



Instituto Mixto de Ayuda Social

**Informe Autoevaluación 2017 y Seguimiento Plan de Acción institucional
Sistema de Control Interno**

Unidad de Control Interno

Marzo 2018

Tabla de Contenido

Introducción.....	3
2. Metodología de la Autoevaluación 2017.....	4
2.2.1 Instrumento Calidad del Servicio.....	7
3. Resultados.....	8
3.1 Autoevaluación Sistema de Control Interno.....	8
3.1.1 Ambiente de Control.....	9
3.1.2. Valoración de Riesgos.....	11
3.1.3 Actividades de Control.....	12
3.1.4 Sistemas de Información.....	13
3.1.5 Seguimiento.....	14
3.2 Calidad del Servicio.....	15
4. Plan de Mejora al Sistema de Control Interno 2017.....	20
5. Seguimiento del cumplimiento Plan de Acción SCI 2016- 2017.....	21
Conclusiones.....	24
Anexo 1. Detalle resultados por ítem evaluado.....	25
Anexo 2. Seguimiento Plan de Acción Institucional SCI – Autoevaluación 2016.....	28

Introducción

La Ley de Control Interno, responsabiliza a la administración quien deberá asegurar que cada uno de los componentes y principios relevantes del control interno deben estar presente y en funcionamiento con el fin de contar con un sistema eficaz de control interno.

Para determinar la suficiencia en el funcionamiento del Sistema de Control Interno (SCI), se establece en la Ley General de Control Interno, Ley número 8292 la obligatoriedad de realizar por lo menos una vez al año la autoevaluación del sistema de control interno (artículo 17 inciso b).

El control interno debe cumplir con las siguientes características para proveer seguridad en el cumplimiento de los objetivos institucionales:

- Razonable, diseñado para lograr los objetivos del sistema y satisfacer con la calidad suficiente y necesaria las necesidades de la institución.
- Estar integrado a la gestión y aplicado en toda la organización.
- Completo, considerando la totalidad de la gestión institucional.
- Congruente con las necesidades y capacidades institucionales.

Además se establece en las normas de control interno la obligación del Jерarca y las personas titulares subordinadas de:

1.7 Rendición de cuentas sobre el SCI	El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer y ejecutar un proceso periódico, formal y oportuno de rendición de cuentas sobre el diseño, el funcionamiento, la evaluación y el perfeccionamiento del SCI, ante los diversos sujetos interesados.
1.8 Contribución del SCI al gobierno corporativo	El SCI debe contribuir al desempeño eficaz y eficiente de las actividades relacionadas con el gobierno corporativo, considerando las normas, prácticas y procedimientos de conformidad con las cuales la institución es dirigida y controlada, así como la regulación de las relaciones que se producen al interior de ella y de las que se mantengan con sujetos externos.
1.9 Vinculación del SCI con la calidad	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.

En respuesta a lo anterior, la autoevaluación se implementa como un mecanismo de evaluación y mejora del funcionamiento y perfeccionamiento del SCI, que permite la evaluación en cada una de las unidades participantes de los elementos funcionales de dicho Sistema.

Se realizó la autoevaluación 2017 y con el fin de dar continuidad al proceso realizado en el año 2016, autoevaluando principios generales de control interno relacionados con los cinco componentes funcionales del Sistema de Control Interno y elementos de calidad en relación con el valor del “Servicio”, brindando por unidades cuyos servicios son transversales a la institución, como parte de la mejora continua y fortalecimiento del ambiente de control.

La autoevaluación es un mecanismo que busca fortalecer la gestión institucional, contribuyendo al tema de la transparencia, la responsabilidad en el marco de rendición de cuentas y el fortalecimiento de la ética y valores institucionales, lo anterior responde a principios de un buen gobierno Corporativo¹:

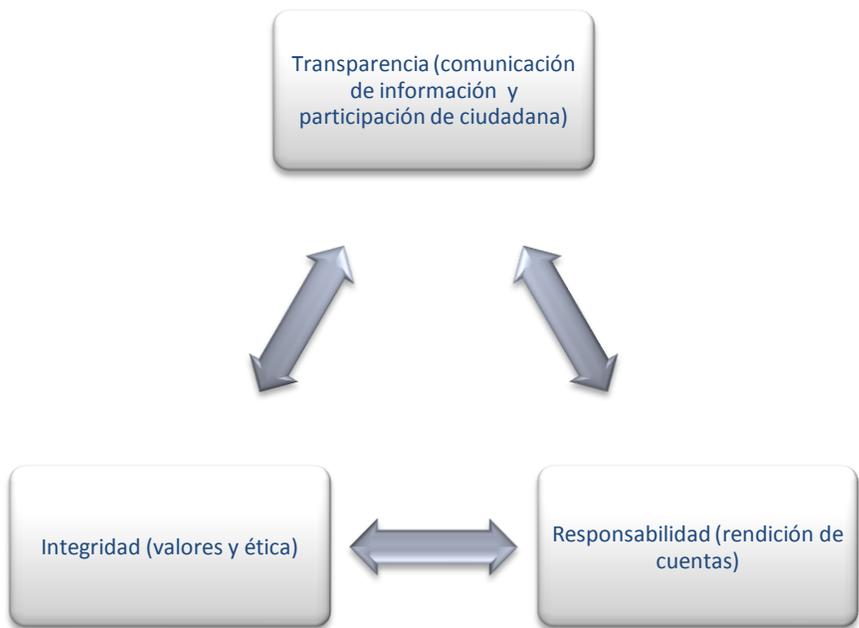


Ilustración 1 Principios de Buen Gobierno Corporativo

El Gobierno Buen Corporativo se define según la Normas Generales de Control interno como “Sistema de normas prácticas y procedimientos por el cual la institución es dirigida y controlada, incluyendo la regulación de las relaciones que se producen al interior de una institución y la conducción de las que se mantengan con sujetos externos”.

2. Metodología de la Autoevaluación 2017

Aplicación de dos instrumentos de autoevaluación utilizando para ello la herramienta Synergy, la cual permite que su aplicación sea en línea, asegurando la confiabilidad de la información.

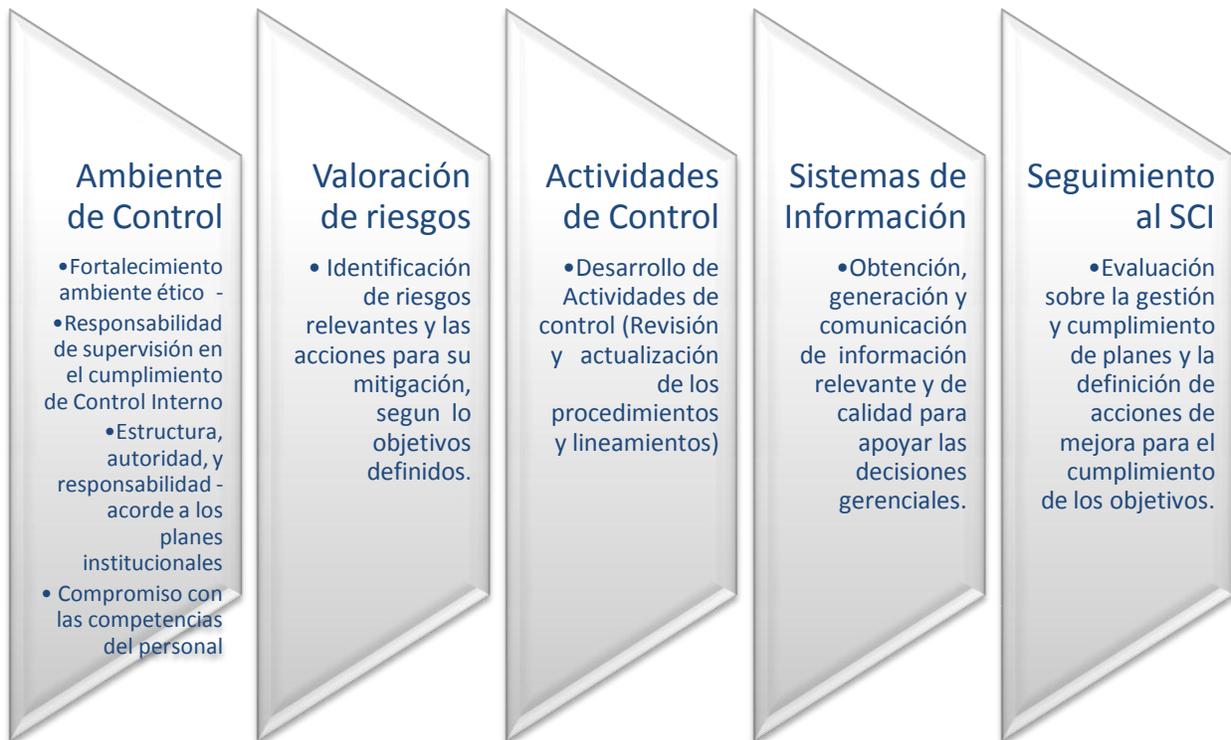
¹ Tomado de la Contraloría General de la República, implementación del Buen Gobierno (2015)



➤ 2.1 Principios generales de Control Interno.

Comprendió la autoevaluación realizada por parte de la Comisión Gerencial de Control Interno representada por los niveles Gerenciales: Sub Gerencia de Desarrollo Social, Soporte Administrativo y Gestión de Recursos.

Los aspectos evaluados como principios de Control Interno para el fortalecimiento del Sistema:



El instrumento de autoevaluación, comprendió la definición de 8 indicadores evaluados mediante 14 ítems que permitieran identificar el buen funcionamiento del SCI, distribuidos en los cinco componentes del Sistema.

Criterios de evaluación:

- **Fuerte:** Cuando existe formalmente establecidas las actividades de control (documentadas y comunicadas)
- **Moderado:** existen actividades en relación al control que se realizan de forma esporádica, sin embargo no se cuenta con respaldo documental o comunicados formalmente de las mismas.
- **Bajo:** Se realizan de forma esporádica, sin integrarse formalmente a la gestión.

➤ 2.2 Calidad en el servicio

Evaluado por las unidades del nivel funcional distribuyendo de forma equitativa para cinco procesos claves transversales en toda la Institución. Cada unidad funcional evaluó el proceso asignado donde se determinaron cuatro aspectos del servicio brindado para determinar indicadores de la calidad:

- Oportunidad del servicio
- Trato de amable
- Disponibilidad de la información
- Eficacia del servicio

Para medir la calidad del servicio, se debe analizar en relación a la satisfacción de las personas usuarias de los servicios, para el presente ejercicio se plantearon los ítems a evaluar según los principios definidos para el valor institucional del Servicio. Evaluándose si el servicio recibido cumplía de acuerdo con los requerimientos (ítems definidos) mediante los siguientes criterios de evaluación:

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

Fueron asignaron Unidades de nivel central, Áreas Regionales y Unidades de Coordinación Administrativa Regional a cinco procesos claves de Unidades que brinda un servicio institucional, de manera equitativa y según la relación entre las actividades que se desarrollan, quedando la distribución de la siguiente forma:

Unidades evaluados en la calidad del Servicio	Áreas Regionales participantes	Unidades del Nivel Central
Servicio Tecnologías de Información	ARDS Puntarenas ARDS Chorotega ARDS Noreste UCAR Puntarenas y Chorotega	Desarrollo Humano Empresas Comerciales Presupuesto Área Financiera Planificación Institución Administración Tributaria

Unidades evaluados en la calidad del Servicio	Áreas Regionales participantes	Unidades del Nivel Central
Desarrollo Humano	ARDS Brunca ARDS Alajuela	Donaciones Puente al Desarrollo Sistemas de Información Secretaría de Actas
Servicios de Proveduría	ARDS Heredia ARDS Suroeste -UCAR Suroeste ARDS Cartago - UCAR Cartago	Tecnologías de Información Equidad e Igualdad de Género Tesorería Área de Servicios Generales
Servicios de Transportes	ARDS Huetar Caribe UCAR Alajuela UCAR Brunca ARDS Huetar Norte	Asesoría Jurídica Área de Captación de Recursos Contabilidad Control Interno
Servicios de Tesorería	UCAR Caribe UCAR Huetar Norte UCAR Noreste UCAR Heredia	Desarrollo Socio productivo y Comunal Bienestar Familiar Secretaria de Red de Cuido Proveduría Procesos Socioeducativos Acción Social y Administración de Instituciones Contraloría de Servicios

2.2.1 Instrumento Calidad del Servicio

El instrumento consta de 9 preguntas, las cuales van dirigidas a cuatro temas en relación con la calidad en el servicio:

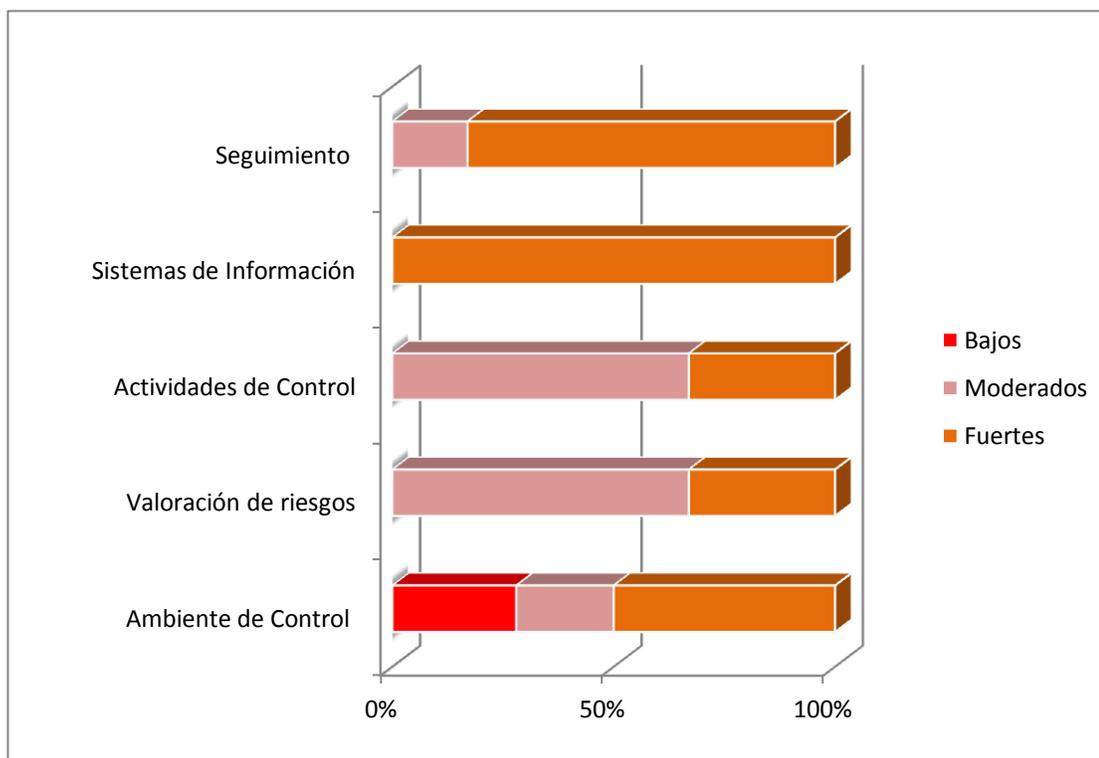
Oportunidad del Servicio	Trato amable
1. ¿Los tiempos para dar respuesta a consultas y solicitudes son ágiles en relación a la urgencia de la necesidad que se expone?	2. ¿El trato que brinda el personal a cargo de brindarle el servicio es amable y con espíritu de colaboración? 3. ¿La persona funcionaria que presta el servicio lo hace con atención y disposición en su necesidad?
Disponibilidad de la información	Eficacia del Servicio
4. ¿Es comprensible el lenguaje utilizado para la evaluación de las consultas que se dirigen a éstas dependencias? 5. ¿Son evacuadas correctamente las preguntas que se realizan? 6. ¿Existe información accesible acerca de los requisitos que involucra al servicio? 7. ¿El servicio que se brinda cumple con los requisitos de la solicitud de servicio?	8. ¿Es muy probable que se den problemas en el servicio que brindan y que éstos se repitan? 9. ¿La persona que le atiende cuenta con las herramientas y la información necesarias para satisfacer lo requerido?

3. Resultados

3.1 Autoevaluación Sistema de Control Interno

Los resultados obtenidos para el proceso de autoevaluación 2017, comprendió la autoevaluación por parte del nivel gerencial de elementos del Sistema de control interno para el buen funcionamiento del este. Lo anterior sustentado en la responsabilidad del nivel gerencial en la definición de lineamientos para el fortalecimiento de sistema.

Los resultados obtenidos por parte del nivel gerencial corresponden a los siguientes:



Fuente: Synergy, noviembre 2017

Los criterios de evaluación utilizados en este proceso de autoevaluación, reconocieron la suficiencia de los controles implementados para el buen funcionamiento en cada uno de los componentes funcionales del SCI. Como se muestra en la gráfica anterior existen necesidades de mejora en tres componentes:

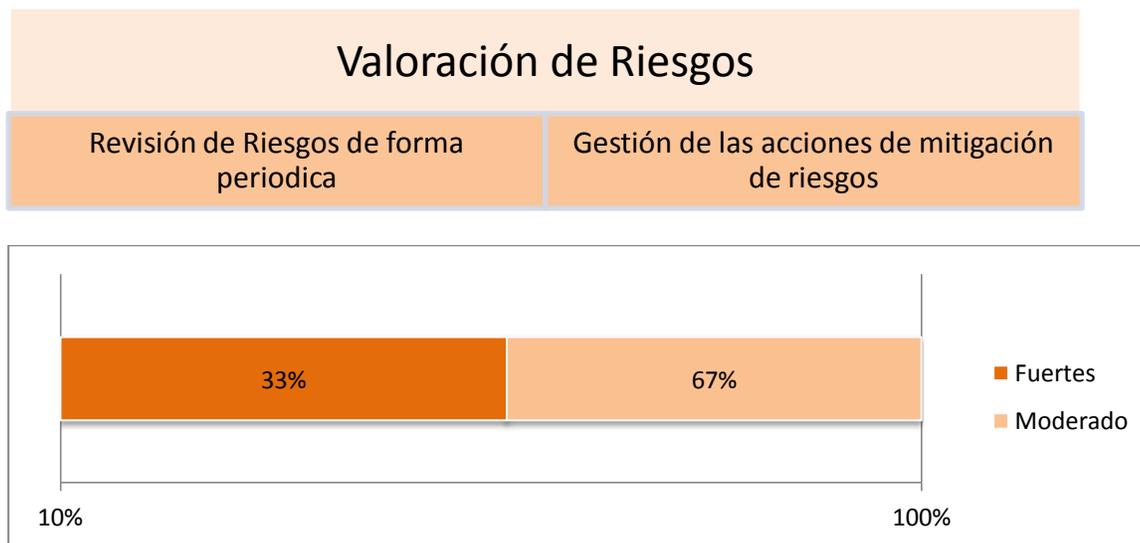
- Ambiente de control
- Valoración de riesgos
- Actividades de control

El detalla de los resultados en cada ítem evaluado, se presenta en el anexo 1.

Detalle por Ítem Evaluado			
	Definición de Controles (fuertes, moderado o bajo)	Descripción de la deficiencia de control interno o medio de verificación (Observaciones)	Acciones requeridas
<p>Responsabilidad de supervisión en el cumplimiento de las tareas de Control Interno.</p> <p>2. En relación a los resultados de la valoración de riesgos de las unidades bajo su dependencia, supervisa y gestiona su administración</p> <p>4. Supervisión en el desarrollo y desempeño de las actividades de control para el logro de objetivos y planes.</p>	<p>Moderado</p> <p>Fuertes</p>	<p>Seguimiento débil de la gestión de riesgos, se realiza de forma reactiva no integrada a la gestión.</p> <p>Sesiones de trabajo con las unidades e informes periódicos de la gestión.</p>	<p>Integración en los informes trimestrales, la gestión de riesgos.</p> <p>Sesiones de revisión sobre cumplimiento de objetivos.</p>
<p>Estructura, autoridad, y responsabilidad acorde a los planes institucionales. (Líneas de reporte, adecuado niveles de autoridad y responsabilidad en el logro de los objetivos.)</p> <p>5 Establecimiento de directrices, orientación y control sobre las responsabilidades de las unidades a su cargo.</p>	<p>Fuertes</p>	<p>Se giran instrucciones de manera formal mediante, oficios, correos y reuniones.</p>	<p>-----</p>
<p>Compromiso con las competencias del personal (Demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener personas competentes en alineación con los objetivos)</p> <p>6 Revisión de las medidas de desempeño, incentivos y disciplina para asegurar su vigencia y relevancia.</p>	<p>Moderado</p>	<p>Existen los mecanismos de control sin embargo no se identifican como eficientes, ni se proponen la mejora de estas. Se identifica como un aspecto de mejora.</p>	<p>Continuar con el proyecto de implementación "Evaluación por competencias"</p>

3.1.2. Valoración de Riesgos

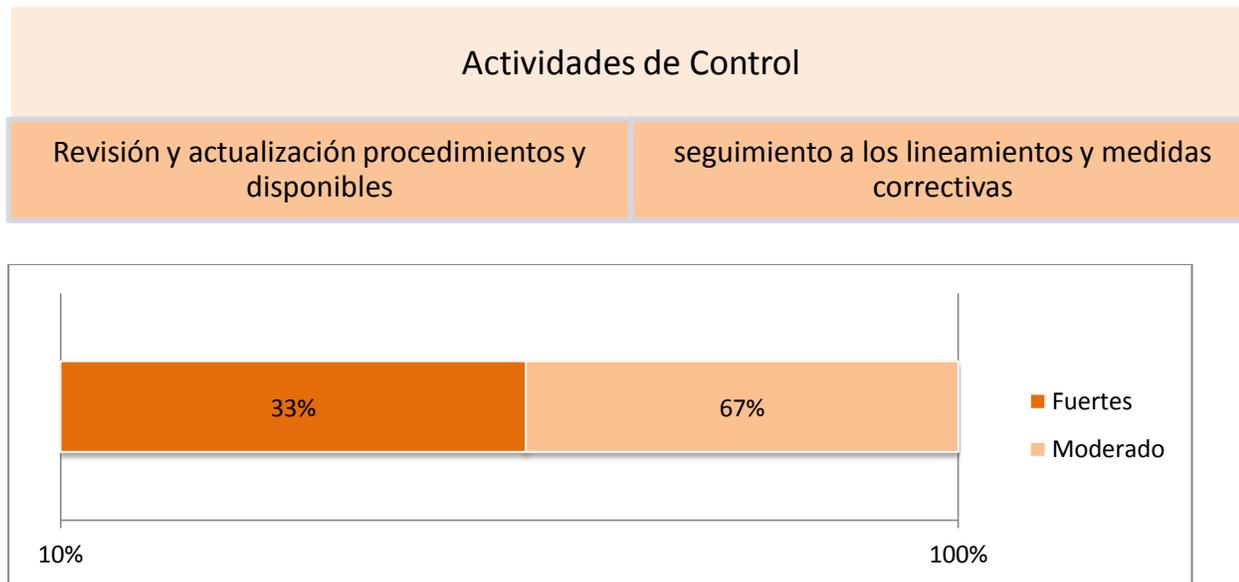
Una adecuada gestión de riesgos, contribuye a la implementación de los planes institucional y cumplimiento de objetivos de las unidades. Por lo que fueron considerados dos principios para una integración de la gestión de riesgos:



Detalle por Ítem evaluado			
	Definición de Controles (fuertes, moderado o bajo	Descripción de la deficiencia de control interno o medio de verificación (Observaciones)	Acciones a implementarse
<p>Definición de objetivos con claridad para permitir la identificación y evaluación de riesgos relacionados a estos</p> <p>7. Revisa de manera periódica los riesgos identificados para los objetivos relevantes que tiene relación con las metas del Área.</p> <p>8. Establece las acciones de mitigación sobre los riesgos relevantes que puedan afectar el cumplimiento de los planes institucionales y alimenta con dichos insumos la planificación del Área.</p>	<p>Moderado</p> <p>Moderado</p>	<p>Seguimiento débil de la gestión de riesgos, se realiza de forma reactiva no integrada a la gestión.</p> <p>No se definieron los mecanismos establecidos.</p>	<p>Incluir en los informes trimestrales la gestión de riesgos y seguimiento planes de administración.</p>

3.1.3 Actividades de Control

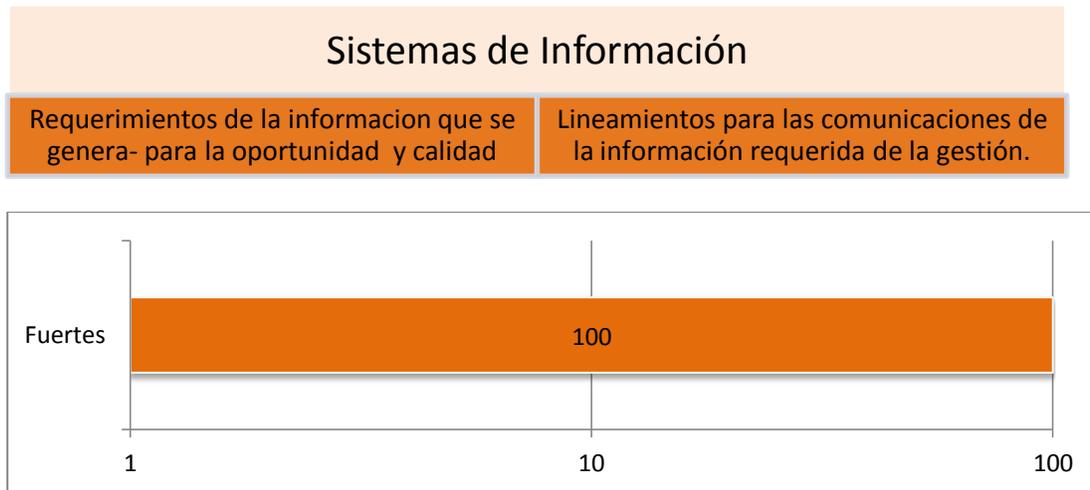
Se evaluó las actividades de control (procedimiento- lineamientos) para la mejora de la gestión y contribuya a la mitigación de riesgos para cumplir con los objetivos a un nivel aceptable.



Detalle por Ítem Evaluado			Acciones requeridas
	Definición de Controles (fuertes, moderado o bajo)	Descripción de la deficiencia de control interno o medio de verificación (Observaciones)	
<p>Desarrollo da actividades de control que contribuya a la mitigación de riesgos para cumplir con los objetivos a un nivel aceptable.</p> <p>9. Revisión y actualización de las actividades de control de los procesos que se dirigen. (procedimientos y lineamientos, actualizados, divulgados y puesto a disposición de personal)</p> <p>10. Se establecen lineamientos y procedimientos para apoyar las directrices y se toman acciones correctivas en su implementación.</p>	<p>Moderado</p> <p>Moderado</p>	<p>Se identifican necesidades de actualización de normativa.</p>	<p>Se encuentra en proceso constante de actualización de los procedimientos.</p> <p>Lo anterior contemplado en el Plan de Mejora institucional.</p>

3.1.4 Sistemas de Información

Para este componente fueron evaluadas la definición de actividades claves para las oportunidades de la información y los lineamientos para la comunicación.

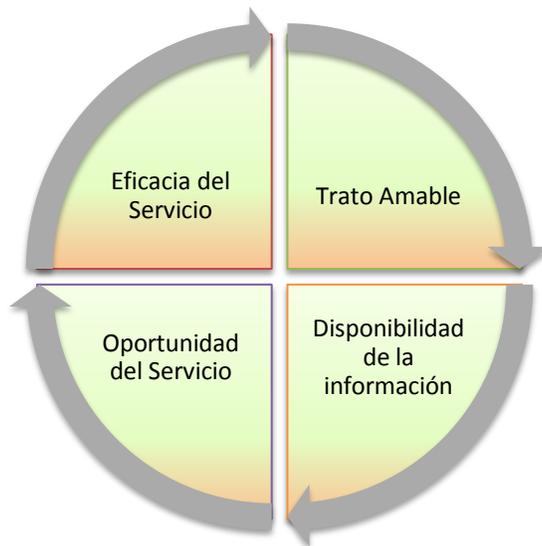


Detalle por ítem evaluado			Acciones requeridas
	Definición de Controles (fuertes, moderado o bajo)	Descripción de la deficiencia de control interno o medio de verificación (Observaciones)	
11. Identificación de los requerimientos de la información que se genera en su Unidad para asegurar la oportunidad y calidad de la misma.	Fuerte	Se cuentan con mecanismos automatizados y acciones de seguimiento.	-----
12. Se cuentan con lineamientos para las comunicaciones de la información requerida de la gestión.	Fuerte		

3.2 Calidad del Servicio

Con el fin de fortalecer el ambiente de control, en el elemento de la ética, se planteo mediante una Encuesta evaluar la “Calidad del Servicio”, a lo interno de las unidades del IMAS.

Mediante la definición de cuatro ámbitos para la medición de la calidad en el Servicio:



En el año 2017 se inicio con la evaluación de 5 procesos claves, cuyo servicio es transversal a la institución, participaron en este proceso todas las unidades del nivel funcional, las cuales fueron distribuidas para completar un instrumento de autoevaluación de un proceso clave.

Quedando la distribución de la siguiente forma:

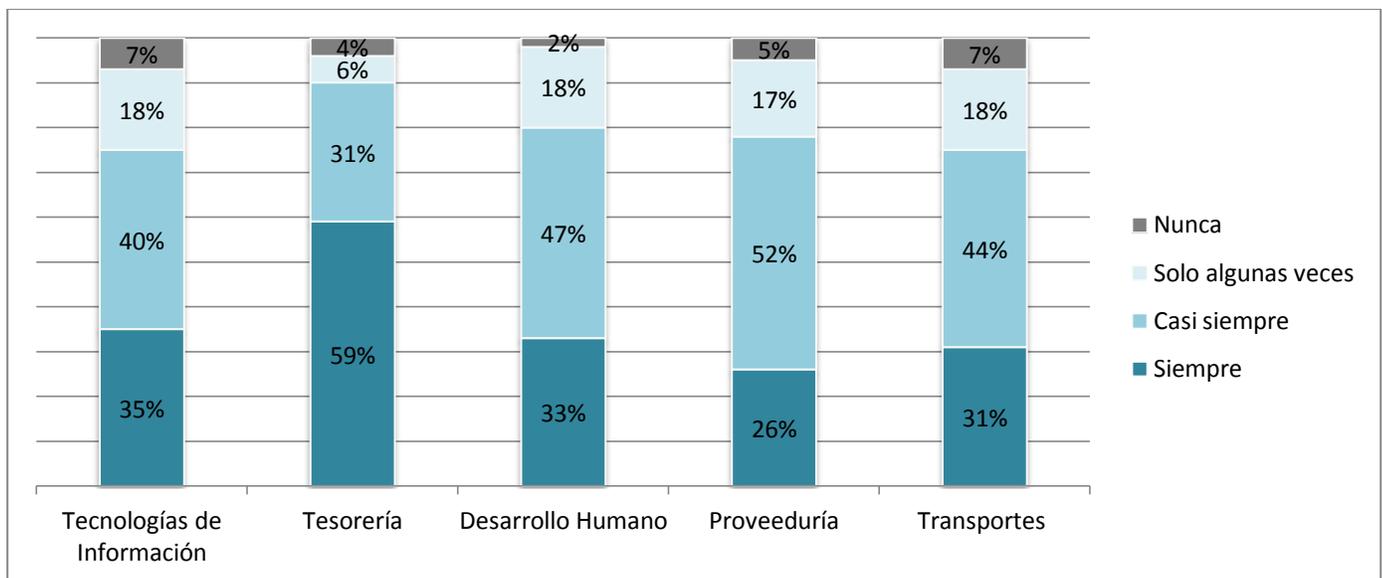
- Tecnologías de información (11 unidades)
- Proveeduría (9 unidades)
- Tesorería (11 unidades)
- Desarrollo Humano (5 unidades)
- Transportes (8 unidades)
-

Posterior a que fueron completados los instrumentos de autoevaluación se realizaron sesiones de trabajo con cada dependencia evaluada con el fin de realizar una realimentación sobre los resultados y análisis de las oportunidades de mejora.

Proceso	Fecha sesión	Participantes de la Unidad
Tecnologías de Información	29 de enero	4
Proveeduría	16 febrero 2018	9 (no participó la jefatura)
Desarrollo Humano	30 enero 2018	3
Tesorería	30 enero 2018	4
Transportes	24 enero 2018	7

Para la medición de la calidad se definieron cuatro criterios de evaluación para determinar que se cumpliera con cada ítem como un mecanismo para determinar así la calidad en los ámbitos antes descritos:

- Siempre
- Casi siempre
- Solo algunas veces
- Nunca



Los resultados para cada proceso evaluado se muestran en la siguiente tabla, para cada uno de los ámbitos evaluados:

Unidad evaluada	Eficacia del Servicio	Trato amable	Oportunidad del servicio	Disponibilidad de información
Área de Tecnologías de Información	30% siempre 40% casi siempre	60% siempre 10 Casi siempre	30% siempre 40% Casi siempre	35% siempre 47% Casi siempre
Desarrollo Humano	10% siempre 60% casi siempre	30 % Siempre 70 Casi siempre	20% siempre 40 casi siempre	50% siempre 30 Casi siempre
Área de Proveeduría	44% siempre 6% Casi siempre	66% Siempre 28% Casi siempre	33% siempre 33% casi siempre	53% siempre 33% Casi siempre
Tesorería	45% Siempre 23 Casi siempre	54 % Siempre 41% Casi siempre	54% siempre 36% Casi siempre	68% siempre 29% Casi siempre
Servicios Generales (especifico de Transportes)	25% Siempre 50% Casi siempre	12,50% Siempre 62,50% casi siempre	25 siempre 37% casi siempre	41% siempre 41% Casi siempre

- En color verde se ubican se ubican los porcentajes de “Siempre” y “Casi Siempre” donde se supera el 70% .

De acuerdo con los resultados que se muestran en la tabla anterior, los cinco procesos que fueron evaluados, el ámbito de “Eficacia del servicio” es que el obtuvo los menores porcentajes, lo que afecta la calidad en el servicios en temas como: problemas en el servicio y que estos se repitan, y en cuanto las personas que atienden tengan las herramientas y la información necesaria para atender lo solicitado.

Otro aspecto necesario de fortalecer es la “Oportunidad del servicio” en relación a los tiempo de respuesta sean ágiles en relación con la urgencia de la necesidad expuesta.

Mayores puntos fuertes la “Disponibilidad de información”, donde todas las unidades obtuvieron porcentajes aceptables en siempre y casi siempre (mayores al 80% entre ambos criterios).

En el ámbito de Trato amable, tres de las unidades obtuvieron porcentajes aceptables y dos de ellas (Tecnologías de información y Servicio de transportes) requieren establecer mejoras.

En el siguiente cuadro se exponen las principales fortalezas y oportunidades de mejora:

Unidad/Servicio	Fortalezas	Oportunidades de mejora
Tecnologías de Información	Disponibilidad de la información con un 82.5% con evaluaciones de Siempre y Casi Siempre, que comprende elementos como lenguaje comprensible, evacuación correcta de	Tres elementos obtuvieron una evaluación del 70% en siempre o casi siempre, estableciéndose un 30% de margen de mejora Eficacia del Servicio, aspectos especialmente relacionados a problemas en el servicio y el

Unidad/Servicio	Fortalezas	Oportunidades de mejora
	<p>preguntas e información de requisitos accesibles.</p>	<p>personal que brinda la atención empoderado con la información necesaria para satisfacer lo requerido.</p> <p>Oportunidad del Servicio Acciones para mejorar los tiempos de respuesta y trato amable y con espíritu de colaboración.</p>
Proveeduría	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trato amable con un 94% con evaluaciones de Siempre y Casi Siempre, que comprende elementos como servicio con atención y disposición. ○ Disponibilidad de la información con un 86.11% con evaluaciones de Siempre y Casi Siempre, que comprende elementos como lenguaje comprensible, evacuación correcta de preguntas e información de requisitos accesibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad del servicio: ya que solamente obtuvo solamente una tercera parte de “Siempre”, entre este criterio y el “Casi Siempre” un 67%. ● Eficacia del Servicio en el aspecto con oportunidad de mejora que el personal que brinda la atención empoderado con la información necesaria para satisfacer lo requerido
Desarrollo Humano	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trato amable con un 100% con evaluaciones de Siempre y Casi Siempre, que comprende elementos como servicio con atención y disposición. ○ Disponibilidad de la información con un 80% con evaluaciones de Siempre y Casi Siempre, que comprende elementos como lenguaje comprensible, evacuación correcta de preguntas e información de requisitos accesibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eficacia del Servicio, con 70% de evaluación siempre y casi siempre, lo que conlleva oportunidades de mejora en aspectos especialmente relacionados a problemas en el servicio y el personal que brinda la atención empoderado con la información necesaria para satisfacer lo requerido. ○ Oportunidad del Servicio con un 60% con evaluaciones de Siempre y Casi Siempre, que comprende elementos como tiempos de respuesta ágiles y trato amable y con espíritu de colaboración
Tesorería	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oportunidad del Servicio con un 90.91% con evaluaciones de Siempre y Casi Siempre, que comprende elementos como tiempos de respuesta ágiles y trato amable y con espíritu de colaboración. ○ Trato amable con un 100% con evaluaciones de Siempre y Casi 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eficacia del Servicio, con 68.18% de evaluación siempre y casi siempre, lo que conlleva oportunidades de mejora en aspectos especialmente relacionados a problemas en el servicio y el personal que brinda la atención empoderado con la información necesaria para satisfacer lo requerido.

Unidad/Servicio	Fortalezas	Oportunidades de mejora
	<p>Siempre, que comprende elementos como servicio con atención y disposición.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibilidad de la información con un 97.73% con evaluaciones de Siempre y Casi Siempre, que comprende elementos como lenguaje comprensible, evacuación correcta de preguntas e información de requisitos accesibles. 	
Transportes	<ul style="list-style-type: none"> ● Disponibilidad de la información con un 81% con criterios “Siempre o Casi Siempre” <ul style="list-style-type: none"> ○ Lenguaje comprensible utilizado para la evaluación de las consultas que se dirigen a éstas dependencias. ○ Evacuadas correctamente las preguntas que se realizan. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad del Servicio (con el menor resultado en “Siempre y casi siempre”) <ul style="list-style-type: none"> ○ Los tiempos para dar respuesta a consultas y solicitudes son ágiles en relación a la urgencia de la necesidad que se expone. ● Trato amable (con el menor resultado en “Siempre”) <ul style="list-style-type: none"> ○ La persona funcionaria que presta el servicio lo hace con atención y disposición en su necesidad.

En atención a los resultados expuestos, es pertinente que el nivel gerencial revise las oportunidades de mejora para determinar acciones que se puedan implementar para la mejora del servicio que se brinda.

4. Plan de Mejora al Sistema de Control Interno 2017

La autoevaluación al sistema de control interno se realiza con el fin de determinar acciones para el perfeccionamiento de este, en razón de lo anterior se concreta con un plan de mejora donde se definan las acciones necesarias como resultado de la autoevaluación del año 2017:

Plan de Mejora al Sistema de Control Interno 2017

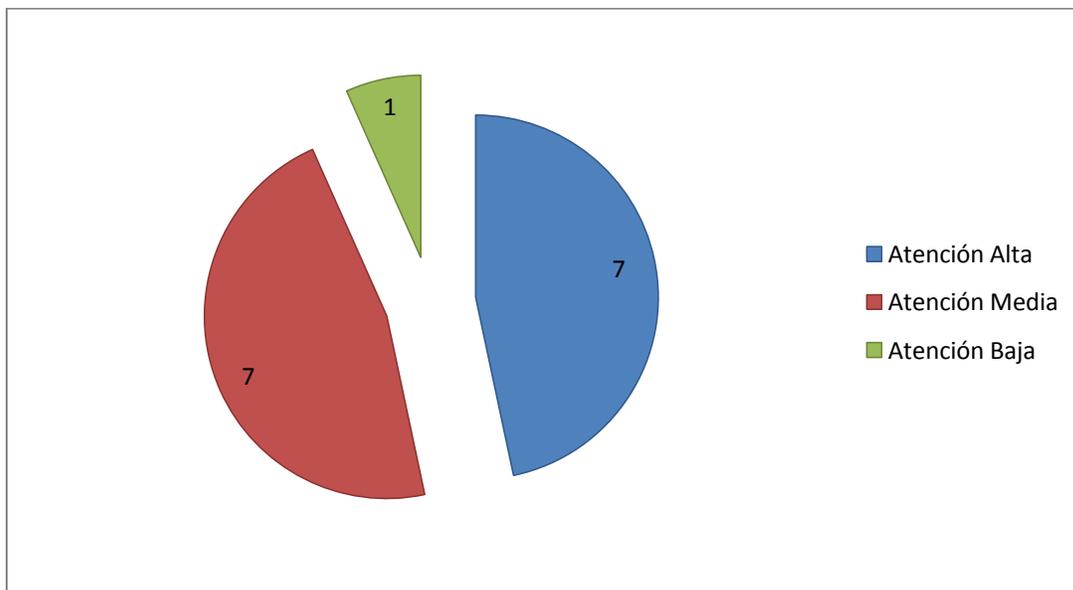
Tema a fortalecer	Acción de mejora	Responsables	Plazo de implementación
<p>Ambiente de Control</p> <p>Fortalecimiento ambiente ético.</p> <p>Fortalecimiento de las competencias del personal</p>	<p>Continuar con el proyecto de implementación "Evaluación por competencias" (Plan de mejora 2017)</p> <p>Establecer los lineamientos y seguimiento de la evaluación de clima organizacional.</p>	Gerencia General	Julio 2018
<p>Responsabilidad de supervisión en el cumplimiento de las tareas de Control Interno</p> <p>Valoración de riesgos</p> <p>Integración de la gestión de riesgos</p>	Realizar sesiones de revisión sobre cumplimiento de objetivos y gestión de riesgos y documentarlas.	Nivel Gerencial	Julio 2018 Diciembre 2018
<p>Actividades de Control</p> <p>Revisión y actualización de los procedimientos</p>	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
<p>Seguimiento al SCI</p>	Documentar las sesiones de realimentación y seguimiento sobre los informes trimestrales.	Nivel Gerencial	Diciembre 2018
<p>Calidad en el Servicio</p>	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

5. Seguimiento del cumplimiento Plan de Acción SCI 2016- 2017

En razón de los resultados de la autoevaluación 2016, se definió un plan de acción institucional en el año 2017 el cual fue aprobado por el Consejo Directivo mediante acuerdo #126-04-2017 de fecha 06 de abril 2017, al cual la Unidad de Control Interno brindó el seguimiento para monitorear la implementación de las acciones para el perfeccionamiento del Sistema de Control Interno.

Este Plan de Mejora contempla las acciones que fueron priorizadas en tres niveles Alta y Media para su atención, buscando las estrategias para una adecuada madurez del SCI según las necesidades institucionales:

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

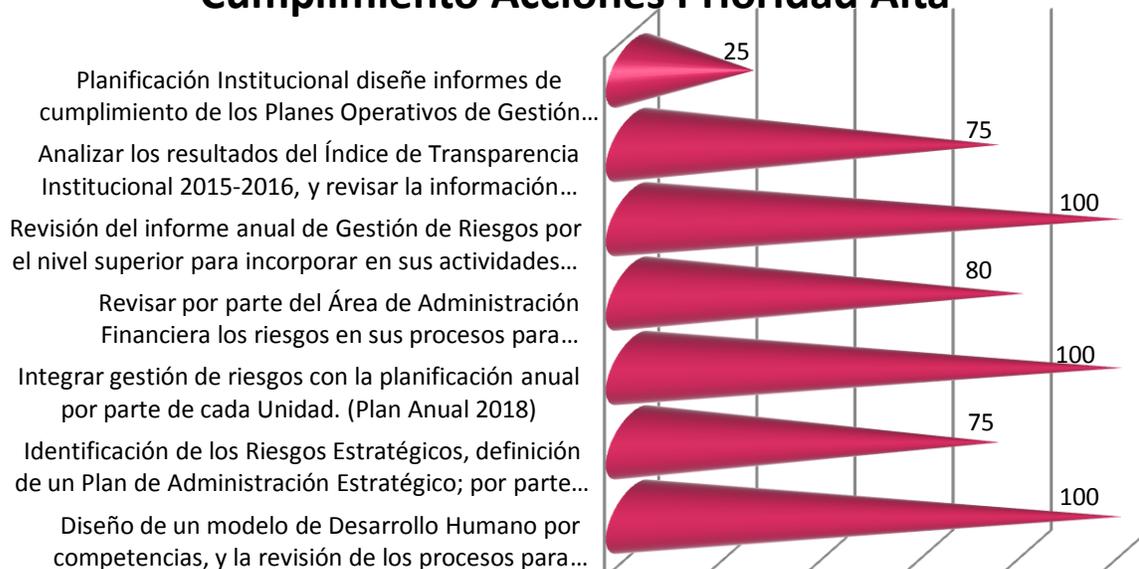


***Alta:** porcentajes menores al 70%, **Media:** Porcentajes de cumplimiento del 70% al 85%,**Baja:** porcentajes cumplimiento mayores al 85% .

En el anexo 2, se detallan las acciones y el seguimiento realizado durante el año 2017 con información actualizada al primer trimestre 2018. Para aquellas correspondiente a los niveles de prioridad Alta y Media.

Los elementos a fortalecer del SCI con prioridad alta logran un 79% de avance de manera global, se detalla el avance de cada acción:

Cumplimiento Acciones Prioridad Alta



Fuente: Información seguimiento marzo 2018

De las 7 acciones propuestas, tres de ellas alcanzan el 100%, una llega al 80% y dos un 75% (las cuales tienen un rezago en su cumplimiento) sin embargo se encuentran en proceso y con fecha para su conclusión en el primer semestre 2018; las actividades que se refieren a “Planificación Institucional diseñe informes de cumplimiento de los Planes Operativos de Gestión (POGE) y se comuniquen a la comunidad institucional” y “Diseño de un Plan de Mejora de los resultados del Índice de Gestión Institucional” y a cargo del Área de Planificación Institucional que se le asigna un porcentaje de 25% son las que ostentan el menor porcentaje de cumplimiento. En este sentido es necesario aclarar que el porcentaje obedece al que en un inicio se le brinda debido a que se omite brindar información adicional de respuesta al seguimiento girado el pasado mes de febrero.

En el caso de la acción “Revisar por parte del Área de Administración Financiera los riesgos en sus procesos para determinar los riesgos relacionados con fraude o robo” y “Comunicar la normativa para el tratamiento de eventuales fraudes o robos”, debido a que el porcentaje de 80%, siendo que se encuentra pendiente a conclusión de dos actividades capacitaciones que no se han llevado a cabo en las fechas inicialmente señaladas y queda pendiente las verificaciones que se plantearon originalmente., las cuales serán objeto de seguimiento en el año 2018.

Para las acciones de Prioridad Media el cumplimiento alcanza el 60%, para la atención de los elementos del SCI se definieron 5 acciones estratégicas, dos de estas se ha establecido que son de un alcance a largo plazo, incluidas como parte del Plan Estratégico Institucional estableciéndose a fechas que alcanzan el 2020, y una de ellas se encuentra en fase de análisis por la Gerencia General a manera de propuesta; y dos de ellas como concluidas.

El detalle de las Actividades contenidas en el Plan Estratégico Institucional son:

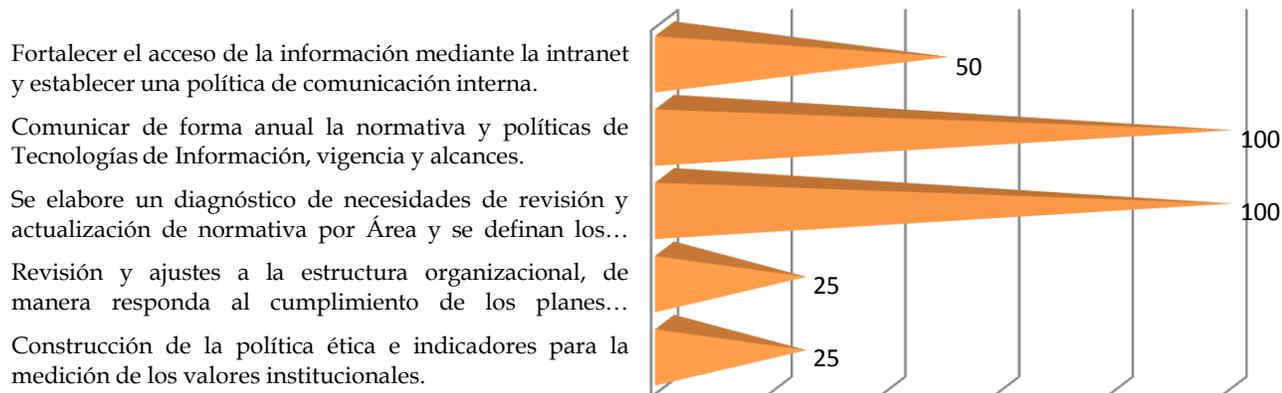
“Revisión y ajustes a la estructura organizativa para el cumplimiento de los planes institucionales y responsabilidades de control interno en la Institución” se ha programado llevarse a cabo en los años 2019 y 2020. (25%)

“Diseño de mecanismos para integrar los valores institucionales a la gestión institucional”, corresponde a una actividad que se encuentra vinculada al PEI y depende de una serie de otras actividades que se derivan de la implementación del posicionamiento del PEI. (25%)

La acción en proceso de cumplimiento:

“Comunicación interna de la información clave de la gestión institucional”, se encuentra en fase de análisis de la propuesta por parte de la Gerencia General.

Cumplimiento Acciones Prioridad Media



Fuente: Seguimiento marzo 2018

Conclusiones

La autoevaluación del sistema de Control Interno se ha realizado de forma continua con el fin de identificar en cada año oportunidades de mejora y así alcanzar el perfeccionamiento del sistema y un grado de madurez en su funcionamiento que asegure a la administración el cumplimiento de los objetivos de control interno en la gestión institucional.

Los resultados obtenidos, indican un sistema de control interno con fortalezas ya que existen controles fuertes en todos los componentes del sistema, identificados oportunidades de mejora para aquellos evaluados como “moderados”: Siendo que solamente en un componente del sistema fue evaluado con controles bajos, lo cual fue el tema de mecanismos para medir la adhesión a los valores institucionales, y lineamientos para el fortalecimiento del clima organizacional, esto como parte del “ambiente de control”.

El seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora que se definan es clave para lograr el mejoramiento continuo que lleve de igual manera al perfeccionamiento del SCI. Para lo cual se realizan los seguimientos y monitoreo del cumplimiento de las acciones de mejora, lo que señala un avance importante en la implementación.

Como parte de la mejora continua se ha definido puntos de mejora del SCI, en aquellos elementos que requieren el perfeccionamiento, así como la conclusión de Plan de Acción Institucional.

Como valor agregado de este proceso de autoevaluación 2017, se realizó el ejercicio de definir aspectos que permitieran medir la calidad y eficacia del servicio brindado en cinco procesos claves del IMAS, con el fin de brindar insumos a la administración para la toma de decisiones para la gestión institución con excelencia. Lo anterior como parte del fortalecimiento del ambiente de control para un adecuado Sistema de Control Interno. De dicho proceso es importante resaltar que los porcentajes para el criterio de “siempre” en todos los ámbitos de calidad evaluados, ninguno alcanzó un porcentaje mayor al 70%, lo que refleja una necesidad de mejorar hacia la excelencia en el servicio.

Se señala además, que cuatro de las cinco unidades evaluadas en este ejercicio, presenten necesidades de mejora en Eficiencia del Servicio y Oportunidad del mismo. Siendo el elemento de disponibilidad de información el que obtiene los mejores resultados.

Anexo 1. Detalle resultados por ítem evaluado

Principios Generales de Control Interno Institucional		
	Definición de Controles (fuertes, moderado o bajo)	Descripción de la deficiencia de control interno o medio de verificación (Observaciones)
Ambiente de Control		
<p>Fortalecimiento del ambiente ético institucional (Diseñados mecanismos para integrar el compromiso con la integridad y los valores éticos en la Institución).</p> <p>1. Implementadas actividades que permitan evaluar la adhesión a Normas de Conducta (según el Código de Ética y Conducta).</p> <p>2. Lineamientos para atender resultados de las evaluaciones de Clima Organizacional y manejo de desviaciones de las Normas de Conducta definidas en el código de ética institucional.</p>	Bajo	<p>No es posible identificar en los medios de verificación mecanismos de control formalmente establecidos.</p> <p>Se indica sobre la instancia de la CIVET como promotora de los valores.</p>
<p>Responsabilidad de supervisión en el cumplimiento de las tareas de Control Interno. (Supervisión del desarrollo y desempeño de Control Interno)</p> <p>3. En relación a los resultados de la valoración de riesgos de las unidades bajo su dependencia, supervisa y gestiona su administración</p> <p>4. Supervisión en el desarrollo y desempeño de las actividades de control para el logro de objetivos y planes.</p>	<p>Moderado</p> <p>Fuertes</p>	<p>Seguimiento débil de la gestión de riesgos , se realiza de forma reactiva no integrada a la gestión.</p> <p>Sesiones de trabajo con las unidades e informes periódicos de la gestión.</p>
<p>Estructura, autoridad, y responsabilidad acorde a los planes institucionales. (Líneas de reporte, adecuado niveles de autoridad y responsabilidad en el logro de los objetivos.)</p> <p>5 Establecimiento de directrices, orientación y control sobre las responsabilidades de las unidades a su cargo.</p>	Fuertes	Se giran instrucciones de manera formal mediante, oficios, correos y reuniones

Principios Generales de Control Interno Institucional

	Definición de Controles (fuertes, moderado o bajo)	Descripción de la deficiencia de control interno o medio de verificación (Observaciones)
<p>Compromiso con las competencias del personal (Demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener personas competentes en alineación con los objetivos)</p> <p>6 Revisión de las medidas de desempeño, incentivos y disciplina para asegurar su vigencia y relevancia.</p>	Moderado	Existen los mecanismos de control sin embargo no se identifican como eficientes, ni se proponen la mejora de estas.
Valoración de Riesgos		
<p>Definición de objetivos con claridad para permitir la identificación y evaluación de riesgos relacionados a estos</p> <p>7. Revisa de manera periódica los riesgos identificados para los objetivos relevantes que tiene relación con las metas del Área.</p> <p>8. Establece las acciones de mitigación sobre los riesgos relevantes que puedan afectar el cumplimiento de los planes institucionales y alimenta con dichos insumos la planificación del Área.</p>	Moderado	Seguimiento débil de la gestión de riesgos, se realiza de forma reactiva no integrada a la gestión. No se definieron los mecanismos establecidos.
Actividades de Control		
<p>Desarrollo da actividades de control que contribuya a la mitigación de riesgos para cumplir con los objetivos a un nivel aceptable.</p> <p>9. Revisión y actualización de las actividades de control de los procesos que se dirigen. (procedimientos y lineamientos, actualizados, divulgados y puesto a disposición de personal)</p> <p>10. Se establecen lineamientos y procedimientos para apoyar las directrices y se toman acciones correctivas en su implementación.</p>	Moderado	Se identifican necesidades de actualización de normativa.
Sistemas de Información		
<p>Se obtiene, genera y comunica información relevante y de calidad para apoyar las decisiones Gerenciales</p> <p>11. Identificación de los requerimientos de la información que se genera en su Unidad para asegurar la oportunidad y calidad de la misma.</p> <p>12. Se cuentan con lineamientos para las comunicaciones de la información requerida de la gestión.</p>	Fuertes	Se da cuenta con mecanismos automatizados y acciones de seguimiento.
Seguimiento		
<p>Evaluación continuas del funcionamiento del Sistema de Control Interno en sus componentes y la definición de acciones de mejora para el cumplimiento de los objetivos.</p> <p>13. Se conducen evaluaciones y monitoreo sobre la gestión y cumplimiento de planes y metas de su Área.</p> <p>14. Comunicación de las deficiencias detectas en las revisiones y</p>	Fuertes	Se realiza el monitoreo del cumplimiento de metas contenidas en el POI. No se indica sobre la

Principios Generales de Control Interno Institucional

	Definición de Controles (fuertes, moderado o bajo)	Descripción de la deficiencia de control interno o medio de verificación (Observaciones)
evaluaciones de la gestión de su Área para determinar las medidas correctivas.		realimentación con base en los informes trimestrales.

Anexo 2. Seguimiento Plan de Acción Institucional SCI – Autoevaluación 2016

Prioridad Alta							
Tema evaluado	Acción a implementar	Responsable	Detalle de las acciones	Plazo definido	Avance y nuevo plazo	Seguimiento	Porcentaje de Avance
Acciones para el desarrollo de las Competencias del Recurso Humano	Diseño de un modelo de Desarrollo Humano por competencias, y la revisión de los procesos para determinar necesidades de mejora y optimizarlos mediante la automatización.	Gerencia General y Jefatura de Desarrollo Humano	Revisar con las jefaturas los indicadores a evaluar Capacitación al personal. Determinación de plazos Aplicación del sistema de evaluación del desempeño Evaluación de resultados Devolución de resultados Informe final	2017-2018	Con plazos de implementación que se encuentran para finalizarse en el año 2018 Se vincularon al POGE en cuanto a: Procesos sobre gestión del capital humano, actualizada, estandarizada y mejorada.	Con oficio DH-0798-03-2018 de fecha 12 de marzo se indica. En el año 2017 se inicia con el Plan Piloto a 2 unidades, para el año 2018 corresponde la aplicación a 4 unidades. En el año 2017 se cumplió con el porcentaje de lo programado. Para el año 2017 se realizó una revisión y actualización de 21 procedimientos, a su vez dichos procedimientos se encuentran automatizados en el Sistema Informático de Recursos Humanos y se encuentran publicados	Porcentaje de cumplimiento: 100%

Prioridad Alta

Tema evaluado	Acción a implementar	Responsable	Detalle de las acciones	Plazo definido	Avance y nuevo plazo	Seguimiento	Porcentaje de Avance
						en el CIRE.	
Administración de riesgos relevantes que afectan cumplimiento de planes y objetivos relevantes	Identificación de los Riesgos Estratégicos , definición de un Plan de Administración Estratégico; por parte del Nivel Superior, aprobación por parte del Consejo Directivo y comunicación a la comunidad institucional.	Nivel Gerencial	La actividad se encontraba incluíd en el Plan de Trabajo 2017 de la Unidad de Control Interno. (Se ve aplazada al mes de febrero 2018)	Julio 2017	Se procede a integrar como parte de las actividades que comprende el POGE 2018 para la Unidad de Control Interno.	Se inicia en las primeras 2 semanas del mes de febrero con sesiones de identificación con las Áreas Temáticas. 50%	75%

Prioridad Alta

Tema evaluado	Acción a implementar	Responsable	Detalle de las acciones	Plazo definido	Avance y nuevo plazo	Seguimiento	Porcentaje de Avance
	Integrar gestión de riesgos con la planificación anual por parte de cada Unidad. (Plan Anual 2018)					Se integra el seguimiento de Planes de Administración en los Planes a partir de 2018 como un primer avance con Planificación 100%.	
Evaluación de riesgo fraude o robo de las actividades sensibles	Revisar por parte del Área de Administración Financiera los riesgos en sus procesos para determinar los riesgos relacionados con fraude o robo. Comunicar la normativa para el tratamiento de	Subgerencia de Soporte Administrativo	Aprobación del Manual de Procedimientos para el tratamiento de posibles errores y fraudes en el proceso de pago del Área de Administración Financiera. Capacitaciones respecto de lo normado en el	Noviembre 2017.	Con plazos de implementación que se encuentran para finalizarse con fechas máximas a marzo de 2018.	Se realiza un seguimiento a las actividades diseñadas para la elaboración del manual y las capacitaciones respecto del mismo (UCI 028-03-2018). Se indica en la respuesta AAF-038-03-2018, la aprobación del manual y se señala una fecha diferente a la de la	67%

Prioridad Alta

Tema evaluado	Acción a implementar	Responsable	Detalle de las acciones	Plazo definido	Avance y nuevo plazo	Seguimiento	Porcentaje de Avance
	eventuales fraudes o robos		Manual de cita, verificaciones de la implementación de lo dispuesto.			indicada originalmente para realizar las capacitaciones, señalando como una única fecha el 17 de abril de 2018.	
Utilización de información relevante de la gestión de riesgos para la toma de decisiones.	Revisión del informe anual de Gestión de Riesgos por el nivel superior para incorporar en sus actividades y proyectos la atención de los riesgos y el cumplimiento de las medidas de Administración de estos.	Gerencia General y Unidad de Control Interno	Revisión y aprobación del Informe de Riesgos 2016.	Junio 2017	Se realizó una comunicación para que la información de riesgos y los planes de administración sean incorporados al POG 2018.	Con oficio 202-12-2017, de fecha 4 de diciembre se remite informe de cumplimiento al acuerdo CD 127-04-2017, para la integración de los planes de administración en la gestión institucional, lo cual se realiza en un primer intento con la incorporación en los Planes 2018.	100%
Comunicación externa sobre la gestión	Analizar los resultados del Índice de Transparencia	Gerencia General	Elaboración de un plan de trabajo en el tema	Marzo 2018	Se realizaron cambios a la página web institucional	Se conformó el Equipo de datos abiertos, quienes darán el seguimiento al ITSP del	75%

Prioridad Alta

Tema evaluado	Acción a implementar	Responsable	Detalle de las acciones	Plazo definido	Avance y nuevo plazo	Seguimiento	Porcentaje de Avance
institucional	<p>Institucional 2015-2016, y revisar la información contenida en la web por parte de un equipo interdisciplinario, para determinar las necesidades de mejora y qué información debe adicionarse.</p> <p>Diseñarse una campaña de información de los principales resultados de esta gestión.</p>		Transparencia y Datos Abiertos		durante el 2017, se han postergado las acciones para el cumplimiento de la presente actividad.	<p>IMAS. Este reviso los datos y temas atender para la mejora de los resultados del ITSP al mes de abril 2018.</p> <p>Instrucción de la gestión sobre el tema de rendición de cuentas GG 2608-12-2017</p>	
Evaluaciones sobre la gestión y cumplimiento de planes	Planificación Institucional diseño informes de cumplimiento de los Planes Operativos de	Gerencia General y Jefatura de Planificación Institucional	Actividades. 1. Para Informes de Cumplimiento de los Planes Operativos de		Se vincularon al POGE en cuanto a: Informes de cumplimiento de los Planes Operativos de	Oficio UCI 025-02-2018 de seguimiento para que informen acerca de avances Planificación (seguimiento a lo	25% Con oficio UCI 025-2-2018 se realiza seguimiento a

Prioridad Alta

Tema evaluado	Acción a implementar	Responsable	Detalle de las acciones	Plazo definido	Avance y nuevo plazo	Seguimiento	Porcentaje de Avance
	<p>Gestión (POGE) y se comuniquen a la comunidad institucional.</p> <p>Diseño de un Plan de Mejora de los resultados del Índice de Gestión Institucional.</p> <p><u>Principio de control Interno:</u> Las actividades de seguimiento del SCI, deben incluir,</p> <p>a) La comprobación durante el curso normal de las operaciones, de que se estén cumpliendo las actividades de control</p>		<p>Gestión (POGE) y se comuniquen a la comunidad institucional.</p> <p>Elaborar los Planes Operativos de Gestión (POGE) 2018, Ingresar la información de los POGE en la Herramienta DELPHOS,</p> <p>Realizar informe de seguimiento trimestral, realizar el informe anual 2018, Enviar los Informes a la Gerencia General.</p>	<p>Junio a octubre 2017</p> <p>Noviembre a diciembre 2017</p> <p>Abril 2018, julio 2018, octubre 2018</p> <p>Enero 2019</p> <p>Enero y febrero 2019</p>	<p>Gestión y su comunicación a la comunidad institucional, y</p> <p>Diseño de un plan de mejora respecto de los resultados de la aplicación del Índice de Gestión.</p> <p>Con plazos de implementación con fechas máximas a enero de 2019.</p>	<p>manifestado en el oficio PI-195-08-2017)</p>	
Establecimiento de	actividades de control		2. Para Diseño de un Plan de				

Prioridad Alta

Tema evaluado	Acción a implementar	Responsable	Detalle de las acciones	Plazo definido	Avance y nuevo plazo	Seguimiento	Porcentaje de Avance
mecanismos para evaluar la gestión institucional	incorporadas en los procesos y ordenadas por la jerarquía correspondiente.		<p>Mejora de acuerdos con los resultados del Índice de Gestión para la aprobación del Plan Institucional.</p> <p>Formular un Plan de Acción de Mejoras de los resultados del IGI 2016, Realizar las Gestiones ante la Gerencia General para la aprobación del Plan, Enviar el plan a las Unidades involucradas, Realizar informe de seguimiento, Actualizar el</p>	<p>Julio 2017</p> <p>Julio-agosto 2017</p> <p>Agosto-setiembre 2017</p> <p>Noviembre 2017</p> <p>Abril 2018</p>			

Prioridad Media						
Tema evaluado	Acción a implementar	Responsable	Detalle de las acciones (esto con base en el oficio remitido por las unidades original	Plazo definido	Avance y nuevo plazo	Porcentaje de Avance
Diseño de mecanismos para integrar los valores institucionales a la gestión institucional	Construcción de la política ética e indicadores para la medición de los valores institucionales.	Presidencia Ejecutiva y CIVET	Incluido en las acciones del PEI Aplicación de un diagnóstico de oportunidad III trimestre de 2017	Marzo 2018	Se definió el instrumento para el diagnóstico, cuyos resultados de la implementación deben ser entregados en el último trimestre de 2017, mismo que brindaría los insumos para la información de sustento de los documentos objeto de esta acción. La GG designó una persona para que un día a semana apoye en la elaboración de estos productos. (GG 0555-02-1018 de fecha 28 de febrero del 2018)	25% Se expusieron resultados a la comisión en el mes de diciembre y pendiente de entrega los resultados Porcentaje de cumplimiento:
Estructura , autoridad y responsabilidad de acorde con los planes institucionales	Revisión y ajustes a la estructura organizacional, de manera que responda al cumplimiento de los planes institucionales y las responsabilidades derivadas de un	Gerencia General y Jefatura de Desarrollo Humano	No se ha definido un plan de trabajo ya que esta actividad se tiene planeada para realizar en el año 2019-2020	2019-2020	Con plazo de conclusión alcanza el año 2020. Vinculadas al PEI -POGE a través de la realización de un estudio de la estructura organizacional y funcional	Porcentaje de cumplimiento: 25%
Cumplimiento de las responsabilidades						

de control interno de acuerdo con las competencias y líneas de autoridad	adecuado Control Interno en la Institución, definiéndose la autoridad, y responsabilidad de los funcionarios en sus correspondientes cargos.					
Revisión y actualización de las actividades de control de los procesos claves	Se elabore un diagnóstico de necesidades de revisión y actualización de normativa por Área y se definan los plazos para su cumplimiento, de manera que se eliminen duplicidades y contradicciones, sean las normas de fácil acceso, consulta y comprensión, y respondan a las necesidades para las que han sido creadas, especialmente en lo que concierne a procesos considerados como claves de la Institución.	Gerencia General y Subgerencias	Solicitud del detalle de la normativa a las distintas dependencias	Diciembre de 2017	En fecha 3 de agosto se instruyó a todas las jefaturas de la Institución, por parte de la Gerencia General, a subir en la intranet la normativa de relevancia y vigente que les compete, y al CIRE a comunicar el cumplimiento de lo solicitado y remitir copia a la Unidad de Equidad e Igualdad de Género para su revisión. En este momento lo indicado no se ha concluido, por lo que es recomendable contar con el producto final previo a dar cumplimiento de la mejora.	100% Se solicitó el detalle de la normativa interna a cada una de las Subgerencias y las dependencias asesoras con solicitud expresa del detalle de la necesidad de actualización y una propuesta de las fechas para la actualización de la misma. En razón de lo anterior se conocen las necesidades de actualización y se brindará seguimiento a las fechas para las actualizaciones. Porcentaje de cumplimiento: 100%

Controles generales sobre el uso de la tecnología (equipos-sistemas-comunicación y data)	Comunicar de forma anual la normativa y políticas de Tecnologías de Información, vigencia y alcances.	Tecnologías de Información.	Se realizarán al menos 2 actividades anuales de comunicación para lo cual se utilizará alguno de los siguientes medios: charlas presenciales, cápsulas informativas, correo-e, intranet.	Semestralmente (2 veces al año)	Se realizarán al menos 2 actividades anuales de comunicación Con plazos de implementación semestral.	Se informa acerca del detalle de la normativa y el cronograma al efecto y se informa que es una acción continua. Porcentaje de cumplimiento: 100%
Implementación de lineamientos y procedimientos para los controles de TI.						
Comunicación interna de la información clave de la gestión institucional	Fortalecer el acceso de la información mediante la intranet y establecer una política de comunicación interna.	Gerencia General	Es necesario reunirse con la Gerencia General para definir el mecanismo	Junio 2018	Con oficio UCI 037-03-2018 se presenta una propuesta con mínimos de la información que debe comunicarse en la intranet	Porcentaje de cumplimiento: 50%