

## INFORME SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SEVRI

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Origen del estudio

El estudio a que se refiere el presente informe se llevó a cabo de conformidad con el Plan Anual de Trabajo de la Auditoría Interna del IMAS del año 2009.

#### 1.2 Objetivo general

El objetivo principal del estudio consistió en evaluar el funcionamiento del SEVRI y el cumplimiento por parte de la Administración de las directrices emitidas por la Contraloría General de la República (D-3-2005-CO-DFOE).

#### 1.3 Alcance y periodo del estudio

El estudio consistió en evaluar y verificar la implementación y cumplimiento, efectivo, del “Plan de trabajo para el ajuste y corrección del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) 2008-2009”<sup>1</sup> y el “Cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI”<sup>2</sup>. El periodo del estudio comprendió del 01 de julio del 2008 al 27 de noviembre del 2009, debiendo extenderse en los casos que se considero necesario al 04 de noviembre del 2010.

Para llevar a cabo este estudio se utilizaron como criterios de evaluación en el funcionamiento del SEVRI, lo dispuesto en el siguiente bloque de legalidad: Ley General de Control Interno, N° 8292 y las Directrices Generales para el Establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE.

El estudio se efectuó de conformidad con el Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público (M-2-2006-CO-DFOE), el Manual de Procedimientos de Auditoría Interna del IMAS, así como la demás normativa de auditoría interna de aplicación y aceptabilidad general.

#### 1.4 Antecedentes

Mediante oficio AI. 294-06-2008 de fecha 20 de junio del 2008 este Despacho comunica las “Observaciones sobre el funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI)”, entre las que se destaca que el SEVRI implementado en el IMAS,

---

<sup>1</sup> Aprobado mediante acuerdo N° 273-08 del 18 de agosto del 2008.

<sup>2</sup> Aprobado mediante acuerdo N° 105-09 del 17 de marzo del 2009.

“funciona parcialmente, y aunque la administración ha hecho importantes esfuerzos para ponerlo en ejecución, no se ha logrado que todos sus componentes funcionen en forma coordinada, integrada y ordenada, como un sistema.”, de manera que se deben tomar una serie de medidas correctivas necesarias para mejorar el SEVRI, con la finalidad de alcanzar su adecuado funcionamiento como sistema.

Como resultado de ello, el Consejo Directivo emite el acuerdo N° 231-08 del 11 de julio del 2008, en donde ordena a la Gerencia General “que en el término de 15 días hábiles, presente a este Consejo Directivo un plan que corrija y ajuste al SEVRI.”. En cumplimiento de lo dispuesto por el Órgano Director, la Gerencia General remite el oficio GG 1888-8-2008 de fecha 13 de agosto del 2008, en donde somete a conocimiento y aprobación el documento denominado “Plan de Trabajo para la Corrección y Ajustes al Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucionales-SEVRI”, el cual fue aprobado el 18 de agosto del 2008 mediante acuerdo N° 273-08.

El 12 de marzo del 2009, la Máster Margarita Fernández Garita, Gerente General y la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de Control Interno remiten, al Consejo Directivo, el oficio GG 0640-03-2009 en donde comunican: “En referencia a lo ordenado mediante Acuerdo número CD 273-08 de fecha 18 de agosto de 2008, en del (sic) cual se origina el imperativo de poner en marcha un Plan de Ajuste y Corrección para el Fortalecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) 2008-2009, dentro del cual una de las principales acciones consiste en la actualización del Marco Orientador...”, a raíz de ello, somete a aprobación el documento denominado “Actualización del Marco Orientador y fortalecimiento de Componentes del SEVRI”. Con respecto a ello, el Consejo Directivo toma el acuerdo N° 105-09 del 17 de marzo del 2009, en donde se aprueba el “Cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI”.

El 25 de febrero del 2009, mediante oficio AI. 118-02-2009, este Despacho le comunica a la Máster Margarita Fernández Garita, Gerente General, los resultados de la verificación efectuada al cumplimiento de las acciones y planes contemplados dentro del “Plan de trabajo para el ajuste y corrección del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) 2008-2009” y el “Cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI”, en donde se le advertía, en lo de interés, lo siguiente:

.../...no se han realizado los talleres de trabajo con funcionarios capacitados en SEVRI, actividad que se requería para incorporar los resultados en el marco orientador y ambiente de apoyo, para su corrección y ajuste. Cabe señalar que la revisión y definición de los cambios fueron efectuados por el personal del Equipo Técnico de Control Interno y presentados a la Comisión Gerencial para su análisis, **pero estos funcionarios tienen un ingreso reciente a ese Equipo y no cuentan con la capacitación suficiente en esta materia**, según se constató en entrevista aplicada a la Coordinadora de este Equipo.

Por otra parte, el incumplimiento del cronograma para el desarrollo del plan de trabajo **podría incidir en que el documento presentado a la Comisión Gerencial no contenga todos los**

**requerimientos que se pretendían al hacer un ajuste y corrección a las Directrices** Institucionales del Sistema Específico de Valoración del Riesgo. (Lo resaltado no es parte del original)

## **1.5 Comunicación verbal de resultados**

En reunión celebrada el día 14 de enero del 2011, se comunicaron los resultados del presente informe a la Máster Mayra Díaz Méndez, Gerente General a.i. y a la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de la Unidad de Control Interno, en la cual se efectuaron algunas observaciones que en lo pertinente, una vez valoradas por esta Auditoría Interna, fueron incorporadas en el acápite de recomendaciones.

## **2. RESULTADOS**

### **2.1. Evaluación de las actividades ejecutadas por la Administración para la implementación y perfeccionamiento del SEVRI**

#### **1. Uso de bitácoras**

Se determinó que las bitácoras de la herramienta informática ERA se encuentran desactivadas, tal situación impide extraer información relacionada con el acceso al sistema y con los cambios efectuados por el personal de Control Interno, asimismo no es posible comprobar que los movimientos y afectaciones a la información registrada en el ERA sea realizada exclusivamente por los funcionarios de dicha área dentro de una fecha determinada.

A raíz de la consulta realizada por esta Auditoría Interna, referente a la activación de la bitácora de acceso al sistema ERA, la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de Control Interno, envió el 23 de setiembre del 2009, un correo electrónico indicando "...que realizará las verificaciones en el sistema sobre el funcionamiento de las bitácoras del sistema ERA...".

Con respecto a la activación de la bitácora en la herramienta ERA, se procedió a consultarle a los Auditores de Sistemas de esta Auditoría Interna, en donde señalaron que no implica un aumento en el consumo de recursos, o sea, activar la bitácora no hace la aplicación (ERA) más lenta, lo anterior por tratarse de un sistema o una aplicación relativamente pequeña, en razón de que la función de la bitácora sería guardar archivos con extensión "txt", inclusive considerando que la información almacenada en el modelo utilizado para el presente año se duplique, no significa un problema para la herramienta.

Al respecto, se debe mencionar lo dispuesto en las normas 1.4.4. "Seguridad en las operaciones y comunicaciones" y 1.4.5 "Control de acceso" de las Normas técnicas para la gestión y el control de las Tecnologías de Información (N-2-2007-CO-DFOE) que en lo de interés señalan lo siguiente:

**1.4.4 Seguridad en las operaciones y comunicaciones** /La organización debe implementar las medidas de seguridad relacionadas con la operación de los recursos de TI y las comunicaciones, minimizar su riesgo de fallas y proteger la integridad del software y de la información. /Para ello debe: /a. Implementar los mecanismos de control que permitan asegurar la no negación, la autenticidad, la integridad y la confidencialidad de las transacciones y de la transferencia o intercambio de información. /b. Establecer procedimientos para proteger la información almacenada en cualquier tipo de medio fijo o removible (papel, cintas, discos, otros medios), incluso los relativos al manejo y desecho de esos medios. /...

**1.4.5 Control de acceso** / La organización debe proteger la información de accesos no autorizados. /Para dicho propósito debe: /a. Establecer un conjunto de políticas, reglas y procedimientos relacionados con el acceso a la información, al software de base y de aplicación, a las bases de datos y a las terminales y otros recursos de comunicación. /.../e. Asignar los derechos de acceso a los usuarios de los recursos de TI, de conformidad con las políticas de la organización bajo el principio de *necesidad de saber* o *menor privilegio*. Los propietarios de la información son responsables de definir quiénes tienen acceso a la información y con qué limitaciones o restricciones. /.../i. Establecer controles de acceso a la información impresa, visible en pantallas o almacenada en medios físicos y proteger adecuadamente dichos medios. /j. Establecer los mecanismos necesarios (pistas de auditoría) que permitan un adecuado y periódico seguimiento al acceso a las TI. /...

## **2. Tratamiento de la información**

De la revisión documental, se determinó que la Unidad de Control Interno no conserva el archivo primario que cada área o unidad le remite con la evaluación y valoración de los riesgos, esto por cuanto, Control Interno, no cuenta con un procedimiento formalmente establecido, ya que el proceso que realizan no garantiza la calidad de la información. Sobre el particular, conviene señalar que la matriz remitida por cada unidad o área es archivada con la extensión “.doc”, en donde se realizan cambios directamente en el archivo fuente, no obstante dichas modificaciones son comunicadas vía correo a la unidad y registradas en el sistema de información ERA. Tal situación, expone a la institución a la ocurrencia del riesgo de vulneración y violabilidad de la información primaria a causa de pérdida, distracción y alteración de la misma, lo cual es ocasionado por la omisión de respaldar y duplicar la información fuente, así como la falta de un procedimiento establecido formalmente.

Con respecto a ello, se debe mencionar la norma 5.6 de las Normas de Control Interno para el Sector Público<sup>3</sup> que señala “...los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información.../Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. /Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.”.

---

<sup>3</sup> Aprobado mediante resolución R-CO-9-2009, publicado en la Gaceta N° 26 del 6 de febrero del 2009.

### 3. Respaldos magnéticos de la información

De conformidad con las pruebas efectuadas, se determinó que no se efectúa el respaldo de la información contenida en la herramienta ERA en medios magnéticos externos ni en la frecuencia establecida en el “Procedimiento de Respaldo”, con respecto a ello, el Ing. Freddy Ramírez Castro, funcionario de Tecnologías de Información, señaló lo siguiente:

...actualmente los respaldos se hacen en disco por las siguientes razones, porque es más seguro el acceso al disco, y porque la capacidad de las cintas magnéticas existente es menor a la cantidad que debe almacenarse, sobre todo porque en esas cintas se resguarda toda la información del servidor, no solo la del ERA. **Contamos con un proceso para crear respaldos diariamente, no obstante este sistema se corre un (sic) vez por semana, pero tenemos tres semanas de no respaldar esa información.** /...tenemos un problema técnico que estamos analizando, que no se ha podido solucionar. /¿Podría indicarnos la fecha del último respaldo? Respuesta: parte del problema es ese, que no se puede consultar esa información hasta identificar el problema. /...Estamos tramitando una compra de cintas magnéticas con el objeto de **salvar esa información en ellas, además es más fácil para efectos de guardar e identificarlas.** (Lo resaltado no es parte del original)

En virtud de ello, se procedió a revisar la herramienta ERA, constatando que no posee una opción automática de guardado, por el contrario dicha acción debe ser ejecutada por la persona que utiliza la herramienta, no obstante la configuración de la herramienta está diseñada para que la información sea respaldada en el servidor ubicado en el Área de Tecnologías de Información. No obstante, es importante que la Unidad de Control Interno, cuente con un dispositivo de almacenamiento, considerando la materialización de riesgos vinculados con la pérdida de información, vulnerabilidad de los servidores y de las bases de datos.

Para efectos, de analizar la capacidad de almacenamiento de información se muestra en el siguiente cuadro el espacio que la herramienta ERA (versión 5.0) tiene ocupado, ya que como se indicó antes, para el año 2009, la Coordinadora de Control Interno, creó un modelo de riesgos nuevo en el cual se ha incorporado la información correspondiente a la evaluación y valoración del riesgo, así como el almacenamiento de la información vinculada con la Autoevaluación del Sistema de Control Interno. (Véase Anexo N° 2)

**Cuadro N° 1**  
**Espacio de almacenamiento y respaldos en la herramienta**  
**Enterprise Risk Assessor (ERA)<sup>4</sup>**

Modelo/Estudio	Descripción	Espacio de almacenamiento
ASSESSOR	Información de todos los estudios del 2005 hasta el 2009	7,85 GB
BUILDER	Información del modelo Builder del 2005 hasta el 2009	313 MB
Unidad Lógica: <b>Control Interno en “Srv-vo (Srv-vo)” (Z:)</b>	Espacio total de toda la información relacionada con la herramienta ERA almacenado en la Unidad Lógica asignada para la herramienta. Dicho espacio contempla el utilizado por: -La información de los modelos del builder y de los estudios del assessor del 2005 hasta el 2009. -Copia de los archivos de Instalación -Manuales -Reportes	30,2 GB

Al respecto, se debe mencionar lo dispuesto en las normas 1.4. “Gestión de la seguridad de la Información” de las Normas técnicas para la gestión y el control de las Tecnologías de Información (N-2-2007-CO-DFOE) que en lo de interés señalan lo siguiente: “La organización debe garantizar, de manera razonable, la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, lo que implica protegerla contra uso, divulgación o modificación no autorizados, daño o pérdida u otros factores disfuncionales. /...”.

## **2.2. Seguimiento de la implementación del Plan de trabajo<sup>5</sup> y el Cronograma de actividades<sup>6</sup>**

### **1. Toma de inventario de objetivos y riesgos**

Se determinó que la acción de levantar el inventario de los riesgos y objetivos por unidad se extendió hasta el mes de agosto del 2009 (véase Anexo N° 3), a pesar que en el Plan de trabajo aprobado por el Consejo Directivo, mediante acuerdo N° 273-08 del 18 de agosto del 2008, se disponía que dicha actividad tenía que ejecutarse durante los meses de enero y febrero del año 2009. Dicha situación, aparentemente, obedece al volumen de trabajo y al rediseño del proceso de intervención que implicaba la recolección y valoración de los riesgos institucionales, adicional a ello, la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de Control Interno, señaló “Se construyo para el año 2009 en Era (sic) un nuevo modelo de Riesgo, en el cual se incluyeron los riesgos y controles identificados por las unidades durante este año,...En relación

<sup>4</sup> Información extraída de la herramienta ERA el 12 de noviembre 2009.

<sup>5</sup> Denominado Plan de trabajo para el ajuste y corrección del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) 2008-2009, aprobado mediante acuerdo N° 273-08 del 18 de agosto del 2008.

<sup>6</sup> Denominado Cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI, a probado mediante acuerdo N° 105-09 del 17 de marzo del 2009.

con el punto referentes (sic) a las modificaciones a la información, los estudios contenidos en Era (sic) de años anteriores (2005,2006 (sic) y 2007) no serán modificados y dicha información será evidencia de la gestión de riesgos de procesos anteriores.” .

## 2. Capacitación brindada sobre “SEVRI”

Mediante acuerdo N° 342-07 del 24 de setiembre del 2007, el Consejo Directivo aprobó el “Plan Operativo Institucional 2008”, en donde se incluía recursos de capacitación destinados a brindar “Talleres para el fortalecimiento del SEVRI y Capacitación para el conocimiento y aplicación del SEVRI” por un monto total de ¢9.300.000.00. Adicionalmente, mediante acuerdo N° 273-08 del 18 de agosto del 2008, dicho Órgano Colegiado aprueba el Plan de Trabajo para la corrección y ajuste del SEVRI, el cual contemplaba como una actividad a desarrollar, durante el mes de noviembre del 2008, el “Taller de trabajo con funcionarios capacitados en SEVRI”.

Sin embargo, dicha capacitación no se realizó durante el periodo presupuestario 2008, ya que la Licda. Sandoval Sandoval modificó la programación y naturaleza de la capacitación aprobada por el Consejo Directivo, tal situación se evidenció que se tramitó, el 14 de octubre del 2008, la Contratación Directa N° 2008CD-000266-PROVEE “Contratación de servicios profesionales para capacitación del Sistema de Control Interno y Autoevaluación del año 2008”, por un monto de ¢ 7.000.000.00. Cabe indicar, que fue hasta el 2 de marzo del 2009 que la Licda. Sandoval le comunica a la Máster Margarita Fernández Garita, Gerente General, mediante oficio ETA-CI 019-03-09 la modificación de la naturaleza de la contratación, no obstante esta Auditoría Interna hace hincapié que esta variación en la programación no se informó, oportunamente, ni se solicitó autorización a la Gerencia General y por ende no fue del conocimiento ni de aprobación del Consejo Directivo, a pesar que el plan operativo y el plan de trabajo, tal y como se expuso, fueron aprobados por dicho Órgano Colegiado.

El 21 de agosto del 2009 se le consultó a la Licda. Sandoval Sandoval, Coordinadora de Control Interno, que había motivado el cambio en la programación aprobado por el Consejo Directivo, al respecto señaló lo siguiente: “...a lo interno de la Unidad decidimos que era necesario contratar dicha capacitación con el propósito de fortalecer nuestros conocimientos en Control Interno y del proceso Institucional de Autoevaluación...la capacitación contratada nace de una necesidad de fortalecer el proceso de autoevaluación Institucional.”, adicionalmente, agrego que “Se le comunico verbalmente a la Gerente General” la necesidad de esa contratación, sin embargo indico que “No” existe autorización previa para que no se llevaran a cabo los talleres con personal capacitado en SEVRI.

Dicha situación no permite cumplir adecuadamente lo dispuesto en la norma 2.5.2 de las Normas de control interno para el Sector Público, referente a la “Autorización y aprobación” que literalmente señala: “La ejecución de **los procesos, operaciones y transacciones** institucionales **debe contar con la autorización y la aprobación respectivas de parte de los funcionarios con potestad para concederlas**, que sean necesarias a la luz de los riesgos inherentes, los requerimientos normativos y las disposiciones institucionales.” (Lo resaltado no es parte del original).

### **3. Comunicación de los riesgos**

De conformidad con las pruebas efectuadas, se determinó que la comunicación de los riesgos institucionales al Consejo Directivo se efectuó, por primera vez, mediante oficio GG-1336-05-10 del 11 de mayo del 2010, es decir 5 meses después de la fecha (noviembre-diciembre 2009) establecida en el Cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI.

Con respecto a ello, cabe indicar que el 27 de octubre del 2009 la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de Control Interno, indicó que “A la fecha se ha comunicado a las unidades los informes de riesgos 2009, pero la comunicación formal a la Gerencia aun (sic) no se ha llevado a cabo. Esta actividad está prevista para realizarse con el informe final del SEVRI, sin embargo se mantiene con esa instancia comunicación sobre los avances en la gestión de (sic) riesgos 2009”.

### **4. Revisión e identificación de riesgos**

Se determinó que se construyó, para el año 2009, un nuevo proceso de identificación, valoración y evaluación de los riesgos institucionales, dejando el proceso de gestión de riesgos de los años 2005, 2006 y 2007 como una fuente de referencia. Así fue indicado, el 27 de octubre del 2009, por la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de Control Interno, que literalmente señaló lo siguiente:

Se construyó para el año 2009 en ERA un nuevo modelo de Riesgo, en el cual se incluyeron los riesgos y controles identificados por las unidades durante este año, para lo cual se utilizó un instrumento en Word (Matriz para la identificación de riesgos y controles) una vez que la información fue revisada y validada por el ETA se carga a la nueva estructura de riesgos en la herramienta informática. En relación con el punto referente a las modificaciones a la información, los estudios contenidos en ERA de años anteriores (2005,2006 y 2007) no serán modificados y dicha información será evidencia de la gestión de riesgos de procesos anteriores. También es importante aclarar que los riesgos de periodos anteriores fueron entregados a cada unidad para su revisión para ser contemplados en la identificación de riesgos 2009.

Adicionalmente a ello, se desprende que con la construcción de un nuevo modelo de riesgos, esto viene a implicar un rompimiento a la continuidad del sistema al perderse la vinculación de los modelos, dicha situación provocó que la información recopilada durante los años 2005, 2006, 2007 y 2008, únicamente se utilice como una referencia de lo que se hizo durante dichos años.

Tal situación, limita que el Jerarca pueda realizar un análisis y comparación del comportamiento histórico de los riesgos institucionales a nivel integral o específico, ya que desde el año 2004 se dispone de la herramienta (ERA) como un sistema de apoyo para la administración de información, cuya finalidad, según la directriz 3.6. de las Directrices D-3-2005-CO-DFOE dispone que “Esta herramienta deberá contar con un sistema de registros de información que permita el análisis histórico de los riesgos institucionales y de los factores asociados a dichos riesgos./...”; referente a lo dispuesto por el Órgano Contralor, a los recursos financieros

invertidos de aproximadamente ¢120.850.685.57<sup>7</sup> y considerando que hace aproximadamente 5 años se dispone de dicha herramienta, la Institución no ha logrado, a pesar de disponerse del recursos financieros, logísticos y humano, que el SEVRI funcione acorde a los lineamientos establecidos por la Contraloría General de la República.

### **5. Presentación de informes a la Comisión Gerencial de Control Interno**

Se determinó que la Unidad de Control Interno, no presentó a la Comisión Gerencial de Control Interno los informes sobre el avance en el cumplimiento al cronograma de actividades ni el informe de avance sobre los resultados obtenidos durante el periodo comprendido entre el 01 de agosto al 31 de diciembre del 2008. A pesar que en el numeral 4.1 “Dependencia del Equipo Técnico de Apoyo a Control Interno” del documento denominado “Propuesta de Modificación Parcial de la Estructura Organizativa de Instituto Mixto de Ayuda Social para la Creación del Equipo Técnico de Apoyo a Control Interno”<sup>8</sup>, disponía que “...el Equipo Técnico de Apoyo a Control Interno esté adscrito al nivel jerárquico a la Gerencia General, dedicado de manera exclusiva a la ejecución del Sistema de Control Interno y de administración del riesgo./.../No obstante, a nivel operativo y técnico su dependencia será con la Comisión Gerencial de Control Interno, con el fin de que las recomendaciones de la citada comisión tengan un carácter vinculante al (sic) interno de la institución.”.

La Comisión Gerencial de Control Interno fue creada como un brazo auxiliar de la Gerencia para que atendiera, controlara y recomendara sobre situaciones o aspectos que debían llegar a la Gerente General y debido a sus múltiples ocupaciones no podría atender. Por ello es importante que la Coordinadora de Control Interno, remitiera los informes sobre avance en la implementación del SEVRI y otros asuntos relacionados con la Comisión con el objeto de conocer sobre sus sugerencias y recomendaciones, esto serviría para mejorar el sistema y para elevar propuestas de mayor relevancia a la gerencia.

### **3. CONCLUSIONES**

De conformidad con los resultados obtenidos en el presente estudio, esta Auditoría concluye que a pesar de disponerse, desde el año 2004, de los recursos humanos, financieros, tecnológicos y logísticos, la Institución no cuenta con un sistema, per se, integrado donde interaccionen el análisis, evaluación, administración, revisión y comunicación periódica de los riesgos institucionales, ya que se dispone de un equipo de profesionales encargados de procesar información, documentar y gestionar la recopilación de las matrices de riesgos remitidas de forma individual por cada una de las unidades o áreas dentro de un proceso de ciclos anuales, bianuales o trianuales, no así periódicos y permanentes, como lo establece la Contraloría General de la República.

---

<sup>7</sup> Monto estimado desde la implementación en el año 2004 hasta el 30 de noviembre del 2009.

<sup>8</sup> Aprobado el 31 de julio del 2007, mediante acuerdo CD 265-07.

No obstante, la Administración Activa ha realizado esfuerzos para finalizar la implementación de las acciones contempladas en el “Plan de trabajo para el ajuste y corrección del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) 2008-2009”<sup>9</sup> y el “Cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI”<sup>10</sup>, el cual estaba programado para concluirse durante el año 2009, sin embargo tal y como se analizó en el presente informe existe un 16% de actividades pendientes de implementarse, considerando la naturaleza y relevancia de que se efectuó el seguimiento de medidas de administración institucionales, la revisión de su efectividad y la presentación y aprobación de la actualización del Marco Orientador; tal situación, manifiestamente puede limitar la evaluación y perfeccionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI).

Con respecto, a la implementación de la herramienta ERA dentro del accionar institucional, se constituyo, si bien en un apoyo para la gestión y documentación de cada unidad en la evaluación de los riesgos institucionales ha sido subutilizada por el personal de Control Interno, ya que tiene una serie de funciones que han sido desactivadas o no utilizadas, tal es el caso del campo de bitácora que no está generando información como dispositivo de control. Adicionalmente, al haberse realizado un perfeccionamiento en el modelo o matriz utilizado en la identificación y evaluación de los riesgos va a implicar una imposibilidad material de crear un perfil de la unidad o área de la Institución; así como de un análisis histórico de los riesgos institucionales y de los factores asociados a dichos riesgos, por no contarse con un sistema de registros de información que permita comparar la evolución de los procesos, controles y riesgos de la Institución.

#### **4. RECOMENDACIONES**

##### **Disposiciones Legales sobre recomendaciones**

Esta Auditoría Interna respetuosamente se permite recordar a la Máster Mayra Díaz Méndez, Gerente General a.i. y a la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de la Unidad de Control Interno, que de conformidad con lo preceptuado por el artículo 36 de la Ley General de Control Interno, N° 8292, disponen de diez días hábiles, contados a partir de la fecha de recibido de este informe, para ordenar la implantación de las recomendaciones.

Al respecto, se estima conveniente transcribir a continuación, en lo de interés, lo que disponen los artículos 36, 38 y 39 de la Ley N° 8292:

Artículo 36.\_ **Informes dirigidos a los titulares subordinados.** Cuando los informes de auditoría contengan recomendaciones dirigidas a los titulares subordinados, se procederá de la siguiente manera: /a) El titular subordinado, en un plazo improrrogable de diez días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, ordenará la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de ellas, en el transcurso de dicho plazo elevará el informe de auditoría al jerarca, con

---

<sup>9</sup> Aprobado mediante acuerdo N° 273-08 del 18 de agosto del 2008.

<sup>10</sup> Aprobado mediante acuerdo N° 105-09 del 17 de marzo del 2009.

copia a la auditoría interna, expondrá por escrito las razones por las cuales objeta las recomendaciones del informe y propondrá soluciones alternas para los hallazgos detectados. /b) Con vista de lo anterior, el jerarca deberá resolver, en el plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la documentación remitida por el titular subordinado; además deberá ordenar la implantación de recomendaciones de la auditoría interna, las soluciones alternas propuestas por el titular subordinado o las de su propia iniciativa, debidamente fundamentadas. Dentro de los primeros diez días de ese lapso, el auditor interno podrá apersonarse, de oficio, ante el jerarca, para pronunciarse sobre las objeciones o soluciones alternas propuestas. Las soluciones que el jerarca ordene implantar y que sean distintas de las propuestas por la auditoría interna, estarán sujetas, en lo conducente, a lo dispuesto en los artículos siguientes. /c) El acto en firme será dado a conocer a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente, para el trámite que proceda.

**Artículo 38.\_ Planteamientos de conflictos ante la Contraloría General de la República.** Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas. / La Contraloría General de la República dirimirá el conflicto en última instancia, a solicitud del jerarca, de la auditoría interna o de ambos, en un plazo de treinta días hábiles, una vez completado el expediente que se formará al efecto. El hecho de no ejecutar injustificadamente lo resuelto en firme por el órgano contralor, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el capítulo V de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, N° 7428, de 7 de setiembre de 1994.

**Artículo 39.\_ Causales de responsabilidad administrativa.** El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios...

## **A LA GERENCIA GENERAL**

**4.1.** Ordenar al Coordinador de Tecnología de Información, considerar e implementar dentro del “Procedimiento de Respaldo” el contar con un dispositivo de almacenamiento externo para guardar la información generada por la herramienta ERA y cada terminal de la UCI, vinculada con el SEVRI, considerando los resultados expuestos en el punto 2.1 (3), la criticidad de la información y la periodicidad de los respaldos. Con la finalidad de garantizar que exista un archivo de respaldo de la información del SEVRI, adicional al que se encuentra en la sala del servidor. (Ver punto 2.1 (3) del aparte de resultados)

## **A LA COORDINADORA DE CONTROL INTERNO**

**4.2.** Gestionar con la empresa “Integradores de Tecnología en Informática S.A.” activar el campo de bitácora, con la finalidad de establecer campos que permitan determinar la trazabilidad de una

operación y definir la información que se desea establecer en la bitácora. (Véase punto 2.1 (1) del aparte de resultados)

**4.3.** Elaborar y someter a aprobación, los procedimientos sobre las acciones a seguir dentro del proceso de evaluación y valoración de los riesgos, con la finalidad de garantizar la confiabilidad y calidad de la información. (Véase punto 2.1 (2) del aparte de resultados)

**4.4.** Gestionar todo cambio que se realice a la programación de un evento aprobado por el Consejo Directivo, para ello debe solicitar formalmente la autorización del cambio, exponiendo la debida justificación, en cumplimiento de la norma 2.5.2 de las Normas de control interno para el Sector Público. (Ver punto 2.2 (2) del aparte de resultados)

**4.5.** Realizar las acciones necesarias para que la herramienta (ERA) se disponga como un sistema de registros de información que permita el análisis y comparación del comportamiento histórico de los riesgos institucionales y de los factores asociados a dichos riesgos, a nivel integral y específico, con la finalidad de cumplir con lo dispuesto en la directriz 3.6. de las Directrices D-3-2005-CO-DFOE. (Véase punto 2.2 (4) del aparte de resultados)

**Lic. Álvaro Fernández Murillo**  
**PROFESIONAL EJECUTOR**

**VBº Licda. María Celina Madrigal Lizano**  
**COORDINADORA AUDITORÍA**

**Auditoría Interna**  
**ENERO, 2011**

## Anexo N° 1

### Estado de las actividades del Cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI

ACTIVIDADES	FECHA ESTIMADA	CUMPLIDO	EN PROCESO	NO CUMPLIDO
<b>FORTALECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL SEVRI</b>	<b>2009</b>			
Presentación a la GG y CD actualización Marco Orientador	Febrero	X		
Elaboración de inventario de objetivos y riesgos por unidad-área	Enero/Febrero	X		
Revisión y análisis de medidas de administración de las unidades (2005-2006)	Marzo/Abril	X		
Divulgación y Comunicación del Marco Orientador	Febrero/Diciembre	X		
Revisión, evaluación y análisis de riesgo (área de administrativa-financiera)	Marzo/Abril	X		
Revisión, evaluación y análisis de riesgo (unidades de apoyo y asesoría, Fideicomiso)	Mayo/Junio	X		
Revisión, evaluación y análisis de riesgos (área social)	Julio/Agosto	X		
<u>Identificación de riesgos de acuerdo a la estructura de riesgos institucional.</u>		X		
área administrativa financiera	Abril	X		
unidades de apoyo y asesoría (asesores)	Junio	X		
área social	Agosto	X		
<u>Análisis de efectividad de las medidas de administración implementadas, para su ajuste o modificación:</u>				X
área administrativa financiera	Abril	X		
unidades de apoyo y asesoría (asesores)	Junio	X		
área social	Agosto	X		
Seguimiento medidas de administración institucionales (2005)	Marzo/Abril			X
Revisión de efectividad medidas de administración institucionales	Marzo/Abril			X
Comunicación de riesgos	Abril/Diciembre	X		
<b>SUJETOS INTERESADOS</b>		X		
Definir y ejecutar mecanismos para incorporar la población objetivo, sujetos de derecho privado que participan y administran fondos públicos producto de transferencias realizadas por la Institución	Marzo/junio	X		
Actualización Marco Orientador (incorporación modificaciones de acuerdo a la ejecución de plan de ajuste y corrección al SEVRI)	Noviembre /diciembre		X	
Capacitación a titulares y representantes de unidades	Marzo/ Mayo/Julio/Agosto	X		

El Plan de Trabajo de la Unidad de Control Interno, fue diseñado con el propósito de atender, para el año 2009, dos temas como lo son: El SEVRI, y Autoevaluación.

a-El cuadro anterior resume las actividades relacionadas con la implementación del SEVRI, según el plan de trabajo para el año 2009.

b-La otra parte del plan de trabajo correspondió a la Autoevaluación 2009, tema que no fue analizado en el presente estudio.

c-El cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI, solo hace referencia a actividades del SEVRI, descritas en el cuadro anterior y no incluye Autoevaluación.

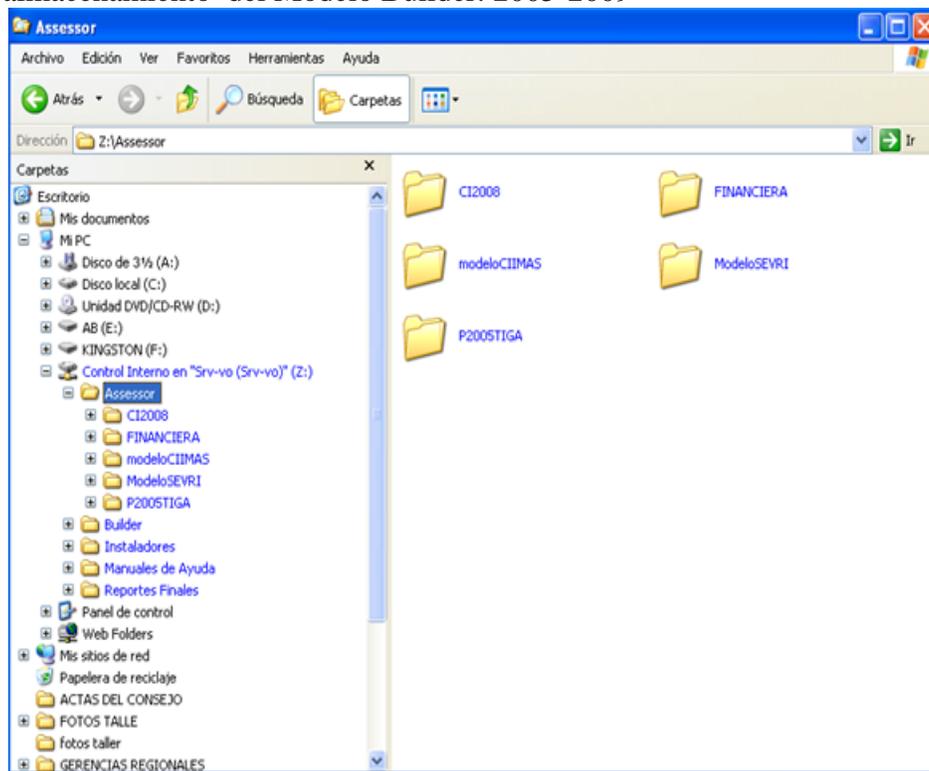
**Auditoría Interna  
ENERO, 2011**

## Anexo N° 2

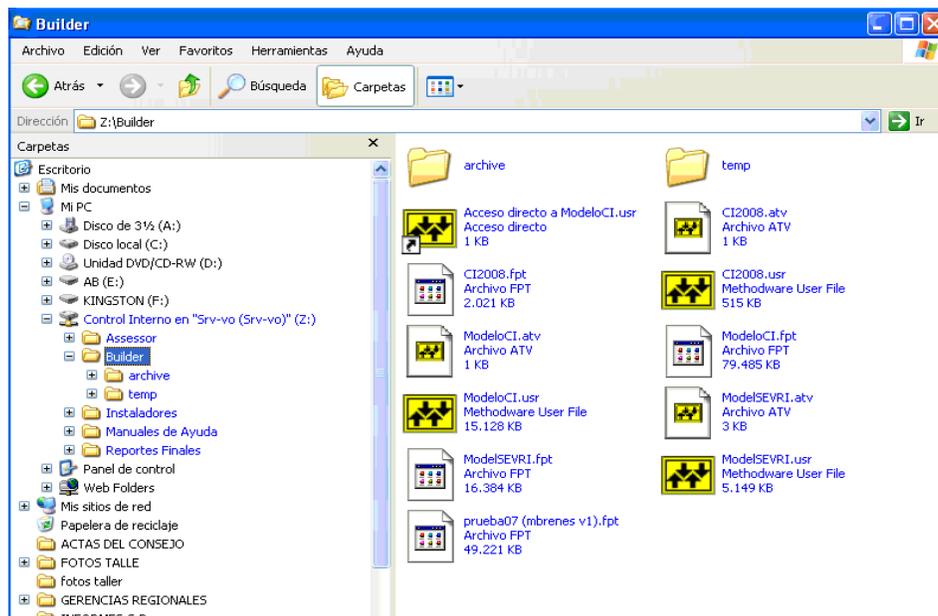
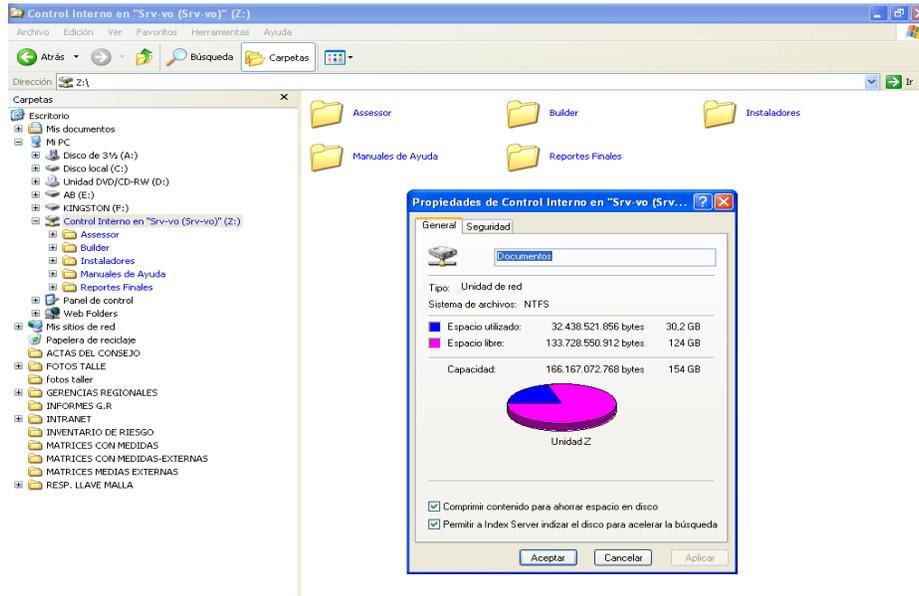
### Capacidad de almacenamiento vinculado con la herramienta ERA



Espacio de almacenamiento del Modelo Builder: 2005-2009



Espacio total de la información relacionada con la herramienta ERA almacenado en la Unidad Lógica asignada para la herramienta. Dicho espacio contempla el utilizado por la información de los modelos del builder y de los estudios del assessor del 2005 hasta el 2009:



### Anexo N° 3

#### Periodo de implementación de la acción “Toma de inventarios de objetivos y riesgos”

	<b>UNIDAD TRATADA</b>	<b>FECHA ULTIMA MODIFICACION</b>
1	 Gerencia Regional Noreste.doc	Miércoles, 11 de Marzo de 2009
2	 Fideicomiso.doc	Sábado, 28 de Febrero de 2009
3	 INVENTARIO DE RIESGOS.docx	Viernes, 17 de Abril de 2009
4	 Gerencia Regional de Limón.doc	Miércoles, 11 de Marzo de 2009
5	 Sistemas de Información Social.do	Viernes, 06 de Marzo de 2009
6	 Gerencia Regional Alajuela.doc	Viernes, 17 de Abril de 2009
7	 Instituciones de Bienestar Social.doc	Lunes, 03 de Agosto de 2009
8	 Gerencia Regional Guanacaste.doc	Miércoles, 11 de Marzo de 2009
9	 Gerencia Regional Puntarenas.doc	Miércoles, 11 de Marzo de 2009
10	 Oportunidades Económicas y Laboral	Sábado, 28 de Febrero de 2009

	<b>UNIDAD TRATADA</b>	<b>FECHA ULTIMA MODIFICACION</b>
11	 Empresas Comerciales.doc	Lunes, 30 de Marzo de 2009
12	 Atención Integral a la Familia.doc	Lunes, 03 de Agosto de 2009
13	 Gerencia Regional Brunca.doc	Miércoles, 11 de Marzo de 2009
14	 Gerencia Regional Heredia.doc	Miércoles, 11 de Marzo de 2009
15	 Gerencia Regional Suroeste.doc	Miércoles, 11 de Marzo de 2009
16	 Patrimonio Familiar y Comunal.doc	Viernes, 06 de Marzo de 2009
17	 Informe riesgos y objetivos Gerencias R	Viernes, 17 de Abril de 2009
18	 Secretaría Actas CD.doc	Miércoles, 25 de Febrero de 2009
19	 SubG Administrativa Financiera.doc	Jueves, 26 de Febrero de 2009
20	 Planificación Institucional.doc	Miércoles, 25 de Febrero de 2009
21	 Asesoría Jurídica.doc	Jueves, 26 de Febrero de 2009

	<b>UNIDAD TRATADA</b>	<b>FECHA ULTIMA MODIFICACION</b>
22	 SubG Desarrollo Social.doc	Jueves, 26 de Febrero de 2009
23	 Presidencia Ejecutiva.doc	Lunes, 23 de Febrero de 2009
24	 Comunicación y Proyección Inst.doc	Miércoles, 25 de Febrero de 2009
25	 Coordinación de Donaciones.doc	Miércoles, 25 de Febrero de 2009
26	 Programa Avancemos.doc	Jueves, 26 de Febrero de 2009
27	 Contraloría de Servicios.doc	Miércoles, 25 de Febrero de 2009
28	 Gerencia General.doc	Jueves, 26 de Febrero de 2009
29	 Recursos Humanos.doc	Jueves, 26 de Febrero de 2009