecer del SCI :

Plan de Mejora al Sistema de Control Interno 2017

Tema para fortalecer	Acción de mejora	Responsables	Plazo de implementación
Ambiente de Control Fortalecimiento ambiente ético. Fortalecimiento de las competencias del personal	Continuar con el proyecto de implementación "Evaluación por competencias" (Plan de mejora 2017) Establecer los lineamientos y seguimiento de la evaluación de clima organizacional.	Gerencia General	Julio 2018
Responsabilidad de supervisión en el cumplimiento de las tareas de Control Interno Valoración de riesgos Integración de la gestión de riesgos	Realizar sesiones de revisión sobre cumplimiento de objetivos y gestión de riesgos y documentarlas.	Nivel Gerencial	Julio 2018 Diciembre 2018

Actividades de Control Revisión y actualización de los procedimientos	De acuerdo con el inventario de normativa realizado en el año 2017, realizar la actualización de los procedimientos según las necesidades identificadas (Plan de mejora institucional 2017).	Nivel Gerencial	Diciembre 2018
Seguimiento al SCI	Documentar las sesiones de realimentación y seguimiento sobre los informes trimestrales.	Nivel Gerencial	Diciembre 2018
Calidad en el Servicio	Validación de las acciones propuestas por los responsables de los proceso evaluados, y definir una buena práctica para la mejora del servicio.	Gerencia General Sub Gerencia de Soporte Administrativo	Julio 2018

- Autoevaluación 2018 -2019

En el año 2018 se aplicó la autoevaluación para el nivel funcional, y posteriormente en el año 2019 una verificación de los temas evaluados permitiendo una comparación de resultados.

Se definieron procesos claves para cada dependencia, con el fin de enfocar esfuerzo en el análisis y evaluación

Por cada una de las dependencias que aplican la Autoevaluación, se escogió un proceso para ser objeto de la evaluación de sus controles, los cuales se expresan en las tablas que siguen:

Áreas de la Subgerencia de Desarrollo Social del Nivel Central	
Seguimiento a familias de cuidado y articulación con otras instituciones	Bienestar Familiar
Seguimiento a la Estrategia Puente al Desarrollo	Área de Atención Integral e Interinstitucional
Inscripción de las organizaciones de Bienestar Social, de acuerdo a la especificidad de la población objetivo y su relación con los entes rectores técnicos, a saber PANI, IAFA, CONAPAM y CONAPDIS	Área de Acción Social y Administración de Instituciones
Definición de requerimientos para la mejora de los sistemas y verificación de cambios	Sistemas de Información e Investigación Social
Coordinaciones para ejecución del presupuesto del Programa Avancemos con las diferentes instancias del MEP	Desarrollo Socioeducativo
Proceso de acompañamiento técnico a las ARDS que permita una mejor identificación, selección, ejecución y seguimiento de proyectos	Desarrollo Productivo y Comunal

Áreas Regionales de Desarrollo Social	
Proceso de Atención de Público	Jefes Regionales y de Unidades Locales de Desarrollo Social

Proceso Sistema de Pago de Beneficios	Unidades de Coordinación Administrativa Regional
Proceso de Seguimiento al Cumplimiento de Planes y Proyectos	Unidades de Investigación, Planificación y Evaluación Regional

<u>Dependencias de la Subgerencia de Gestión de Recursos</u>	
Ventas en tiendas comerciales incrementadas.	Administración de Empresas Comerciales
Ventas en tiendas comerciales incrementadas	Área Logística
Información financiera oportuna, confiable y suficiente y analizada disponible para la toma las decisiones (análisis sobre el peso relativo de los gastos administrativos con respecto a la venta)	Coordinación Administrativa
Facilitar la sostenibilidad financiera del IMAS y de su inversión social por medio de una efectiva captación y gestión de recursos según la legislación nacional y otras fuentes.	Área Captación de Recursos
Identificación de nuevos sujetos pasivos	Administración Tributaria
Gestionar la donación de bienes exonerados por parte de empresas hoteleras con contratos turísticos vigentes.	Donaciones

<u>Dependencias de la Subgerencia de Soporte Administrativo</u>	
Proyectos de infraestructura IMAS programados, anual y plurianualmente, según prioridades institucionales.	Área de Servicios Generales
Plan de compras y proceso contratación administrativo.	Proveeduría
Estudios financieros	Área de Administración Financiera
Brindar seguimiento a la ejecución presupuestaria que facilite la toma de decisiones para aplicar los ajustes y medidas correctivas necesarias.	Presupuesto
Generar información contable oportuna que facilite los procesos de toma de decisiones	Contabilidad
Recursos ingresados en los plazos establecidos según Flujo de Efectivo programado.	Tesorería

<u>Dependencias Asesoras y Auditoría Interna</u>	
Proceso Valoración de Riesgos.	Unidad de Control Interno
Procesos de respaldo y planes de contingencia manejo de base datos.	Tecnologías de Información
Reclutamiento y selección.	Desarrollo Humano
Impulsar la ejecución de las acciones incluidas en las distintas Políticas de Igualdad y Equidad de Género.	Unidad de Equidad e Igualdad de Género
Valorar la percepción de las personas usuarias sobre la prestación de servicios de la institución.	Contraloría de Servicios
Criterios técnicos jurídicos (Público meta asesorado (2015 Asesorar a las diferentes instancias del IMAS, para que realicen sus actividades ordinarias con apego a la normativa existente).	Asesoría Jurídica

Formulación de Planes, programas y proyectos (estratégicos y operativos) con participación activa de todas las unidades del nivel central y regional.	Planificación
Tramitación de Sesiones, Actas y Acuerdos de Consejo Directivo.	Secretaría de Actas de Consejo Directivo

Temas evaluados para cada proceso seleccionado:

Componente	Tema a evaluar
Ambiente de Control	<p>Conflicto de interés</p> <hr/> <p>Autorización, aprobación y coordinación con otras unidades, mejora de la eficiencia y eficacia de las operaciones y cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico</p> <hr/> <p>Definición de puntos de control para la calidad de los productos y servicios</p> <hr/> <p>Definición de actividades de coordinación según la estructura organizacional</p> <hr/> <p>Lineamientos para la inducción a los funcionarios nuevos o nueva labor a lo interno de las unidades</p>
Actividades de Control	<p>Evaluación de los controles y definición de medidas correctivas</p> <hr/> <p>Controles que disminuyen riesgos y puntos clave de control</p> <hr/> <p>Confiabilidad de la información (se definan responsables de su elaboración, revisión y autorización), así como listas de chequeo de lo dispuesto en procedimientos.</p> <hr/> <p>Documentación de la gestión relevante y verificación o conciliación de registros para asegurar exactitud</p> <hr/> <p>Definición de controles para la supervisión de las actividades y definición de lineamientos de responsabilidad de supervisión.</p>
Sistemas de Información	<p>Controles para asegurar la oportunidad de la información</p> <hr/> <p>Revisión de las actividades clave del proceso para retroalimentar la planificación</p> <hr/> <p>Disponibilidad de la información para el público interno y externo</p> <hr/> <p>Definición y comunicación de procedimientos para la comunicación de información (tipos, medios y plazo)</p> <hr/> <p>Calidad de la información que se genera, definición de responsables de evaluar y promover mejoras a la comunicación e información que se utiliza</p> <hr/> <p>Protección de la información sensible, mediante restricción de acceso a los archivos físicos o información en medios electrónicos</p> <hr/> <p>Respaldo de la información clave</p>

Autoevaluación Año 2020:

Se contemplo la evaluación de los cinco temas para evaluar los componentes del Sistema de Control Interno: Entorno de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación y Seguimiento.

Cada componente evaluado se divide en principios a los que se les es asociado las actividades institucionales realizadas o mecanismos de implementación de estos con los que se cuenta.

Preguntas por componente evaluado				
Ambiente de Control	Valoración de Riesgos	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento
7	4	5	6	2

Principios Ambiente de Control

1. Compromiso con los principios que rigen el servicio público y los valores del Código de Ética.
2. Supervisar en forma permanente el desempeño del control interno institucional.
3. Estructuras, líneas de mando, niveles de autoridad y de responsabilidad, procedimientos y la base normativa con mecanismos de control y evaluación.
4. Mecanismos para atraer, desarrollar y retener al personal competente, alineado con los objetivos institucionales.
5. Demostrar compromiso, participación y responsabilidad para el adecuado funcionamiento del control interno institucional.

Principios Componente Valoración de Riesgos

6. Definir los objetivos institucionales con la suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos potenciales.
7. Identificar riesgos que pudieran obstaculizar o impedir la consecución de objetivos en todos los ámbitos, con su posibilidad de su ocurrencia e impacto para su administración.
8. Considerar la posibilidad de fraude en la evaluación de riesgos de los objetivos institucionales.
9. Identificar y evaluar los cambios que pudieran afectar significativamente al control interno institucional.

Principios Componente Actividades de Control

10. Definir y desarrollar actividades de control que contribuyan a mitigar los riesgos para la consecución de los objetivos institucionales.
11. Definir y desarrollar actividades de control relativas al uso y aprovechamiento de las TIC.
12. Establecer las actividades de control en el marco normativo institucional para asegurar el cumplimiento de los objetivos de Control Interno.

Principios Componente Sistemas de Información

13. Obtener, generar y utilizar información confiable, de calidad, pertinente, veraz y oportuna para apoyar el funcionamiento del control interno institucional.

14. Medios adecuados para comunicar la información al interior del Instituto.

15. Mecanismos para atender peticiones de información de grupos de interés externos con transparencia, protección de datos personales y rendición de cuentas.

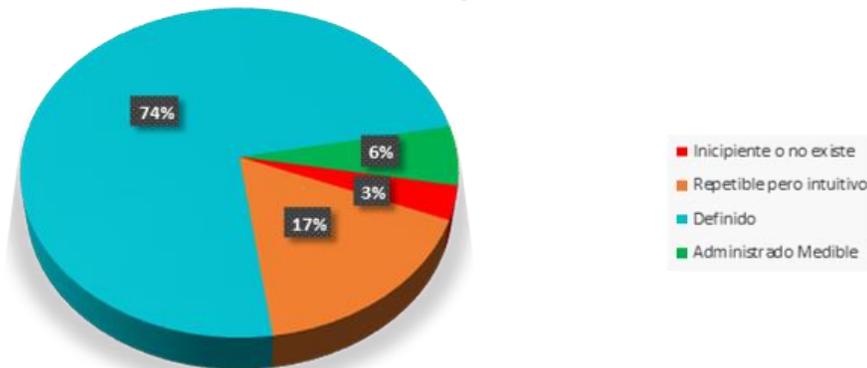
Principios Componente Seguimiento

16. Evaluaciones continuas para determinar si los componentes del control interno institucional están presentes y funcionando adecuadamente.

17. Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a los niveles facultados para aplicar las medidas correctivas.

Se presenta el grafico con el porcentaje obtenido de madurez en la definición y formalización de dichos temas:

Gráfico estadístico del estado de cumplimiento



De los resultados del proceso de Autoevaluación 2020 realizado por el Nivel Gerencial se obtienen las líneas principales con la perspectiva gerencial, donde se puntualizan los aspectos del Sistema de Control Interno que comprenden niveles de madurez con evidencia de la existencia de controles en la Institución donde se encuentran fortalezas en el funcionamiento de este Sistema, así como puntos en que se requiere robustecer los controles con que se cuenta para el efectivo cumplimiento de los objetivos que dispone el control interno en el sector público.

De la evaluación realizada, se obtienen detalles para determinar en un sentido más integral, el nivel de madurez en la Institución con datos que evidencian la definición de controles a los cuales en particular se requiera o no de fortalecer para concederle a la Institución un posicionamiento en el cumplimiento de los mínimos ideales de madurez.

Dentro de los principales resultados de manera general:

En el Componente Actividades de Control se presenta la mayor fortaleza, ya que no sólo comprende resultados del 80% en Nivel “Definido”, sino que adicionalmente un 8% en Nivel “Administrado Medible”, lo cual refiere a que además de contarse con la formalización de los controles, se tienen algunos de estos con seguimiento, verificados en su efectividad o incluso sistematizados.

Se determinan controles con evaluaciones en nivel Administrado y medible” para 4 Componentes, siendo que en Valoración de Riesgos de un 10%, 8% en Actividades de Control, 6,67% en Sistemas de Información y 10% en el Componente Seguimiento.

Por otro lado, se requiere que se destinen esfuerzos para incrementar la madurez de los controles señalados para el Componente Ambiente de Control, ya que es el único que no aparece con ítems evaluados como “Administrado Medible”, además que presenta un 20% de los controles en niveles no aceptables.

Se ha brindado énfasis a las evaluaciones en nivel de madurez “Incipiente”, a las cuales se les ha vinculado actividades para la mejora de las debilidades asociadas, por lo que en los casos que se presenta este nivel de madurez se ha ingresado en el sistema Synergy para cumplimiento acciones de mejora específicas.

Los Componentes Valoración de Riesgos y Seguimiento, no alcanzan el 70% de sus controles en nivel Definido, con importantes oportunidades de mejora que se señalan en el Plan de Mejora propuesto.

También fue contemplado el tema de gestión de control de las Tecnologías de Información, según los resultados es necesario se fortalezcan las acciones para aquellos aspectos en nivel “parcial”, mediante acciones de seguimiento y revisión del cumplimiento de las políticas de TI, gestión de monitoreo y control de riesgos estratégicos, informes y seguimiento del manejo de incidentes, toma de decisiones para la mejora de calidad de los servicios y productos de TI como resultado de las encuestas realizadas, así como definir otros mecanismos que permitan la mejora continua de los servicios de TI. Esto por cuanto deben gestionarse dentro de un marco de control que procure el logro de los objetivos y que dichos objetivos estén alineados con la gestión institucional, de manera que contribuyan con la eficiencia de los servicios institucionales.

2.2 Gestión para el Sistema Especifico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI)

De acuerdo con lo establecido, todas las instituciones deben contar con un sistema de valoración de riesgos institucional (SEVRI), para esto la Contraloría General de la República, emitió las Directrices para el establecimiento y funcionamiento del SEVRI las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE de la Contraloría General de la República, en el cual se definen los lineamientos generales para su implementación, los componentes a establecer y las actividades de funcionamiento.

El SEVRI del IMAS tiene como objetivo coadyuvar en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, por medio de la identificación y análisis de los riesgos institucionales, con el fin de que la valoración de riesgo sea un insumo para la toma de decisiones oportuna por parte de la administración activa.

Para el funcionamiento del Sistema en el IMAS se emplea como insumos básicos la información suficientemente, amplia y actualizada para el cumplimiento de los objetivos del SEVRI y éste deberá ser evaluado en forma periódica a efecto de ajustarlo a los cambios externos e internos –entorno legal, político y social- y se integrará a los diferentes sistemas institucionales de suministro de información para la toma de decisiones oportuna y acorde al interés público

Como elemento fundamental se debe contar con un Marco Orientador que contenga los lineamientos, objetivos, prioridades, procedimientos y una política de valoración de riesgos, para dar cumplimiento a este requerimiento, se estableció la normativa interna.

En dicho documento se definieron, los parámetros de aceptabilidad del riesgo, la estructura de riesgos y los criterios de valoración para la priorización y administración de los riesgos. También contiene un procedimiento institucional para la valoración de riesgos, y las responsabilidades en los distintos niveles jerárquico.

Durante los años 2009, 2012 y 2015 se llevaron a cabo ciclos para la valoración de riesgos siendo el año 2015 a partir del cual se inicia con la integración del SEVRI con los objetivos contenidos en el POI-POGE para realizar la Valoración de Riesgos, integrándose en los lineamientos institucionales para la formulación de los planes.

También como parte del SEVRI, fueron integrados los entes de Fideicomiso Banco Nacional- IMAS, secretaria nacional de Red de Cuido y el SIBIRUBE, los cuales se encuentren registrados en el sistema de información los resultados de los procesos de valoración de riesgos y cuentan también con un expediente físico con el detalle las actividades llevadas a cabo.

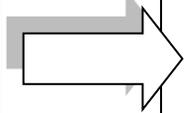
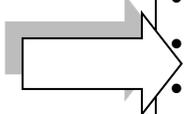
2.2.1 Actualizaciones de la normativa Interna para el desarrollo y aplicación del SEVRI

En el cumplimiento de lo señalado en las Directrices, en la Institución se diseñó un documento “Propuesta Institucional para el Establecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo” en el año 2007, posteriormente se realizaron actualizaciones, mejoras, modificaciones y ajustes a

este documento, teniendo como resultado que se ha aprobado por el Consejo Directivo las siguientes versiones del mismo:

- › Mediante Acuerdo CD 105-09 de fecha 17 de marzo de 2009, “Actualización del Marco Orientador y Fortalecimiento del Componentes del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI)”.
- › Mediante Acuerdo CD 106-03-2012 de fecha 12 de marzo de 2012, “Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional en el IMAS”.
- › Mediante Acuerdo CD 373-09-2015 de fecha 07 de setiembre de 2015, “Marco Orientador para el Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI)”.
- › Mediante Acuerdo CD 048-02-2016 de fecha 04 de febrero de 2016, “Aprobar las Modificaciones al Documento Marco Orientador para el Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI)”.
- › Mediante Acuerdo CD 22-01-2019 de fecha 17 de enero de 2019, “Marco Orientador para el Funcionamiento del Sistema Específico del Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI)”.

Estructura actual de riesgos institucional

Fuente	Categorías	Fuente	Categorías	Causa
<p>Externa</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y Monitoreo del entorno. • Interacción con actores externos. 	<p>Interna</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación- Presupuestación • Estratégico • Financiero • Gestión de TI • Integridad y Transparencia • Operacional 	<p>Descripción de la causa del riesgo</p> <p>¿Cómo? y ¿Por qué?</p> <p>Del evento que pueden suceder.</p>

El funcionamiento del SEVRI, se realizó de manera cíclica, iniciando con la identificación, análisis, evaluación y priorización de los riesgos, una segunda etapa para la administración (implementación de las medidas que permitan disminuir los niveles de riesgos) y una tercera etapa para la revisión de los riesgos una vez cumplidas las medidas de administración y determina el nivel de riesgo tratado, y determinar el nivel de riesgos institucional según los parámetros de aceptabilidad definidos por el IMAS en el Marco Orientador del SEVRI.

2.2.2 Acciones para el fortalecimiento del SEVRI

Desde los inicios de la labor de la Unidad de Control Interno, se han dirigido esfuerzos por el establecimiento, funcionamiento y perfeccionamiento del SEVRI, se detallan sobre acciones implementadas:

i. Instructivos metodológicos y sesiones de asesoría



Año 2012, luego de la aprobación del documento Funcionamiento del SEVRI por parte del Jeraarca, se crea el Instructivo metodológico del SEVRI, documento resumen dirigido a las personas que gestionan riesgos en la Institución.



Año 2016, nuevo instructivo para distribuir en las sesiones de revisión e identificación de Riesgos, con la metodología actualizada, luego de la aprobación del documento Marco Orientador del SEVRI en el mes de setiembre de 2015.



Asesoría y acompañamiento en cada uno de los procesos de valoración de riesgos, sesiones de inducción con cada dependencia, explicando la metodología y brindando apoyo en la identificación, análisis y cada etapa de la gestión de riesgos

ii. Curso Virtual

En el año 2020, la Unidad de Control Interno en atención al cumplimiento de un compromiso adquirido con la Institución para el desarrollo de Cursos Virtuales, desarrolló un curso cuyo contenido se avocó a capacitar al participante en cuanto a la metodología institucional de la gestión de riesgos.

El curso desarrollado lleva el nombre de “Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI)”, el cual a partir del mes de mayo del año 2020 fue puesto en práctica dirigido en especial a las personas en cargos de jefaturas y que al mes de febrero de 2021 ha sido cursado por 91 personas.

iii. Plan de Mejora basado en los resultados de la madurez del SEVRI :

- › Realizar un plan de capacitación de refrescamiento y sensibilización sobre el tema de control interno, que incluya la normativa vigente y todo el proceso de gestión de riesgos institucional.
- › Definir en el Marco Orientador del SEVRI una estrategia de divulgación sobre los resultados de informes del SEVRI, normativa vigente y otros temas de interés relacionada con la temática.

- › Comunicar claramente las responsabilidades de los Titulares Subordinados en la gestión de riesgos, y definir sanciones por parte de la Gerencia General ante incumplimientos para el buen funcionamiento del SEVRI y que se conviertan en verdaderos líderes del tema de Control Interno.
- › Que la información de seguimiento y evaluaciones institucionales sea comunicada y divulgada a los distintos actores interesados, de manera que se vuelva un insumo para la gestión de riesgos institucional.
- › Realizar un taller para dar a conocer la normativa vigente sobre la gestión de riesgos (Marco Orientador) y de sensibilización en temas de control interno. De manera que permita una mejor priorización en la identificación y administración de riesgos que tengan mayor incidencia en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- › Planificación Institucional con el apoyo de la UCI debe realizar el seguimiento para verificar el cumplimiento de las unidades a los riesgos contenidos en los Planes Anuales.

iv. Iniciativas para integrar a los sujetos interesados

En el año 2018, se realiza un ejercicio para ejecutar la Estrategia Sujetos Interesados (ámbito privado), conforme lo señalado en el Marco Orientador del SEVRI en el IMAS aprobado en el año 2015, en el apartado 7 “Sujetos Interesados”, que indicaba:

“...se remitirá un cuestionario para analizar la percepción de los sujetos de derecho privado, considerando incluir al menos al 20% de las organizaciones a las cuales se les financiaran proyectos contenidos en los Planes Anuales Operativos. ... La información recopilada en dicho formulario será remitida a la Unidad de Control Interno para brindar un informe de resultados a las instancias correspondiente a nivel institucional de manera que la información sirva de insumo para la planificación institucional y toma de decisiones.”

Al efecto se retomó el instrumento incluido en el Marco Orientador con una breve variación para facilitar la percepción de las organizaciones.

El proceso se realizó a una muestra de 10 organizaciones priorizadas (20% de las organizaciones incluidas en el POI), al constituirse como sujetos de derecho privado custodios o administradores de fondos públicos otorgados por la institución.

La importancia de estos sujetos interesados en el diseño del SEVRI incorpora los objetivos y percepciones de éstos, valorando su participación en el establecimiento, funcionamiento y perfeccionamiento del Sistema; ante estas disposiciones, el IMAS enfrenta un reto debido a la naturaleza tan diversa de sus actividades, por lo que las incorporaciones se han llevado a cabo en el tiempo de manera paulatina. Los primeros esfuerzos han sido al brindar la información del establecimiento, funcionamiento y perfeccionamiento del Sistema a la fecha mediante el uso de

tecnologías, y el acercamiento con algunas organizaciones de derecho privado que a su vez son puente con la población objetivo de la institución.

El resultado del ejercicio fue medir la probabilidad e impacto aplicando rangos de 1 a 3 (Alta, Media, Baja) a las situaciones o factores de riesgo:

- ⇒ Poca agilidad en la Administración de los recursos o uso inadecuado.
- ⇒ Ausencia de asesoría oportuna por parte del personal del IMAS para la implementación del proyecto.
- ⇒ Gestión de trámites poco claro o con duplicidad de requisitos-
- ⇒ Falta de capacidad de gestión a efecto de ejecutar el proyecto por parte del IMAS.
- ⇒ Desconocimiento del alcance de las cláusulas de los convenios por parte de las unidades responsables y organizaciones.
- ⇒ Indefinición en Perfil de los representantes de la organización

Lo anterior con rangos de evaluación para la probabilidad e impacto de 1 a 3 (3 Alta, 2 Media, 1 Baja)

Las organizaciones en términos generales manifestaron que la principal exposición a riesgos en sus proyectos en orden de prioridad consiste en:

1. Desconocimiento del alcance de las cláusulas de los convenios por la Unidad responsable y las organizaciones.
2. Una gestión de trámites poco claro o con duplicidad de requisitos, y ausencia asesoría oportuna por parte del IMAS.
3. Falta de capacidad de gestión a efecto de ejecutar el proyecto por parte del IMAS.

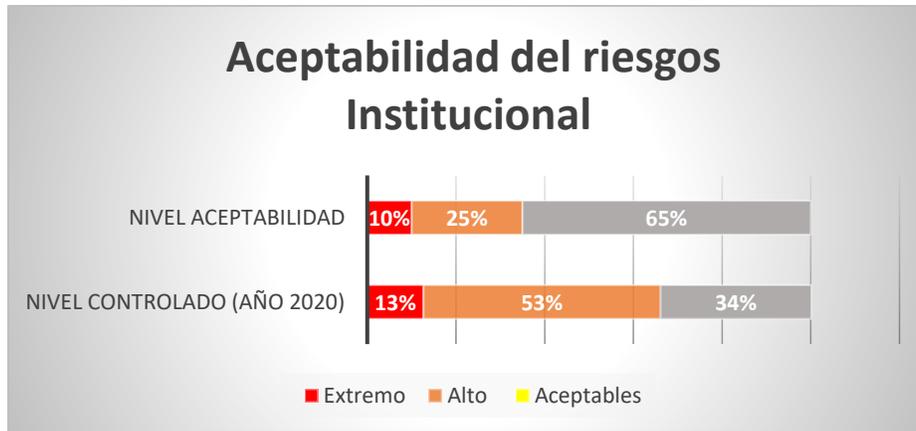
Para la Administración, se señaló conforme los resultados obtenidos, la necesidad de una mayor cantidad de capacitaciones interdisciplinarias y acompañamiento a las organizaciones, lo cual se debe incorporar en la planificación de las unidades que intervengan en el desarrollo de estos proyectos.

2.2.3 Estado actual de la gestión de riesgos:

-Modelo de riesgos relacionados con el Plan Estratégico Institucional 2019-2022 y el debido seguimiento al cumplimiento de las medidas de administración de riesgos y Modelo de Riesgos del Plan Institucional de Tecnologías de información (PITI)

-Modelo de Riesgos vinculados a los planes POI- POGE, para efectos del presente informe se detalla el estado actual de la gestión de riesgos a junio 2021:

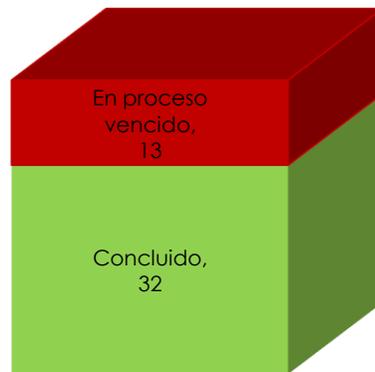
Se inicio con una nueva valoración de riesgos en el año 2019, definiéndose las medidas de administración de riesgos para aquellos en niveles de no aceptabilidad en el año 2020:



Fuente: Informe de gestión de riesgos 2019, UCI

Según se muestra, el nivel de riesgo con el cual se definen las acciones de mitigación es el nivel “controlado”, lo que señala es que el riesgo se encuentra evaluado considerando la efectividad de los controles existentes. De acuerdo con los criterios de aceptabilidad de riesgos, se establecieron las medidas de administración para los riesgos ubicados en niveles “Extremos” y “Altos”, lo cual corresponde al 66% del total de riesgos identificados.

Al año 2020 se brindó el informe del estado de los planes de administración de riesgos. Según se muestra:



Fuente: informe de gestión de riesgos año2020. UCI

En el segundo trimestre 2021, fue iniciada la revisión de los riesgos (nivel tratado) para aquellos riesgos con medidas concluidas; y la identificación de riesgos de las Áreas Regionales de Desarrollo Social (ARDS).

Documentación de proceso: La documentación de cada valoración de riesgos se cuenta con un expediente para cada unidad con los resultados de los riesgos identificados.

También fueron elaborados informes anuales de la gestión de riesgos que fue expuesta a la Comisión Gerencial de Control Interno y posterior al Consejo Directivo, donde fue resumido la situación de los riesgos institucionales, nivel de riesgos institucional y el detalle de las medidas de administración de riesgos.

Sistema para el registro de la información de riesgos:

Se cuenta con el sistema DELPHOS, para el registro de todos los procesos de valoración desde el año 2015 a la fecha.

Fue elaborado un procedimiento para la sistematización y documentación de la gestión de riesgos en el año 2012 y actualizado al año 2020. Comunicado a nivel institucional.

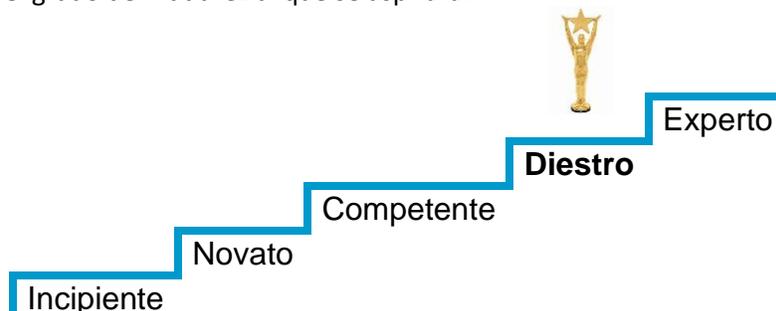
2.2.3 Evaluación del funcionamiento del SEVRI

Se realizaron evaluaciones sobre el funcionamiento del SEVRI, mediante la aplicación de la herramienta de Madurez del SEVRI , uno en el año 2014 del cual se generaron planes de mejora para atender las necesidades y una nueva aplicación en el año 2018.

Resultados del proceso 2018

Los resultados de la aplicación del Modelo de Madurez son comparables con la aplicación de un instrumento que comprende la misma distribución de los temas en el año 2014, en que el nivel institucional fue “Competente”, los cuales suponían una expectativa de mejora para la siguiente aplicación del instrumento, lo que se cumpliría en el tanto se lograra pasar al menos de un nivel “Competente” a “Diestro”, definiéndose este último como el nivel en que se han instaurado procesos de mejora continua para el oportuno ajuste y fortalecimiento permanente del SEVRI.

El resultado final de la aplicación del Instrumento Modelo de Madurez del SEVRI en el año 2018, en concordancia con el mayor porcentaje de las evaluaciones, determina que es “Diestro”, consiguiéndose el grado de Madurez al que se aspirara.



En la aplicación del Modelo de Madurez en el año 2018 se presentaron las principales diferencias con respecto a los resultados del 2014:

- › No se presentan evaluaciones “Incipiente” o “Experto” en el 2018.

- › 26 de los temas evaluados cambian en sus resultados, 15 a un nivel superior de madurez y 11 a un nivel inferior.
- › El personal que participa del proceso muestra conocimiento y manejo del tema, siendo los resultados reflejo de la cultura de compromiso respecto al tema.

Tabla de los resultados Competente y Diestro 2018 y comparados con los obtenidos en el 2014

Tema evaluado		Evaluación 2018	En 2014
1.1.1.	La existencia y uso de la información sobre los riesgos institucionales en la toma de decisiones. La incorporación y necesidad de utilizar la información de riesgos para la toma de decisiones.	Competente	Diestro
1.1.2	Grado en que la valoración del riesgo permite ubicar a la Institución bajo un nivel de riesgo aceptable. Conciencia de cumplimiento de planes de administración para llevar el nivel de riesgo a los niveles de aceptabilidad establecidos en la Institución	Diestro	Diestro
1.1.3	Grado en que la Valoración de Riesgos contribuye al logro de los objetivos institucionales Vinculación de la valoración de riesgos con los objetivos establecidos en los planes	Diestro	Novato
1.2.1.	Suficiencia de la información sobre el entorno (interno y externo) para la valoración de riesgos en la organización	Diestro	Competente
2.1.1.	Disposición de una política de valoración de riesgos	Competente	Experto
2.1.2.	Disposición de estrategia de valoración del riesgo	Diestro	Experto
2.1.3.	Disposición de un Marco Orientador con la normativa para la valoración del riesgo.	Diestro	Experto
2.2.1.	Nivel de convencimiento sobre la importancia de la valoración del riesgo en la organización.	Diestro	Novato
2.2.2.	Uniformidad en el significado del concepto de riesgo	Competente	Novato
2.2.4.	Consolidación de mecanismos de coordinación y comunicación relacionados con el SEVRI	Competente	Competente
2.3.2.	Dotación de los recursos necesarios para la estrategia del SEVRI	Competente	Competente
2.3.3.	Dotación de los recursos necesarios para implementar las medidas de administración de riesgos.	Competente	Novato
2.5.1.	Establecimiento y alcances de la herramienta para la administración de la información del SEVRI	Experto	Experto
3.1.2.	Utilización de la información del monitoreo del entorno y la evaluación institucional en la identificación de riesgos.	Diestro	Incipiente
3.2.1.	Formalidad de ejecución de la actividad de análisis de riesgos	Diestro	Competente
3.2.2.	Integralidad y tipo de análisis de riesgo	Experto	Competente
3.2.3.	Escenarios considerados en el análisis de riesgos.	Experto	Incipiente
3.3.1.	Formalidad de ejecución de la evaluación de riesgos	Diestro	Diestro
3.3.2	Capacitación relacionadas con el tema de valoración del riesgo.	Competente	Competente

Tema evaluado		Evaluación 2018	En 2014
3.4.1.	Opciones de administración de riesgos.	Diestro	Experto
3.4.2.	Criterios de evaluación de las medidas de administración de riesgos.	Diestro	Experto
3.4.3.	Integración de las medidas de administración de riesgos a los planes institucionales.	Diestro	Incipiente
3.5.1.	Integralidad de la revisión de riesgos	Competente	Competente
3.5.2.	Utilización de la información que se genera en la revisión de riesgos	Competente	Diestro
3.6.1.	Formalidad de ejecución de la comunicación de riesgos.	Experto	Diestro
3.7.1.	Disposición de la información documentada	Diestro	Competente
3.7.2.	Requerimientos de información para los reportes	Diestro	Competente

Fortalezas identificadas:

-Actividades para el “Funcionamiento del SEVRI” , lo que corresponde a la comunicación y manejo de la información, la relevancia y tratamiento de esa información que se refleja en la manera en que se lleva a cabo el análisis, la priorización y aceptabilidad del riesgo y que como resultado ha dirigido que en los Planes de la Institución se integren las medidas diseñadas.

-“Aspectos Generales del SEVRI”, se ve fortalecido en lo que corresponde a la conciencia en el cumplimiento de los planes de administración para fomentar que la Institución se encuentre en niveles de aceptabilidad; así como la contribución del proceso de valoración de riesgos para el logro de los objetivos.

-“Establecimiento del SEVRI”, la disposición de un Marco Orientador, el nivel de convencimiento acerca de la importancia de la valoración de riesgos para la institución y la existencia y alcances de la herramienta que es constantemente evaluada, perfeccionada y se ajusta de forma periódica a las necesidades

Lo anterior se puede agrupar en 4 grandes temas que se ven fortalecidos, de los resultados del 2018:

- Importancia del a Valoración de Riesgos
- Bases Formales del SEVRI
- Manejo de la Información
- Planes de Administración

2.3 Fortalecimiento del Ambiente de control

Con el fin de contribuir a un ambiente de control, propicio para el sistema de control interno fueron desarrolladas iniciativas tales como:

2.3.1 Acciones para generar conocimiento en control interno

Capacitación en temas de control interno a personas titulares subordinadas y enlaces de control interno, esto para crear un conocimiento uniforme de los temas de control interno y contribuir a la comprensión de este y su utilidad para la mejora de los distintos procesos. Entre los temas abarcados se encuentran:

- Normas de Control Interno
- Normas para la implementación y funcionamiento del SEVRI
- El control interno vinculado con la calidad

Se detalla sobre las principales y más significativas acciones de capacitación en el tema de riesgos :



- Conflicto de interés
- En estado de implementación un nuevo curso de “Control interno en la función Pública”, para el año 2021.

El curso de Control interno en la función pública se encuentra terminado en la plataforma de Desarrollo Humano, quedando pendiente su implementación.

2.3.2 Control interno y “Buenas Prácticas” para la mejora continua

Fue desarrollado el Proyecto “Buenas Prácticas” (años 2012 y 2014) ; el cual comprendió mediante la iniciativa de un concurso institucional, recopilar buenas prácticas en la gestión que contribuyan a un buen sistema de control interno y la mejora continua. Esto permitió, generar dos talleres a nivel institucional para el intercambio de experiencias exitosas de las distintas unidades participantes y generar conocimiento sobre el control interno y su integración en las actividades y procesos institucionales.

Se cuenta con la documentación física del proceso, y los informes remitidos a la Gerencia General, y el del año 2014 presentado al Consejo Directivo.



2.3.3 Encuesta de percepción de la calidad del Servicio

Con el fin de determinar mediante cuatro ámbitos relacionados con la calidad en el servicio (oportunidad del servicio, disponibilidad de la información- trato amable y Eficacia del servicio) y como evaluaba las unidades el servicio recibido de otras unidades a lo interno de la institución, las encuestas de percepción fueron aplicadas durante el año 2017 al año 2020.



Esto como una iniciativa para reforzar un ambiente positivo de control, así como atender lo establecido en la Norma 1.9 *“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben promover un compromiso institucional con la calidad y apoyarse en el SCI para propiciar la materialización de ese compromiso en todas las actividades y actuaciones de la organización. A los efectos, deben establecer las políticas y las actividades de control pertinentes para gestionar y verificar la calidad de la gestión, para asegurar su conformidad con las necesidades institucionales, a la luz de los objetivos, y con base en un enfoque de mejoramiento continuo.”*

Se presenta en la siguiente gráfica las unidades a las cuales se les fue aplicada la encuesta de percepción:



2.3.4 Proceso Ético Institucional

Coordinación de la Comisión Institucional de Valores, Ética y Transparencia (CIVET): corresponde a esta comisión liderar y dirigir el proceso ético institucional, en atención a las normas de control interno sobre el diseño, implementación y seguimiento de actividad formales e informales para la integración de la ética en los distintos procesos institucionales.

Entre los principales logros durante la coordinación de esta comisión se encuentran:

- Campaña de promocional de valores de manera anual, utilizando medios físicos, correos electrónicos y talleres.

- Actualización del código de ética y conducta aprobado por Consejo Directivo en el año 2020.
- Recopilación de insumo para la construcción de una policita ética.

Documentación del proceso: se elaboró un informe anual de la gestión y planes de trabajo, los cuales fueron comunicados a la Presidencia Ejecutiva y nivel Gerencial. Se cuentan con ampos anuales de la gestión realizada.

3. Cambios en el ordenamiento jurídico

Solamente se dio un cambio mediante la emisión de la actualización de las Normas Generales de Control Interno por el sector público, emitidas en el año 2009 por la Contraloría General de la República.

4. Estado actual de la autoevaluación del sistema de control interno y Acciones emprendidas para fortalecer el sistema de control interno

La unidad de control interno, evaluó en el año 2018 por última vez los mecanismos de control para el cumplimiento de sus actividades, definiendo un plan de acción que fue implementado durante los años 2019 y 2020, en el seguimiento cuadro se detalla el estado del sistema de control interno y las acciones emprendidas para su fortalecimiento:

Norma	Tema	Estado	Suficiencia de los medios de verificación	Madurez
2.3.2 Elementos informales de la ética institucional	Tema Conflicto de interés	No	<u>Unidad de Control Interno:</u> Se incorpora e el MO, el tema de las transparencia y objetividad en la valoración de riesgos.	No existe
2.5.2 Autorización y aprobación 1.2 Objetivos del SCI Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. 1.2 Objetivos del SCI d. Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.	Tema Mecanismos para cumplimiento de objetivos CI, autorización y aprobación, coordinación con otras unidades. Mejora de la eficiencia y eficacia de las operaciones y cumplimiento del Ordenamiento Jurídico y técnico.	Parcial (2) Si	<u>Unidad de Control Interno:</u> Se realizan verificaciones mediante reuniones periódicas y se documenta los resultados	Inicial

1.9 Vinculación del SCI con la calidad	Tema Definición de puntos de control para la calidad de los productos y servicios.	Si	<u>Unidad de Control Interno:</u> Se encuentra definido en un procedimiento, pero no se indica si se revisa y actualiza	Proceso definido
2.5.2 Autorización y aprobación 2.5 Estructura organizativa	Tema Mecanismos a efecto del cumplimiento de los objetivos de control interno Definición de actividades de coordinación según la Estructura organizacional.	Si (2)	<u>Unidad de Control Interno:</u> Las responsabilidades se encuentran definidas y han sido formalizadas comunicadas a la comunidad institucional	Proceso definido
2.4 Idoneidad del personal	Tema Mecanismos a efecto del cumplimiento de los objetivos de control interno Lineamientos para la inducción a los funcionarios nuevos o nueva labor a lo interno de las unidades.	No	<u>Unidad de Control Interno:</u> Definición de un protocolo de inducción	
4.1 Actividades de control	Tema Requisitos de las actividades de control Evaluación de los controles y definición de medidas correctivas	Parcial	<u>Unidad de Control Interno:</u> Hacer la revisión de los controles incluidas en el MO y en el procedimiento de sistematización del SEVRI, para su actualización.	Inicial
4.2 Requisitos de las actividades de control 4.2 Requisitos de las actividades de control	Tema Requisitos de las actividades de control Controles disminuyen los riesgos y puntos clave de control	Si Parcial	<u>Unidad de Control Interno:</u> Se brindaron mejoras a partir de la administración de riesgos pasada. Revisión y actualización del procedimiento de sistematización de riesgos.	Repetible pero intuitivo
4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información 4.4.2 Formularios uniformes 4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información	Tema Confiabilidad de la información (se definan responsables de su elaboración, revisión y autorización), así como listas de chequeo de lo dispuestos en procedimientos	Si (3)	<u>Unidad de Control Interno:</u> Se realizan supervisiones, revisiones de la información e informes de observaciones.	Proceso definido

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional	Tema Documentación de la gestión relevante y verificación o conciliación de registros para asegurar su exactitud	Si (2)	<u>Unidad de Control Interno:</u> Se realizó una lista para la verificación de los expedientes, pero falta formalizar su utilización y periodicidad.	Repetible pero intuitivo
4.5.1 Supervisión constante 4.6 Cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico	Tema Definición de controles para la Supervisión de las actividades y definición de lineamientos de responsabilidad de supervisión	Parcial Si	<u>Unidad de Control Interno:</u> Se encuentran definidas las líneas de autoridad en el documento aprobado del Marco Orientador para el SEVRI.	Proceso definido
5.6.2 Oportunidad de la información	Oportunidad de la Información que se genera Controles para asegurar la oportunidad de la información	Si	<u>Unidad de Control Interno:</u> Informes de cumplimiento remitidos de forma anual al Consejo Directivo	Proceso Definido
5.6.3 Utilidad de la información	Oportunidad de la Información que se genera Revisión de las actividades clave del proceso para retroalimentar la planificación	Si	<u>Unidad de Control Interno:</u> Con la información de los informes se verifica cumplimiento de lo planificado y se decide si se deben realizar cambios	Administrado medible
5.7.3 Oportunidad de la comunicación	Oportunidad de la Información que se genera Disponibilidad de información para el público interno y externo.	No	<u>Unidad de Control Interno:</u> No indica Actualización del procedimiento de sistematización de la información del -SEVRI	No existe
5.7.4 Seguridad de la comunicación	Oportunidad de la Información que se genera Definición y comunicación de procedimientos para la comunicación de información (tipos, medios y plazo)	Parcial	<u>Unidad de Control Interno:</u> No indica Actualización del procedimiento de sistematización de la información del -SEVRI	Inicial
5.6 Calidad de la información	Tema Gestión Documental Calidad de la información que se genera definición de responsables de evaluar y promover mejoras a la comunicación e información que se utiliza.	Parcial	<u>Unidad de Control Interno:</u> Se incluyó en el POGE 2018, un plan de comunicación.	Repetible pero intuitivo

5.8 Control de sistemas de información	Tema Gestión Documental Protección de la información sensible, mediante restricción de acceso a los archivos físico o información en medios electrónicos	Si	<u>Unidad de Control Interno:</u> Sistemas con protección de usuario y claves de acceso	Administrado medible
5.4 Gestión documental	Tema Gestión Documental Respaldo de lo información clave	Parcial	<u>Unidad de Control Interno:</u> definición de la periodicidad para realizar los respaldos	Inicial

5. Principales logros alcanzados durante la gestión

Durante mi gestión como jefatura de la unidad de control interno, fueron muchos los logros de manera anual que contribuyeron con la mejora del sistema de control interno institucional. Siendo que el apartado de gestión, se detallan los principales resultados.

Se describen de manera general los logros, se refieren:

- Procesos de sensibilización y homologación de la temática de control interno de manera constante mediante trabajos de capacitación, instructivos, cursos virtuales, sesiones de acompañamiento de manera paralela a los procesos.
- Formalización de procedimientos para la ejecución de la autoevaluación, y gestión de riesgos
- Diseño de instrumentos para la valoración de riesgos y evaluación del SEVRI.
- Diseño de instrumentos de autoevaluación y evaluación de la madurez del Control interno.
- Implementación de un sistema para la automatización de la autoevaluación del SCI.
- Sistematización de la valoración de riesgos.
- Definición de los planes de mejora institucionales, como resultados del análisis de temas macro a nivel institucional, para el fortalecimiento del control interno.

6. Estados de los proyectos relevantes en el ámbito institucional

- Entre los proyectos en proceso de implementación se encuentra la integración de la valoración de riesgos de transparencia e integridad, como estrategia de apoyo para la prevención de la corrupción y actos ilícitos, al SEVRI, si bien fue iniciado en el año 2019-2020, es necesario una comunicación e inducción del tema a las personas titulares subordinadas.
- Implementación del último curso diseñado en el tema de control interno “Control interno en la función Pública”.

-Autoevaluación año 2021, se encuentra en conclusión la autoevaluación de dicho año, donde las unidades completaron los formularios de autoevaluación, quedando pendiente el análisis de la información, definición de las acciones de mejora y la elaboración del informe de resultados.

-Gestión de riesgos: se inicio en el año 2021 con la valoración de riesgos de las Áreas Regionales, se encuentra en la fase de evaluación y priorización para la administración de los riesgos en niveles de no aceptabilidad.

7. Administración de los recursos financieros asignados durante su gestión

La unidad de Control Interno realizó un uso eficiente de los recursos asignados, en temas de capacitación dirigida al personal institucional y adquisición – mantenimiento de la herramienta Synergy para la sistematización de los procesos de autoevaluación.

8. Sugerencias para la buena marcha del tema de control interno

El sistema de control interno es una herramienta de apoyo para la administración de manera que contribuya al cumplimiento de los objetivos, protegiendo los bienes de un mal uso o despilfarro, también el brindar información con confiabilidad y oportunidad, así como asegurar el cumplimiento de la normativa aplicable.

Para esto es necesario, un análisis desde una visión macro de la institución que permita revisar la efectividad de los mecanismos de control por procesos clave. Así como el cumplimiento de los planes de mejora definidos para tal fin.

En cuanto a la gestión de riesgos, es necesario se integre de manera natural en el proceso de planificación, en la elaboración de los planes institucionales.

9. Estado de las disposiciones de la Contraloría General de la República, entes de control y Auditoría Interna

No se encuentran pendientes disposiciones de la Contraloría General de la Republica.

Las recomendaciones emitidas por la Auditoria Interna fueron atendidas según correspondía en los plazos establecidos, por lo cual no se tiene pendientes.