



**INSTITUTO
NACIONAL DE
LAS MUJERES**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

**Marco Orientador del Sistema Específico
de Valoración del Riesgo Institucional
SEVRI-INAMU
(política, lineamientos y estrategia)**

**Planificación Institucional-Comisión
Ejecutiva de control interno y SEVRI
2023**

 INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES GOBIERNO DE COSTA RICA	INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES	CÓDIGO:	LI-MO-02
	PROCESO ANÁLISIS MEDICIÓN Y MEJORA	VERSIÓN:	03
	Marco Orientador (política, lineamientos y estrategia)	FECHA CREACIÓN:	12/12/2023
	GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL (P-AMM-LI-GR-01)	FECHA APROBACIÓN:	22/04/2024

MARCO ORIENTADOR DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL SEVRI- INAMU

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:	Aprobado por:
_MariPaz Jiménez Torres Profesional Especialista _Diana Solano Arias Estudiante de licenciatura Planificación Económica y Social Universidad Nacional	_Ana Victoria Naranjo Porras Jefatura de Unidad _Alice Nájera Alvarado Profesional Ejecutiva Planificación Institucional	_Comisión Ejecutiva CECI-SEVRI _Rosa Romero Castellón Jefatura a.i. Unidad de Asesoría Legal	_Junta Directiva
Fecha: 12/12/2023	Fecha: 23/01/2024	Fecha: 20/02/2024	Fecha: 22/04/2024
	Fecha: 08/02/2024		
	Fecha: 05/03/2024	Fecha: 05/03/2024	

Junta Directiva

Sra. Adilia Caravaca Zúñiga	Presidenta Ejecutiva INAMU
Sr. Willy Chaves Cortés	Vicepresidente
Sra. Beatriz Castro Zúñiga	Secretaria
Sr. Yamileth Jiménez Cubillo	Directiva
Sra. Hazel Fallas Murcia	Directiva
Sra. Maritza Ugalde Gutiérrez	Directiva

Presentación

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) en cumplimiento de su labor como institución rectora en la promoción efectiva de los derechos de las mujeres en su diversidad, así como su autonomía, inclusión, empoderamiento y la no violencia de género elaboró el presente documento sobre la gestión de riesgos denominado “Marco Orientador de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU: política, lineamientos y estrategia”.

El INAMU, como cualquier otra institución, se encuentra vulnerable a los riesgos emergentes de su gestión, lo que podría poner en riesgo el cumplimiento de sus objetivos o comprometer su valor público, orientado a promover el cambio cultural hacia la igualdad de género y la protección de los derechos humanos de las mujeres en su diversidad.

Por lo anterior, para que la institución lleve a cabo una adecuada valoración de sus riesgos e identifique amenazas, obstáculos y oportunidades, se pone a disposición de las personas funcionarias el presente marco orientador en pro de aumentar las posibilidades de alcanzar los objetivos del INAMU y, generar valor público, mediante una correcta administración del riesgo.

Este “Marco Orientador de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU” condensa la política institucional en materia de gestión del riesgo, lineamientos asociados y la estrategia de ejecución; todo lo cual es de acatamiento obligatorio para cada una de las dependencias de la institución, por lo que se les invita a apropiarse de este valioso instrumento.

Adilia Caravaca Zúñiga
Presidenta Ejecutiva

Contenido

Presentación	4
Siglas	7
Glosario	8
Introducción.....	12
1. Compromisos de la persona jerarca para la implementación del SEVRI	13
1.1 Compromiso de la persona jerarca para la implementación del SEVRI.....	13
2. Política del SEVRI-INAMU.....	14
2.1 Objetivos	14
3. Lineamientos institucionales	15
3.1 Matriz general de asignación de responsables	15
3.2 Lineamientos sobre el funcionamiento general del SEVRI	16
3.3 Lineamientos sobre niveles de tolerancia al riesgo institucional	20
3.4 Lineamientos sobre niveles de apetito al riesgo institucional.....	24
3.5 Lineamientos sobre niveles de capacidad de riesgo institucional	25
3.6 Prioridades institucionales en la valoración del riesgo.....	25
4. Estrategia del SEVRI	30
4.1 Establecer el SEVRI.....	32
5. Niveles para la identificación de riesgos institucionales.....	42
5.1 Matriz de asignación de responsabilidades	42
5.2 Nivel estratégico	43
5.3 Nivel operacional	44
5.4 Nivel tecnológico.....	44
6. Normativa Interna del SEVRI.....	45
6.1 Procedimiento.....	45
7. Criterios para funcionamiento del SEVRI INAMU	55
7.1 Estructura de los riesgos	56
8. Indicadores de evaluación	65
9. Sanciones	66
10. Control de cambios y actualizaciones	68

Siglas

CECI-SEVRI	Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
PAT	Plan Anual de Trabajo
PEI	Plan Estratégico Institucional
POI	Plan Operativo Institucional
SEVRI	Sistema Especifico de Valoración de Riesgo Institucional
UPI	Unidad de Planificación Institucional

Glosario

Aceptación o tolerancia del riesgo: Acción de no tomar ninguna decisión que afecte la probabilidad o la consecuencia del riesgo. La tolerancia al riesgo se puede complementar con la planificación de contingencia para manejar los impactos que se presentarán si se manifiesta el riesgo.

Administración de riesgos: Actividad del proceso de valoración del riesgo que consiste en la identificación, evaluación, selección y ejecución de medidas para la administración de riesgos.

Actividades de control o controles: Parte de la administración de riesgos que involucra la ejecución de políticas, estándares y procedimientos para eliminar o mitigar los riesgos.

Actividades de la institución: Permite vincular las actividades que ejecuta la Institución con posibles eventos, y así analizar cuales pueden verse afectadas por la presencia de estos y requieren control.

Análisis de riesgos: Actividad del proceso de valoración del riesgo que consiste en la determinación del nivel de riesgo a partir de la probabilidad y la consecuencia de los eventos identificados.

Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que una organización está dispuesta a aceptar.

Causa de riesgo: Corresponden a los factores o eventos que pueden provocar un riesgo, es decir, lo que puede desencadenar una situación de peligro o incertidumbre. Las causas pueden ser internas o externas a la organización.

Comunicación de riesgos: Actividad permanente del proceso de valoración del riesgo que consiste en la preparación, la distribución y la actualización de información oportuna sobre los riesgos a los sujetos interesados.

Consecuencia: Conjunto de efectos derivados de la ocurrencia de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sean pérdidas, perjuicios, desventajas o ganancias.

Generadores de riesgos: Corresponde a los eventos que se asocian con la posible aparición de un riesgo u oportunidad.

Documentación de riesgos: Actividad permanente del proceso de valoración de riesgos que consiste en el registro en la herramienta oficial para la administración de riesgos o en forma escrita de la sistematización de la información asociada con estos.

Estructura de riesgos: Agrupación de riesgos por consecuencia, probabilidad, categorías, causas de riesgos, áreas de impacto u otras variables, para valoración integral como apoyo a la toma de decisiones.

Evaluación de riesgos: Actividad del proceso de valoración del riesgo que consiste en la determinación, a través de mecanismos de análisis, de las prioridades para la administración de riesgos.

Evitar el riesgo: Acción de no ejecutar las acciones que involucran la materialización del riesgo, esta decisión se debe analizar con mucho cuidado, ya que de no definirse adecuadamente puede aumentar la exposición de otros riesgos.

Designados de control interno: Persona funcionaria designada por las personas Titulares Subordinados de la administración estructural o funcional, para brindar apoyo en el mantenimiento y perfeccionamiento del SEVRI del área para la cual labora.

Identificación de riesgos: Actividad del proceso de valoración del riesgo que consiste en la determinación y la descripción de los eventos de índole interno y externo que pueden afectar de manera significativa el cumplimiento de los objetivos de la Institución Jerarca o Junta Directiva: Superior Jerárquico con la mayor autoridad para tomar decisiones.

Medida de mitigación para la administración de riesgos o tratamiento: Disposición razonada definida por la Institución previo a la ocurrencia de un evento para reducir, transferir, evitar, aceptar o tolerar el riesgo.

Nivel de riesgo o exposición del riesgo: Grado de exposición al riesgo que se determina a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del evento y de la magnitud de su consecuencia potencial sobre el cumplimiento de los objetivos fijados, permite establecer la importancia relativa del riesgo.

Nivel de tolerancia o de riesgo aceptable: Nivel de riesgo que la Institución está dispuesta y en capacidad de retener para cumplir con sus objetivos, sin incurrir en

costos ni efectos adversos excesivos en relación con sus beneficios esperados o ser incompatible con las expectativas de los sujetos interesados.

Parámetros de aceptabilidad de riesgos: Criterios que permiten determinar si un nivel de riesgo específico se ubica o no dentro de la categoría de nivel de riesgo aceptable.

Perfil de riesgo: Proceso que describe un riesgo y su contexto, para apoyar la toma de decisiones, establecer prioridades y establecer medidas de administración.

Política de valoración de riesgos: Declaración emitida por el Jerarca, que orienta el accionar institucional en relación con la valoración de riesgos.

Probabilidad: Medida o descripción de la posibilidad de ocurrencia de un evento.

Reducir consecuencia: Ejecución de acciones para minimizar la consecuencia ante la materialización de un evento.

Reducir probabilidad: Ejecución de acciones para minimizar la posibilidad materialización de un evento.

Riesgo: Posibilidad de que ocurran eventos que tendrían consecuencias sobre el cumplimiento de los objetivos de la Institución. Su medición se da en términos de consecuencia y probabilidad.

Riesgo inherente o absoluto: Es el riesgo en ausencia de acciones directas o enfocadas a minimizar su efecto.

Riesgo residual: Nivel de riesgo existente posterior a la implementación y evaluación de los controles vinculados.

Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI): conjunto organizado de elementos que interaccionan para la identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación de los riesgos institucionales.

Sujetos interesados: Personas físicas o jurídicas, internas y externas a la Institución, que pueden afectar o ser afectadas directamente por las decisiones y acciones institucionales.

Titular subordinado: Persona funcionaria de la administración activa, con autoridad para ordenar o tomar decisiones.

Tolerancia: Indica lo que en la institución se puede permitir gestionar el riesgo, es decir, la capacidad para asumir el riesgo.

Transferir riesgo: Acción de ejecutar medidas en las cuales un tercero asume parte o totalidad de los efectos provocados por la materialización del riesgo.

Unidad de Planificación Institucional: Unidad de Planificación Institucional que tiene a cargo el subproceso de control interno y valoración del riesgo.

Valor Público: Grado de beneficio que la institución pública genera, en concordancia con su mandato legal, a sus personas usuarias y/o a la ciudadanía en general, mediante la prestación de bienes y servicios de calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas y les permita alcanzar el mayor bienestar humano.

Introducción

En acatamiento al artículo 18 de la Ley General de Control Interno N° 8292, que establece que *“todo ente u órgano deberá contar con un sistema específico de valoración del riesgo institucional por áreas, sectores, actividades o tarea que, de conformidad con sus particularidades, permita identificar el nivel de riesgo institucional y adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo”* el INAMU se complace en presentar la segunda versión actualizada del lineamiento institucional para la gestión de riesgos denominado *“Marco Orientador de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU: política, lineamientos y estrategia”*.

La institución en el año 2013 puso a disposición de las personas funcionarias del INAMU el *“Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional”*; sin embargo, tras 10 años de su implementación y, a favor de la mejora continua de los procesos, se realizó una revisión y actualización de este marco, tomando en consideración las mejores prácticas internacionales y nacionales.

El presente documento está compuesto por 10 apartados, en el primero se presentan los compromisos de la persona jerarca para la implementación del SEVRI. Seguidamente se presenta la política del SEVRI y los lineamientos generales institucionales, mientras que, en el cuarto apartado se define la estrategia del SEVRI.

El quinto apartado presenta de manera más operativa dicha estrategia, estableciendo los niveles que se definieron para la identificación del riesgo institucional para posteriormente indicar la normativa interna del SEVRI. Los últimos cuatro apartados presentan los criterios para el funcionamiento del SEVRI, los indicadores de evaluación, las sanciones y los controles de cambios y actualizaciones de este documento y del sistema que le acompaña.

Se espera que este marco orientador sea de utilidad para que las distintas dependencias del INAMU y las personas funcionarias que le integran puedan hacer una adecuada valoración del riesgo. Para lo anterior, se insta al personal de la institución a conocer a detalle este documento.

1. Compromisos de la persona jerarca para la implementación del SEVRI

El primer apartado formaliza la voluntad del máximo nivel de jerarquía, titulares subordinados y la administración activa en cuanto al establecimiento de un Sistema de Valoración de Riesgos para el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), por lo que se compromete a realizar una eficiente gestión de riesgos institucionales, aplicando el sistema de gestión de riesgos integral. Este sistema busca favorecer la toma de decisiones, la rendición de cuentas, el logro de sus objetivos y el cumplimiento de la normativa vigente en materia de riesgos.

1.1 Compromiso de la persona jerarca para la implementación del SEVRI

El compromiso para el funcionamiento del Sistema de Valoración de Riesgo representa el detalle de una serie de enunciados generales, que tanto la persona jerarca como las personas titulares subordinadas tendrán disponibles para establecer, mantener y perfeccionar continuamente, tal como señala la Ley 8292: Ley General de Control Interno, las Normas Técnicas de control interno para el Sector Público” (N-2-2009-CO-DFOE) y las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE, con el fin de asegurar sistemáticamente los objetivos institucionales con la prevención de los eventos.

La persona jerarca y las personas titulares deben garantizar una serie de condiciones para un adecuado desarrollo de la valoración del riesgo en el INAMU, las cuales se describen a continuación:

- 1.1.1** Compromiso permanente, explícito y formal para la implementación y desarrollo del proceso de mejoramiento continuo del sistema de riesgos.
- 1.1.2** Definición, establecimiento y promulgación de las políticas de gestión de los riesgos para la Institución, así como, su revisión cada dos años, que permita a la institución atender las necesidades o cambios en el panorama institucional de manera constante, pertinente y oportuna.
- 1.1.3** Asegurar la permanencia e idoneidad de un grupo de trabajo, responsable de guiar los procesos institucionales referentes a los temas de Control Interno y Valoración de Riesgos, según las necesidades institucionales.

1.1.4 Cumplir con los procesos de capacitación y solicitar el asesoramiento correspondiente en temas de control interno, en aras de una adecuada constitución y funcionamiento del sistema.

1.1.5 Destinar los recursos físicos, humanos, técnicos, materiales, presupuestarios y cualquier otro requerido en forma prioritaria para la operación del sistema.

2. Política del SEVRI-INAMU

En el INAMU se trabajará en el cumplimiento de los fines institucionales apoyados en el establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de un Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional, orientado hacia la mejora continua en los procesos, que a su vez permitan alcanzar mayores niveles de eficiencia y eficacia en la gestión.

2.1 Objetivos

Objetivos General

Establecer normativa y medidas necesarias para el funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional, de manera que proporcione información oportuna y confiable que apoye la toma de decisiones orientadas a ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable y, que permita alcanzar los objetivos que el INAMU se propone.

Objetivos Específicos

- 1)** Mejorar en forma gradual y por etapas, el Sistema Específico de Valoración del Riesgo en el INAMU.
- 2)** Promover una cultura interna de valoración de riesgos a nivel institucional, de manera que sea incorporada en el trabajo cotidiano.
- 3)** Establecer un sistema de seguimiento al plan de administración de riesgos (plan de mitigación), por parte de cada una de las y los Titulares Subordinados y por parte de todas las personas colaboradoras.

3. Lineamientos institucionales

Las siguientes pautas generales dirigen y orientan el funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo del INAMU, para que las dependencias institucionales conozcan los límites del ámbito de acción al que acceden cuando entran en interacción con este sistema. El desarrollo de este apartado agrupa la estructura y el funcionamiento del sistema en general y se centra en la caracterización de los niveles de tolerancia al riesgo en la Institución para guiar a las instancias, individual y colectivamente, hacia un nivel de riesgo aceptable y consecuentemente, indicando la eficacia del sistema. Seguidamente se muestra el detalle del lineamiento.

3.1 Matriz general de asignación de responsables

Para el correcto funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo del INAMU es necesario identificar las responsabilidades que tendrán las distintas dependencias en cada una de las actividades. Para este fin, la tabla 1 muestra la matriz general de asignación de responsabilidades según dependencia y, en la tabla 2 se brinda el detalle de tipo de responsabilidad correspondiente.

Tabla 1. Matriz general de asignación de responsabilidades

No.	Actividad	Frecuencia									
			Junta Directiva	Presidencia Ejecutiva	Comisión CECI-SEVRI	UPI-Subproceso de Control Interno	Direcciones Institucionales	Direcciones, coordinaciones y jefaturas	Personas funcionarias	Auditoría Interna	Auditoría Externa
1	Nombrar a las personas integrantes de la Comisión de CECI-SEVRI	Cuando se requiera	I	R			I			I	
2	Aprobar el Plan de Trabajo de la Comisión de CECI-SEVRI	Anual	A	I	R					I	
3	Elaborar el Lineamiento del Marco Orientador del SEVRI del INAMU	Bienal		I	A	R	I			I	
4	Avalar el marco documental de lineamiento, compromisos, políticas y procedimientos del SEVRI del INAMU	Cuando se requiera		R						I	
5	Aprobar el Lineamiento del Marco Orientador del SEVRI del INAMU y sus actualizaciones	Bienal	A	I		R	I			I	
6	Elaborar metodología, procedimientos e instructivos en relación al SEVRI institucional	Bienal	I	I	A	R		C	C	I	
7	Identificar y documentar en el sistema informático los eventos que podrían materializarse a nivel estratégico, procesos, subproceso y/o actividades de trabajo	Cuando se requiera			I	I		R			
8	Administrar la herramienta informática del Sistema Específico para la valoración del riesgo institucional	Cuando se requiera				R					
9	Ejecutar seguimientos trimestrales a los planes de mitigación derivados del SEVRI	Trimestral			A	R		C	C		
10	Presentar informes semestrales de seguimiento de la ejecución de las medidas de mitigación del SEVRI ante la Junta Directiva	Semestral	I	I	R	R				I	
11	Brindar seguimiento a las recomendaciones derivadas de fiscalizaciones internas y/o externas	Semestral	I	I	C	C				R	I

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

Tabla 2. Tipo de responsabilidades de la matriz general de asignación de responsabilidades

	TIPO DE RESPONSABILIDAD
R	(responsable) Hace referencia a los roles que se encargan de la ejecución principal de las actividades
A	(Aprobador) Hace referencia al responsable de supervisar la finalización general de la tarea o actividad y, en consecuencia, del éxito de las mismas.
C	(Consultado) Hace referencia a los roles que proporcionan las entradas (información, gestiones, soporte)
I	(Informado) Hace referencia a quienes reciben la información y son informados de los logros de las tareas
NA	Por temas de confidencialidad

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

3.2 Lineamientos sobre el funcionamiento general del SEVRI

A continuación, se declaran una serie de enunciados que marcan los aspectos a considerar en la operación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, asimismo, se establecen responsabilidades sobre la gestión de riesgos que deberán ser atendidas por la administración activa, personas titulares subordinadas, y todas las personas funcionarias del INAMU.

3.2.1 Será responsabilidad de la Junta Directiva, la administración activa y las personas titulares subordinadas, garantizar las competencias adecuadas para la gestión de riesgos del INAMU, tomando en cuenta la implementación y el mantenimiento del proceso de gestión del riesgo, de manera tal que promueva y garantice la adecuación, eficacia y eficiencia de los controles.

3.2.2 Será responsabilidad de cada persona funcionaria conocer el contenido de este documento y atender los procedimientos que serán parte integral de los lineamientos planteados en el mismo y de uso obligatorio por parte de la administración activa.

- 3.2.3** La implementación de la valoración de riesgos en el Instituto Nacional de las Mujeres es responsabilidad de la Junta Directiva, la administración activa y las personas titulares subordinadas.
- 3.2.4** La Junta Directiva del INAMU designa a la Unidad de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno y SEVRI, como responsable de guiar las iniciativas en el funcionamiento del Sistema, de acuerdo con lo establecido en el presente Marco Orientador del SEVRI. Las actividades que en materia de control interno y gestión del riesgo desarrolle dicho subproceso, no sustituyen las responsabilidades de la persona jerarca y las personas titulares subordinadas de la institución.
- 3.2.5** La Valoración de Riesgos se realizará, según el ordenamiento y la metodología definida en este Marco Orientador SEVRI, así como, en los procedimientos definidos, mediante el acompañamiento y guía del Subproceso de Control Interno y de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (Comisión CECI-SEVRI).
- 3.2.6** El proceso de valoración de riesgo se deberá realizar al menos una vez al año, iniciando en mayo del 2024, y considerando los objetivos estratégicos, operativos, de procesos de las instancias y la normativa vigente (acuerdos, directrices, lineamientos, resoluciones, entre otros) definidos por la Institución.
- 3.2.7** Las etapas del proceso de valoración del riesgo se realizarán siguiendo la metodología y procedimientos establecidos por la Unidad de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno, mismo que deberá velar por el acatamiento, con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional y el SEVRI.
- 3.2.8** Sin excepción, las dependencias y/o áreas institucionales deberán identificar, analizar y evaluar riesgos mediante el Sistema de Valoración de Riesgo Institucional. Además, desarrollarán propuestas de administración (o mitigación) de riesgos, para controlar eficaz y oportunamente los

eventos que puedan poner en peligro el logro de los objetivos institucionales.

3.2.9 Será responsabilidad de cada persona titular subordinada vigilar permanentemente los riesgos propios de su gestión, para incorporar con sus equipos de trabajo las acciones pertinentes en los planes de mitigación, y comunicará por escrito al Subproceso de Control Interno las variaciones detectadas, realizar los ajustes en el sistema y las gestiones necesarias para evitar la exposición y/o materialización de riesgos.

3.2.10 La valoración de riesgo es un insumo para la planificación estratégica y operativa y debe reflejarse en las acciones, planes y proyectos institucionales, por lo que la gestión de riesgos debe integrarse en todas las prácticas y procesos del INAMU.

3.2.11 Cada dependencia institucional, es responsable de coadyuvar para que se establezca, con sus respectivos equipos de trabajo, una cultura y práctica de planificación con enfoque de gestión de riesgos.

3.2.12 Es responsabilidad de cada persona titular subordinada, así como del equipo de trabajo a cargo, atender los planes de mitigación derivados de la valoración de riesgos, según cada dependencia institucional.

3.2.13 La dependencia encargada de la Planificación Institucional asegurará que en el presupuesto anual se contemplen los recursos financieros necesarios para la implementación de la estrategia del SEVRI, así como, la provisión y reservas para la ejecución de las medidas orientadas en la gestión del riesgo que sea requerido y acorde con las prioridades institucionales.

3.2.14 Es responsabilidad de cada dependencia institucional, incorporar en el Plan Operativo Institucional (POI) las actividades que requieran presupuestos para la atención del plan de mitigación del SEVRI, cuando así sea requerido.

3.2.15 El Subproceso de Control Interno, desarrollará actividades que permitan capacitar y actualizar de forma paulatina a las personas funcionarias del

INAMU, sobre el funcionamiento del sistema informático para la gestión del riesgo institucional, así como, en la operación, evaluación y seguimiento del SEVRI.

3.2.16 La Comisión CECI-SEVRI, en su plan anual de trabajo, incorporará acciones que lleven a concienciar a las personas funcionarias del INAMU en materia de gestión de riesgos, acciones que deben apoyar el Subproceso de Control Interno.

3.2.17 Es responsabilidad de las personas titulares subordinadas y sus respectivos equipos de trabajo realizar los seguimientos trimestrales a los planes de mitigación, el plazo máximo para reportar el seguimiento será de 10 días hábiles posterior al cierre de cada trimestre.

3.2.18 El Subproceso de Control Interno, realizará seguimientos trimestrales al cumplimiento de los planes de mitigación derivados de la valoración de riesgos. Producto de dicho seguimiento deberá presentar dos informes a la Junta Directiva, previa aprobación de la Comisión CECI-SEVRI, uno con corte al 30 de junio que contempla el seguimiento semestral acumulado del I y II trimestre y cuyo plazo de presentación es en julio y otro, con corte al 31 de diciembre de cada año que contempla el comportamiento acumulado de todos los cuatro trimestres, el plazo de presentación es enero del siguiente año, dichos informes apoyarán la toma de decisión de la Junta Directiva en materia de valoración del riesgo institucional.

3.2.19 La Junta Directiva del INAMU es responsable de conocer y aprobar la información derivada del Subproceso de Control Interno, para tomar u ordenar las acciones necesarias para gestionar la correcta administración de los fondos públicos.

3.2.20 Es responsabilidad de toda persona funcionaria del INAMU, colaborar en las actividades para el establecimiento, mantenimiento y perfeccionamiento del SEVRI.

3.2.21 Es responsabilidad de la persona titular subordinada utilizar el sistema informático automatizado para la gestión y administración del riesgo

institucional. Esto, posterior a la capacitación brindada por el Subproceso de Control Interno y SEVRI para su uso.

3.2.22 La actualización del presente documento sobre la gestión de riesgo “*Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional SEVRI-INAMU: política, lineamientos y estrategia*”, debe ser, obligatoriamente, revisado y actualizado, al menos cada cinco años, esto con el fin de incorporar mejoras y/o buenas prácticas nacionales e internacionales que surjan en torno a esta temática. En cumplimiento a este lineamiento será responsabilidad del Departamento de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno y SEVRI, presentar ante la Junta Directiva los estudios o documentos pertinentes y competentes realizados. Si no se diere actualización alguna, se indicará por escrito a la Junta Directiva las razones de peso que limitaron el incumplimiento de este lineamiento.

3.2.23 Para garantizar la eficacia de la gestión de riesgos, el INAMU revisará periódicamente si este marco sigue siendo pertinente en el tiempo.

3.2.24 La dependencia encargada de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno y SEVRI coordinará con la Presidencia Ejecutiva y, la Unidad de Comunicación Institucional lo referente a la comunicación interna y externa, así como, los mecanismos de información que apoyen y fomenten la rendición de cuentas por parte de las personas titulares subordinadas.

3.3 Lineamientos sobre niveles de tolerancia al riesgo institucional

Estos lineamientos definen los criterios de aceptabilidad de los riesgos del Sistema Específico de Valoración del Riesgo del INAMU, a partir del nivel de riesgo se determina si se requieren o no acciones en el plan de mitigación y el tipo de seguimiento que se le dará a cada acción.

En el INAMU se precisan los siguientes criterios que permiten determinar la aceptabilidad de los riesgos que se identifiquen:

Tabla 3. Definición de Riesgo aceptable y No aceptable

Riesgo aceptable	Riesgos No Aceptables
Comprenden los riesgos que han sido valorados y calificados con un nivel de riesgo residual bajo. Considera que el riesgo siempre está presente en la actividad del proceso, pero controlada de forma que la institución esté dispuesta y en capacidad de aceptar. Estrategia de administración: Aceptar el riesgo y darle supervisión permanente para mantenerlo controlado.	Comprenden aquellos riesgos valorados en un nivel de riesgo residual medio y alto, por tanto, se administran o tratan, proponiendo un plan con acciones para minimizar su materialización. Estrategias de administración: mitigar, transferir o prevenir el riesgo. Los riesgos que resulten en nivel medio, y que se decida no ser tratados, la persona titular subordinada, deberá realizar la justificación correspondiente enviada a la UPI y aprobada por la persona Jерarca Institucional.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

Tabla 4. Determinación de los criterios de aceptabilidad del riesgo

Criterios de aceptabilidad del riesgo, SEVRI-INAMU		
Nivel de riesgo	Color	Descripción
Riesgo Aceptable	1-3	Los riesgos que se ubiquen en el rango menor o igual a 3, se consideran dentro del nivel de riesgo aceptable. No requiere acciones en el plan de mitigación.
Riesgo Tolerable	4-6	Los riesgos que se ubiquen en el rango mayor o igual a 4 y menor o igual que 6, se consideran dentro del nivel de riesgo medio. Requiere acciones en el plan de mitigación y ser vigilados y administrados por la unidad responsable. El plan de mitigación y el seguimiento de acciones se hará de conocimiento y aprobación de la Junta Directiva.
Riesgo Alto	8-12	Los riesgos que se ubiquen en el rango mayor que 8 y menor o igual que 12, se consideran dentro del nivel de riesgo alto. Requiere acciones en el plan de mitigación y ser vigilados y administrados por la unidad responsable y la dirección respectiva. El plan de mitigación y el seguimiento de acciones se hará de conocimiento y aprobación de la Junta Directiva.
Riesgo Extremo	15-25	Los riesgos que se ubiquen en el rango mayor que 15 y menor o igual que 25, se consideran dentro del nivel de riesgo extremo y son considerados "no aceptables". Requiere que se eleve inmediatamente en la Junta Directiva, para que esta instancia analice y valore si la acción continua o no en el Plan correspondiente (PEI, POI PAT)

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

3.3.1 Lineamientos de riesgos individuales

Los niveles de impacto serán aplicables a los riesgos individuales, a su vez, se determinan los criterios para establecer a nivel general la aceptabilidad del sistema institucional.

Una vez que se haya identificado el riesgo prioritario se realiza su análisis al combinar la probabilidad y la magnitud del impacto según los siguientes niveles:

1. **Estratégico:** Se refiere a la definición y práctica de la visión, misión, objetivos y las políticas que mueve las acciones la Institución. El riesgo implica errores de rendimiento o de decisión.
2. **Tecnológico:** Se refiere a la ubicación de los recursos tecnológicos con los que cuenta la institución. Sus riesgos implican errores o ralentización de las operaciones basadas en sistemas informáticos, eléctricos o de comunicaciones.
3. **Operacional:** Se refiere a las actividades claves y procesos a ejecutar para el logro de los objetivos institucionales. Sus riesgos se ubican en los procedimientos.

A continuación, se describen algunos ejemplos para la comprensión de la clasificación de los riesgos:

1. **Calidad:** por ejemplo, “el...servicio brindado no suple en tiempo y forma las necesidades de las personas usuarias; o bien, debido a que cuenta con un sistema de seguimiento y evaluación débil.
2. **Estratégico:** por ejemplo, “Falta apoyo mediático para el abordaje de temas polémicos relacionados con los derechos de las mujeres (salud sexual, salud reproductiva, acoso callejero, violencia contra las mujeres). O bien, no contar con datos actualizados y oportunos para la definición clara de prioridades institucionales.”
3. **Financiero:** por ejemplo, “Falta de liquidez de los recursos custodiados por la Tesorería Nacional producto de disposiciones del gobierno.”
4. **Operativo:** por ejemplo: “Fallos de logística o de convocatoria durante las actividades de capacitación.”
5. **Tecnológico:** por ejemplo, *“riesgo de escucha o interferencia que compromete la información y su integridad, asimismo cortes eléctricos, fallos en redes o*

plataformas informáticas, o bien falta de sistemas informativos modernizados y actualizados. “

Asimismo, para ubicar el evento en alguna de las cinco categorías posibles, señaladas anteriormente, se deben utilizar los criterios se presentan a continuación:

Tabla 5. Determinación de los criterios de impacto del riesgo

Criterios del impacto		
Descripción	Impacto	Descripción
Severo	5	El criterio de impacto “severo” indica que las consecuencias son graves y pueden afectar severamente la institución. Son considerados “no aceptables”, por tanto, los eventos deben ser atendidos de manera inmediata, con las opciones de administración señaladas para los riesgos denominados “mayor”.
Mayor	4	El criterio de impacto “mayor” indica que las consecuencias son mayores y pueden afectar la consecución de los objetivos de la institución. Estos riesgos se consideran “no aceptables”, por tanto, se deben establecer medidas para su atención con cualquiera de las siguientes medidas (atención, modificación, prevención o transferencia).
Significativo	3	El criterio de impacto “significativo” indica que las consecuencias son considerables y pueden afectar de manera parcial a la institución. Estos riesgos se analizan y partir de un criterio experto de la persona administradora, se debe determinar si los costos relacionados con la atención sobrepasan los beneficios y valorar la modificación de su criterio de impacto. Asimismo, <u>se debe dimensionar la importancia del proceso</u> , subproceso o actividad que se vería afectada, así como, la posibilidad de que no se pueda aplicar un tratamiento. Para estos riesgos, corresponde realizar un monitoreo constante de sus factores de riesgo por parte del titular subordinado.
Menor	2	El criterio de impacto “menor” indica que las consecuencias son menores y hay una leve afectación en la institución. Estos riesgos., también, se consideran como “aceptables” por tanto, no requiere de la aplicación de nuevas medidas de mitigación para su tratamiento. Por ejemplo, no contar con transporte institucional para que se trasladen las personas funcionarias a impartir una charla.
Insignificante	1	El criterio de impacto “insignificante” indica que las consecuencias son mínimas y no hay afectación en la institución. Estos riesgos se consideran como “aceptables” por tanto, no requiere de la aplicación de nuevas medidas de mitigación para su tratamiento.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

Los niveles anteriores se aplicarán a los riesgos que se desprenden en los objetivos estratégicos, de los procesos estratégicos, sustantivos, de apoyo y medición, análisis y mejora, y de las actividades derivadas de los subprocesos institucionales.

3.4 Lineamientos sobre niveles de apetito al riesgo institucional

Los sistemas valoración del riesgo están estrechamente vinculados al control interno, por cuanto sus resultados se vuelven insumo para el diseño e implementación de las actividades de control. Las instituciones conocen su universo de riesgo y valoran el apetito del riesgo que establece la institución, o que permite dirigir las actividades de control hacia riesgos identificados con mayor posibilidad de ocurrencia o impacto, que pueden llegar a materializarse. Así, que contar con un Sistema de Valoración de Riesgos permite a las instituciones ajustar las actividades según las características y necesidades particulares para lograr los objetivos y la mitigación de materialización de riesgos.

A continuación, se presentan los lineamientos en torno al apetito de riesgo institucional:

3.4.1 Se comprende el apetito al riesgo como el total de riesgo que el INAMU está dispuesto a aceptar en la consecución de sus objetivos. Es decir, el apetito al riesgo establece si el riesgo está dentro de los límites aceptados por la institución.

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.

3.4.3 La declaración de apetito por el riesgo se trata de una combinación de factores, por lo que se debe decidir para cada riesgo importante lo siguiente: 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 estableciendo límites e indicadores para controlarlos y monitorearlos.

3.4.4 La declaración del apetito al riesgo debe de estar vinculada a la planificación estratégica y operativa del INAMU y abordar los tipos de riesgos de la institución. Dicha declaración será emitida por la Junta Directiva del INAMU, y

deberá indicar los límites de riesgo que la institución va a asumir para alcanzar sus objetivos, esto en términos cuantitativos o cualitativos

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.

3.5 Lineamientos sobre niveles de capacidad de riesgo institucional

El INAMU debe determinar la capacidad de riesgo institucional que se estaría dispuesto a asumir, para esto se deben de contemplar los lineamientos que se detallan a continuación:

3.5.1 Se comprende como capacidad de riesgo institucional el máximo riesgo que puede asumir el INAMU, es decir, el límite de riesgo, que, si se sobrepasa, deja de ser viable asumirlo.

3.5.2 La capacidad del riesgo institucional debe ser definido por la administración activa y aprobado por la Junta Directiva del INAMU.

3.5.3 La capacidad de riesgo institucional depende de la tolerancia y el apetito al riesgo definido por la institución.

3.6 Prioridades institucionales en la valoración del riesgo

En el Instituto Nacional de las Mujeres, se han definido aspectos prioritarios para establecer controles desde la vulnerabilidad a la exposición del riesgo de la institución, para prevenir y disminuir la probabilidad de ocurrencia y su magnitud de impacto hacia los objetivos institucionales, como parte de las prioridades establecidas se realiza un listado de acciones para promover su mejoramiento, pero las áreas o dependencias institucionales pueden proponer nuevas acciones para asegurar una buena gestión, seguidamente se muestran las principales prioridades institucionales que deberán atenderse en el INAMU.

3.6.1 Patrimonio institucional

- En las funciones y actividades que se desarrollan en el INAMU se debe incorporar formalmente, de manera intrínseca, el control.
- Prevenir las pérdidas, robos y fraudes de recursos en la Institución.
- Promover un cambio cultural institucional para la valoración de los recursos económicos, disminuyen y eliminando la pérdida de activos con un valor

relevante que afecte el cumplimiento en los objetivos institucionales, procesos de trabajo y actividades de la institución.

- Desde la Comisión de Ética y Valores Institucional se deberá sensibilizar y promover conductas de probidad y ética entre las personas funcionarias que permitan la prevención sobre uso indebido e irracional de los bienes institucionales.
- Asignar y aprovechar correctamente los recursos materiales, financieros, tecnológicos y tiempos determinados a las personas funcionarias del INAMU.
- Ejecutar de manera eficiente, transparente y oportuna los procesos de contrataciones.
- Realizar un adecuado manejo del presupuesto asignado a recursos humanos, conforme a las prioridades institucionales.
- Diseñar y ejecutar controles de cumplimiento de las labores asignadas, normativa, directrices institucionales y la aplicación del modelo de gestión vigente.

3.6.2 Información oportuna y constante

- La información relacionada a los resultados y productos finales asociados del SEVRI, es dada a conocer de manera oportuna a todo el personal, mediante los canales de comunicación institucional disponibles (oficios, correos electrónicos, cápsulas informativas, entre otros) y oficializada con el aval de la persona Jerarca institucional en la página web del INAMU.

3.6.3 Transparencia y oportunidades operacionales

- Implementar acciones que disminuyan las actividades que sean sensibles a actos de corrupción, o situaciones que puedan generar conflictos de interés.
- Suministrar información confiable, veraz y de forma oportuna a las personas usuarias y otros sujetos interesados.
- Dar a conocer, promover y sensibilizar a las personas funcionarias y usuarias los valores de la institución.

- Implementar medidas para la prevención de actos ilícitos y/o fraudulentos que perjudiquen la institucionalidad pública y la generación del valor público de la institución.
- Instaurar y promover la rendición de cuentas en todos los niveles de la Institución.
- Promover espacios y mecanismos para la participación de la ciudadanía.

3.6.4 Eficiencia operacional

- Determinar la cantidad de recursos requeridos para realizar las actividades del INAMU.
- Garantizar que los objetivos, procesos y procedimientos institucionales sean claros y se apliquen.
- Elaborar instrumentos que permitan evaluar y corroborar el cumplimiento del Plan Estratégico Institucional.
- Establecer relaciones claras con los planes institucionales y las acciones desarrolladas.
- Establecer una coordinación efectiva entre las dependencias competentes para el logro de los objetivos y el mejoramiento continuo.
- Realizar seguimiento y verificación constante de las acciones institucionales por parte de las entidades competentes.
- Concientizar a las personas funcionarias sobre la importancia del cumplimiento de objetivos y metas establecidas.
- Establecer y/o fortalecer los indicadores o parámetros dentro de las actividades desarrolladas en los procesos de trabajo institucionales.
- Promover las capacitaciones y formación constante de las personas funcionarias, esto acorde al perfil del puesto, que les permita aumentar sus capacidades para un mejor desempeño de sus funciones.
- Dar seguimiento a la correcta ejecución de los gastos en todos los niveles de la Institución.
- Promover la efectividad en la ejecución de los procesos de trabajo institucionales.

3.6.5 Eficacia operacional

- Establecer mecanismos que permitan a la institución incorporar prácticas de sostenibilidad en los servicios que se brindan a las personas usuarias.

- Tener claridad sobre el trabajo que se requiere realizar y el personal requerido para el cumplimiento de los objetivos planteados.
- Dar seguimiento a la correcta ejecución de los gastos en todos los niveles de la Institución.
- Detectar y controlar desviaciones en los procesos de trabajo institucionales.

3.6.6 Observancia de la normativa institucional

- Se deberá acatar la normativa correspondiente a la competencia de cada dependencia, unidad y/o proceso de trabajo institucional.
- Las personas funcionarias públicas del INAMU deberán conocer y cumplir la normativa vigente y la que sea actualizada y/o creada, según cada ámbito de competencia.

Seguidamente se muestra una lista de normativa que deberá ser consultada y actualizada de forma permanente:

Políticas

- Política Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres de Todas las Edades.
- Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres 2018-2030

Leyes

- Ley N° 02, Código Trabajo de Costa Rica
- Ley N° 63, Código Civil
- Ley N° 2166, Ley de Salarios de la Administración Pública
- Ley N° 4573, Código Penal
- Ley N° 5525, Ley de Planificación Nacional
- Ley N° 6227, Ley General de Administración Pública
- Ley N° 7130, Código Procesal Civil
- Ley N° 7135, Ley de Jurisdicción Constitucional
- Ley N° 7202, Sistema Nacional de Archivos
- Ley N° 7476, Ley Contra Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia.
- Ley N° 7494, Ley de Contratación Administrativa
- Ley NN 7600, Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad

- Ley N° 7739, Código de la Niñez y la Adolescencia
- Ley N° 7801, Ley Creación del Instituto Nacional de la Mujer
- Ley N° 7983, Ley de Protección al Trabajador
- Ley N° 8131, Ley y reglamento de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos y su Reglamento
- Ley N° 8292, Ley General de Control Interno
- Ley N° 8422, Ley Contra la Corrupción y el Enriquecimiento Ilícito en la Función Pública
- Ley N° 8488, Nacional de Emergencias y Prevención de Riesgo
- Ley N° 8687, Ley de Notificaciones Judiciales
- Ley N° 9635, Ley de Fortalecimiento a las Finanzas Públicas
- Ley N° 10158, Consolidación del Centro Operativo de atención a la Violencia Intrafamiliar y la Violencia contra las Mujeres (COAVIFMU)
- Ley N° 10263, Ley de Reparación Integral a las Personas Sobrevivientes de Feminicidio.
- Ley N°8688, Creación del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar.
- Ley N°7769, Atención a mujeres en condición de pobreza.
- Ley N° 8220, Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos

Decretos

- Decreto Ejecutivo N° 30720-H, Reglamento para el Registro y Control de Bienes de la Administración Central
- Decreto Ejecutivo N°33048, Normas para la aplicación de la Carrera Profesional para las Entidades Públicas cubiertas por el ámbito de la Autoridad Presupuestaria Ley N° 63, Código Civil
- Decreto Ejecutivo N°33411, Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa
- Decreto Ejecutivo N° 37045-mp-meic, Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos
- Decreto Ejecutivo N° 37735, Reglamento general del Sistema Nacional de Planificación

- Decreto Ejecutivo 34729 Coordinación y Ejecución de la Política de Igualdad y Equidad de Género (PIEG (Política de Igualdad y Equidad de Género)) en las Instituciones Públicas.

Directriz

- Directriz No 099-MP, Revisión de las funciones de órganos de dirección y fortalecimiento de su rol estratégico en las empresas propiedad del estado e instituciones autónomas.
- Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE.

Reglamentos

- Reglamento Autónomo de Servicios del INAMU
- Reglamento de Organización de la Auditoría Interna
- 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-
- Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y licencias de la Caja
- Manual de Ética y Valores Institucionales del INAMU

Atender normativas, reglamentos y guías sobre los siguientes temas:

- Guías y lineamientos generales de inversión pública
- Guías y lineamientos generales de presupuestación,
- Guías y lineamientos generales de inversión
- Guías y lineamientos generales de ética y valores
- Toda aquella normativa que sea vinculante al quehacer institucional.

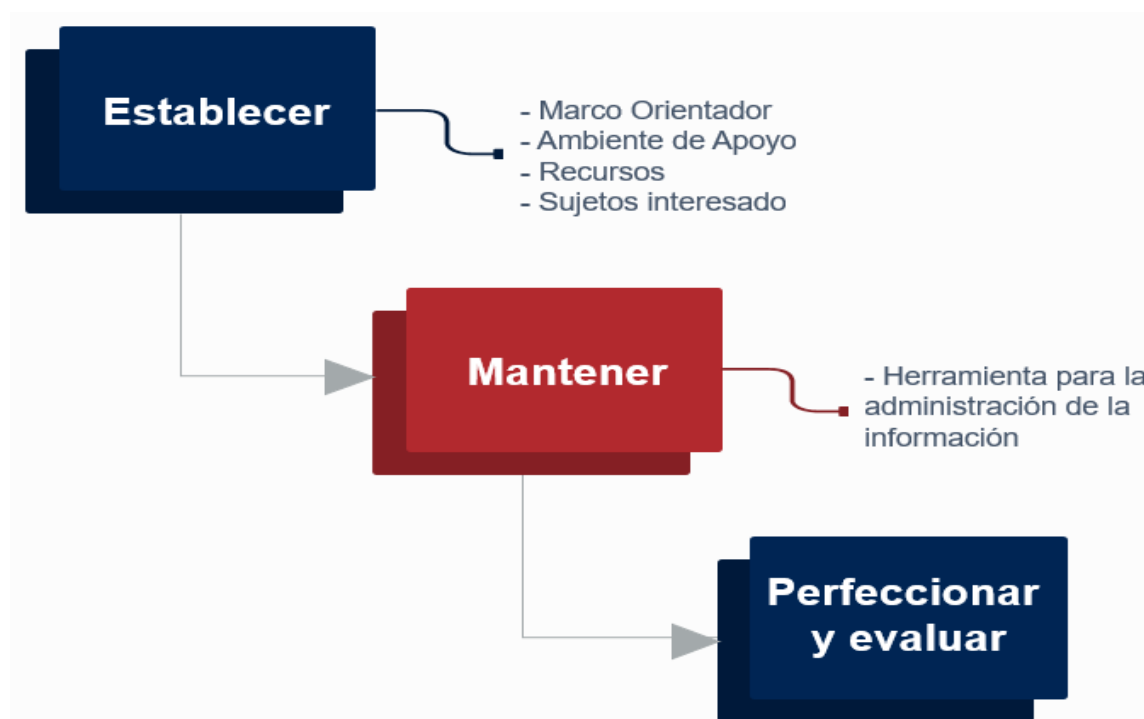
4. Estrategia del SEVRI

En cumplimiento de las Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE, se dispone de la siguiente estrategia, la cual consiste en determinar las acciones que guíen la implementación y el funcionamiento del Sistema

de Valoración del Riesgos a mediano y largo plazo, con la finalidad de conocer con antelación los cambios que vendrán con el tiempo.

Estas fases evolutivas se realizan a partir de la descripción de las acciones de establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema.

Figura 1. Esquema de composición: Estrategia



Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

Para tal efecto y en cumplimiento con la Directriz D-3-2005-CO-DFOE, se dispone de la siguiente estrategia:

Ámbito de aplicación. Toda institución pública deberá establecer y mantener en funcionamiento un Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) por áreas, sectores, actividades o tareas, de acuerdo, como mínimo, con lo establecido en estas directrices generales que serán de acatamiento obligatorio. Se exceptúa de aplicar a las instituciones menores, entendidas como las que tienen recursos de seiscientas mil unidades de desarrollo y que tienen menos de treinta funcionarios, incluyendo al jerarca, los titulares subordinados y todo su personal, quienes deberán observar lo que establecen las "Normas de control interno para el sector público".

Características del SEVRI. El SEVRI que se establezca en cada institución deberá reunir características como las siguientes:

Continuidad: Los componentes y actividades del SEVRI se establecen de forma permanente y sus actividades se ejecutan de manera constante.

Enfocado a resultados: Los componentes y actividades del sistema se establecen y desarrollan para coadyuvar a que la institución cumpla sus objetivos.

Economía: Los componentes y actividades del Sistema se establecen y ejecutan, de forma prioritaria, vinculando las herramientas y procesos existentes en la institución y aprovechando al máximo los recursos con que se cuenta.

Flexibilidad: El Sistema se deberá diseñar, implementar y ajustar periódicamente a los cambios externos e internos de acuerdo con las posibilidades y características de cada institución.

Integración: El Sistema se articula con el resto de los sistemas institucionales y apoya la toma de decisiones cotidiana en todos los niveles organizacionales.

Capacidad: El Sistema deberá procesar de forma ordenada, consistente y confiable todos los datos, internos y externos, requeridos para cumplir el objetivo del Sistema con un nivel de seguridad razonable.

4.1 Establecer el SEVRI

Esta etapa comprende la definición de los componentes del SEVRI y su interacción para producir la información necesaria que apoye la toma de decisiones, y la definición de acciones para establecer y describir la estructura que lo soporte. La definición de los componentes previos para el establecimiento del sistema se detalla a continuación:

4.1.1 Marco Orientador

Representa la guía base que orienta al Instituto Nacional de las Mujeres en los temas relativos al Sistema específico de valoración de riesgo, y que según lo establece la D-3-2005-CO-DFOE, consta de tres elementos fundamentales, que son: la política, la estrategia del SEVRI y la normativa interna que regule el SEVRI y defina el

procedimiento para una correcta valoración de riesgo que sea aplicable a todas las dependencias y procesos del INAMU, así como los criterios para su funcionamiento, estructura de riesgos y los parámetros de aceptabilidad. Además, este marco contiene lineamientos institucionales, niveles de tolerancia, apetito y capacidad de riesgo, la estrategia y la normativa interna que regula el SEVRI.

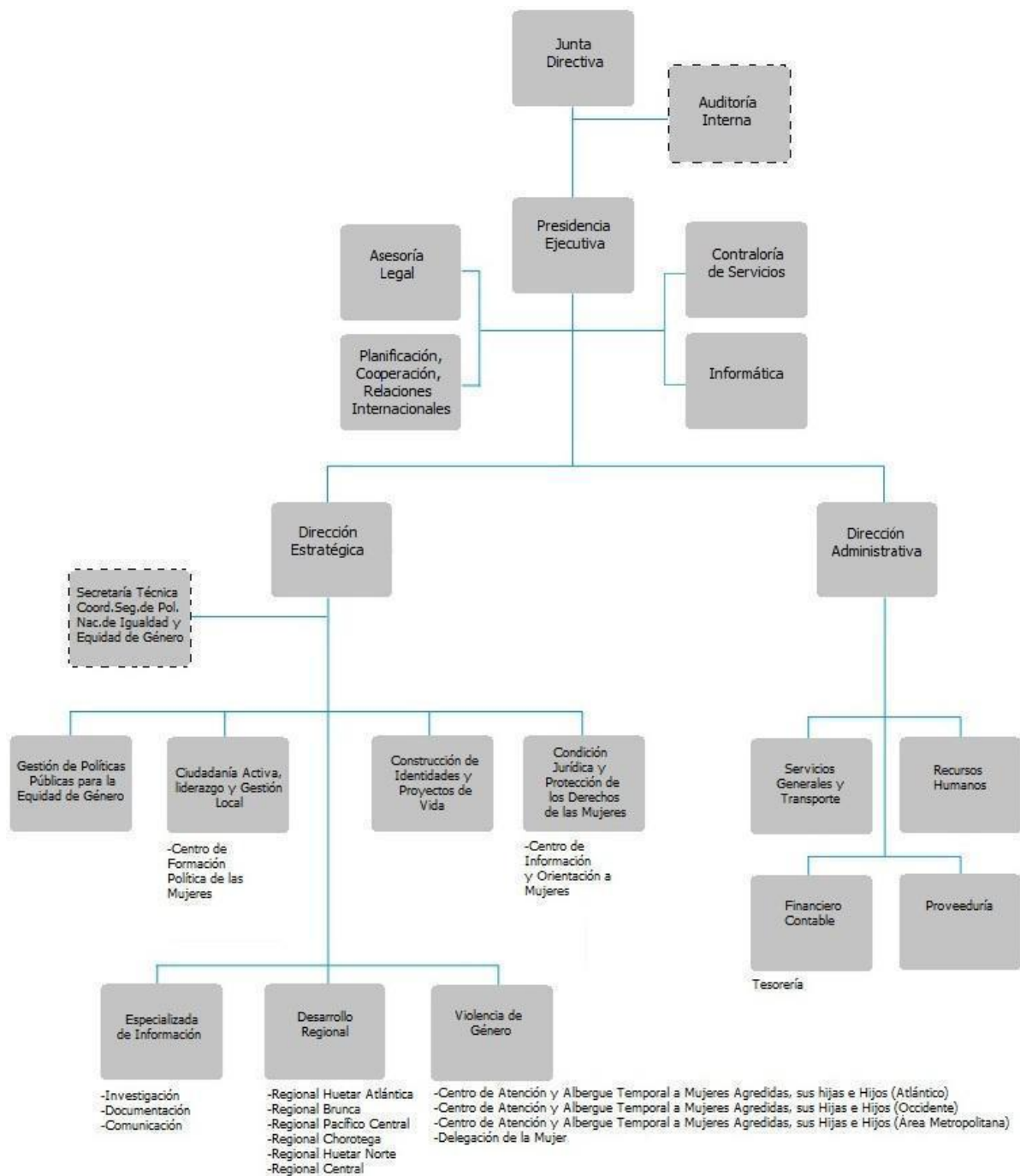
4.1.2 Ambiente de apoyo

Representa el nivel de compromiso de la persona jerarca y personas titulares subordinadas en la definición de responsabilidades, a lo interno de cada dependencia, área o unidad de la institución, así como, el establecimiento de acciones orientadas a prevenir la materialización de posibles riesgos. Además, incluye el compromiso para promover la participación de las personas funcionarias del INAMU, mediante la coordinación y colaboración entre los distintos grupos de trabajo.

Para lo anterior, se deben establecer mecanismos que permitan implementar los procesos de valoración de riesgo, según las medidas brindadas por el Departamento de Planificación Institucional (UPI), a través del Subproceso de Control Interno, las cuales deben de ser acatadas por las personas titulares subordinadas y las personas funcionarias de la institución.

Otro mecanismo para promover la cultura para la implementación del SEVRI y aumentar el compromiso de las personas funcionarias, es mediante el desarrollo de actividades educativas y de sensibilización sobre las ventajas del SEVRI y la importancia de su correcta aplicación.

En este componente, es importante aludir al Manual Institucional de Clases y Cargos del INAMU que establece las instancias y sus funciones acordes a la estructura organizacional, mostrando el grado de responsabilidad según niveles de jerarquía de cada persona funcionaria en la gestión de riesgo, lo que se refleja en el organigrama del INAMU, presentado a continuación:

Figura 2. Organigrama Instituto Nacional de las Mujeres

Fuente: Tomado del sitio web, [Organigrama - INAMU](#)

4.1.3 Recursos

Señala la relevancia de disponer de los recursos financieros, humanos, materiales, técnicos o cualquier otro recurso que sea necesario para el establecimiento, operación, perfeccionamiento y evaluación del SEVRI.

La asignación de recursos al SEVRI deberá obtenerse prioritariamente, para prevenir riesgos. Además, los recursos humanos deberán de capacitarse para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Sistema.

Sobre el recurso financiero, este será cubierto con el presupuesto regular de cada unidad de trabajo y deberá ser planificado y presupuestado en los Planes Operativos Institucionales (POI), de ser necesarios recursos adicionales, las unidades de trabajo deberán realizar una valoración del costo-beneficio, apegándose a la normativa presupuestaria y jurídica.

Posteriormente, el Departamento de Planificación Institucional (UPI) juntamente con la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (CECI-SEVRI) y Dirección Administrativa Financiera (DAF) realizarán una valoración tomando como referencia los criterios técnicos para emitir una recomendación a las autoridades superiores sobre los riesgos que deben ser atendidos de forma prioritaria y sea requerida la asignación de recurso presupuestario.

4.1.4 Sujetos interesados

En relación con los sujetos interesados, éstos pueden ser: interesados internos, o, interesados externos, definidos como las personas físicas o jurídicas con injerencia en las acciones institucionales o susceptibles de impactar positiva o negativamente en la gestión del INAMU, por lo que es de importancia directa la información generada desde el sistema SEVRI para lograr los objetivos según su ámbito de acción.

a. Sujetos interesados internos: se refiere a las personas funcionarias del INAMU que aportan en la gestión del riesgo mediante el diseño, evaluación y seguimiento de las medidas requeridas para realizar los objetivos del SEVRI.

Los sujetos internos que resultan indispensables para alcanzar los resultados del SEVRI se detallan a continuación:

Sujeto	Papel del sujeto
Junta Directiva	· Aprobar el Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucionales. - Tomar decisiones en materia de valoración del riesgo. · Promover, en las distintas instancias de la institución, el correcto funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. · Definir el apetito y tolerancia al riesgo de la institución. · Revisar y aprobar los informes emitidos por el Proceso de Planificación Institucional y Auditoría Interna en materia de valoración de riesgos. · Conocer y aprobar los planes de mitigación elaborados por las distintas dependencias de la institución.
Presidencia Ejecutiva	· Corroborar que las distintas dependencias del INAMU utilicen adecuadamente el Sistema de Valoración del Riesgo. - Participar activamente en la administración de los riesgos institucionales. - Aplicar las medidas de mitigación en caso de la materialización de algún riesgo. - Analizar e implementar las recomendaciones y disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, Auditoría Interna y/o alguna otra entidad fiscalizadora. - Revisar y aprobar los informes emitidos por el Proceso de Planificación Institucional y Auditoría Interna sobre valoración de riesgos. · Conocer y aprobar los planes de mitigación elaborados por las distintas dependencias de la institución.

Sujeto	Papel del sujeto
Auditoría Interna	· Informar a las instancias superiores ante cualquier desvío, evento y/o riesgo que se haya materializado. · Corroborar el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. · Emitir recomendaciones a la administración activa y titulares subordinados sobre la identificación, análisis, evaluación y administración del riesgo. · Realizar fiscalizaciones al Sistema Específico de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.
Departamento de Planificación Institucional	· Liderar el proceso de gestión de riesgo de la institución. · Velar por el correcto funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. · Asesorar a las distintas dependencias de la institución en materia de riesgos. · Mantener actualizada la evaluación de los riesgos institucionales. · Revisar y actualizar, con la periodicidad establecida en este lineamiento, el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. · Realizar los informes de seguimiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. · Emitir recomendaciones a la Junta Directiva que faciliten la toma de decisiones en el INAMU. · Emitir recomendaciones a las distintas dependencias del INAMU sobre oportunidades de mejora que puedan fortalecer el SEVRI.

Sujeto	Papel del sujeto
Comisión Ejecutiva de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional	· Velar porque que las personas titulares subordinadas y la administración activa orienten sus esfuerzos al fortalecimiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. · Colaborar con la administración en la mitigación del riesgo por medio del fortalecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional. · Promover la cultura y prácticas favorables en materia de administración del riesgo institucional. · Dar seguimiento y evaluar la adecuada implementación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, así como, los planes de mejora.
Titulares subordinados	· Identificar y analizar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos y metas del INAMU definidos a través de los distintos planes institucionales que están asociados a la gestión de su dependencia. · Analizar el posible efecto de los riesgos identificados definiendo la probabilidad de que estos ocurran, el impacto y nivel de riesgo. · Elaborar planes de mitigación para aquellos riesgos que se encuentran en un nivel de riesgo tolerable y alto. · Analizar e incorporar recomendaciones emitidas por el Proceso de Análisis Medición y Mejora y/o la Auditoría Interna. · Fomentar e impulsar un ambiente favorable para la implementación de las distintas fases del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional.
Personas funcionarias	· Participar activamente en el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional.

Sujeto	Papel del sujeto
	- Comunicar a las personas titulares subordinadas cualquier evento que pueda ocasionar daño e incumplimiento a los objetivos institucionales. - Interiorizar la cultura institucional de riesgo. - Proceder acorde con las normas éticas y de probidad establecidas y definidas para las personas servidoras públicas.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

b. Sujetos interesados externos: se refiere a las personas y entidades externas al INAMU relevantes en la gestión de riesgos, ya que de materializarse alguno de estos se podrían afectar directa e indirectamente sus intereses.

Nombre del sujeto externo	Descripción del papel del sujeto
Contraloría General de la República	- Fiscalizar el uso de los fondos públicos asignados al INAMU. - Contribuir al control político y ciudadano. - Fiscalizar el Sistema de Valoración del Riesgo Institucional del INAMU. - Emitir observaciones y/o recomendaciones sobre el Sistema de Valoración del Riesgo Institucional del INAMU.
Ciudadanía en general	Velar por el cumplimiento del valor público de la institución.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

4.1.5 Herramientas para la administración de la información

El mecanismo institucional en el que se administrará la información del SEVRI lo constituye una herramienta informática, denominada Sistema Integrado de Planificación y Gestión Administrativa Financiera (SIPGAF), que permite la recolección permanente de la información digital, registra las etapas del SEVRI de las

instancias del INAMU en relación a los riesgos estratégicos y operacionales, para efectos de los riesgos tecnológicos.

El Departamento de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno y SEVRI, tendrá a cargo la administración del Sistema Específico de Riesgo Institucional. En referencia a la etapa de establecimiento del sistema, se requiere la generación de ciclos periódicos y el involucramiento paulatino y constante de las instancias institucionales en la gestión de riesgos, acciones que contribuyen a mejorar constantemente el sistema para ajustarlo a las necesidades y prioridades institucionales.

Con la puesta en marcha de estos lineamientos y la adquisición del nuevo sistema el INAMU, plantea el reto de la consolidación del sistema de gestión de riesgos, con el cual, se hace necesario reforzar las siguientes acciones para el funcionamiento de este:

- a) Incorporar en los planes estratégicos y operativos, los procesos la valoración de riesgos.
- b) Incorporar la gestión de riesgos desde el momento de formulación de la planificación del presupuesto institucional

4.1.6 Mantener los ciclos de valoración en el SEVRI

El sistema funcionará en ciclos anuales mediante metodologías para orientar las acciones de valoración de riesgos, que establecerá la Unidad de Planificación Institucional (UPI), mediante el Subproceso de Control Interno.

La revisión y seguimiento de los riesgos y medidas podrán realizarse durante el ciclo anual trimestral, para determinar el grado de avance de las acciones de mitigación y administración de los eventos planteados, además, el sistema (SIPGAF) tiene un módulo específico que permite registrar el nivel de avance y generar reportes para los informes que deberán presentarse ante la Junta Directiva según lo establecido en este documento (lineamiento 3.2.18).

En cuanto a la custodia de las evidencias sobre el cumplimiento de los planes de mitigación y/o remediales, y la generación de informes de seguimiento la Unidad de Planificación Institucional, mediante el Subproceso de Control Interno, deberá realizar

las gestiones pertinentes para resguardar y almacenar las evidencias e informes en las herramientas tecnológicas instituciones con las que se cuente.

Será responsabilidad de la Unidad de Planificación Institucional en coordinación con la Comisión CECI-SEVRI fijar el Sistema de Valoración de Riesgo Institucional, ejecutando las siguientes acciones:

- Realizar acciones para la sensibilización y divulgación del Lineamiento del Marco Orientador.
- Diseñar e implementar un plan de capacitación sobre el SEVRI dirigido a las personas titulares subordinadas y a la administración activa según su rol y responsabilidades en el Sistema en conjunto con el Departamento de Recursos Humanos institucional.
- Promover procedimiento y acciones de control interno y específicamente las del SEVRI.
- Integrar la valoración de riesgo con las etapas de formulación y evaluación de los Políticas institucionales, planes, programas, proyectos y actividades de tres formas:
 1. Determinar los riesgos vinculados a las Políticas institucionales, planes, programas, proyectos y actividades que se registren en las acciones de las unidades de trabajo reportadas a la Unidad de Planificación Institucional, Subproceso Planificación Estratégica.
 2. Llevar un registro documentado en el sistema de las medidas de mitigación de los riesgos que requieran recursos presupuestarios. Si se requieren recursos adicionales, se deben solicitar según la normativa vigente.
 3. Instaurar controles y revisiones al sistema que permitan detectar cualquier desviación en el cumplimiento de las acciones planteadas, así como en la ejecución de los recursos presupuestarios destinados.

Para lo planteado anteriormente se requiere un trabajo multidisciplinario.

4.1.7 Perfeccionar y evaluar el SEVRI

El seguimiento continuo al sistema permitirá el perfeccionamiento de este. Lo anterior, a través del monitoreo de las lecciones aprendidas que surgen de la aplicación del SEVRI y la aplicación de cambios parciales que permitan adecuar el SEVRI a las condiciones internas y externas del INAMU.

La identificación de las lecciones aprendidas que permitan perfeccionar el sistema puede derivarse de las evaluaciones o de la valoración de la aplicación del SEVRI. Además, las personas funcionarias, sujetos internos y externos pueden proporcionar información relevante que colabore a perfeccionar el sistema.

Asimismo, se realizarán reportes periódicos de la información producida por el Sistema, tanto de los riesgos en los niveles estratégicos, tecnológicos y operacionales, tomando en consideración los siguientes aspectos para la evaluación de la efectividad del sistema, entre los que se destaca el grado de ejecución de los objetivos institucionales, las medidas de mitigación cumplidas para los riesgos atendidos y los cambios en el nivel de impacto de los riesgos. La coordinación y gestión regular de la evaluación al Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional y los indicadores es responsabilidad de Unidad de Planificación Institucional.

5. Niveles para la identificación de riesgos institucionales

5.1 Matriz de asignación de responsabilidades

Para identificar riesgos institucionales, hay que determinar las responsabilidades de cada sujeto interno interesado. Para lo anterior la tabla 5 muestra la matriz general de asignación de responsabilidades para la identificación de riesgos y en la tabla 6 se brinda el detalle de tipo de responsabilidad.

Tabla 6. Matriz de asignación de responsabilidades para la identificación de riesgos institucionales

No. Actividad			Frecuencia		Junta Directiva Presidencia Ejecutiva Comisión CECI-SEVRI UPI-Subprocesos de Control Interno Proceso de TI Direcciones Institucional Coordinaciones y Jefaturas Personas funcionarias Auditoría Interna Auditoría Externa							
1	Identificar los riesgos según la metodología definida	Cuando se requiera y/o bienal				C	R	R	R	R		
2	Documentar las etapas para la gestión de riesgos	Cuando se requiera y/o bienal				C	R	R	R			
3	Elaborar planes de mitigación	Anual				C	R	R	R	C		
4	Aprobación de la matriz de riesgos y planes de mitigación	Anual	A	I	C	R	R					
5	Ejecutar los planes de mitigación	Trimestral					R	R	R	R		
6	Ejecutar seguimiento de las acciones de mitigación y del nivel de riesgo	Trimestral			C	R	R					
7	Elaborar informes de seguimiento	Semestral			C	R	R	C	C	C	I	
8	Aprobar los informes de seguimiento	Semestral	A	I	C	R	R				I	

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

Tabla 7. Tipo de responsabilidades de la matriz general de asignación de responsabilidades

TIPO DE RESPONSABILIDAD	
R	(Responsable) Hace referencia a los roles que se encargan de la ejecución principal de las actividades
A	(Aprobador) Hace referencia al responsable del éxito de que se logren las tareas o actividades, supervisar la finalización general de la tarea.
C	(Consultado) Hace referencia a los roles que proporcionan las entradas (información, gestiones, soporte)
I	(Informado) Hace referencia a quienes reciben la información y son informados de los logros de las tareas
NA	Por temas de confidencialidad

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

5.2 Nivel estratégico

En este nivel se identifican los riesgos del nivel estratégico, vinculados con los ejes institucionales, con los objetivos estratégicos y con los macroprocesos de la institución.

Figura 3. Nivel estratégico

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

5.3 Nivel operacional

En este nivel se identifican los riesgos asociados a los procesos, subprocessos, actividades y tareas de la institución.

Figura 4. Nivel operacional

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

5.4 Nivel tecnológico

En el nivel tecnológico se identifican los riesgos asociados a Tecnologías de la Información y Comunicación del INAMU, estos se identifican a nivel de procesos, subprocessos, actividades y tareas. Los riesgos tecnológicos se visualizan como un nivel distinto, ya que utilizan una metodología distinta.

Figura 5. Nivel tecnológico

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

6. Normativa Interna del SEVRI

La normativa del SEVRI del INAMU comprende tres etapas que se presentan a continuación:

Figura 6. Esquema de composición: Normativa del SEVRI



Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

6.1 Procedimiento

El SEVRI del Instituto Nacional de la Mujeres está compuesto por un conjunto organizado de elementos que identifican y gestionan riesgos relevantes que puedan afectar los objetivos de la institución.

El sustento de la valoración de riesgo está respaldado por la existencia y vinculación con el Departamento de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno, tomando en consideración los objetivos definidos en cada uno de estos elementos, para la determinación de los eventos relevantes.

El procedimiento para gestionar los riesgos en el INAMU se compone por medio de etapas que van desde la identificación, hasta la documentación y comunicación final de los eventos.

El fin esperado es adoptar acciones de uso sistematizado y periódico que procuren asegurar razonablemente el logro de los objetivos institucionales que promuevan la generación de resultados de cara a la población meta y por ende a la ciudadanía.

Seguidamente se detallan las etapas, las cuales deberán ser desarrolladas por las dependencias, áreas, procesos y subprocesos institucionales.

6.1.1 Identificación de riesgos

En esta etapa se deberán determinar y describir aquellos eventos que pueden impactar el cumplimiento de los objetivos y metas de las dependencias, áreas, procesos y subprocesos institucionales.

La identificación de riesgos deberá considerar el criterio experto del titular subordinado, junto con la participación de las personas funcionarias a cargo y, con el acompañamiento técnico de la persona funcionaria del Subproceso de Control Interno.

La redacción y formulación del riesgo se compone del evento, las causas a nivel interno, externo y la consecuencia institucional, considerando los objetivos del plan estratégico u operativo o los procesos que integran la gestión, ya que lo fundamental es valorar las actividades sustantivas de carácter vinculante al PEI, POI, PAT y los procesos institucionales, los conceptos anteriores se describen a continuación:

Tabla 8. Causas a nivel interno, externo y la consecuencia institucional

Elemento	Descripción
Objetivo	Se refiere a los documentos oficiales de la institución como el Plan Estratégico (PEI), Plan Operativo Institucional (POI), Plan Anual de Trabajo (PAT), así como a la normativa interna (reglamentos, acuerdos, resoluciones, directrices, lineamientos, entre otros) procesos institucionales o cualquier plan de trabajo formalizado y/o oficializado a lo interno de la institución.
Riesgo	Se refiere a la probabilidad que ocurran eventos que tendrán consecuencias negativas que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la institución.
Evento	Se refiere a un incidente o situación que tiene una probabilidad de ocurrir en un espacio de tiempo y lugar específico e impacta el logro del objetivo.
Causas	Se refiere a los eventos que pueden causar que se materialice un riesgo. Estas causas pueden ser internas o externas a la institución.

Elemento	Descripción
Consecuencias	Se refiere a los efectos que pueden causar que un riesgo se materialice, estas pueden ser positivas o negativas
Entorno	Permite el surgimiento de los eventos que pueden ser de índole interno o externo a la Institución conforme se ha establecido en la estructura de riesgos.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

6.1.2 Análisis de riesgos

En esta etapa se debe fijar el nivel de los eventos a partir de cruzar la probabilidad de que ocurra un evento con el impacto de los posibles efectos vinculado al cumplimiento de los objetivos institucionales. Para lo anterior, más adelante se presenta el mapa de calor que combina los factores de probabilidad e impacto, el cual se utiliza a partir del criterio experto de la persona titular subordinada y el equipo de trabajo que participa del proceso, subproceso, actividad y tareas.

Para determinar el nivel final del evento, se deben considerar dos aspectos, el primero es el riesgo inherente y el otro es cuando se le aplica los controles existentes en el momento del análisis que determina el nivel de riesgo residual. Por su parte los controles son actividades o mecanismos que se ejercen de forma integrada a los procesos, que al realizarse intervienen coadyuvando para que el riesgo no se materialice, por lo cual no son actividades nuevas por implementarse debido al riesgo.

Elemento	Descripción
Riesgo inherente	Es el riesgo presente antes de realizar algún control o aplicar alguna medida para su tratamiento/administración. Surge de la exposición natural propia a la actividad, del trabajo o proceso.
Actividad de control	Se refiere a la valoración realizada para determinar si los controles existentes implementados por la dependencia, área, proceso y/o subproceso permiten gestionar la probabilidad y el impacto detectada mediante la evaluación del riesgo inherente. Los controles pueden ser preventivos que responden directamente a las causas o pueden ser correctivos que responden directamente a las consecuencias.
Riesgo residual	Se refiere al evento final posterior a la implementación y evaluación de los controles de mitigación al riesgo inherente. La aplicación de mitigadores se realiza valorando tanto el criterio experto de la persona titular subordinada, el nivel de riesgo y los lineamientos institucionales de aceptabilidad, esto será desarrollado en la etapa de “administración del riesgo”.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

A continuación, se definen los criterios y el área de impacto del SEVRI Institucional del INAMU mediante:

a) La valoración de la probabilidad

Probabilidad		
Criterio	Valor	Descripción
Muy alta	5	Más de una vez por mes o con una probabilidad mayor o igual al 80% que suceda al realizar las actividades relacionadas, (dependerá de la periodicidad de las actividades que puedan generar el evento).
Alta	4	Puede suceder una vez al mes o con una probabilidad mayor al 50% al realizar las actividades relacionadas con el evento.
Media	3	Puede suceder una vez por semestre o con una probabilidad igual al 50% al realizar las actividades relacionadas con el evento
Baja	2	Una vez al año o con una probabilidad menor al 30% al realizar las actividades relacionadas con el evento
Muy baja	1	Menos de una vez al año o con una probabilidad menor al 10% al realizar las actividades relacionadas con el evento

b) Valoración de la Severidad

- 1. Afectación de objetivos:** Aumento de costos para el cumplimiento de planes o incumplimiento de estos. Pueden generar ineficiencia de los procesos.
- 2. Afectación de la imagen pública:** Se genera un efecto negativo en la imagen pública de la Institución o ente adscrito.
- 3. Pérdida de patrimonio:** Afectación en pérdidas económicas o del patrimonio público.

Severidad, SEVRI-INAMU					
Criterio	Escala	Descripción	Cumplimiento de objetivos	Afectación del patrimonio	Afectación de la imagen pública
Severo	5	Las consecuencias son graves y pueden afectar severamente la institución.	Eventos relevantes que comprometen drásticamente el resultado de los planes y proyectos, cumplimiento menor al 50% de las metas.	Pérdidas de patrimonio muy altas que comprometen a la Institución. Pueden darse multas y/o sanciones.	Grave afectación de la imagen Institucional hacia a los sujetos interesados y perdurable en el tiempo, con efectos legales.
Mayor	4	Las consecuencias son mayores y pueden afectar de manera mayormente la institución.	Afecta el cumplimiento de procesos críticos y alcance de metas mayor al 50%.	Pérdida de recursos económicos, o pérdida de activos con un valor relevante que afecta de manera sustancial el cumplimiento de la gestión.	La institución se vería afectada en la percepción de los sujetos interesados, con efectos graves pero mitigables.
Significativo	3	Las consecuencias son considerables y pueden afectar de manera parcial la institución.	Impacto relacionado con el incumplimiento o amenaza sobre actividades no críticas (afectan procesos operativos).	Las pérdidas económicas y en el patrimonio son de mediano impacto según los presupuestos establecidos.	La imagen se ve comprometida y es mitigable en un tiempo corto.
Menor	2	Las consecuencias son de menor grado y hay una leve afectación en la institución.	Se den retrasos que en el tiempo afecten el cumplimiento de la actividad, con impacto en la eficacia del proceso.	Baja dimensión de costo y duración de los efectos ante la pérdida de recursos o Activos.	Leve afectación que compromete la imagen ante los sujetos interesados, o no recae en sanción alguna.
Insignificante	1	Las consecuencias son mínimas y no hay afectación en la institución.	Los retrasos que se generarían no significan cambios en los plazos establecidos.	Sin daños ni perjuicios. Pérdida de patrimonio imperceptible.	Los daños hacia la imagen institucional son mitigables de manera inmediata.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

Mapa de calor

A partir de la evaluación de la probabilidad y consecuencia del riesgo, se obtiene su nivel de impacto, seguidamente se presenta la categorización del Mapa de Calor para el INAMU:

Matriz de Riesgos (Mapa de Calor) SEVRI-INAMU						
PROBABILIDAD		Impacto				
		Insignificante	Menor	Significativo	Mayor	Severo
		1	2	3	4	5
Muy probable	5	5	10	15	20	25
Bastante probable	4	4	8	12	16	20
Probable	3	3	6	9	12	15
Poco probable	2	2	4	6	8	10
Improbable	1	1	2	3	4	5

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

Nivel extremo 	Los riesgos ubicados en estos cuadrantes cuentan con las más altas probabilidades de ocurrencia y con impactos elevados en caso de que lleguen a materializarse. Afectando de manera muy alta y significativa, tanto en el parte económico, sanciones o pérdidas del patrimonio.
Nivel alto 	En un segundo nivel de prioridad se encuentran los riesgos ubicados en estos cuadrantes, estos riesgos cuentan con características de altas probabilidades o consecuencias, su exposición conlleva altos grados de perjuicio en el logro de los objetivos institucionales afectando procesos críticos.
Nivel moderado 	Los riesgos ubicados en estos cuadrantes presentan consecuencias y probabilidades moderadas, la materialización de algunos de estos riesgos representará un impacto medio en el logro de los objetivos institucionales. Marco Normativo para el funcionamiento del SEVRI (V-03)- noviembre 2019 18
Nivel bajo 	Los riesgos que se encuentran en estos cuadrantes son aquellos que presentan impactos y probabilidades bajas, de materializarse alguno impactará de forma mínima el logro de objetivos institucionales, velando siempre porque no se eleven su grado de probabilidad y/o consecuencia

6.1.3 Evaluación de los riesgos

En esta etapa del ciclo de valoración de riesgo, se ordenan los eventos a partir del nivel de prioridad, el cual se determina según los siguientes criterios:

	Descripción
Nivel de riesgo	La prioridad se define de la siguiente manera: los que tienen mayor prioridad son los que tienen categoría extrema (color rojo), seguidos de los altos (color naranja) y los tolerables (color amarillo).
Posibilidad de gestionar los factores de riesgo	Tomando en consideración que existe una mayor injerencia en los factores internos que en los externos, se debe valorar la posibilidad de gestionar los riesgos cuyos elementos (causas y efectos) cambien, por ejemplo, de un proceso a un subproceso.
Importancia de la función, actividad o proceso afectado	En este criterio se considera que el proceso, subproceso o área valore que tan vital o fundamental es la actividad o proceso que podría verse afectado.
Eficacia y eficiencia de las medidas	Las medidas de administración que logren cumplir de mejor forma la mitigación de la ocurrencia del riesgo, así como, sus posibles consecuencias. Además, el que tenga un menor costo en relación con los beneficios obtenidos, será el que tenga mayor prioridad bajo este criterio.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

6.1.4 Administración de riesgos

La administración de riesgos es la etapa en la cual se identifican, seleccionan y ejecutan las distintas medidas que permitan disminuir el nivel de riesgo (En normativas técnicas esta actividad también se denomina “tratamiento de riesgos”). La administración de los eventos puede ser gestionada de la siguiente manera.

Descripción	
Modificar	Consiste en afectar las causas del evento asociados a la probabilidad y magnitud de un problema.
Atender	Consiste en proceder ante las consecuencias del evento cuando este acontece.
Prevenir	Consiste en no llevar a cabo la acción, actividad o tarea, o bien, modificarlas para lograr el objetivo sin que sea afectado por el riesgo.
Transferir	Consiste en transferir el riesgo a un tercero, o bien compartir de forma parcial o total la responsabilidad o consecuencias potenciales de un evento.
Retener	Consiste en estar dispuesto a aceptar las consecuencias y no aplicar ningún tipo de medida.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

Por otra parte, los criterios que valora la persona titular subordinada y el equipo de trabajo para la selección de medidas de administración son los siguientes:

- **Relación costo-beneficio:** se evalúa que el costo de las medidas que se deben ejecutar no sea mayor al beneficio que se obtendría. Para determinar la relación costo beneficio se puede realizar basándose en el criterio experto de las personas funcionarias, o bien, utilizando metodología cualitativa que respalde el criterio de la relación.

- **Capacidad e idoneidad de ejecución:** para prevenir fallos en la ejecución de las medidas es necesario asegurarse de que estas puedan ser cumplidas por las dependencias de la institución, así como, que las actividades que se planifican y programen dispongan con el tiempo requerido para su cumplimiento.

- **Cumplimiento del interés público y protección al patrimonio de la Institución:** se analiza si las medidas generan un beneficio colectivo y/o están acordes a los objetivos de la institución. Lo anterior, tomando en consideración la defensa del patrimonio público y en concordancia con las decisiones tomadas por la presidencia ejecutiva, las personas titulares subordinadas y la administración activa en general.

- **Viabilidad jurídica, técnica y operativa:** cada dependencia debe analizar la viabilidad de la medida en cuanto a la normativa jurídica, técnica y operativa que debe

estar presente en la administración pública. Los recursos asignados a cada dependencia de la institución deben considerarlo anteriormente.

6.1.5 Revisión del riesgo

En esta etapa las personas titulares subordinadas deberán revisar y actualizar la información referente a los riesgos que enfrenta la gestión a cargo, se deberá determinar si los controles propuestos fueron capaces de reducir los factores de impacto y probabilidad. Así mismo los reportes en la ejecución de las acciones de mitigación deberán realizar como mínimo de forma trimestral o cuando la dinámica del entorno lo requiera y se dará seguimiento a los siguientes puntos:

- Cuando haya algún cambio en el entorno externo o interno, se deberá revisar el riesgo y adecuarlo a los cambios identificados. Lo anterior, puede repercutir en la preponderancia de la administración y/o mitigación de los riesgos que han sido identificados como prioritarios.
- Para identificar y solucionar cualquier desviación en el logro de los resultados esperados se debe controlar, revisar y dar seguimiento a la ejecución de las medidas implementadas.
- Para definir el nivel de eficacia y eficiencia de las medidas de control implementadas se debe seguir el comportamiento de los riesgos, para determinar si ha aportado al mitigar el evento.
- Si a partir del seguimiento se identifica alguna alerta, esta debe ser analizada a detalle para determinar su impacto para iniciar y/o ajustar el proceso de administración que sea el adecuado.

El proceso de revisión de los riesgos deberá producir, al menos, los resultados que se muestran a continuación:

- Información actualizada sobre los riesgos relevantes para cumplir los objetivos y metas de los niveles (estratégicos, operativos, tecnológicos), así como el comportamiento de estos en las dependencias de la institución.
- Informes de seguimiento con el detalle de la metodología utilizada y los resultados obtenidos.

- Para identificar posibles desviaciones que permitan una atención oportuna de los riesgos por medio de un adecuado análisis que permita determinar el impacto e iniciar el proceso de administración idóneo se deben establecer alertas.

6.1.6 Documentación de riesgos

Esta etapa del proceso de valoración de riesgos consiste en preservar la información sobre los riesgos, las medidas de administración y las evidencias de ejecución, las cuales se deberán documentar para cada etapa que se genere en cada actividad de la valoración del riesgo (identificación, análisis, evaluación, administración y revisión).

Las instancias superior del INAMU y el Departamento de Planificación Institucional, por medio del Sistema de Informático denominado SIPGAF en el módulo de *Delphos Continuum* establecerán los registros electrónicos de la información para constatar que se efectuaron las etapas de identificación de riesgos y medidas, además, pueden reportar continuamente el seguimiento e incorporar las evidencias cargándose en el sistema, para respaldar y presentar los documentos que fundamentan el cumplimiento, según la normativa aplicable.

6.1.7 Comunicación de los riesgos

Se deberá brindar información a los sujetos interesados, internos y externos de la Institución en relación con los riesgos del INAMU.

La comunicación deberá darse en ambas direcciones, mediante informes de seguimiento y de resultados del SEVRI que se elaboran periódicamente y mediante la operación de mecanismos de consulta a disposición de los sujetos interesados.

La información que se comunique deberá ajustarse a los requerimientos de los grupos a los cuales va dirigida y servir de base para el proceso de rendición de cuentas institucionales.

7. Criterios para funcionamiento del SEVRI INAMU

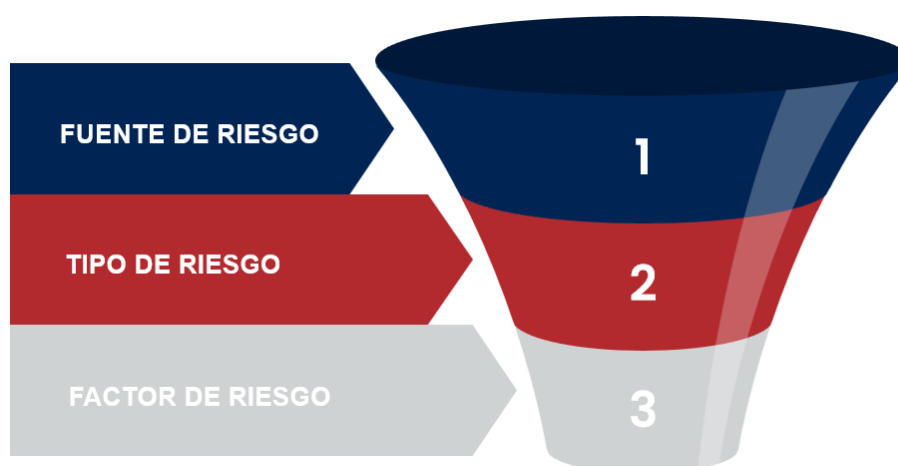
Conforme lo estipulado en los lineamientos de este Marco Orientador, los seguimientos se realizarán de forma trimestral y deberá ser presentado ante la Junta Directiva un informe de seguimiento que contemple el seguimiento del primer y segundo trimestre y otro informe anual que contemple el seguimiento a las medidas de mitigación realizado durante los cuatro trimestres, ambos informes deberán ser

emitidos de forma periódica conforme lo establecido en (lineamiento 3.2.18) de este documento. La responsabilidad para la elaboración de dichos informes recae en el Departamento de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno y deberá contener el aval de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.

7.1 Estructura de los riesgos

La estructura de riesgos del INAMU está compuesta por tres niveles, estos se muestran en la figura 7.

Figura 7. Estructura de riesgos del INAMU



Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

7.1.1 Fuente de riesgo

Los riesgos del INAMU pueden originarse por fuentes externas o internas a la institución que puedan provocar que un riesgo se materialice, por tanto, se debe procurar que estas sean administradas para mantenerlas bajo control, a continuación, se brinda el detalle de estas:

- **Externos:** hace referencia a los eventos que se generan en el entorno de la institución que pueden impactar de manera negativa en el quehacer del INAMU. Aunque no se tiene control sobre estos, es necesario poner atención a su comportamiento, de manera tal que los esfuerzos se concentren en establecer acciones que permitan mitigar el impacto negativo en caso de que estos se hagan realidad.

- **Internos:** se refiere a los eventos que pueden producirse a la interna de la institución y que deben gestionarse mediante el Sistema Especifico **de Valoración del Riesgo Institucional**. Las acciones para mitigar el riesgo deben de estar orientadas a la prevención de que el riesgo se materialice a través de una serie de medidas de control, sin embargo, si con estas medidas el riesgo se materializa deben de existir acciones que minimicen el impacto de los daños.

7.1.2 Tipos de riesgos

Indica la tipología para la clasificación de los riesgos una vez definida la fuente del riesgo. Los tipos de riesgos se describen a continuación.

Código	Tipo de riesgo	Descripción
A	Ambiental, social y de gobernanza	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos ambientales, sociales y de gobernanza. El riesgo ambiental puede producirse algún impacto negativo en el ambiente por alguna acción desarrollada por la institución y prácticas de sustentabilidad. Los riesgos sociales hacen referencia aquellas condiciones externas que repercuten directamente en la labor del INAMU. En cuanto a la gobernanza, se refiere a la interacción y articulación del INAMU con las demás instituciones del Estado para crear valor público a las personas usuarias.
B	Calidad	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos que pueden afectar la calidad de los productos y servicios que el INAMU ofrece a la población usuaria.
C	Estratégico-político	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos estratégicos y políticos. En riesgos estratégicos se

Código	Tipo de riesgo	Descripción
		incluyen aquellos que afecten el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico Institucional (PEI). En cuanto a los riesgos políticos son aquellos referidos a cambios significativos que puedan provocar inestabilidad en la democracia y la estructura de gobernanza del país que puedan repercutir en la asignación presupuestaria, conflictos políticos, los convenios y alianzas de la institución.
D	Financieros	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos relacionados con las finanzas de la institución en la relativo a la definición y ejecución del presupuesto que pueda perjudicar el flujo de efectivo del INAMU y por tanto se vea afectada la liquidez de la institución.
E	Fraude	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos potenciales a los que se enfrenta el INAMU de actividades fraudulentas que causen un beneficio o enriquecimiento ilícito para alguna entidad o persona interna y/o externa al INAMU.
F	Legales y/o contractuales	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos legales y/o contractuales. Se entienden como riesgos legales aquellos relacionados con el incumplimiento de normativas legales emitidos por organismos nacionales e internacionales que regulan las actividades del INAMU. Además, se clasifican en esta tipología los riesgos relacionados con el incumplimiento de contratos y acuerdos con terceras personas, los cuales

Código	Tipo de riesgo	Descripción
		pueden representar multas y sanciones para la institución.
G	Operativos	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos asociados a la ejecución diaria de los servicios del INAMU.
H	Procesos	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos relacionados con los procesos y procedimientos establecidos por el INAMU para la prestación de sus servicios.
I	Tecnologías de la información y comunicación	En esta tipología se clasifican aquellos riesgos relacionados con los recursos y herramientas de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

7.1.3 Factor de riesgo

A partir de cada tipo de riesgos, se desagregan los factores de riesgo, que se presentan a continuación.

Tipo de riesgo	Código	Factor de riesgo
A. Ambiental, social y de gobernanza	A1.	Ambiental: indica el riesgo que pueda ocasionar un desastre a raíz de un fenómeno natural que impacte negativamente la continuidad de los servicios brindados por la institución.
	A2.	Gobernanza: refiere a riesgos que puedan interferir en las acciones desarrolladas por la institución para coordinar y articular acciones con entidades nacionales y/o internacionales.

Tipo de riesgo	Código	Factor de riesgo
	A3.	Social: hace referencia al manejo del riesgo social que incluye la relación con la ciudadanía, en relación con los Derechos Humanos y en el aporte de la institución en su generación de valor público para la población usuaria.
B. Calidad	B1.	Satisfacción de personas usuarias: refiere al riesgo de que una persona usuaria no quede satisfecha con el servicio brindado por la institución.
C. Estratégico-político	C1.	Alianzas: son los riesgos asociados a las relaciones o acuerdos establecidos por el INAMU con entidades públicas y privadas que pueden impedir que se logre el objetivo o beneficio mutuo pactado en un inicio.
	C2.	Asignación presupuestaria: los riesgos asociados a que a la institución no se asigne la totalidad de los recursos requeridos para el cumplimiento de sus objetivos.
	C3.	Convenios: indica el riesgo de que haya un incumplimiento en los convenios que establezca la institución con otros entes, lo que provoque que el fin para el cual fueron establecidos no se cumpla.
	C4.	Imagen: se refiere a cualquier acción que pueda repercutir en una percepción negativa de la población usuaria y de la ciudadanía sobre el quehacer del INAMU, lo que impacta en la imagen y reputación de la institución. Estos riesgos se

Tipo de riesgo	Código	Factor de riesgo
		pueden dar por acciones propias de la institución, o bien, por acontecimientos externos.
	C5.	Liderazgo: indica el riesgo de que el INAMU no mantenga el liderazgo en los temas de su rectoría. Así como, de que las instituciones y la ciudadanía no aplique la normativa emitida por la institución.
	C6.	Planeamiento institucional: hace referencia a riesgos que puedan afectar lo establecido por la institución en sus políticas, planes, programas o proyectos.
	C7.	Reputacionales: refiere a cualquier riesgo que pueda dañar la reputación de la institución debido a una percepción negativa de la ciudadanía sobre el quehacer institucional
D. Financieros	D1.	Fraudes en estados financieros: refiere al riesgo de que los estados financieros de la institución sean manipulados y no muestren la situación financiera real del INAMU.
	D2.	Garantías: indica el riesgo de que la institución se deba enfrentar al pago de garantías lo que puede causar pérdidas económicas o la disminución de sus activos.
	D3.	Liquidez: refiere a los riesgos causados por el inconveniente que pueda tener la institución para hacer frente a sus compromisos y obligaciones de pagos en el corto plazo, debido al inconveniente de convertir sus activos en liquidez.

Tipo de riesgo	Código	Factor de riesgo
	D4.	Solvencia: el riesgo de que la institución no pueda atender sus compromisos y obligaciones financieras, es decir, que no cuente con capacidad de pago.
E. Fraude	E1.	Corrupción: indican actos que significan falta de ética, en la cual ocurre un evento que desvía la generación de un valor público para la obtención de beneficios personales o de terceros
	E2.	Integridad: engloba los riesgos asociados a delitos o daños que se generan por el incumplimiento de normativa que causa un interés privado y no un interés público para la institución. Lo anterior, producto de que el personal no sea el idóneo para desempeñarse de manera competente en sus puestos.
F. Legales y/o contractuales	F1.	Incumplimiento de contrato: refiere al riesgo de un incumplimiento tardío, parcial o total de los términos de un contrato, lo que puede implicar pérdidas económicas, o bien, sanciones legales por el incumplimiento de acuerdos.
	F2.	Incumplimiento legal: refiere al incumplimiento de leyes, reglamentos, decretos o cualquier otra normativa que sea emitida por alguna entidad de gobierno y/u organismo internacional que pueda causar sanciones o multas al INAMU.
	F3.	Incumplimiento de deberes: refiere al incumplimiento de los deberes y obligaciones de la

Tipo de riesgo	Código	Factor de riesgo
		junta directiva, presidencia ejecutiva, direcciones, áreas, departamentos, unidades y/o procesos.
G. Operativos	G1.	Capital de conocimiento: indica a aquellos riesgos relacionados con la falta de conocimiento, experiencia, habilidades y aprendizaje.
	G2.	Prestación de servicios: se refiere a eventos que puedan causar que la prestación de los servicios brindados por el INAMU se vea afectados o interrumpidos de manera total o parcial.
	G3.	Disponibilidad de información: se incluyen aquellos riesgos que se puedan materializar por la falta de información oportuna, pertinente y precisa que impida un correcto seguimiento o evaluación de la operativa de la institución y que afecte la toma de decisiones del INAMU.
	G4.	Recurso humano: refiere a riesgos relacionados con el INAMU en cuanto a contratación de personal, capacitación, conducta, cultura organizativa, entre otros.
	G5.	Salud y seguridad laboral: engloba los riesgos que puedan repercutir en la salud y seguridad laboral de las personas funcionarias del INAMU que puedan resultar debido a peligros existentes que corran las personas funcionarias durante el servicio de sus funciones.

Tipo de riesgo	Código	Factor de riesgo
H. Procesos	H1.	Aplicación de procesos y subprocesos: indica los riesgos producto de deficiencias u omisiones en la implementación errónea de los procesos y subprocesos institucionales.
	H2.	Brecha de desempeño: refiere a aquellos riesgos que pueden causar que el desempeño de la institución sea menor al requerido, lo que puede desencadenar una serie de deficiencias en el rendimiento institucional.
	H3.	Capacidad instalada: refiere al riesgo de que la capacidad instalada en el INAMU sea insuficiente para brindar sus servicios, esto, tomando en cuenta aspectos como los costos, eficiencia y productividad.
	H4.	Estructura organizativa: refiere a aquellos riesgos relacionados con la organización interna de la institución que pueda repercutir en la prestación de los distintos servicios que brinda la institución a las personas usuarias.
	H5.	Interrupción de actividades: indica aquellos riesgos que pueden impactar el cumplimiento de las actividades necesarias para la ejecución de un proceso y/o subproceso que puede causar la no prestación de un servicio.
I. Tecnologías de la información y comunicación	I1.	Ciberseguridad: refiere a riesgos que se puedan derivar a causa de ataques externos, errores humanos o situaciones extraordinarias que pueden causar que personas externas al INAMU puedan

Tipo de riesgo	Código	Factor de riesgo
		acceder a los sistemas de información de la institución, o bien, que estos sean inhabilitados.
	I2.	Gestión de información: indica los riesgos relacionados con el incumplimiento de las regulaciones para el resguardo y seguridad de los datos.
	I3	Infraestructura tecnológica: refiere aquellos riesgos asociados a que las necesidades de la institución no puedan ser solventadas por la infraestructura tecnológica que tiene la institución.
	I4.	Tecnologías obsoletas: aquellos riesgos causados por el uso de tecnologías que no se adecuan a las necesidades de la institución, lo que provoca un rendimiento deficiente y/o reprocesos de trabajo.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

8. Indicadores de evaluación

Los indicadores que permitirán evaluar tanto el funcionamiento como de los resultados del SEVRI del INAMU son los siguientes:

Clasificación	Indicador
Resultados	Porcentaje de riesgos materializados en relación con el total de riesgos identificados y seleccionados para ser administrados.
	Mapa de calor mayoritariamente con riesgos medio-bajo.
Capacitación	Cantidad de personas capacitadas en materia de Control Interno y SEVRI.
Económico	Porcentaje de recursos utilizados para la aplicación de las medidas de mitigación de riesgos, en relación con los recursos asignados.
Calidad	Porcentaje de usuarios del SEVRI-INAMU que valoran el sistema como útil para el logro de los objetivos institucionales. (meta 75%)

Clasificación	Indicador
Cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento del plan anual operativo. (Meta 95%)
	Porcentaje de cumplimiento del plan de mitigación para la administración de riesgos. (Meta 85%)
	Informes semestrales del Seguimiento al SEVRI presentados y aprobados por la Junta Directiva.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

9. Sanciones

La Ley General de Control Interno N° 8292 dicta que una de las obligaciones de las instituciones públicas en el establecimiento de un Sistema de Control Interno es que sea aplicable, completo, razonable, integrado y congruente a las competencias de cada institución.

Conforme lo estipulado en la Ley General de Control Interno dispone como obligación para las instituciones públicas el establecer un Sistema de Control Interno. Mediante Resolución número R-CO-64-2005 de las once horas del primero de julio de dos mil cinco (D-3-2005-CO-DFOE), se emiten las “Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI).

El artículo 19 de la Ley N° 8292 indica que la responsabilidad por el funcionamiento del sistema es del “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 Específico 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, esta Ley en los artículos 39, 40, 41, 42 y 43 señala las responsabilidades y sanciones en esta temática, a continuación, se citan tres de estos artículos de la Ley 8292.

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 ...”

Artículo 40. Causales de responsabilidad administrativa del auditor y el subauditor internos y los demás funcionarios de la auditoría interna.

Incurrirán en responsabilidad administrativa el auditor interno, el sub-auditor interno y los demás funcionarios de la auditoría interna cuando, por dolo o culpa grave, incumplan sus deberes y funciones, infrinjan la normativa técnica aplicable o el régimen de prohibiciones referido en esta Ley; todo sin perjuicio de las responsabilidades que les puedan ser imputadas civil y penalmente.

Artículo 41. Sanciones administrativas Según la gravedad, las faltas que señala esta Ley serán sancionadas así:

- a) Amonestación escrita.
- b) Amonestación escrita comunicada al colegio profesional respectivo, cuando corresponda.
- c) Suspensión sin goce de salario, de ocho a quince días hábiles. En el caso de las dietas y estipendios de otro tipo, la suspensión se entenderá por número de sesiones y el funcionario no percibirá durante ese tiempo suma alguna por tales conceptos.
- d) Separación del cargo sin responsabilidad patronal.

Es menester indicar que, la Junta Directiva del INAMU, según consta, en el acta N° 13-2024 de la sesión N°13-2024 celebrada el 22 de abril de 2024, conoce y aprueba la actualización del Marco Orientador del SEVRI: política, lineamientos y estrategia. Además, en esta sesión toma los siguientes acuerdos para conocimiento de toda la administración activa sobre el acatamiento obligatorio del presente lineamiento:

- 1 Informar a la administración activa del acatamiento obligatorio del Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo: política, lineamientos y estrategia”, del INAMU año 2024.
- 2 Hacer de conocimiento de la administración activa el régimen sancionatorio al que se someterá aquella persona/s funcionaria/s que omita las acciones establecidas en el lineamiento citado anteriormente para el establecimiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación del Sistema.

- 3** Reforzar la responsabilidad de las personas titulares subordinadas en el acatamiento de las medidas para la administración derivadas de la autoevaluación y valoración de riesgos.
- 4** Promover el correcto funcionamiento del Sistema de manera eficiente y efectiva en aras de resguardar los fondos públicos.
- 5** Incumplir injustificadamente los deberes para una adecuada gestión del riesgo generará la responsabilidad administrativa y civil de la persona jerarca y las personas titulares subordinadas a cargo que incumplan, conforme al artículo 39 de la Ley General de Control Interno.
- 6** Ejecutar las políticas y lineamientos en materia de Control Interno y Gestión del Riesgo para el cumplimiento del ordenamiento jurídico será responsabilidad de la Presidencia Ejecutiva del INAMU como instancia de más alta jerarquía administrativa.

10. Control de cambios y actualizaciones

El presente Lineamiento para la gestión de riesgo “Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional” SEVRI-INAMU, será elaborado y modificado por el Subproceso de Control Interno, revisado por la Comisión CECI-SEVRI y aprobado por la Junta Directiva, llevando para ello un control de cambios y actualizaciones que permita conocer la trazabilidad de los cambios y/o versiones actualizadas las cuales se deberán expresar con una periodicidad de dos años como se indica en el cuerpo de este documento.

Se podrán ejecutar actualizaciones y modificaciones al presente lineamiento en caso de presentarse las siguientes circunstancias:

- a.** A solicitud de la Junta Directiva o la persona jerarca de la institución.
- b.** Cambios en la Normativa vigente.
- c.** Cambios a nivel de la estrategia.
- d.** Cambios en los límites de riesgos previamente establecidos (apetito, tolerancia y/o capacidad).
- e.** Cambios en la Estructura Organizativa.
- f.** Cambios en los responsables.
- g.** Cambios en la política y objetivos para la gestión de riesgos definidos en este documento, así como cambio en los lineamientos.

- h. Cambio en la metodología de medición de los tipos de riesgos definidos.
- i. Cambios en los niveles de identificación de riesgos.
- j. Otras que sean aprobadas por la Comisión y por la Junta Directiva.

Para el registro de control de cambios se deberá utilizar la siguiente matriz para la trazabilidad histórica de los documentos.

Tabla 7. Determinación de la Matriz de control de cambios y actualizaciones al Lineamiento del Marco Orientador del INAMU

Matriz Control de cambios y/o actualizaciones				
Versión anterior	Versión Actualizada	Fecha de actualización	Descripción de la Modificación	Persona/s que lo elaboraron
Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI. (2013)	LI-MO-02	12 de diciembre del 2023	Presentación del documento para la gestión de riesgo, denominado "Lineamiento del Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional" SEVRI-INAMU. (2023)	_MariPaz Jiménez Torres Profesional Especialista Auditoría Interna _Diana Solano Arias Estudiante de licenciatura Planificación Económica y Social Universidad Nacional

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

