



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 1 de 64

**INFORME ESPECIAL DE AUDITORÍA RELACIONADO CON LA
AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INAMU Y EL
SEGUIMIENTO AL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO
INSTITUCIONAL (SEVRI) PARA EL PERIODO 2023.**

INAMU-JD-AI-In-001-2025

(Remitido con oficio INAMU-JD-AI-031-2025)

Realizado por	Revisado por
Cindy Bravo Fonseca Profesional Especialista Encargada del estudio Auditoría Interna	Randall Umaña Villalobos Auditor Interno Auditoría Interna



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 2 de 64

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INFORME ESPECIAL DE AUDITORÍA RELACIONADO CON LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INAMU Y EL SEGUIMIENTO AL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL (SEVRI) PARA EL PERIODO 2023.

El presente estudio de auditoría es de cumplimiento y se origina conforme al Plan de trabajo de la Auditoría Interna del periodo 2024, en apego a los procedimientos establecidos y a la normativa aplicable, con el fin de obtener resultados que presenten oportunidades de mejora para dicho proceso.

El objetivo es evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y aplicó la Autoevaluación de Control Interno durante el período 2023, así como el seguimiento al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) en cumplimiento con el artículo 17 inciso b) de la Ley General de Control interno.

FEBRERO, 2025



1. Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	5
INTRODUCCIÓN.....	7
2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO	7
2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	7
2.3 ALCANCE DE ESTUDIO	8
2.4 METODOLOGÍA APLICADA.....	8
2.5 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.....	9
2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA	10
2.7 RIESGOS DE AUDITORÍA	12
2.8 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO.....	12
2.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	13
2.10 GENERALIDADES DEL ESTUDIO.....	13
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	15
3.1 HALLAZGO: INCONSISTENCIAS EN LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO 2023. 15	
3.2 HALLAZGO: incumplimiento a la periodicidad de las sesiones de ceci-sevri.	39
3.3 HALLAZGO: seguimiento del sevri.....	44
4. CONCLUSIONES.....	52
5. RECOMENDACIONES	57
6. anexos.....	61
ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS DE LA ADMINISTRACIÓN.....	64

1.1 INDICE DE IMÁGENES.

<i>Imagen 1 Línea de tiempo proceso de la ACI2023</i>	<i>16</i>
<i>Imagen 2 Carpeta de evidencias pregunta 2</i>	<i>25</i>
<i>Imagen 3 Comparativo de resultados de Informe ACI2023 vs. Con evidencias</i>	<i>29</i>
<i>Imagen 4 Acta de Junta Directiva 04-2024 Seguimiento SEVRI-ACI.....</i>	<i>35</i>
<i>Imagen 5 Acta de Junta Directiva 29-2024 presentación ACI2023.....</i>	<i>38</i>



1.2 INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.- Preguntas seleccionadas para revisión de evidencias ACI-2023</i>	23
<i>Tabla 2 Resultados A.I considerando las evidencias de la ACI2023</i>	30
<i>Tabla 3 Actas de comisión CECI-SEVRI</i>	40
<i>Tabla 4 Resultados de verificación de muestras por Dependencia</i>	61

1.3 INDICE DE NOMENCLATURA

Nomenclatura	Significado
ACI	Autoevaluación de Control Interno
Comisión	Comisión de Control Interno CECI-SEVRI
C.I	Control Interno
INAMU	Instituto Nacional de la Mujer
LEY	Ley General de Control Interno 8292
POI	Plan Objetivo Institucional.
PE	Presidencia Ejecutiva
PEI	Plan Estratégico Institucional.
SEVRI	Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional
SCI	Sistema de Control Interno



RESUMEN EJECUTIVO

¿QUÉ EXAMINAMOS?

El estudio es de carácter especial, conforme al plan de trabajo de Auditoría Interna para el periodo 2024, el objetivo consistió en examinar la eficiencia y efectividad del proceso de la autoevaluación de control interno Institucional para el periodo 2023 y las acciones de mejora, así como el seguimiento a la gestión de riesgos.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

Un SCI bien organizado ofrece a las instituciones públicas una serie de ventajas tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Mientras que el beneficio cuantitativo puede ser difícil de medir, ya que solo se haría evidente si el riesgo realmente ocurriera, los beneficios cualitativos son visibles, por ejemplo, una mejora en la satisfacción de las usuarias y clientas en el caso específico del INAMU, o el cumplimiento exitoso de los requisitos normativos. El valor agregado real es amplio y beneficia al Instituto y le permite ajustar los controles con los objetivos estratégicos del INAMU, mejorar la eficiencia operativa y brinda a la dirección una base valiosa para tomar decisiones.

Además, la Institución debe evaluar el Sistema específico de Valoración del Riesgo Institucional por áreas, sectores, actividades, la evaluación integrada de riesgos permite a las instituciones enfocar sus recursos en los procesos sustantivos que son más críticos para su éxito.

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

Se revisó la ACI del año 2023, su metodología para la aplicación y formulación de los instrumentos de evaluación y los informes finales, así como el seguimiento de las acciones de mejora, dentro de los principales hallazgos se evidencia que NO todas las dependencias y/o procesos realizaron la autoevaluación de periodo 2023 y, realizando un comparativo con el año 2022, hubo un aumento de dependencias que no participaron; en el año 2022 fueron tres (3) áreas, y para el 2023 la cantidad aumento a ocho (8), además hay reincidencia en las áreas en su no participación,



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 6 de 64

además que con relación a la no presentación o ejecución de la ACI, por parte de los titulares subordinados responsables, no existen repercusiones alguna.

La metodología actual para la ACI, conlleva tiempos y plazos muy extensos, lo que implica que los planes de acción no se pueden implementar en el POI siguiente, si no que puede tardar hasta dos periodos solo para su implementación, en la misma línea sobre la pertinencia de las evidencias solo considera su presentación y no su suficiencia y competencia, el no sensibilizarse la información genera brechas en los resultados presentados en citados informes, la principal causa de esta situación se debe a la ausencia instrumentos para recopilar información en el INAMU, homogenizados y/o estandarización (bitácoras, minutas entre otros).

¿QUÉ SIGUE?

Según los resultados expuestos en este informe es importante se tomen acciones pertinentes con relación a metodología actual de la aplicación de la Autoevaluación de Control Interno (sus plazos, análisis de datos, entre otros), así como incorporar indicadores en las evaluaciones de desempeño vinculado con la elaboración de las autoevaluaciones a cada titular subordinado como medida rigurosa para los que no están cumpliendo con la autoevaluación, o no dan el seguimiento oportuno a los planes de acción de mejora, y por último en la presentación de los resultados de cada autoevaluación se consideren los datos recopilados con las evidencias que adjunta cada área para que sea más preciso y real.

El informe evidencia la relevancia de una estandarización de todos los documentos de la Institución físicos o digitales que permitan uniformidad en cada trámite. Se considera relevante analizar los integrantes vigentes en la Comisión CECI-SEVRI, y se tomen acciones para que se nombren a los puestos pendientes de nombrar y se cuente con participantes que puedan estar presente en las sesiones y cumplir con las responsabilidades de la Comisión.



INTRODUCCIÓN

El presente proyecto especial de auditoria se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2024¹, el objetivo consistió en examinar la eficiencia y efectividad del proceso de gestión de riesgos y la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional para el periodo 2023 y las acciones de mejora implementadas.

2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con el artículo 20 de la Ley 7801 de Creación del Instituto Nacional de la Mujer², el artículo 21 y el 22 de la Ley 8292, Ley General de Control Interno³, las Normas de Control Interno para el Sector Público⁴, el Reglamento de Junta Directiva⁵, Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de seguimiento al Sistema de Control de Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional-CECI-SEVRI⁶, Guía para la implementación de la autoevaluación Sistema de Control Interno- SCI⁷, Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU⁸ así como en cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del periodo 2024 de la Auditoría Interna.

2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo general del proyecto consistió en evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional durante el período 2023, en cumplimiento con el artículo 17 inciso b) de la Ley General de control interno y, además de analizar los resultados obtenidos para el mismo periodo y las acciones de mejora implementadas según la normativa interna

¹ Acuerdo número cuatro tomado en la Sesión Ordinaria N° 28-2023 celebrada el 22 de noviembre del 2023.

² Ley del 29 de abril de 1998 Publicada en La Gaceta No. 94 del 18 de mayo de 1998.

³ Ley del 30 de julio de 2002 Publicada en La Gaceta No. 169 del 04 de setiembre de 2002.

⁴ Norma del 26 de enero de 2009, publicada en La Gaceta No. 26 del 6 de febrero de 2009.

⁵ Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N°15 del 21 de enero del 2000.

⁶ Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N°216 del 09 de noviembre del 2021

⁷ Aprobado en Acuerdo N°3, Acta N°29-2024 de la Junta Directiva del INAMU

⁸ Aprobado en Acuerdo N°3, Acta N°13-2024 de la Junta Directiva del INAMU



y externa vinculante y el seguimiento al Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI).

Para la consecución del objetivo general del estudio fueron necesarios los siguientes procedimientos de auditoría:

- Evaluar metodología utilizada para la autoevaluación del Sistema de Control Interno para el año 2023.
- Analizar la participación de las Dependencias que tiene el INAMU.
- Verificar las evidencias de respaldos de información referente a las pruebas que las dependencias enviaron indicando que cumplen con cierto objetivo del Control Interno.
- Analizar el seguimiento de los planes de mejora de las autoevaluaciones y mitigación de riesgos del SEVRI.

2.3 ALCANCE DE ESTUDIO

El estudio es de carácter especial y su objetivo es evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y aplicó la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional durante el período 2023 y el seguimiento al Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI).

2.4 METODOLOGÍA APLICADA

La auditoría se realizó de conformidad con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), el Manual de Normas generales de auditoría para el Sector Público, el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna del Instituto Nacional de las Mujeres, la Ley Orgánica del Instituto Nacional de las Mujeres, Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de seguimiento al Sistema de Control de Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional-CECI-SEVRI y demás normativa vinculante en el tema.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 9 de 64

La técnica utilizada fue el análisis de la información solicitada a la Unidad de Planificación Institucional (UPI) para verificar su cumplimiento, así como actas de Junta Directiva y de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI. Se analizó el informe de la autoevaluación del año 2023, así como los informes de seguimiento de mejora de los planes de acción y con base a esa información se hicieron las pruebas necesarias para obtener conclusiones razonables. Se realizaron entrevistas a las personas responsables de ejecutar las actividades vinculadas con las autoevaluaciones institucionales.

2.5 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.

En cumplimiento de la norma 2.10 “Comunicación de los resultados” de las “Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público” y, de conformidad con la norma 205 del “Manual de normas generales de auditoría para el Sector Público”, que establecen que “Las instancias correspondientes deben ser informadas, verbalmente y por escrito, sobre los principales resultados, las conclusiones y las disposiciones o recomendaciones producto de la auditoría que se lleve a cabo...” y que “El auditor debe efectuar una conferencia final con la Administración de la entidad u órgano auditado, antes de emitir la respectiva comunicación por escrito.

En la sesión convocada el día 07 de febrero del 2025 de manera virtual se contó con la participación de la Sra. Yerlin Zúñiga Céspedes de Presidencia Ejecutiva (se incorporó faltando 15 minutos antes de finalizar la reunión); la Sra. Kattia Calvo Cruz representante del Despacho, la Sra. Ana Lorena Flores Salazar, directora estratégica, la Sra. Zaida Barboza Hernández, directora administrativa financiera, la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, coordinadora a.i, Unidad de Planificación Institucional, Sra. Ninotchka Benavides Badilla, jefatura, Unidad de Planificación Institucional, Sra. Xinia Herrera Aguilar, profesional especialista, Unidad de Planificación Institucional y Sra. Angie Gutiérrez Mora, profesional especialista de la Dirección Estratégica y por parte de la Auditoría Interna la Sra. Cindy Bravo Fonseca, profesional especialista y el Sr. Randall Umaña Villalobos, auditor interno.



2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA

La Ley N.º 8292 de Control Interno, en su Artículo 37. —Informes dirigidos al jerarca. establece lo siguiente:

“Cuando el informe de auditoría esté dirigido al jerarca, este deberá ordenar al titular subordinado que corresponda, en un plazo improrrogable de treinta días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de tales recomendaciones, dentro del plazo indicado deberá ordenar las soluciones alternas que motivadamente disponga; todo ello tendrá que comunicarlo debidamente a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente”

En la misma Ley el Artículo 38. —Planteamiento de conflictos ante la Contraloría General de la República establece:

“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, Ley 7428, de 7 de setiembre de 1994.”

En relación con lo anterior, la normativa promulgada por la Contraloría General de la República señala que el esquema de implementación de recomendaciones debe contener los planes y proyectos para las acciones correctivas que debe de incorporar, además, la definición de un plazo de referencia para el cumplimiento de la



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 11 de 64

recomendación. En este sentido, el artículo 12 de la citada Ley N.º 8292 establece, respecto a los deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, lo siguiente:

“Artículo 12. —Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

- a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) **Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.***
- c) **Analizar e implantar, de inmediato, las observaciones, recomendaciones***
- d) **y disposiciones formuladas por la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan.***
- e) Asegurarse de que los sistemas de control interno cumplan al menos con las características definidas en el artículo 7 de esta Ley.*
- f) Presentar un informe de fin de gestión y realizar la entrega formal del ente o el órgano a su sucesor, de acuerdo con las directrices emitidas por la Contraloría General de la República y por los entes y órganos competentes de la administración activa.”*

(El destacado no forma parte del texto original).

Por su parte, las “Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público” señalan en la norma 2.11 lo siguiente:

“El auditor interno debe establecer, mantener y velar porque se aplique un proceso de seguimiento de las recomendaciones, observaciones y demás resultados derivados de los servicios de la auditoría interna, para asegurarse de que las acciones establecidas por las instancias competentes se hayan implementado eficazmente y dentro de los plazos definidos por la administración. Ese proceso también debe contemplar los resultados conocidos por la auditoría interna, de estudios de auditores externos, la Contraloría General de la República y demás instituciones de control y fiscalización que correspondan”. (...)



2.7 RIESGOS DE AUDITORÍA

La Auditoría Interna debido a la naturaleza de la labor que realiza se ve expuesta a los siguientes riesgos:

Riesgo Inherente.

Es la susceptibilidad del saldo de una cuenta o clase de transacciones a una representación errónea que pudiera ser de importancia relativa, individualmente o cuando se agrega con representaciones erróneas en otras cuentas o clases, asumiendo que no hubo controles internos relacionados.

Riesgo de Control.

El riesgo de control es el riesgo de que una representación errónea, que pudiera ser de importancia relativa individualmente o en conjunto con otras, no sea prevenida o detectada y corregida oportunamente por los sistemas de contabilidad y de control interno.

Riesgo de Detección.

Este tipo de riesgo está directamente relacionado con los procedimientos de auditoría por lo que se trata de la posibilidad que existe en todo tipo de estudio, de no detectar la existencia de errores en el proceso realizado.

2.8 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO

El trabajo de campo, la aplicación de los procedimientos de auditoría y la redacción del informe final del estudio estuvo a cargo de la profesional especialista de Auditoría Interna, la Sra. Cindy Bravo Fonseca y el informe fue revisado por el Sr. Randall Umaña Villalobos, Auditor Interno del INAMU.



2.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

EL INAMU requiere un mapeo de los macroprocesos organizacionales acorde con su realidad actual, si bien es cierto se ha realizado un importante esfuerzo por documentar los procedimientos, en algunas de las Áreas no se cuenta con manuales de procedimiento y en las que sí están documentados, éstos se encuentran desactualizados.

Por otra parte, se carece de una Unidad de Control Interno que se dedique exclusivamente a esta función, lo que hace que el proceso sea lento y el seguimiento de las acciones correctivas muy complejo, ya que se debe atender de forma prioritaria la operación institucional y cuando quedan espacios se propician las reuniones para el desarrollo de la labor de control interno. (ver conclusión 01).

2.10 GENERALIDADES DEL ESTUDIO

La Ley 8292 ley General de Control Interno en el artículo 17.- establece una serie de criterios que deben observar para la aplicación y evaluación de sus sistemas de control interno, la Ley 8292 responsabiliza el funcionamiento del sistema de control interno al jerarca y titulares subordinados indicando los siguiente en el supra articulo (...) «**b) Que la administración activa realice, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable. Asimismo, que pueda detectar cualquier desvío que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos**»

Así mismo en el punto «**c) Que sean implantados los resultados de las evaluaciones periódicas que realizan la administración activa, la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y demás instituciones de control y fiscalización que correspondan, dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación.** »

El INAMU constituyó la Comisión Institucional de Control Interno y SEVRI que tiene la responsabilidad de velar porque las personas titulares subordinadas y la



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 14 de 64

administración activa, orienten sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de ambos sistemas (SCI y SEVRI), sus objetivos y los integrantes de dicha comisión están establecidos en el Reglamento para el funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional- CECI- SEVRI del año 2021.

La titular subordinada del proceso de Planificación Institucional también es la coordinadora de la Comisión CECI-SEVRI y forma parte de las Unidades Staff de la Presidencia Ejecutiva, por lo tanto, informa de manera directa los resultados de los ejercicios valorativos en materia de control interno y riesgos.

Para el año 2024 se formalizo el Procedimiento Institucional asociado al proceso de mejora continua: “GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL INAMU”, comunicado mediante la circular INAMU-PE-011-2024 del 20 de agosto del 2024, la cual es una metodología para orientar la formulación, aplicación y seguimiento a la Autoevaluación del Sistema de Control Interno.

Además, la Contraloría General de la Republica emitió las “Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional” (SEVRI) derivado de lo anterior la Junta Directiva del INAMU mediante Acuerdo Número Cuatro de la Sesión Ordinaria 40-2013, de 30 de octubre 2013, aprobó el “Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI” requiriéndose una actualización la cual se aprobó en Junta Directiva mediante el acuerdo número tres de la sesión ordinaria 13-2024 del 22 de abril del 2024, aprobándose de manera íntegra el documento titulado “Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del riesgo institucional SEVRI INAMU 2024 (políticas, lineamientos, estrategia y estructura), el cual entró en vigor a partir de su publicación mediante la circular INAMU-PE-007-2024 del 03 de mayo del 2024.



3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A continuación, se presentan los resultados y los hallazgos derivados del análisis realizado al proceso de autoevaluación 2023, y la implementación del SEVRI, además de las acciones de mejora implementadas en línea con las brechas determinadas por parte de la Administración Activa.

3.1 HALLAZGO: INCONSISTENCIAS EN LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO 2023.

<u>Crítico</u>	<u>Alto</u>	<u>Medio</u>	<u>Bajo</u>	<u>Informativo</u>
				

Este ejercicio se lleva a cabo con el propósito de evaluar el cumplimiento, la validez y la suficiencia del proceso de Autoevaluación anual para el periodo 2023, el cual podrá extenderse a periodos anteriores según las mejores prácticas de auditoría al sistema de control interno implementado en el Instituto Nacional de las Mujeres, de frente a la Ley General de Control Interno, 8292, y el Manual de Normas de Control Interno para el Sector Público, emitido por la Contraloría General de la República.

3.1.1 Plazos poco razonables para el proceso de la Autoevaluación de Control Interno en el INAMU.

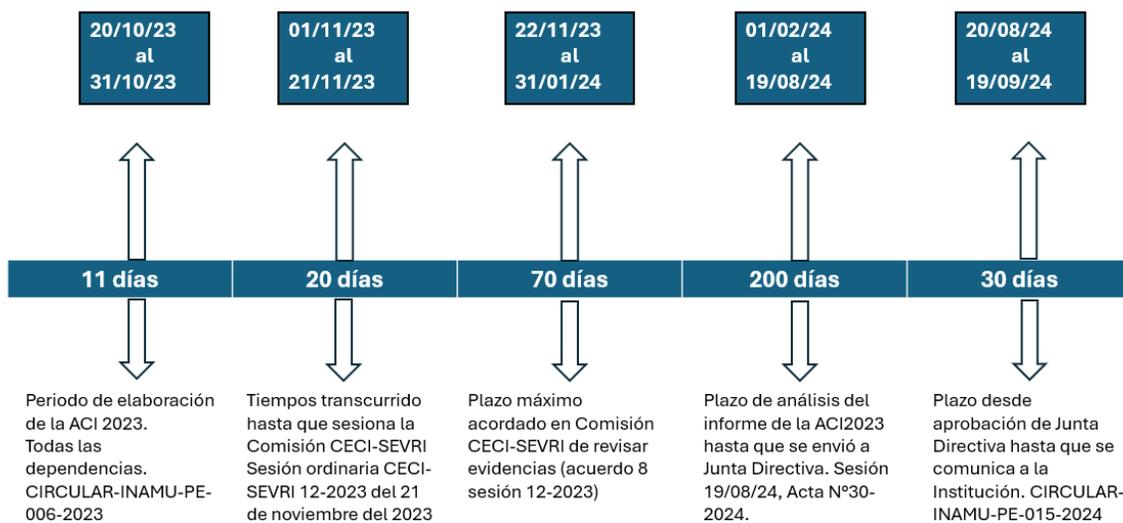
Condición:

Se verificó que para el año 2023 se cumpliera con lo que establece el artículo 17 de la Ley General de Control Interno 8292, en el punto b) de realizar por lo menos una vez al año la autoevaluación del sistema de control interno. Al verificar ese cumplimiento se analizó el plazo que utiliza la Administración Activa para presentar la autoevaluación a la Institución, así como la finalización con los resultados obtenidos y sus planes de mejora.



Se evidencia una línea de tiempo de 335 días; desde el comunicado de inicio de la autoevaluación hasta el comunicado de los resultados. Se presenta la línea de tiempo según el proceso de la autoevaluación:

Imagen 1 Línea de tiempo proceso de la ACI2023



Fuente: Elaboración propia de la Auditoría Interna con recopilación de información INAMU.

Donde se evidencia una mayor concentración de tiempo es partir de febrero, que es desde el momento que venció el plazo de revisar las evidencias por parte de los miembros de la Comisión CECI-SEVRI hasta que se presenta a Junta Directiva para su aprobación, tuvo una duración de 200 días.

A partir del 19 de setiembre del 2024 que se comunicó de manera oficial a todo el INAMU sobre el informe de resultado de la autoevaluación 2023 y su plan de mejora, ha pasado casi un año, resaltando que en octubre por lo general se inicia con la nueva autoevaluación de ese periodo. Esta situación afecta el sistema de control interno por los riesgos que se ve expuesta y que se comentarán como parte de los efectos.



Criterio:

Las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), en el numeral 1.2.b indica lo siguiente:

1.2 Objetivos del SCI

(...)

b. Exigir confiabilidad y oportunidad de la información. El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comunique con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales.

Así mismo, en numeral 1.4 Responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados sobre el SCI, señala

La responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del SCI es inherente al jerarca y a los titulares subordinados, en el ámbito de sus competencias.

(...)

c. La emisión de instrucciones a fin de que las políticas, normas y **procedimientos** para el cumplimiento del SCI, estén **debidamente documentados, oficializados y actualizados, y sean divulgados** y puestos a disposición para su consulta.

Causa:

Dentro de las principales causas que se lograron determinar son los cambios internos que ha sufrido la Unidad de Planificación Institucional, antes de abril del 2024 se contaba con una colaboradora medio tiempo asignada en las labores administrativas de control interno, a partir de ese mes esta situación cambió asignándose una persona de forma total. Sin embargo, ha existido una alta rotación del personal durante el periodo 2023 y 2024; para noviembre del año 2023 se contaba con una persona colaboradora que se desempeñó hasta marzo, en abril ingreso un nuevo recurso, esas



situaciones afectan los procesos de la Unidad porque requieren inducción, acompañamiento, y una curva de aprendizaje alta, entre otros.

Otra posible causa es la estructura del proceso como tal, si bien se creó una guía para la implementación de la autoevaluación, no existen plazos definidos por parte de la Administración que sean obligatorios y definan los tiempos en cada etapa de la elaboración, exigiendo a todas las personas involucradas en el proceso que se atiendan los plazos definidos. El proceso de la revisión de las evidencias lleva una duración en promedio de setenta (70) días, considerando que en ese tiempo está el mes de diciembre que por lo general lleva dos semanas de vacaciones colectivas, posterior a eso la etapa de mayor duración fue la de la elaboración del informe por parte de la Unidad de Planificación, revisión y aprobación por parte de la Comisión CECI-SEVRI para presentarlo en Junta Directiva y posterior a eso su aplicación.

Efecto:

El principal impacto que tiene el INAMU, en establecer plazos extensos, para la aplicación de la autoevaluación de control interno, es que los planes de mejora propuestos tardan entre dos a tres años para lograr ejecutarse en los mejores de los casos, además una mayor exposición de riesgos por incumplimientos a los objetivos del sistema de control interno entre ellos el de exigir confiabilidad y oportunidad de la información generada para la toma de decisiones estratégicas y operativas. (Ver conclusión 02).

3.1.2 Dependencias que no participaron de la Autoevaluación de Control Interno.

Condición:

Se analizó el informe de la autoevaluación de control interno para el periodo 2023 y se determinó que no todas las dependencias del INAMU realizaron la autoevaluación. El informe general de resultados de la autoevaluación de control interno se aprobó en Junta Directiva mediante acuerdo 04 del acta 30-2024 del 19 de agosto del 2024, el informe en la parte I “Análisis de los resultados de la aplicación de la ACI-2023”, en el



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 19 de 64

punto 1 “Metodología empleada”, menciona las dependencias que participaron, así como las que no. Se detallan las que no la cumplieron:

- ✓ Junta Directiva
- ✓ Presidencia Ejecutiva
- ✓ Asesoría Legal
- ✓ Dirección Estratégica
- ✓ Secretaría de la PIEG
- ✓ Cooperación Relaciones Internacionales
- ✓ Departamento de Recursos Humanos

Además de las dependencias mencionadas en el informe, en el estudio se identificó que tampoco participó la dependencia del CEAAM Caribe, solo que no se incluye en el informe.

Esta misma situación se analizó en el informe de Auditoría Interna INAMU-JD-AI-In-004 del 14 de febrero del 2024, titulado “Informe especial de control interno-relacionado con el grado de implementación del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) y la Autoevaluación de Control Interno del INAMU al 2022”. En el informe se menciona de las dependencias que no participaron para la autoevaluación del año 2021 y 2022.

Al hacer una comparación de las autoevaluaciones del año 2022 y 2023 hay dependencias que no realizaron la autoevaluación durante los dos periodos y son:

- ✓ Junta Directiva
- ✓ Presidencia Ejecutiva
- ✓ Unidad de Relaciones Internacionales y Cooperación Internacional

Además, de que se evidenció que existe reiteración por parte de las mismas dependencias de no realizar la ACI es importante resaltar que para la autoevaluación del periodo 2023 se dio un aumento de las dependencias que no cumplieron con la obligación de presentarla, situación que es alarmante, máxime que no existe ninguna



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 20 de 64

rendición de cuentas y/o repercusiones al no realizarla y principalmente que quienes no la ejecutan son la propia Junta Directiva y Presidencia.

Criterio:

La Ley General de Control Interno Ley 8292, establece los siguientes artículos responsabilizando el funcionamiento del sistema de control interno al jerarca y titulares subordinados sujetos a esta Ley, la cual establece lo siguiente:

Artículo 10. —**Responsabilidad por el sistema de control interno.** Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

Y como parte de esa responsabilidad en su artículo 17 define lo siguiente sobre el seguimiento del sistema de control interno, en su punto b:

En cuanto al seguimiento del sistema de control interno, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, los siguientes:

*b) Que la administración activa realice, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable. Asimismo, que pueda detectar cualquier desvío que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos.

En concordancia con lo anterior, las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) y reforma Resoluciones R-CO-64-2005, R-CO-26-2007, R-CO-10-2007, en el numeral 1.3 Características del SCI, señalan:

El SCI debe reunir las siguientes características:

a. Ser aplicable. El funcionamiento del SCI debe responder a las características y condiciones propias de la institución.



- b. Ser completo. El SCI debe considerar la totalidad de la gestión institucional, y en él deben estar presentes los componentes orgánicos y funcionales.
- c. Ser razonable. El SCI debe estar diseñado para lograr los objetivos del sistema y para satisfacer con la calidad suficiente y necesaria las necesidades de la institución, con los recursos que ésta posee y a un costo aceptable.
- d. Ser integrado. Los componentes funcionales y orgánicos del SCI deben interrelacionarse adecuadamente e incorporarse en la gestión institucional.
- e. Ser congruente. El SCI debe ajustarse a las necesidades, capacidades y demás condiciones institucionales y estar enlazado con el bloque de legalidad.

Causa

Debilidades en los procesos de gobernanza donde se debe establecer el entorno de la organización, reforzando la importancia y estableciendo responsabilidades de supervisión y seguimiento al SCI, y una cultura de control interno que se enfoque hacia los valores éticos, conductas deseadas y el entendimiento del riesgo en la organización son los principales elementos que no permiten un mayor compromiso por parte de los titulares subordinados en materia de control interno y desarrollo de una gestión apegada a criterios de eficiencia, eficacia, economía, legalidad y para una efectiva rendición de cuentas, como se muestra en las autoevaluaciones de los periodos 2022 y 2023, donde procesos tanto estratégicos, sustantivos y de apoyo, no realizaron la ACI, y no tuvieron repercusión alguna.

Efecto

La materialización de riesgos relacionados con la gestión, reputacionales, financieros, entre otros, son los principales efectos de una ACI aplicada de forma parcial, donde no ofrece una visión global del estado del Sistema de Control Interno y de cada uno de los componentes que lo integran, permitiendo identificar cuáles controles deben implementarse y reforzar, para fortalecer la gestión.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 22 de 64

Por lo tanto, un proceso de Autoevaluación donde no participen todas las dependencias de la Institución afecta de forma negativa el grado de compromiso por la rendición de cuentas, mediante un sistema gerencial de información con acciones preventivas y correctivas sobre el funcionamiento del Sistema de Control interno, que los controles hayan sido adecuadamente definidos a la luz de las características institucionales y los recursos disponibles al efecto, y por otra parte, que los controles se apliquen con oportunidad para conocer cualquier situación anómala o adversa en la gestión institucional. (Ver conclusión 03).

3.1.3 Análisis de las evidencias presentadas en los respaldos de la ACI-2023

Condición:

La Unidad de Planificación Institucional y el INAMU, no ha logrado estandarizar y disponer en lo pertinente de formularios para la documentación, el procesamiento y el registro de las transacciones que se efectúen en la Institución, la ausencia de formularios uniformes y oficializados limita recopilar información de manera sistemática y estandarizada, lo que facilitaría su procesamiento, análisis y almacenamiento, como por ejemplo, **minutas para las sesiones de trabajo, para capacitaciones, formulación de proyectos, requerimiento de bienes y servicios, inventarios, arqueos de valores, registros de firmas, entre otros, provoca que la revisión de las evidencias de que respaldan las autoevaluaciones de CI, se torne lento y complejo.**

Se realizó una muestra de 12 preguntas del cuestionario de la ACI-2023 el cual estaba compuesto por 29 ítems, con el propósito de verificar las evidencias que respaldan dichas interrogantes. Los ítems seleccionados de cada uno de los componentes del control interno fueron los siguientes:



Tabla 1.- Preguntas seleccionadas para revisión de evidencias ACI-2023

Componente de Control	Pregunta
Ambiente de control	<p>2 ¿Antes de llenar la Autoevaluación de Control Interno revisa con su personal los instructivos facilitados por la Comisión CECI-SEVRI?</p> <p>4 ¿Se promueve entre el personal, la puesta en práctica de los valores institucionales incluidos en el Marco filosófico y Manual de ética y valores del INAMU?</p> <p>5 ¿Dispone su dependencia de un inventario de actividades de control?</p> <p>8 ¿Conoce el personal de la dependencia los nuevos estratos ocupacionales como propuesta de actualización de cargos y clases por parte del Departamento Recursos Humanos?</p> <p>11 derivado de los resultados de la evaluación de desempeño, a nivel institucional, ¿se definen oportunidades de mejora (recomendaciones o acciones correctivas) orientadas a fortalecer el desempeño del personal?</p> <p>13 ¿La institución tiene en funcionamiento un manual de procedimiento de la organización actualizado, conforme con las necesidades institucionales, debidamente oficializado y difundido?</p>
Valoración de riesgo	<p>17 ¿Realiza con su personal a cargo actividades conducentes a la identificación, valoración y tratamiento de los riesgos propios de su dependencia asociados a:</p> <p>a. planes b. proyectos c. procesos y d) actividades de trabajo</p>
Actividades de control	<p>19 ¿Se ejecutaron en el último año en su dependencia, las disposiciones jurídicas o técnicas emitidas por entes internos o externos?</p> <p>20 ¿Durante los últimos doce meses ha gestionado ante la Unidad de Planificación Institucional la mejora continua de algún proceso a su cargo?</p>
Sistemas de información y Comunicación	<p>24 ¿La información generada en su dependencia es comunicada de acuerdo con los requerimientos de la población usuaria externa, en cuanto a alcance, acceso, oportunidad y medios y canales de comunicación?</p> <p>26 ¿Aplica algún mecanismo para garantizar razonablemente la seguridad (confidencialidad, niveles de acceso, responsables) e integridad de la información sensible que comunica la entidad bajo su cargo?</p>



Seguimiento del Sistema de Control Interno	29 ¿Se implementan los planes de mejora derivados de los resultados de las autoevaluaciones del sistema de control interno, en tiempo y forma definidas?
--	--

Fuente: Elaboración propia con cuestionario de la Autoevaluación de Control Interno 2023

En el apartado 6 titulado “ANEXO” se encuentran las preguntas seleccionadas para la muestra, así como el resultado de cada dependencia. De las 28 dependencias que participaron en la autoevaluación de control interno del año 2023, se determinaron los siguientes resultados:

1. Solo la pregunta 8 no se revisó evidencias porque era una pregunta que no solicitó información de respaldo, era solo de contestar, por esa razón aparece todo en blanco.
2. La dependencia del Departamento de Servicios Generales y de Transporte no presentó ninguna evidencia en las 12 preguntas seleccionadas.
3. De las 27 dependencias que brindaron evidencia, en uno o varias preguntas no brindaron evidencias.
4. De las muestras que enviaron como evidencias varias no se aceptaron por los encargados de la revisión porque no cumplían con lo solicitado. Concluyendo así que ninguna dependencia brindó evidencias satisfactorias en la totalidad de la muestra seleccionada.
5. La Unidad de Comunicación fue la única que indicó que “no le aplica” la pregunta 19, es decir, que en su dependencia no ejecutó ninguna disposición jurídica o técnica por entes internos, o externos durante ese año.
6. Al analizar las evidencias que respaldan las preguntas de selección, alguna información brindada no cumple lo que la evidencia solicita como respaldo de esa pregunta, por eso, la tabla presenta una última línea que son las evidencias que sí se consideran como respaldo correcto.

Al analizar las evidencias y compararlas con lo que cada pregunta solicitaba como respaldo de evidencia se determinó que no todas las dependencias envían lo solicitado, además, que cada dependencia envía la información como mejor considere, situación que hace engorroso el proceso de revisión.



Por ejemplo, la pregunta 2 decía:

¿Antes de llenar la Autoevaluación de Control Interno revisa con su personal los instructivos facilitados por la Comisión CECI-SEVRI? Medio de verificación: Minuta o captura de pantalla de la sesión en la que conste que revisa con el personal el cuestionario e instrucciones de la Autoevaluación de control interno 2023.

La siguiente imagen, muestra la carpeta de evidencias de la consulta 2:

Imagen 2 Carpeta de evidencias pregunta 2

Nombre	Tipo	Tamaño
1. DEI FORMULARIO AUTOEVALUACION_Saskia Salas Caldero	Documento Adobe Acrob...	
1. Evidencia pregunta 2. CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES Convocatoria_Mariana Mena ...	Archivo JPG	
1. INVESTIGACION FORMULARIO AUTOEVALUACION_Evelyn Piedra Rodrig	Documento Adobe Acrob...	
1. Tesorería Minuta N° 013-2023 AUTOEVALUACION CONTROL INT_Suying Lau Siu	Documento Adobe Acrob...	
1. UPI Captura de pantalla reunión cuestionario CI UP_Irya Cruz Mena	Documento Adobe Acrob...	
1. URHN Captura de pantalla 2023-10-23 143147_Tania Barrantes Estr	Archivo PNG	
1. URPC Minuta Reunión Virtual TEAMS 27-10-2023_Monserrat Montero Ma	Documento Adobe Acrob...	
1. y 29 medio de verificación Lista de participación_Ivannia Arias Zuñiga	Hoja de cálculo de Micros...	
1.CENTRO DE FORMACIÓN POLÍTICA Image 2023-10-27 at 9.29.30 AM_Diana Fuster Barah...	Archivo JPEG	
3. EVIDENCIA PREG2 Dirección Administrativa Financiera Consolidado_Riesgos_SEVRI_JNA...	Hoja de cálculo de Micros...	
3. CEAAM METROPOLITANO lista autoevaluacion CONTROL IN_Karen Patricia Muril	Documento Adobe Acrob...	
3. DEP CONDICION JURÍDICA	Archivo PNG	

Fuente: Información suministrada por la UPI

La carpeta presenta archivos en PDF, imágenes, Excel de las diferentes dependencias, y al ir abriendo cada uno de esos archivos existe diferentes presentaciones o respuesta. Una minuta puede variar en diferentes dependencias, cada área envía la información según considere. Para una dependencia un único archivo basta para evidenciar la pregunta, pero para otras envían varios archivos para respaldar su respuesta. Todas estas situaciones hacen que el proceso de revisión lleve más tiempo del debido, afectando el proceso de la autoevaluación, no existe una estandarización en la recopilación de la información al no existir formularios uniformes a nivel del INAMU.



Criterio:

La Ley General de Control Interno 8292, establece en el artículo 17 lo siguiente sobre el seguimiento del sistema de control interno, en su punto b, indica:

“Que la administración activa realice, por lo menos una vez al año, las **autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable**. Asimismo, que pueda detectar cualquier desvío que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos”

Así mismo, las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) y reforma Resoluciones R-CO-64-2005, R-CO-26-2007, R-CO-10-2007, en el capítulo IV: Normas sobre actividades de control, en el numeral 4.4.2 Formularios uniformes, se refiere a:

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer lo pertinente para la emisión, la administración, el uso y la custodia, por los medios atinentes, **de formularios uniformes** para la documentación, el procesamiento y el registro de las transacciones que se efectúen en la institución. Asimismo, deben prever las seguridades para garantizar razonablemente el uso correcto de tales formularios.

(El resaltado no forma parte del original).

Y el numeral 5.6 – Calidad de la Información, se refiere a:

Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

5.6.1 Confiabilidad La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente.

5.6.2 Oportunidad Las actividades de recopilar, procesar y generar información, deben realizarse y darse en tiempo a propósito y en el momento adecuado, de acuerdo con los fines institucionales.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 27 de 64

5.6.3 Utilidad La información debe poseer características que la hagan útil para los distintos usuarios, en términos de pertinencia, relevancia, suficiencia y presentación adecuada, de conformidad con las necesidades específicas de cada destinatario.

Causa:

Existen varios factores para que los Titulares Subordinados que deben realizar la autoevaluación anual del Sistema Control Interno no aporten evidencia suficiente y competente y dentro de las principales causas esta la ausencia de formularios uniformes para la documentación, el procesamiento y el registro de las transacciones que efectúa el INAMU así también como las medidas de seguridad para que garanticen razonablemente el uso correcto de tales formularios, como por ejemplo, si se solicita una bitácora, la misma debe contener características similares para cualquier proceso, o si se solicitan arqueos de fondos de trabajo, controles de salidas de vehículos, atención primaria de usuarias como por ejemplo.

También, que la revisión de las pruebas aportadas se divide entre los diferentes integrantes de la Comisión de Control Interno, teniendo cada uno un criterio para evaluar la evidencia. Si bien existe la indicación de lo que se debe adjuntar como respaldo de la evidencia, y cada dependencia envía la información como mejor considere, esto llega a influir en la persona que hace la verificación.

Efecto:

Al no aportarse evidencia que cumpla con las características mínimas requeridas tanto de forma como de fondo imposibilitan asegurar que las acciones de control implementadas son realmente efectivas y coadyuvan a asegurar que la gestión tanto dentro y fuera de la Institución son realizadas apegadas al bloque de legalidad, de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales.

Lo que implicaría que la ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales sean mayormente expuesta a riesgos financieros, pérdidas de datos,



además de incumplimientos de requerimientos normativos y las disposiciones institucionales. (Ver Conclusión 04).

3.1.4 Resultados obtenidos en ACI2023, sin considerar las evidencias

Condición:

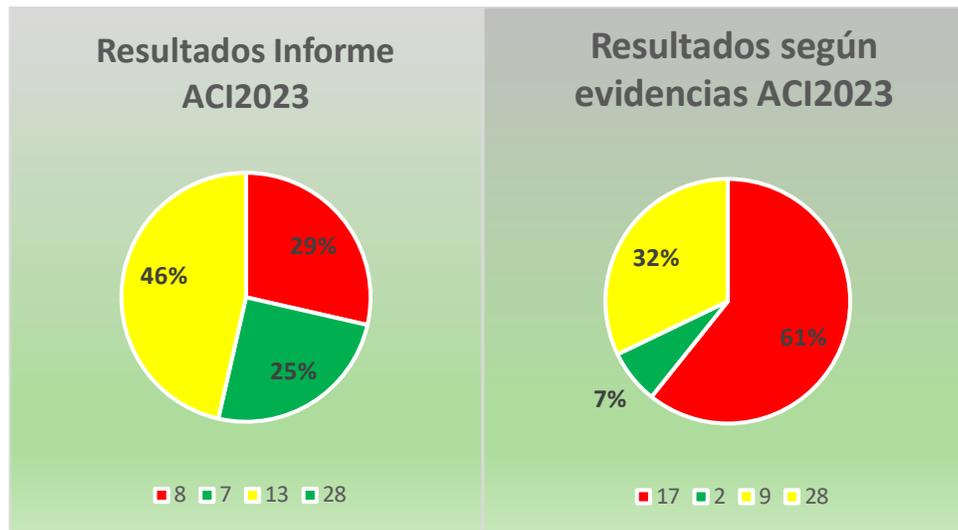
Como parte del análisis de la información para el estudio, se revisó el Informe General de Resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2023, divulgado a toda la Institución mediante circular INAMU-PE-015 -2024 del 18 de setiembre del 2024. En el apartado 3 “Resultados obtenidos en la Autoevaluación del Sistema de Control Interno 2023”, presenta la tabla 5 titulada “Análisis General de datos Nivel de cumplimiento obtenido según pregunta realizada en el cuestionario ACI-INAMU 2023”.

De la revisión de los expedientes brindados por la Unidad de Planificación Institucional al revisar las respuestas de las dependencias y comparar la información con las evidencias, se determinó que para clasificar el **nivel de cumplimiento alcanzado por componente del control interno** se obtiene únicamente de las respuestas de las dependencias sin considerar las evidencias, lo cual si se considerara los resultados serían diferentes.

Se presentan los siguientes gráficos, para comparar los resultados de la autoevaluación con base a las respuestas de las dependencias versus las evidencias revisadas:



Imagen 3 Comparativo de resultados de Informe ACI2023 vs. Con evidencias



Fuente: Información propia con informe de ACI2023 y expedientes

La imagen anterior muestra una variación significativa al considerar las evidencias enviadas por las dependencias. En el informe presentado a Junta Directiva por parte de la Comisión CECI-SEVRI indica que un **29 %** de la autoevaluación, es decir, **8 preguntas** están en un nivel bajo, sin embargo, la realidad según lo aportado es un **61 %** para un total de **17 preguntas**. El nivel alto, disminuyó de un **25 %** a un **7 %**, así como el nivel medio de un **46% a un 32%**.

Este panorama cambia la situación real del resultado del cuestionario de autoevaluación. La siguiente tabla, considerando las evidencias, presenta el estatus de cada componente de control interno.



Tabla 2 Resultados A.I considerando las evidencias de la ACI2023

Componente de Control Interno	Cantidad ¿?	% Promedio	Cantidad ¿?	% Promedio	Cantidad ¿?	% Promedio
Ambiente de control con evidencia	1	96%	7	41%	7	66%
Valoración del riesgo con evidencia			1	57%		
Actividades de control con evidencia	1	94%	3	61%	1	82%
Sistemas de información y comunicación con evidencia			3	52%	1	75%
Seguimiento del Sistema de Control Interno con evidencia			3	49%		
Tipo de nivel en cada componente de control interno según las evidencias	2	95%	17	52%	9	74%

Fuente: Elaboración propia con expedientes de la UPI.

La tabla anterior muestra una mayor concentración de preguntas con un nivel bajo, fueron 17 preguntas del total del 28 que tienen una condición de “roja”, y luego 9, en un nivel medio. Estos resultados son alertas que la Administración Activa debe considerar y analizar si son resultados por el tipo de proceso que se viene utilizando en las autoevaluaciones, por falta de interés de las dependencias con las evidencias o porque efectivamente el sistema de control interno del INAMU está viéndose afectado y requiere planes de acción efectivos.

Criterio:

Ley General de Control Interno, Ley 8292, en su capítulo II “El sistema de control interno” en el artículo 7- Obligatoriedad de disponer de un sistema de control interno establece:



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 31 de 64

Artículo 7º—**Obligatoriedad de disponer de un sistema de control interno.** Los entes y órganos sujetos a esta Ley dispondrán de sistemas de control interno, los cuales deberán ser aplicables, completos, razonables, integrados y congruentes con sus competencias y atribuciones institucionales. Además, deberán proporcionar seguridad en el cumplimiento de esas atribuciones y competencias; todo conforme al primer párrafo del artículo 3 de la presente Ley.

Las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) y reforma Resoluciones R-CO-64-2005, R-CO-26-2007, R-CO-10-2007, en el Capítulo I: Normas Generales, en el numeral 1.1 – Sistema de Control Interno, se refiere a:

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben emprender las medidas pertinentes para contar con un SCI, conformado por una serie de acciones diseñadas y ejecutadas por la administración activa para proporcionar una seguridad razonable en la consecución de los objetivos organizacionales. El SCI tiene como componentes orgánicos a la administración activa y a la auditoría interna; igualmente, comprende los siguientes componentes funcionales: ambiente de control, valoración del riesgo, actividades de control, sistemas de información y seguimiento, los cuales se interrelacionan y se integran al proceso de gestión institucional.

Los responsables por el SCI deben procurar condiciones idóneas para que los componentes orgánicos y funcionales del sistema operen de manera organizada, uniforme y consistente (El subrayado y resaltado no forma parte del original).

Y el numeral 5.6 – Calidad de la Información, se refiere a:

Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

5.6.1 Confiabilidad La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente.



5.6.2 Oportunidad Las actividades de recopilar, procesar y generar información, deben realizarse y darse en tiempo a propósito y en el momento adecuado, de acuerdo con los fines institucionales.

5.6.3 Utilidad La información debe poseer características que la hagan útil para los distintos usuarios, en términos de pertinencia, relevancia, suficiencia y presentación adecuada, de conformidad con las necesidades específicas de cada destinatario.

Causa:

La principal razón ha sido la metodología utilizada para mostrar y presentar los resultados de la autoevaluación de SCI, la cual ha sido considerar las respuestas que brindan las dependencias, sin utilizar las evidencias que tienen de respaldo en cada pregunta.

También, como se ha indicado en este informe, **una débil cultura institucional enfocada en la gestión de riesgos y el control interno por parte del jerarca y los titulares subordinados responsables** de velar por que los componentes funcionales operen de manera uniforme y consistente, se evidencia en el hecho que no todas las dependencias cumplen con realizar la autoevaluación, y las que responden no remiten todas y cada una de las evidencias, situación que distorsiona la verdadera situación del INAMU y su nivel de madurez a nivel de Control Interno.

Efecto:

El principal impacto que se puede identificar relacionado con la brecha presentada entre los resultados del Informe de la ACI-2023, tomando en cuenta no solo las respuestas dadas sino las evidencias aportadas es que la información no expresa la situación real del INAMU, en materia de control interno y su nivel de madurez. (Ver conclusión 05).



3.1.5 Incumplimiento al seguimiento de las acciones de mejora

Condición:

Como parte de los objetivos del estudio fue el análisis el seguimiento de los planes de acción de mejora de los resultados de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno para el periodo 2023. Para lo cual se analizó los informes que se entregaron a Junta Directiva para poder determinar los plazos establecidos en cada plan de mejora.

i. Seguimiento autoevaluación de control interno 2023:

La Administración Activa presentó el informe final y los resultados de la ACI-2023 mediante la circular INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-028-2024 en sesión de Junta Directiva 29-2024 celebrada el 12 de agosto del 2024, sin embargo, en la sesión 30-2024 del 19 de agosto se modifican los acuerdos quedando de la siguiente manera, el acuerdo 4°:

1. Aprobar el documento: Informe General de Resultados ACI-2023 y su Plan de Mejora presentado por la Comisión CECI SEVRI y las recomendaciones establecidas.

2. Instruir a la Presidencia Ejecutiva para que divulgue entre las personas titulares subordinas y todas las personas funcionarias de la institución, el contenido del Informe General de Resultados ACI-2023. Asimismo, para que promuevan entre el personal a cargo la ejecución del Plan de Mejoras derivado de dicha autoevaluación para que sea cumplido por todas las partes durante el año 2025 e incorporarlo en el POI correspondiente.

(el subrayado no forma parte del original)

3. Instruir a la Comisión Ejecutiva CECI-SEVRI para que continúe con los seguimientos trimestrales y presente un informe de cumplimiento ante esta Junta Directiva sobre el avance en la ejecución de los Planes de Mejora derivados de la autoevaluación de control interno durante el año 2025. SE APRUEBA POR MAYORÍA. ACUERDO FIRME.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 34 de 64

Como se menciona en el acuerdo, el plan de mejora planteado de los resultados de la ACI-2023 serían atendidos durante el año 2025, situación que impide darle seguimiento oportuno, porque para verificar el cierre de brechas sería hasta el año 2026, no obstante, se dio seguimiento a los planes de acción de la ACI2022, con los siguientes resultados.

ii. **Seguimiento autoevaluación de control interno 2022:**

Se presentó el informe final de la ACI-2022 mediante la circular INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-008-2023 en sesión de Junta Directiva 13-2023 celebrada el 13 de julio del 2023, quedando el siguiente acuerdo 6°:

1. APROBAR EL DOCUMENTO: INFORME DE RESULTADOS ACI-2022-2023 Y SU PLAN DE MEJORA PRESENTADO POR LA COMISIÓN CECI SEVRI Y LAS RECOMENDACIONES ESTABLECIDAS.
2. INSTRUIR A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA PARA QUE DIVULGUE ENTRE LAS PERSONAS COORDINADORAS DE LAS ÁREAS TÉCNICAS, JEFAS DE ÁREAS Y TODAS LAS PERSONAS FUNCIONARIAS DEL INAMU, EL INFORME DE RESULTADOS DERIVADO DE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO PERIODO 2022-2023 Y SU RESPECTIVO CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA PARA QUE SEA ATENDIDO DURANTE EL II SEMESTRE DEL 2023.

(El subrayado no forma parte del original)

Como parte de los procedimientos de Auditoría Interna, se analizaron los acuerdos de Junta Directiva relacionados con el seguimiento de los planes de acción mejora de las autoevaluaciones. Al revisar los acuerdos de Junta Directiva del año 2024, el único informe que existe sobre seguimientos a los planes de acción es el **"Informe de seguimiento anual SEVRI-Estratégico, SEVRI-Programático y Planes de Mejora de Autoevaluación de control interno 2022-2023"**. Este informe se conoció en la sesión ordinaria 04-2024, celebrada el 05 de febrero del 2024.

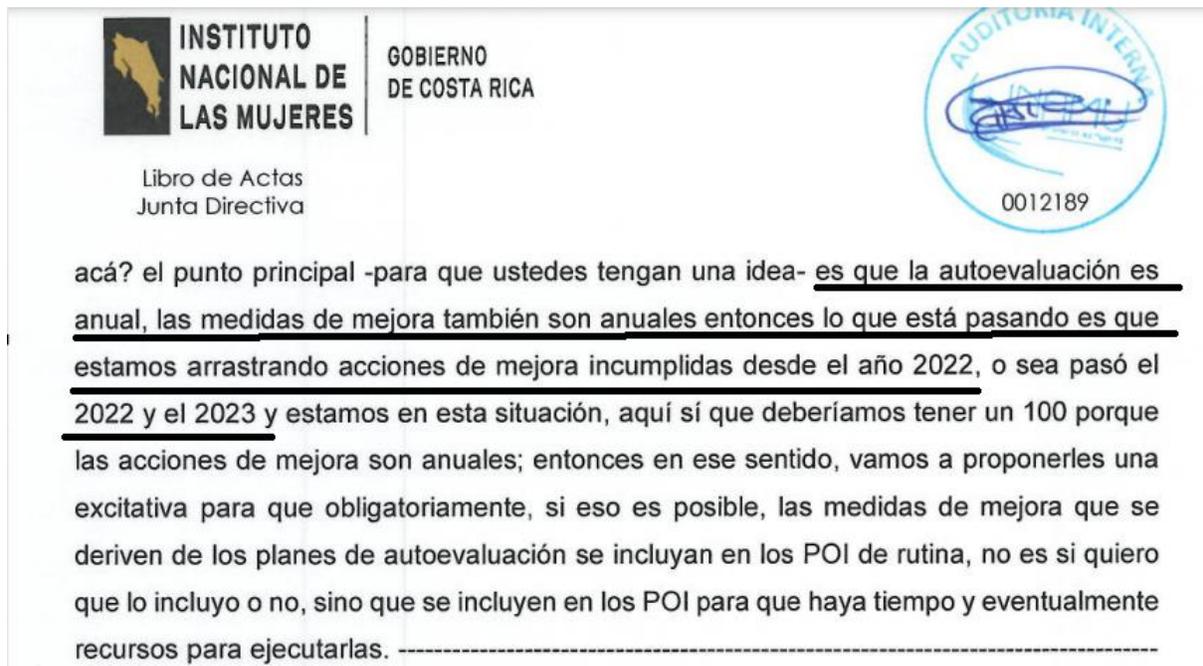
En el informe de seguimiento a los planes de mejora corresponde a la Autoevaluación del Sistema de Control Interno para el periodo 2022; donde según acuerdo de Junta Directiva, se tenían que dar seguimiento durante el segundo semestre del 2023.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 35 de 64

Al revisar las actas de Junta Directiva que estaban relacionadas con las autoevaluaciones y seguimiento, es importante mencionar lo que comenta la coordinadora de la Comisión CECI-SEVRI, la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, en el acta de la sesión ordinaria 04-2024, celebrada el 05 de febrero del 2024:

Imagen 4 Acta de Junta Directiva 04-2024 Seguimiento SEVRI-ACI



Fuente: Página del INAMU, Red de Transparencia, Acta 04-2024.

Esta situación evidencia la realidad del seguimiento de los planes de mejora de las autoevaluaciones sobre el “arrastre” de mejoras incumplidas desde el año 2022 y 2023.

Al analizar el informe de seguimiento anual SEVRI-Estratégico, SEVRI-Programático y Planes de Mejora de Autoevaluación de control interno 2022-2023 presentado en Junta Directiva en febrero del 2024, es necesario mostrar los resultados de dicho seguimiento:

“(…)



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 36 de 64

La tabla anterior muestra que, de las 33 dependencias institucionales, 2 de ellas (Unidad de Recursos Humanos y CEAAM Caribe) no reportaron acciones de mejora en su Plan de Acción de Control Interno. Cabe resaltar que el CEAAM Caribe notificó como justificación: la imposibilidad de darle seguimiento al Plan, debido a que “El CEAAM Caribe ha tenido varias jefaturas y se desconoce el estado de cumplimiento”, por su parte la Unidad de Recursos Humanos notificó que por exceso de cargas laborales no fue posible realizar las acciones. (...)”

El informe indica que el Departamento de Recursos Humanos y el CEAAM Caribe, no presentaron acciones de mejora en su “Plan de acción de control interno”, esta situación es importante mencionarla porque como se indicó anteriormente, dentro de las dependencias que no hicieron la ACI-2023 está el Departamento de Recursos Humanos y el CEAAM Caribe, lo cual es preocupante y son indicadores de alertas sobre el compromiso y la responsabilidad que tienen los titulares subordinados sobre el sistema de control interno.

Criterio:

En Sesión de Junta Directiva 13-2023 celebrada el 13 de julio del 2023, acuerdo 06:

1. APROBAR EL DOCUMENTO: INFORME DE RESULTADOS ACI-2022-2023 Y SU PLAN DE MEJORA PRESENTADO POR LA COMISIÓN CECI SEVRI Y LAS RECOMENDACIONES ESTABLECIDAS.
2. INSTRUIR A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA PARA QUE DIVULGUE ENTRE LAS PERSONAS COORDINADORAS DE LAS ÁREAS TÉCNICAS, JEFAS DE ÁREAS Y TODAS LAS PERSONAS FUNCIONARIAS DEL INAMU, EL INFORME DE RESULTADOS DERIVADO DE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO PERIODO 2022-2023 Y SU RESPECTIVO CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA PARA QUE SEA ATENDIDO DURANTE EL II SEMESTRE DEL 2023.

(el subrayado no forma parte del original)

Además, la Ley General de Control Interno, Ley 8292 en los artículos siguientes establecen:

Artículo 10. —**Responsabilidad por el sistema de control interno.** Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener,



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 37 de 64

perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

Artículo 17. —**Seguimiento del sistema de control interno.**

Entiéndese por seguimiento del sistema de control interno las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno, a lo largo del tiempo; asimismo, para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud.

En cuanto al seguimiento del sistema de control interno, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, los siguientes:

(...)

*b) Que la administración activa realice, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable. Asimismo, que pueda detectar cualquier desvío que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos.

Además, la Ley 8292 establece causales de responsabilidad administrativa, según el artículo 39:

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.

El jerarca, los titulares subordinados y los demás funcionarios públicos incurrirán en responsabilidad administrativa, cuando debiliten con sus acciones el sistema de control interno u omitan las actuaciones necesarias para establecerlo, mantenerlo, perfeccionarlo y evaluarlo, según la normativa técnica aplicable.

(El subrayado no forma parte del original)

Causa:

Las acciones implementadas para dar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora en materia de control interno **han sido insuficientes**, si bien, los informes se envían a Junta Directiva para su conocimiento y aprobación, y se toman acuerdos,

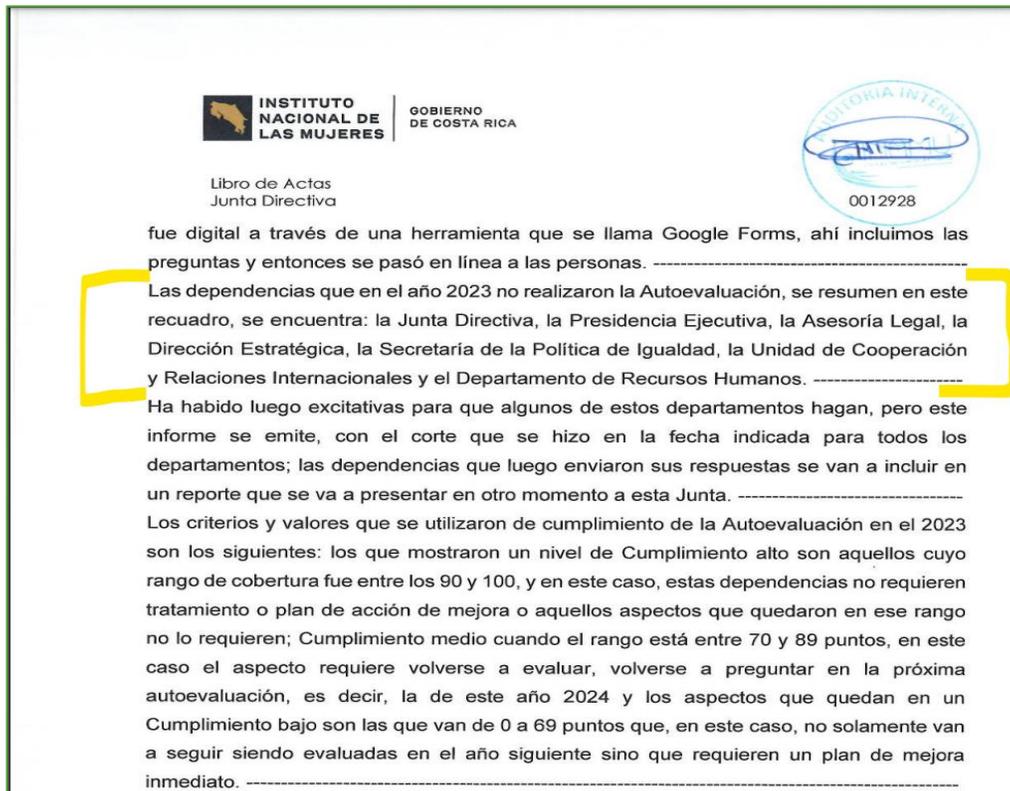


10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 38 de 64

los cuales se comunican a la Institución, no están dando los resultados esperados porque las dependencias no están cumpliendo con el plazo establecido o no la presentan lo que evidencia de nuevo debilidades en la culturización del INAMU, en materia de riesgos y control interno.

No existe por parte del Jerarca acciones que demanden una rendición de cuentas más efectivas o repercusiones hacia los titulares subordinados cuando no cumplen con la ACI o envían la información extemporánea o de baja calidad, además, en necesario indicar que los procesos relacionados con Junta Directiva y la Presidencia Ejecutiva los cuales son los primeros llamados a dar el ejemplo y liderar las actividades de control, no realizan la ACI, así se vislumbra en el acta de Junta Directiva 29-2024 del 12 de agosto del 2024 cuando la coordinadora de la Comisión CECI-SEVRI indica las dependencias que no participaron de la ACI2023, se presenta la siguiente imagen del acta:

Imagen 5 Acta de Junta Directiva 29-2024 presentación ACI2023





Fuente: Página del INAMU, Red de Transparencia, Acta 29-2024.

No hay ningún comentario por parte de algún miembro de la Directiva cuando la coordinadora de la Comisión CECI-SEVRI, la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras lo explica. Esto evidencia una ausencia de cultura de gobernanza en materia de riegos y control interno situación que permea a los demás niveles jerárquicos del INAMU.

Efecto:

Incumplimientos a lo normado en la Ley 8292, en específico en el seguimiento al sistema de control interno en lo concerniente a que la Administración Activa del INAMU realice, por lo menos una vez al año, autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable, lo que imposibilita en mayor nivel el poder detectar cualquier desvío que aleje al Instituto del cumplimiento de sus objetivos, sumado a la emisión de información con algún nivel de sesgos en relación al nivel real de madurez de la Institución en materia de control interno y una toma de decisiones más acertadas. (Ver conclusión 06).

3.2 HALLAZGO: INCUMPLIMIENTO A LA PERIODICIDAD DE LAS SESIONES DE CECI-SEVRI.

<u>Crítico</u>	<u>Alto</u>	<u>Medio</u>	<u>Bajo</u>	<u>Informativo</u>

Condición:

El Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional- CECI-SEVRI, establece que dicha Comisión debe sesionar ordinariamente una vez cada mes y de manera extraordinaria cuando así se determine, sin perjuicio de lo anterior se analizaron las actas del año 2023 y 2024; se verificó que las actas tuvieran las firmas respectivas de la coordinadora y la persona



secretaria de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, que las mismas estuvieran foliadas, en orden el consecutivo y contaran con la participación de las personas integrantes en las sesiones, además de su cumplimiento en la periodicidad.

La siguiente tabla muestra los resultados de la revisión de las actas:

Tabla 3 Actas de comisión CECI-SEVRI

Año	Mes	# de Acta	Fecha de Sesión	Foliado	Firmadas	Sesión	Observaciones
2023	Agosto	09-2023	22/8/2023	√	√	Ordinaria	Katia Calvo Cruz, no presenta justificación de ausencia
2023	Setiembre	10-2023	5/9/2023	√	√	Ordinaria	Katia Calvo Cruz, no presenta justificación de ausencia
2023	Setiembre	11-2023	19/9/2023	√	√	Ordinaria	Katia Calvo Cruz, no presenta justificación de ausencia
2023	Octubre	-	-	-	-	-	No se sesionó, incumpl. Art 11 Reg. Comisión CECI-SEVRI
2023	Noviembre	12-2023	21/11/2023	√	√	Ordinaria	
2023	Diciembre	13-2023	12/12/2023	√	√	Ordinaria	
2024	Enero	01-2024	23/1/2024	√	√	Ordinaria	kattia Calvo Cruz, no presenta justificación de ausencia
2024	Febrero	02-2024	20/2/2024	√	√	Ordinaria	
2024	Marzo	01-2024	5/3/2024	√	√	Extraordinaria	kattia Calvo Cruz y Georgina G. Barquero no presenta justificación de ausencia
2024	Marzo	03-2024	19/3/2024	√	√	Ordinaria	
2024	Abril	04-2024	16/4/2024	√	√	Ordinaria	
2024	Mayo	-	-	-	-	-	No se sesionó, incumpl. Art 11 Reg. Comisión CECI-SEVRI
2024	Junio	05-2024	5/6/2024	√	√	Ordinaria	
2024	Junio	06-2024	18/6/2024	√	√	Ordinaria	kattia Calvo Cruz, no presenta justificación de ausencia

Fuente: Auditoría Interna con actas de Comisión de Control Interno CECI-SEVRI

De 12 actas foliadas y revisadas, en seis (6) de ellas se sesiono sin la justificación de la representante de la presidencia ejecutiva y una vez por parte de la Sra. Georgina García Barquero. En el mes de mayo no se sesionó. Y la última sesión impresa que se revisó en los folios de la Comisión fue con fecha del 18 de junio del 2024.



Criterio:

El Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional- CECI-SEVRI, establece lo siguiente:

Artículo 5. Ámbito de competencia de la Comisión.

Su ámbito de competencia abarca desde **la promoción de cultura y prácticas favorables en materia de control interno y administración del riesgo**, así como el monitoreo de cumplimiento, la asesoría y recomendaciones a las autoridades del INAMU responsables, para que las personas titulares subordinadas y la administración activa, orienten sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de ambos sistemas.

(El resaltado no forma parte del original)

Artículo 6- Integración de la Comisión.

La Comisión estará integrada por las siguientes personas como titulares con derecho a voz y voto:

(...)

Una persona funcionaria representante de la Presidencia Ejecutiva.

Y

Artículo 11. De las sesiones de la Comisión (virtuales o presenciales).

La Comisión, sesionará ordinariamente una vez cada mes y de manera extraordinaria cuando así se determine.

Causa:

Con respecto a las causas del porque la representante de la Presidencia Ejecutiva no ha participado en las sesiones de la Comisión se desconocen porque son ausencias sin justificar, así como el caso de la Sra. Georgina G. Barquero, sin embargo, esta situación también se evidenció en el informe de Auditoría Interna INAMU-JD-AI-In-004-2024 del 14 de febrero del 2024.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 42 de 64

Sobre los incumplimientos de no sesionar una vez al mes como lo establece el reglamento de la Comisión CECI-SEVRI, en su artículo 11, la jefatura de la Unidad de Planificación Institucional a.i envió el oficio INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-002-2025 con fecha 08/01/2025, en el cual explican lo siguiente:

(...)

- 1 En su momento la última acta que teníamos en nuestros registros y que usted revisó fue el acta de sesión ordinaria N°6-2024 correspondiente al mes de junio del 2024.
- 2 En los meses de julio y agosto, se realizaron sesiones de trabajo por falta de quórum a pesar de haberse convocado a los miembros de la Comisión CECI-SEVRI a sesión ordinaria los días 16 y 30 de julio, 20 de agosto, se presentaron diversas razones como incapacidad, ausencia de miembros de la Comisión y pendiente el nombramiento de la representante de la Comisión de Ética.
- 3 En el mes de setiembre no hubo quórum y se convocó a reunión el 17 de setiembre
- 4 En el mes de octubre no hubo reunión porque se realizaron una serie de actividades de control interno y SEVRI (...)

Con respecto a las respuestas brindadas, las principales razones que brinda la jefatura de la Unidad de Planificación, es que no se pudo sesionar porque no hubo quórum.

Según el artículo 06 "Integración de la Comisión" del reglamento de la comisión CECI-SEVRI, la Comisión está integrada por las siguientes personas como titulares con derecho a voz y voto:

- Una persona funcionaria representante de la Unidad de Planificación, quien coordina.
- Una persona funcionaria representante de la Presidencia Ejecutiva.
- Una persona funcionaria representante de la Comisión de Ética y Valores Institucionales.
- Una persona funcionaria representante de la Dirección Administrativa Financiera.
- Una persona funcionaria representante de la Dirección Estratégica.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 43 de 64

Además, en dicho reglamento, en el artículo 11 “De las sesiones de la Comisión (virtuales o presenciales)”, establece lo siguiente respecto al quorum:

(...)

El quorum para sesionar es el de mayoría simple (3) de las personas titulares que integran la Comisión. Los acuerdos también se tomarán por mayoría simple de las personas titulares presentes. En caso de empate la persona que coordina la comisión tiene doble voto.

Para poder sesionar se requieren un mínimo de tres miembros, no obstante, si no se ha sesionado es porque sólo se ha contado con dos miembros de los cinco que hoy conforman la Comisión CECI-SEVRI. Si bien no se ha nombrado a un representante de la Comisión de Ética y Valores Institucionales, hay cuatro miembros más, no obstante, como se mencionó anteriormente la representante de la presidencia ejecutiva, tienen una serie ausencias sin justificar.

Efecto:

No se está cumpliendo con el Reglamento que aprobó la Junta Directiva, cuando solicitó que se sesionara ordinariamente una vez al mes y definió las personas integrantes de la Comisión, lo que implica directamente un debilitamiento al sistema de control interno institucional.

Situaciones relevantes relacionadas con el control interno o los riesgos de la Institución no están siendo analizadas y valoradas de forma oportuna en el seno de la Comisión, lo que puede implicar la materialización de riesgos financieros y operaciones principalmente. (Ver conclusión 07).



3.3 HALLAZGO: SEGUIMIENTO DEL SEVRI

<u>Crítico</u>	<u>Alto</u>	<u>Medio</u>	<u>Bajo</u>	<u>Informativo</u>
				

Parte de los objetivos del estudio fue analizar el seguimiento de los planes de mitigación de riesgos del SEVRI de la Institución. Se analizó la normativa interna relacionada con el tema, acuerdos y seguimiento de Junta Directiva, así como los planes periódicos que las dependencias deben brindar.

3.3.1 Actualización del SEVRI Institucional

Condición:

En Junta Directiva mediante el acuerdo número tres de la sesión ordinaria 13-2024 del 22 de abril del 2024, se aprobó el documento titulado “Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del riesgo institucional SEVRI INAMU 2024 (políticas, lineamientos, estrategia y estructura), el cual entró en vigor a partir de su publicación mediante la circular INAMU-PE-007-2024 del 03 de mayo del 2024.

En dicha sesión quedó el siguiente acuerdo:

Instruir a la Comisión CECI-SEVRI para que, una vez aplicada la Valoración de riesgos bajo el nuevo Marco Orientador SEVRI-INAMU 2024 por las dependencias, presente ante esta Junta Directiva una propuesta de “Apetito de riesgo institucional”, de manera que esta Junta Directiva defina: el nivel máximo general de riesgo en el que la entidad esté dispuesta a operar considerando su apetito al riesgo global, su capacidad de riesgo y su perfil, debiendo establecer medidas cualitativas que expliquen los incentivos para aceptar o evitar ciertos tipos de riesgos y, estableciendo límites e indicadores para controlarlos y monitorearlos”, de acuerdo con el mismo Marco Orientador SEVRI-INAMU. La propuesta solicitada a la comisión CECI-SEVRI, tiene como fecha establecida ante



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 45 de 64

esta Junta Directiva el mes de noviembre 2024. SE APRUEBA POR UNANIMIDAD. ACUERDO FIRME.

Como parte de los procedimientos de Auditoría Interna se realizó una reunión con la Unidad de Planificación Institucional, donde participó la Sra. Xinia Herrera Aguilar y la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, el día 15 de octubre del 2024.

Una de las consultas fue en relación al “Reglamento para el funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional CECI-SEVRI” en su artículo 7, inciso f, que establece lo siguiente:

Artículo 7. Responsabilidades de la Comisión CECI-SEVRI

(...)

- f. Aplicar cada dos años, como mínimo, la herramienta diagnóstica: Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno y actualizar el Sistema Específico de valoración de Riesgos institucional, a fin de determinar el grado de avance y consolidación institucional de dichos sistemas.

Con respecto al Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno, comentó la coordinadora de la Comisión CECI-SEVRI, la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras que el modelo aún está vigente. Explica que para el año 2022 se hicieron dos cuestionarios de autoevaluación uno incluía el modelo de madurez, se tenía pensado incluirlo en la Autoevaluación del Sistema de Control Interno para el periodo 2023, pero por recomendación de la Auditoría Interna era mejor no incluirlo, porque el modelo de madurez es distinto a la autoevaluación. Así que para ese año no se hizo y se pospuso; hasta el momento estaría pendiente y para el año 2024 estaría imposible de realizar, sería para el año 2025.

Con respecto al SEVRI, el artículo 7, indica “Actualizar el Sistema Específico de Valoración de Riesgos institucional”, la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras explica que eso es lo que se quiere hacer una vez la “gente” identifique y conecte todos los elementos que la Sra. Xinia Herrera les está explicando. Se están identificando, analizando y valorando los riesgos, incluso a nivel de actividades POI y eso será en este año 2024.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 46 de 64

Otra de las consultas fue sobre el acuerdo 03 del acta 13-2024 de Junta Directiva que decía:

Instruir a la Comisión CECI-SEVRI para que, una vez aplicada la Valoración de riesgos bajo el nuevo Marco Orientador SEVRI-INAMU 2024 por las dependencias, presente ante esta Junta Directiva una propuesta de “Apetito de riesgo institucional”, de manera que esta Junta Directiva defina: el nivel máximo general de riesgo en el que la entidad esté dispuesta a operar considerando su apetito al riesgo global, su capacidad de riesgo y su perfil, debiendo establecer medidas cualitativas que expliquen los incentivos para aceptar o evitar ciertos tipos de riesgos y, estableciendo límites e indicadores para controlarlos y monitorearlos”, de acuerdo con el mismo Marco Orientador SEVRI-INAMU. La propuesta solicitada a la comisión CECI-SEVRI, tiene como fecha establecida ante esta Junta Directiva el mes de noviembre 2024. SE APRUEBA POR UNANIMIDAD. ACUERDO FIRME.

(el subrayado no forma parte del original)

Al consultar si ese acuerdo se cumpliría en noviembre indicó que esperaba que en el mes de noviembre se pueda hacer una reunión porque la Comisión ha tenido problemas de quórum y ocupan definir eso, porque tienen que avanzar en la sistematización, identificación y valoración de los riesgos para poder establecer un apetito de riesgo como lo establece la normativa, poder darle un consejo a la Junta Directiva.

Al analizar los acuerdos de Junta Directiva de las sesiones del mes de noviembre, no existe ningún acuerdo que esté relacionado con el apetito del riesgo, es decir, no se cumplió con el plazo definido por la Junta Directiva en la sesión 13-2024 del 22 de abril del 2024, de que se presentara en noviembre.



Criterio:

Ley General de Control Interno, Ley 8292, en su capítulo I, artículo 2 definiciones, inciso f:

“Valoración del riesgo:

Identificación y análisis de los riesgos que enfrenta la institución, tanto de fuentes internas como externas relevantes para la consecución de los objetivos; deben ser realizados por el jerarca y los titulares subordinados, con el fin de determinar cómo se deben administrar dichos riesgos.

Las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE, en su punto 2. “Aspectos generales del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional”, establece:

2.3. **Objetivo del SEVRI.** El SEVRI deberá producir información que apoye la toma de decisiones orientada a ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable y así promover, de manera razonable, el logro de los objetivos institucionales.

2.4. **Productos del SEVRI.** El SEVRI deberá constituirse en un instrumento que apoye de forma continua los procesos institucionales. En este sentido, se deberá generar a través del SEVRI:

- a) Información actualizada sobre los riesgos institucionales relevantes asociados al logro de los objetivos y metas, definidos tanto en los planes anuales operativos, de mediano y de largo plazos, y el comportamiento del nivel de riesgo institucional.
- b) Medidas para la administración de riesgos adoptadas para ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable.

El Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI INAMU 2024, el cual versa sobre las políticas, lineamientos, estrategia y estructura y estructura del proceso y entró en vigor a partir de su publicación mediante la circular INAMU-PE-007-2024 del 03 de mayo del 2024, establece en su punto 3.4 “Lineamientos sobre niveles de apetito de riesgo institucional, en los subpuntos 3.4.2 y 3.4.5:



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 48 de 64

3.4.2 Para establecer el apetito de riesgo se debe involucrar a todos los departamentos y unidades funcionales del INAMU. El apetito al riesgo es propuesto por la administración activa una vez terminada la valoración de riesgos, según procesos. Esta propuesta es conocida, consolidada y definida por la Comisión CECI-SEVRI, quienes posteriormente la enviarán para su aprobación ante la Junta Directiva del INAMU.

3.4.5 Es responsabilidad de la Junta Directiva del INAMU y de la Comisión CECI-SEVRI comunicar el apetito al riesgo de la institución a las personas titulares subordinadas y demás personas funcionarias. (el subrayado no forma parte del original)

Causa:

Como lo indicó la coordinadora de la Comisión CECI-SEVRI el día 15 de octubre, se ha tenido problemas con el quorum de la Comisión para poder sesionar y concluir con lo del apetito del riesgo, porque primero debe analizarse en la Comisión y posterior a eso llevarse a la Junta Directiva para su conocimiento, análisis y aprobación en caso de que proceda.

Además, como se indicó en este informe para este año se aprobó el Marco Orientador del SEVRI, el cual se aprobó en abril del 2024, esto ha requerido una serie de cambios a nivel Institucional porque requería que las dependencias apliquen la valoración de riesgos bajo el nuevo “Marco Orientador”, para que luego la Comisión presentara el apetito de riesgo. Para estos cambios se hicieron charlas a toda la Institución para explicar el nuevo Marco Orientador, así como grupos de trabajo por dependencias para trabajar en el módulo de Gestión de riesgos incluido en el sistema SIPGAF⁹, mediante la herramienta Delphos.Continuum, por lo tanto, son situaciones atípicas que toda la Institución está pasando y afecta el cumplimiento de los planes programados.

Efecto:

Es riesgoso para la Institución no tener una actualización de los riesgos que pueda considerar su apetito de riesgo; si bien, se está en una etapa de cambios y

⁹ SISTEMA INTEGRADO DE PLANIFICACION, GESTION ADMINISTRATIVA FINANCIERA



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 49 de 64

actualizaciones de los riesgos es importante que dichos análisis sean presentados al Jerarca de la Institución para su respectiva aprobación, divulgación y formalización y se cumple con lo acordado en la sesión de Junta Directiva 13-2024 en el acuerdo 03. (Ver conclusión 08).

3.3.2 Seguimiento de las acciones de mitigación del SEVRI 2023

Condición:

Como se mencionó en el hallazgo 1, al analizar los acuerdos de Junta Directiva del año 2024, el único informe que existe sobre seguimientos a los planes de acción es el "Informe de seguimiento anual SEVRI-Estratégico, SEVRI-Programático y Planes de Mejora de Autoevaluación de control interno 2022-2023". Este informe se conoció en la sesión ordinaria 04-2024, celebrada el 05 de febrero del 2024.

Al revisar el informe que presenta los resultados sobre la mitigación del SEVRI estratégico con 23 acciones y el SEVRI programático con 132 acciones en sus procesos.

Con respecto al seguimiento del SEVRI estratégico el informe indicó lo siguiente:
(...)

"Como se observa en el gráfico 1, siete de los once objetivos institucionales lograron un cumplimiento del 100%, estos son: Promover el Cambio cultural, corresponsabilidad social de los cuidados, protección atención y prevención de la Violencia, derechos sexuales y reproductivos, rediseño de procesos, desarrollo TICs y ejecución efectiva del presupuesto. El objetivo relacionado con empoderamiento individual y colectivo de las mujeres obtuvo un cumplimiento medio de 80%, dos objetivos obtuvieron un cumplimiento bajo estos son: Autonomía Económica de las mujeres y Soporte Político Administrativo, mientras que el objetivo de crecimiento del talento humano obtuvo un 0% de cumplimiento."



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 50 de 64

Con relación al seguimiento del SEVRI programático el informe indicó lo siguiente:

(...)

“Como se muestra en el gráfico 2, el SEVRI Programático presenta un nivel de cumplimiento del 55% equivalente a 73 acciones de las 132 presentes en el Plan de Mitigación. Lo anterior indica que más de la mitad de las acciones se han cumplido. Mientras que 15 de las acciones se reportan sin avance.”

Además, a manera de conclusiones del SEVRI programático indica la siguiente:

(...)

“En el caso de algunas dependencias señalan como observación en acciones específicas, que, se reporta el mismo avance, pues por falta de personal no se puede dedicar tiempo o que se encuentran a la espera de rediseños de procesos, entre otros. Sin embargo, son pocas las dependencias que justifican el no avance de las acciones de mitigación y el no conocer el estado de estas es un riesgo latente.”(El subrayado no forma parte del original)

Como se indicó anteriormente, no existe justificación y menos repercusiones hacia los Titulares Subordinados por no cumplir con las Autoevaluaciones de Control interno, tal y como lo establece la Ley 8292, en el entendido que **es una herramienta diseñada para realizar una autoevaluación periódica al Sistema de Control Interno de un proceso por parte de su dueño o responsable, y la misma le permitirá identificar gráficamente el nivel de cumplimiento, definir y registrar planes de acción y fechas de compromisos para cerrar las brechas identificadas, que permitan lograr una mejor calificación en las siguientes autoevaluaciones hasta llegar a un nivel efectivo en cada componente.**

Sobre esta situación quedó evidenciado en el Acuerdo 03 de la sesión ordinaria 04-2024, celebrada el 05 de febrero del 2024 de Junta Directiva que indicaba lo siguiente:

“Instruir a la Comisión CECI-SEVRI para que en conjunto con la Secretaría de Actas de esta Junta Directiva elaboren y ser firmen en nombre de la Junta Directiva, previsiones de sanción de acuerdo con la Ley No.8292, Ley General de Control interno, dirigida a aquellas dependencias que al 15 de junio 2024 próximo



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 51 de 64

no hayan ejecutado o progresado en las acciones de mitigación y de mejora que les fueron asignados como responsabilidad.
(....)

Sobre este acuerdo la secretaria de Junta Directiva mostró los oficios enviados a cada dependencia para el cumplimiento del acuerdo, además, en la reunión del 15 de octubre del 2024 con la coordinadora de la Comisión CECI-SEVRI, la Sra. Naranjo Porras, indica que sí que efectivamente la información se recibió a la Junta Directiva y también ella solicitó que se la enviaran a ella.

Criterio:

Ley General de Control Interno, Ley 8292, en su sección II “Sistema Especifico de Valoración de Riesgo”-en su artículo 19 establece:

Artículo 19. —**Responsabilidad por el funcionamiento del sistema.** El jerarca y los respectivos titulares subordinados de los entes y órganos sujetos a esta Ley, en los que la Contraloría General de la República disponga que debe implantarse el Sistema Especifico de Valoración de Riesgo Institucional, adoptarán las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del Sistema y para ubicarse al menos en un nivel de riesgo institucional aceptable.

Asimismo, el artículo 39 de la misma Ley indica sobre causales de responsabilidad administrativa cuando:

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.

El jerarca, los titulares subordinados y los demás funcionarios públicos incurrirán en responsabilidad administrativa, cuando debiliten con sus acciones el sistema de control interno u omitan las actuaciones necesarias para establecerlo, mantenerlo, perfeccionarlo y evaluarlo, según la normativa técnica aplicable.
(...)



Igualmente, cabrá responsabilidad administrativa contra los funcionarios públicos que injustificadamente incumplan los deberes y las funciones que en materia de control interno les asigne el jerarca o el titular subordinado, incluso las acciones para instaurar las recomendaciones emitidas por la auditoría interna, sin perjuicio de las responsabilidades que les puedan ser imputadas civil y penalmente.

Causa:

Dentro de las principales causas que se pueden señalar, al poco o nulo avance a los planes de acción vinculados con los cierres de brechas en materia de riesgos, se pueden marcar una planificación débil en los planes de acción de control interno y riesgos al no existir una priorización sobre los riesgos más sensibles, subestimación de recursos y tiempo, ignorar la revisión y evaluación del control interno.

Efecto:

La ausencia de la implementación de medidas mitigadoras mediante los planes de acción vinculados con el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional expone al INAMU en un mayor nivel de ataques, errores, fraudes y problemas legales entre otros. (Ver conclusión 08)

4. CONCLUSIONES

La Auditoría Interna, realizó el presente proyecto especial de auditoría con el objetivo de evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y aplicó la Autoevaluación de Control Interno durante el período 2023 así como el seguimiento al SEVRI y, para lo cual presentamos las siguientes conclusiones:

4.1 CONCLUSIÓN

EL INAMU requiere un mapeo de los macroprocesos organizacionales acorde con su realidad actual, si bien es cierto se ha realizado un importante esfuerzo por documentar los procedimientos, en algunas de las Áreas no se cuenta con manuales



de procedimiento y en las que sí están documentados, éstos se encuentran desactualizados. **Por otra parte, se carece de una Unidad de Control Interno que se dedique exclusivamente a esta función, lo que hace que el proceso sea lento y el seguimiento de las acciones correctivas muy complejo, ya que se debe atender de forma prioritaria la operación institucional y cuando quedan espacios se propician las reuniones para el desarrollo de la labor de control interno.**

4.2 CONCLUSIÓN

La estrategia utilizada hasta el 2023, por parte de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, para la aplicación de la Autoevaluación de Control Interno en el INAMU, la cual consiste en liberar el instrumento normalmente a partir del II trimestre del periodo, y analizar datos y presentar el correspondiente informe a finales del IV trimestre, proceso que para el periodo en estudio consumió en promedio 335 días naturales, provoca en primera instancia que los planes de acción para el cierre de brechas no pueda ser incorporados en los Planes Anuales Institucionales (POI), del periodo inmediato siguiente, lo que implica atrasos de hasta dos años en los cierres de las desviaciones determinadas. **(Ver recomendación 01)**

4.3 CONCLUSIÓN

Procesos de gobernanza institucionales poco robustos, **la inexistencia de repercusiones por incumplimientos**, sumados a una **ausencia de cultura enfoca en la gestión de riesgos y control interno**, se constituyen en los principales motivadores para que se acentúe en el INAMU, una tendencia de omisión a realizar las autoevaluaciones de control interno, ya que para el 2022 tres (3) áreas no la presentaron y para el 2023 ese número aumento a ocho (8), partiendo de la primicia que la ACI es una herramienta diseñada para realizar una autoevaluación periódica al Sistema de Control Interno de un proceso por parte de su dueño o responsable, y la misma le permitirá identificar gráficamente el nivel de cumplimiento, definir y registrar planes de acción y fechas de compromisos para cerrar las brechas identificadas, que permitan lograr una mejor calificación en las siguientes autoevaluaciones hasta llegar a un nivel efectivo en cada componente, lo que resulta en información sesgada e incumplimientos normativos.

(Ver recomendación 02)



4.4 CONCLUSIÓN

Se analizó una muestra de 12 preguntas de la autoevaluación, de las 28 dependencias que participaron se determinó que no se envían evidencias en todas las preguntas, y una dependencia no envió nada en ninguna de las preguntas de la muestra, además, no todo lo que se envía como evidencia cumple como respaldo de esa pregunta.

No existe uniformidad en el envío de la información, lo que hace más engorroso el proceso al momento de revisar las evidencias; cada área envía la información como mejor considere, sin embargo, no existe una adecuada estandarización de la información que permita presentar las evidencias de forma homogénea. (**Ver recomendación 03**)

4.5 CONCLUSIÓN.

Al analizarse el informe General de Resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2023, divulgado a toda la Institución mediante circular INAMU-PE-015 -2024 el 18 de setiembre del 2024 se determinó que el análisis general de los datos del nivel de cumplimiento no considera las evidencias que adjuntan las dependencias, sino que se hace con base a la respuesta del formulario, mostrando un nivel de cumplimiento muy diferente cuando se analizan las evidencias.

Los resultados arrojaron que un **29%, es decir 8 preguntas** de las 28 del cuestionario se ubicaban en un nivel bajo, al sensibilizar el dato con las evidencias realmente validas el porcentaje de un nivel bajo aumenta a un **61%; es decir, 17 preguntas** de 28, esto muestra un panorama diferente de los resultados más ajustados a la realidad institucional. Es importante considerar que, si las dependencias no aportan la evidencia, o no aportan la adecuada, también se puede brindar información errada, por eso la importancia de exigir que **todas** las dependencias realicen la autoevaluación y que envíen las evidencias de respaldo en formularios estandarizados. (**Ver recomendación 04**)



4.6 CONCLUSIÓN

Los planes de mejora de la autoevaluación del 2023 serán implementados hasta el año 2025, esto por el tiempo que se lleva actualmente en el proceso de la autoevaluación. Sin embargo, al estudiar el seguimiento de los planes de acción de la autoevaluación del 2022, se evidencia que existe un “rezago” de acciones de mejora incumplidas desde el año 2022, además siguen las dependencias sin cumplir con los planes de mejora establecido; como en el caso del Departamento de Recursos Humanos y el CEAAM Caribe, dependencias que tampoco participaron en la autoevaluación del 2023, lo cual reafirma la ausencia de seguimiento y repercusiones por incumplimientos en materia de gestión de riesgos y control interno.

4.7 CONCLUSIÓN

Se reviso el libro de Actas de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, para los del periodo 2023 y 2024, las actas que se encontraban debidamente firmadas y con el consecutivo respectivo. Al año 2024 estaba impresa el acta 06-2024 del 18 de junio del 2024. Se determinó que se siguen presentando ausencias sin justificar de la persona colaboradora integrante de la Comisión que asiste en representación de la Presidencia Ejecutiva situación que se había comentado en el informe de Auditoría Interna INAMU-JD-In-004-2024 del 14 de febrero del 2024 esto va en perjuicio de la implementación de los temas relevantes que se plantean y no son puestos en conocimiento a la Jerarca de manera fluida y oportuna, además no se ha estado sesionando ordinariamente tal y como lo establece el Reglamento de la Comisión CECI-SEVRI, si bien se hacen convocatorias el día señalado no tienen quórum suficiente; esto es alarmante porque, **aunque está pendiente de que se nombre un representante de la Comisión de Ética y Valores Institucionales, además no existe representante por parte de Dirección Administrativa Financiera. (Ver recomendación 5)**



4.8 CONCLUSIÓN

En el año 2024 se aprobó el documento “Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI INAMU 2024 (políticas, lineamientos, estrategia y estructura), el cual entró en vigor a partir de su publicación mediante la circular INAMU-PE-007-2024 del 03 de mayo del 2024, como parte de los acuerdos de Junta Directiva a la Comisión CECI-SEVRI se solicitó una propuesta de “Apetito de riesgo institucional” para noviembre, sin embargo, dicho acuerdo no se ha cumplido, no obstante, a nivel de INAMU se han realizado esfuerzos por parte de las dependencias así como la Unidad de Planificación Institucional para cumplir con lo solicitado.

Sobre el seguimiento de los planes de mitigación se presentó el informe de seguimiento anual SEVRI-Estratégico, SEVRI-Programático y Planes de Mejora de Autoevaluación de control interno 2022-2023. Este informe se conoció en la Sesión ordinaria 04-2024, celebrada el 05 de febrero del 2024 y parte de las conclusiones es que el **55%** se han cumplido, es decir, **73 acciones de 132, además que son pocas las dependencias que justifican el no avance de las acciones de mitigación lo que es un riesgo latente al no conocer el estado de éstas**. Estas situaciones siguen mostrando que al no existir una verdadera rendición de cuentas y/o repercusiones, no existe un compromiso real y motivado por parte de algunas dependencias en cumplir con lo que establece la Administración Activa y las propias leyes que emite la Contraloría General de la República en materia del control interno y riesgos.



5. RECOMENDACIONES

De conformidad con las competencias asignadas en los artículos 21 y 22 de la Ley 8292, Ley General de Control Interno, se emiten las siguientes recomendaciones, las cuales, una vez aceptadas por la Administración Activa, deberán ser cumplidas dentro del plazo meta establecido.

En adición a lo anterior, deberá observarse lo establecido en el punto 2.6, de este informe sobre la implantación de las recomendaciones de la auditoría interna en apego a lo señalado en la Ley 8292, Ley General de Control Interno.

A LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

5.1 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de sesenta (60) días, analizar la metodología actual para la aplicación de la Autoevaluación de Control Interno, con el propósito de adecuar y alinear los plazos de las etapas relacionadas con la planificación, ejecución, análisis de datos y presentación de resultados con el objetivo de que los planes de acciones determinados puedan incorporarse en los POI, del periodo siguiente sin ninguna dilatación.

Para dar por cumplida con la citada recomendación debe presentar a la Auditoría Interna los resultados del análisis correspondiente.

Durante la revisión efectuada se determinó que sí se realizan las ACI cada año según lo establece la Ley 8292 Ley General de Control Interno, sin embargo, su proceso está durando aproximadamente 335 días, lo que afecta el cumplimiento de las acciones de mejora y los resultados de la información dejen de ser oportunos, iniciando en poco tiempo con la nueva autoevaluación de un nuevo periodo.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 58 de 64

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado. Al tenor, de las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), principalmente de lo indicado en el numeral 1.2.b Objetivos del SCI.

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

5.2 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de sesenta (60) días, analizar la viabilidad de incorporar dentro de todas y cada una de las evaluaciones de desempeño de los titulares subordinados responsables de llevar a cabo las autoevaluaciones de control interno anual, un indicador vinculado con el cumplimiento de esta.

Para dar por cumplida con la citada recomendación debe presentar a la Auditoría Interna los resultados del análisis correspondiente.

Durante la revisión efectuada se determinó que no todas las dependencias del INAMU hacen las autoevaluaciones, ni cumplen con el seguimiento de los planes de mejora, o el plan de mitigación del SEVRI, situación que la Auditoría Interna ya había mencionado, no existe rendición de cuentas ni sanciones por no cumplirlas.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado. Al tenor, de la Ley General de Control Interno °8292, principalmente de lo indicado en el artículo 10, y el 17.b y los 39, 41 y 42 sobre el seguimiento del sistema de control interno.

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

5.3 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de noventa (90) días, establecer la estrategia o ruta que requiere la Institución para lograr en un plazo razonable la estandarización de todos los documentos institucionales sean físicos o digitales, como por ejemplo los utilizados de



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 59 de 64

manera general (informes, bitácoras y/o minutas de reunión) o específicos como los generados por los procesos para captar información, tesorería, proveeduría (para la recepción de bienes y servicios, Decisión Inicial, Guía de Usuarios para elaboración de Oferta, Plantilla de Análisis de Ofertas,) recursos humanos (tiempo extraordinario entre otros).

Para dar por cumplida con la citada recomendación debe presentar a la Auditoría Interna la correspondiente estrategia y su plan de cumplimiento.

Durante la revisión efectuada se determinó que las dependencias envían la información como mejor consideren, no existe uniformidad lo que afecta el proceso de revisión, así como errores al momento de analizar la información.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado. Al tenor, Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), en el numeral 5.6- Calidad de la Información.

A LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

5.4 RECOMENDACIÓN

Para la presentación de los informes de la autoevaluación de control interno a partir del 2024, los resultados de los niveles de clasificación (alto, medio, bajo) de la autoevaluación estén sensibilizados tomando en cuenta la pertinencia de las evidencias de respaldo que envían las dependencias y no únicamente por su sola presentación con el objetivo de contar con información más confiable y precisa para la toma de decisiones.

Solicitar a la Comisión CECI-SEVRI que los resultados de los niveles de clasificación (alto, medio, bajo) de la autoevaluación consideren las evidencias de respaldo que envían las dependencias para que sean más precisos y reales según la documentación que envía cada dependencia, considerando la necesidad y obligación



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 60 de 64

de todas las dependencias de participar y enviar los respaldos de las respuestas que indicaron en el formulario.

Se hizo una comparación de los niveles de la autoevaluación considerando las evidencias de respaldo y existe mucha variación a nivel de la clasificación, considerando que la evidencia que se revisa es para verificar que efectivamente lo que se respondió en el formulario tenga un respaldo por parte de esa evidencia.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado. Al tenor, de la Ley General de Control Interno 8292, principalmente de lo indicado en el artículo 10, que indica «*Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.*»

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

5.5 RECOMENDACIÓN

En un plazo no mayor a quince (15) días, realizar las gestiones respectivas para que la Comisión CECI-SEVRI cuente con todos los integrantes que pide el artículo 06 del Reglamento de dicha Comisión, valorar que las personas que estén consideradas tengan la disponibilidad para atender las sesiones y las responsabilidades que se requiere según el supra cuerpo normativo.

De la revisión de las sesiones de actas de la Comisión CECI-SEVRI, se logró identificar ausencias de los miembros y en algunos casos sin justificar, además, no se ha nombrado a un representante de la Comisión de Ética y Valores Institucionales y por la ausencia de varios miembros de la Comisión no se ha podido sesionar, afectando los proyectos y planes de dicha Comisión.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado en los artículos 06 y 11 del



reglamento de la Comisión CECI-SEVRI respecto a los integrantes de la Comisión y sobre sesionar una vez al mes.

6. ANEXOS

La siguiente tabla muestra las dependencias que participaron de la autoevaluación, las que tienen un símbolo “√” es que la evidencia que entregaron está correcta, las que tienen un símbolo “X” es porque su evidencia no corresponde a lo solicitado. Los espacios que están en blanco son porque no adjuntaron nada. **Resultados de verificación de muestras por Dependencia**

Tabla 4 **Resultados de verificación de muestras por Dependencia**

	Dependencias	Responsable	2	4	5	11	13	17	19	20	24	26	29
1	Unidad de Tesorería	Suying Lau Siu	√	√			√		√			√	X
2	Unidad de Documentación	Zelenia Rodríguez Morales	X	√		√	√	√		X			
3	Departamento Especializado de Información (DEI)	Saskia Salas Calderón	X	√		√	√	√		X			
4	Unidad de Investigación	Evelyn Piedra Rodríguez	X	√			√	X		X			
5	Unidad Regional Huetar Norte	Tania Barrantes Estrada	√	√	√	√		X	√	√	√	√	√
6	Unidad Regional Brunca	Tatiana Morales Salas	√	√	√	X	√		X		√		√
7	Unidad de Comunicación	Ivannia Arias Zúñiga	√	X	√		√	√	n a		√	X	



8	Unidad Centro de Formación Política de las Mujeres	Diana Fuster Barahona	√	√	√		√				√	√	√
9	Unidad Regional Central	Noelia Soto Salazar	√	√	√		X				√	√	√
10	Unidad Regional Pacífico Central	Montserrat Montero Matamoros	√	X		√	X		√	√	X		
11	Unidad Regional Caribe	Norelky Eugenia Sánchez Garro	√		X		X	X	√		√	X	
12	Unidad Regional Chorotega	Verny Miguel Alvarado Rugama	√	√	√	√	√				√	√	√
13	Unidad de Informática	Ingrid Trejos Marín	√	√	√	√	√	X	√		√		
14	Unidad de Planificación Institucional	Irya Cruz Mena	√		X	√	√	X	√	X	√	√	√
15	Departamento de Violencia de Género	Adina Castro García			X			√	√	√			
16	Departamento de Construcción de Identidades y Proyectos de Vida	Mariana Mena Monge	√	X			X				√		
17	Departamento Financiero-Contable	Luis Eduardo Monge Valverde	√	√		X	√	√	√	√	√	X	√
18	Departamento Condición Jurídica y Protección Derechos de las Mujeres	Margarita Gómez Valerín	X	X		√	X				√		√
19	Departamento de Ciudadanía Activa, Liderazgo y Gestión Local	Yensy Herrera Vega	X	√	√	√	X	√	√		√	X	X



20	Departamento Gestión de Políticas Públicas para la equidad de género	María Ovares Picado	√	X		√	X	X			√	√
21	Desarrollo Regional	Marcela Isabel Loaiza Solano	√	√	X	X		√	√	√	√	X
22	Departamento de Servicios Generales y Transportes	Wendy Lilliana López Castrillo										
23	Dirección Administrativa Financiera	Alicia Chaves Sandi	X				√	X	√	√	√	X
24	Departamento de Proveeduría	Carlos Barquero Trigueros				X			√	√	√	X
25	CEAAM METROPOLITANO	Karen Patricia Murillo Solís	√	√	√	√	X	√	√	√	√	X
26	CEAAM OCCIDENTE	María Mercedes Hernández Duran			√		√	√	X			
27	Centro de Información y Orientación de Derechos Humanos de las Mujeres (CIO)	Laureana Rodríguez Hidalgo	X	X	√						√	X
28	Contraloría de Servicios	Vera Aguilar Cruz					X				√	X
	Total, preguntas aceptadas por los revisores		2	1	1			1	1		1	
			2	8	5	16	24	6	5	13	9	14
	Total, preguntas aceptadas por la Auditoria Interna		1	1	1				1		2	
			6	4	1	11	13	9	3	8	0	6

Fuente: Información propia con expedientes de la UPI.



10 de febrero del 2025
INAMU-JD-AI-In-001-2025
Página 64 de 64

ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS DE LA ADMINISTRACIÓN.

Número Informe Borrador:	
Dependencia que emite observaciones:	
Referencia documental:	
Detalle en el Informe Borrador:	
Comentario de la Administración No.1:	
¿Se acoge la observación?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Interna:	Con base al documento presentado la Auditoría Interna recibe el documento para analizarlo en estudios posteriores.

Cc. Sra. Kattia Calvo Cruz, jefatura, Despacho de la Presidencia.
Sra. Alexandra Gómez Ruiz, asesora, Despacho de la Presidencia
Sra. Ana Lorena, directora; Dirección Estratégica.
Sra. Zaida Barboza Hernández, directora a.i, Dirección Administrativa Financiera
Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, coordinadora a.i, Unidad de Planificación Institucional.
Sra. Ninotchka Benavides Badilla, jefatura a.i, Unidad de Planificación Institucional.
Sra. Xinia Herrera Aguilar, profesional especialista, Unidad de Planificación Institucional.
Comisión CECI-SEVRI.
Archivo