



AUDITORÍA INTERNA

INFORME DE AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL

INFORME AI-003-2026

**OFICIO DE REMISIÓN
INAMU-JD-AI-069- 2026**

MARZO 2026

INFORME ESPECIAL RELACIONADO CON LA AUTO EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INAMU Y EL SEGUIMIENTO AL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL (SEVRI) PARA EL PERIODO 2024.

INAMU-JD-AI-In-003-2026

(Remitido con oficio INAMU-JD-AI-069-2026)

Elaborado por	Revisado por
Cindy Bravo Fonseca Profesional Especialista Auditoría Interna	Randall Umaña Villalobos Auditor Interno Auditoría Interna

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INFORME ESPECIAL RELACIONADO CON LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INAMU Y EL SEGUIMIENTO AL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL (SEVRI) PARA EL PERIODO 2024.

El presente estudio de auditoría es de cumplimiento y se origina conforme al Plan de trabajo de la Auditoría Interna del periodo 2025, en apego a los procedimientos establecidos y a la normativa aplicable, con el fin de obtener resultados que presenten oportunidades de mejora para dicho proceso.

El objetivo es evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y aplicó la Autoevaluación de Control Interno durante el período 2025, así como el seguimiento al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) en cumplimiento con el artículo 17 inciso b) de la Ley General de Control interno.

MARZO, 2026

1. Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	6
2. INTRODUCCIÓN	8
2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO.....	8
2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO	8
2.3 ALCANCE DE ESTUDIO	9
2.4 METODOLOGÍA APLICADA	9
2.5 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA...	10
2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA.....	11
2.7 RIESGOS DE AUDITORÍA.....	13
2.8 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO	13
2.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	13
2.10 GENERALIDADES DEL ESTUDIO	14
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	14
3.1 HALLAZGO: PÉRDIDA DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS EVIDENCIAS DE LA ACI 2024	15
3.1.1 INCONSISTENCIAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL 2024.....	19
3.2 HALLAZGO: INCUMPLIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE AUDITORÍA INTERNA.....	25
3.3 HALLAZGO: INCUMPLIMIENTO A LOS ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA RELACIONADOS CON LA ACI-INSTITUCIONAL.....	29
3.4 HALLAZGO: DEBILIDADES EN LA GESTIÓN DE LA COMISIÓN DE CONTROL INTERNO CECI-SEVRI	32
3.4.1: SESIONES DE LA COMISION	32
3.4.2: ACTAS DE LA COMISIÓN DE CONTROL INTERNO CECI-SEVRI.....	35
3.4.3: SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	38
3.4.4: SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MITIGACION DEL SERVRI.....	41
3.5 HALLAZGO: INCUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DEL MODELO DE MADUREZ	45
4. CONCLUSIONES	47
5. RECOMENDACIONES.....	50

1.1 INDICE DE IMÁGENES.

<i>Imagen 1 Evidencias de cuestionario ACI-2024 #3</i>	16
<i>Imagen 2 Error al ingresar al hipervínculo de evidencias</i>	16
<i>Imagen 3 Correo de comunicado de Acuerdo</i>	30
<i>Imagen 4 Firma pendiente Acta Ordinaria 02-2025</i>	36
<i>Imagen 5 Folios 909 y 914 de Comisión CECI-SEVRI</i>	37

1.2 INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Diferencias en la revisión de evidencias de Dependencias</i>	20
Tabla 2 Resultados de evidencias ACI-2024	22
Tabla 3 Resultados de cumplimiento bajo por Dependencia ACI-2024	23
Tabla 4 Actas Comisión CECI-SEVRI	33
<i>Tabla 5 Dependencias con acciones de mejora pendientes</i>	39

1.3 INDICE DE NOMENCLATURA

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

RESUMEN EJECUTIVO

¿QUÉ EXAMINAMOS?

El estudio es de carácter especial, conforme al plan de trabajo de Auditoría Interna para el periodo 2025, el objetivo consistió en examinar y analizar el cumplimiento de la realización de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional para el periodo 2024, las acciones de mejora implementadas y el seguimiento del proceso de gestión de riesgos.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

El “Sistema de control interno institucional” (SCI) son una serie de acciones diseñadas y ejecutadas por la administración activa para proporcionar una seguridad razonable en la consecución de los objetivos organizacionales, dentro de sus objetivos está el proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, exigir confiabilidad y oportunidad de la información, además de garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones, cumpliendo con el ordenamiento técnico y jurídico.

La responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del SCI es inherente al jerarca y a los titulares subordinados, según sus competencias, dándole especial énfasis a procesos considerados relevantes **con base en criterios tales como su materialidad, el riesgo asociado y su impacto en la consecución de los fines institucionales.**

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

Para la Autoevaluación de Control Interno del año 2024, se tuvo una limitante ya que no se logró validar las evidencias presentadas por las dependencias que participaron de la Autoevaluación, lo anterior originado por la supresión o inaccesibilidad del archivo digital donde se albergaba la información de las evidencias de la ACI-2024.

El informe de la autoevaluación presentado a Junta Directiva para el 2024, usa como principal insumo, el cumplimiento de la presentación del instrumento por cada dependencia, no obstante, carece de un análisis sensibilizado de las evidencias aportadas para determinar su validez y suficiencia, con el objetivo de establecer en primera instancia el estado real de la Institución en materia de control interno y en

segundo nivel permitir medir la capacidad de la organización para gestionar riesgos y asegurar el cumplimiento, mediante la mejora continua.

Además, se presentaron incumplimientos a un acuerdo de Junta Directiva vinculado con las autoevaluaciones lo que alerta sobre deficiencias en el proceso de seguimiento a los acuerdos de Junta Directiva por parte de la persona responsable.

Respecto a la gestión de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI se presentó inobservancias a la periodicidad de sus sesiones, además inconsistencias en el manejo de sus actas, lo anterior sumado al incumplimiento de la de aplicación del instrumento denominado "Modelo de madurez del sistema de control interno institucional", el cual busca determinar el estado de madurez en que se encuentra su sistema de control interno del INAMU.

Se presentaron a Junta Directiva informes de seguimiento sobre los planes de mejora de autoevaluaciones anteriores, así como a los planes de mitigación del SEVRI; respecto a los riesgos institucionales su valoración se realizó por primera vez en el año 2025 con el sistema Delphos, identificándose 88 riesgos extremos, 58 altos y 37 moderados, los cuales se analizaron y se tomaron acuerdos al respecto.

¿QUÉ SIGUE?

Es necesario establecer la causa raíz que origino la pérdida o inaccesibilidad a los archivos digitales que respaldan la realización de la Autoevaluación de Control Interno del año 2024; además de medidas de control interno en la gestión de la Comisión de Control de Interno CECI-SEVRI, relacionadas con su periodicidad en las sesiones, control de las actas y cumplimiento de lo normado en la normativa de la misma Comisión.

2. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto especial de auditoria se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2025¹, el objetivo consistió en examinar el cumplimiento de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional para el periodo 2024, las acciones de mejora implementadas y el seguimiento del proceso de gestión de riesgos.

2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con el artículo 20 de la Ley 7801 de Creación del Instituto Nacional de la Mujer², el artículo 21 y el 22 de la Ley 8292, Ley General de Control Interno³, las Normas de Control Interno para el Sector Público⁴, el Reglamento de Junta Directiva⁵, Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de seguimiento al Sistema de Control de Interno y al Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional-CECI-SEVRI⁶, Guía para la implementación de la autoevaluación Sistema de Control Interno- SCI⁷, Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU⁸ así como en cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del periodo 2025 de la Auditoría Interna.

2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo general del proyecto consistió en evaluar la efectividad⁹ con que la Administración Activa elaboró la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional durante el período 2024, en cumplimiento con el artículo 17 inciso b) de la Ley General de Control Interno y, además de analizar los resultados obtenidos para el mismo periodo y las acciones de mejora implementadas según la normativa interna y externa vinculante y el seguimiento al Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI).

¹ Acuerdo número cuatro tomado en la Sesión Ordinaria N° 41-2025 celebrada el 18 de noviembre del 2024.

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

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

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

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

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

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

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

⁹ Diccionario de la lengua española: De efectivo e -idad, Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Sinónimos: **eficacia, validez, operatividad.**

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

- Analizar la metodología utilizada para la autoevaluación del Sistema de Control Interno para el año 2024.
- Verificar las evidencias de respaldos de información referente a las pruebas que las dependencias enviaron indicando que cumplen con cierto objetivo del Control Interno.
- Analizar el seguimiento de los planes de mejora de las autoevaluaciones y mitigación de riesgos del SEVRI.
- Verificar el cumplimiento de las sesiones de la comisión CECI-SEVRI.
- Verificar la aplicación de la herramienta del modelo de madurez del Control Interno.

2.3 ALCANCE DE ESTUDIO

El estudio es de carácter especial y su objetivo es analizar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y aplicó la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional durante el período 2024, los planes de acción de mejora y el seguimiento al Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI).

2.4 METODOLOGÍA APLICADA

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

La técnica utilizada fue el análisis de la información solicitada a la Unidad de Planificación Institucional (UPI) para verificar su cumplimiento, así como actas de Junta Directiva y de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI. Se analizó el informe de la autoevaluación del año 2024, así como los informes de seguimiento de mejora

de los planes de acción y con base a esa información se hicieron las pruebas necesarias para obtener conclusiones razonables. Se realizaron entrevistas a las personas responsables de ejecutar las actividades vinculadas con las autoevaluaciones institucionales.

2.5 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.

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

En la sesión convocada el día 25 de marzo del 2026 de manera virtual se contó con la participación de la Sra. Yerlin Zúñiga Céspedes, presidenta ejecutiva; la Sra. Kathia Brenes Herrera, jefatura del Despacho, la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, coordinadora a.i Unidad de Planificación Institucional, la Sra. Ninotchka Benavides Badilla, directora administrativa financiera, la Sra. Ingrid Trejos Marín, jefatura Unidad de Informática, la Sra. Xinia Herrera Aguilar, profesional especialista de la Unidad de Planificación Institucional y por parte de la Auditoría Interna la Sra. Cindy Bravo Fonseca, profesional especialista y el Sr. Randall Umaña Villalobos, auditor interno.

En dicha sesión de trabajo se consideraron las observaciones dadas por parte de las presentes en función de las conclusiones y recomendaciones expuestas. Además, cualquier información o documentación aportada posterior a la discusión del informe será analizada y tomada en cuenta como insumos primarios para futuros proyectos de fiscalización relacionados con el tema en estudio.

2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA

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

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

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

“Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas.

La Contraloría General de la República dirimirá el conflicto en última instancia, a solicitud del jerarca, de la auditoría interna o de ambos, en un plazo de treinta días hábiles, una vez completado el expediente que se formará al efecto. El hecho de no ejecutar injustificadamente lo resuelto en firme por el órgano contralor, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el capítulo V de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, Ley 7428, de 7 de setiembre de 1994.”

En relación con lo anterior, la normativa promulgada por la Contraloría General de la República señala que el esquema de implementación de recomendaciones debe contener los planes y proyectos para las acciones correctivas que debe de incorporar, además, la definición de un plazo de referencia para el cumplimiento de la recomendación. En este sentido, el artículo 12 de la citada Ley N.º 8292 establece, respecto a los deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, lo siguiente:

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

- a) *Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) **Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.**
- c) **Analizar e implantar, de inmediato, las observaciones, recomendaciones**
- d) **y disposiciones formuladas por la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan.**
- e) *Asegurarse de que los sistemas de control interno cumplan al menos con las características definidas en el artículo 7 de esta Ley.*
- f) *Presentar un informe de fin de gestión y realizar la entrega formal del ente o el órgano a su sucesor, de acuerdo con las directrices emitidas por la Contraloría General de la República y por los entes y órganos competentes de la administración activa.”(El destacado no forma parte del texto original).*

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

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

2.7 RIESGOS DE AUDITORÍA

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

Riesgo Inherente.

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

Riesgo de Control.

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

Riesgo de Detección.

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

2.8 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO

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

2.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No se tuvo acceso a las carpetas donde respaldaron las evidencias que enviaron las dependencias, esto limitó revisar la documentación como parte de los procedimientos de auditoría.

2.10 GENERALIDADES DEL ESTUDIO

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

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

El INAMU constituyó la Comisión Institucional de Control Interno y SEVRI que tiene la responsabilidad de velar porque las personas titulares subordinadas y la Administración Activa, orienten sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de ambos sistemas (SCI y SEVRI), sus objetivos y los integrantes de dicha comisión están establecidos en el Reglamento para el funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional- CECI- SEVRI del año 2021.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A continuación, se presentan los resultados y los hallazgos derivados del análisis realizado al proceso de autoevaluación 2024, además de las acciones de mejora implementadas, el seguimiento del SEVRI de la Institución y la aplicación de la herramienta del modelo de madurez del control interno.

3.1 HALLAZGO: PÉRDIDA DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS EVIDENCIAS DE LA ACI 2024

Crítico	Alto	Medio	Bajo	Informativo
				

Condición:

Como parte de los procedimientos de Auditoría Interna establecidos dentro del presente proyecto de auditoria está la revisión de las evidencias que respaldan la aplicación de la Autoevaluación de Control Interno para el periodo 2024, la misma de acuerdo a la metodología establecida por parte de la Comisión de Control interno CECI-SEVRI, se respalda en formato digital, al solicitar el acceso a las carpetas donde se resguarda la evidencia de cada pregunta de la autoevaluación emitida por parte de los procesos y subprocesos **no se logró acceder** la siguiente imagen muestra un ejemplo de la pregunta #3:

Imagen 1 Evidencias de cuestionario ACI-2024 #3

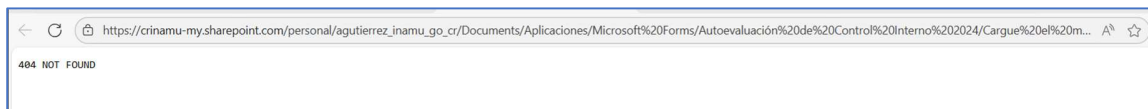
Evidencia Pregunta 3
 Cargue el medio de verificación que se indica a continuación.
 33 respuestas

ID	Nombre	Respuestas
1	Mariana Mena Monge	Control de Acuerdos Reuniones DCIPV-20242_Mariana Mena Monge.pdf
2	Georgina Garcia Barquero	thumbnail_image_Georgina Garcia Barq.png
3	María de los Angeles García Rodríguez	Image (1)_María de los Angeles.jpg Image_María de los Angeles.jpg
4	Margarita Gomez Valerin	Google Forms - actividad DCJ valores instituc Margarita Gomez Vale.png
5	Diana Fuster Barahona	Reunión 15 de mayo 2023 JVC (1) Diana Fuster Barahon.docx
6	Angie Gutierrez Mora	Evidencia P4. Valores institucionales incluid Angie Gutierrez Mora.pdf Evidencia P4. Valores institucionales incluid 2 Angie Gutierrez Mora.pdf
7	Ivannia Arias Zuñiga	Evidencia #5_Ivannia Arias Zuñiga.jpeg
8	Adina Castro García	Actividad valores 2024 Adina Castro García.docx
9	Viviana Eugenia Argüello Carvajal	correo valores_Viviana Eugenia Argü.png VALORES PIEG Viviana Eugenia Argü.pdf
10	Tatiana Morales Salas	Link de acceso a evidencias del SEVRI 2024 Tatiana Morales Sala.pdf
		arbol de valores institucionales y gratitud a Karen Patricia

Fuente: UPI

Al ingresar al hipervínculo, presenta el siguiente error:

Imagen 2 Error al ingresar al hipervínculo de evidencias



Fuente: Auditoría Interna.

Sobre la inconsistencia expuesta la Unidad de Planificación Institucional (UPI) realizó un formulario de servicio técnico 58471 el día 05 de diciembre del 2025, como parte del seguimiento realizado la Unidad de Informática indicó lo siguiente:

“Solución: Buenas Tardes, Primer intervención Francisco guillen: Se agrega el usuario al recurso compartido Forms. Segunda intervención del formulario 58471: 9 enero 2025, Jonathan Zuñiga: Se analiza nuevamente situación de los permisos del Forms, se realiza lo siguiente: 1- Se valida con la compañera Xinia los permisos del Forms los cuales están correcto para ella y Cindy y les permite ingresar al Forms que hizo la compañera Angie. **2- Se detecta que las preguntas que contienen documentos adjuntos del Forms no se pueden abrir, por lo tanto, se valida con la compañera Angie y nos indica que ya le había indicado a su persona que la información la había borrado desde hace tiempos. 3- Desde el OnDrive de la compañera Angie, se validó si la información borrada se encontraba todavía en la papelera reciclaje Nivel 1 y Nivel 2, la cual no se encontraba. Saludos (el resaltado no forma parte del original).”**

Sobre esta situación también la jefatura de la UPI, la Sra. Ninotchka Benavides Badilla mediante correo electrónico del 08 de diciembre, escribió lo siguiente:

“ (...)

Con respecto a la ubicación de las evidencias de la ACI 2024, ya lo revisé con Angie y Juan Diego y el error continuo, probablemente por error humano se eliminó la carpeta. No obstante, es importante que la Comisión CECI-SEVRI da fe que estas evidencias sí existieron, ya que la metodología fue dividir los componentes por cada miembro de la comisión, donde fueron encargadas de revisar estas evidencias

Cabe indicar que para la ACI 2025 no se está utilizando la herramienta form, sino se está trabajando en el one drive y se traslada al Sharepoint al finalizar.”

Con base en lo expuesto, se debe indicar que la Sra. Angie Gutiérrez Mora, persona integrante de la Comisión de Control interno CECI-SEVRI, creó el formulario de la autoevaluación del 2024 y toda la información que entregaban las dependencias se resguardaban en una carpeta, por otra parte, la Sra. Xinia Herrera Aguilar creó los hipervínculos de las respuestas direccionadas a la carpeta de la Sra. Gutiérrez Mora, por lo tanto, al eliminar la carpeta la Sra. Gutiérrez Mora, toda la información de la autoevaluación no se logra acceder para su validación.

Criterio:

La Política para la Gestión Operativa de Tecnologías de Información aprobada en Junta Directiva sesión ordinaria 13-2014 del 02 de febrero del 2024, establece:

14.3.3. Resguardo de los datos e información

Toda información considerada confidencial que se encuentre en poder de las personas colaboradoras, producto de las labores que le son asignadas, ya sea en medios de almacenamiento digitales o físicos, deberá mantenerse debidamente resguardada y fuera del alcance de terceros.

Con respecto al término de “confidencial”, la misma Política, indica lo siguiente:

14.3.2. Confidencialidad de los datos y la información

Toda información referente a los datos provenientes de la naturaleza de las operaciones de La Institución, deben ser considerados como confidenciales, por lo cual se considerará como una falta grave el divulgar, compartir o copiar dicha información sin el consentimiento previo.

Además, indica en su punto 18.3.3 Respaldo de la información de la computación de la persona usuaria final:

- La Unidad de Informática proporcionará a las personas colaboradoras de la Institución, las condiciones necesarias para el respaldo de los datos del persona usuaria final que se encuentre directamente relacionados con sus labores. Para esto destinará una carpeta exclusiva para cada persona usuaria en uno de los servidores destinados para esta función
- La(s) persona(s) usuaria(s) identificada(s) como responsable(s) de ejecutar los respaldos de cada Unidad, deberá incluir la información en la carpeta designada para tal fin por la Unidad de Informática, siendo su responsabilidad la administración y el contenido de la misma. La carga de los datos a respaldar por parte de la persona usuaria responsable deberá realizarse de manera diaria.
- Será responsabilidad de cada persona colaboradora realizar las gestiones respectivas ante el superior jerárquico y el Unidad de Informática para la ejecución del proceso de respaldo de datos y posteriores recuperaciones.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) establece en su capítulo V, normas sobre sistemas de información, en el numeral 5.4:

5.4 Gestión documental El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información propicien una debida gestión documental institucional, mediante la que se ejerza

control, se almacene y se recupere la información en la organización, de manera oportuna y eficiente, y de conformidad con las necesidades institucionales.

Causa:

La principal causa que provocó que se eliminara la carpeta donde se ubicaban las evidencias de la autoevaluación 2024, es la inobservancia a la políticas para la Gestión Operativa de Tecnologías de Información, en específico a la que indica como deben realizarse los **Respaldos de la información de la computación de la persona usuaria final, ya que** la Unidad de Informática proporcionará a las personas colaboradoras de la Institución, las condiciones necesarias para el respaldo de los datos de la persona usuaria final que se encuentre directamente relacionados con sus labores , y además la(s) persona(s) usuaria(s) identificada(s) como responsable(s) de ejecutar los respaldos de cada Unidad, deberá incluir la información en la carpeta designada para tal fin por la Unidad de Informática, siendo su responsabilidad la administración y el contenido de la misma. La carga de los datos a respaldar por parte de la persona usuaria responsable deberá realizarse de manera diaria.

Efecto:

El suprimir o hacer inaccesible información digital del INAMU, podrá tipificarse como un delito de daños informáticos, sumado de la materialización de riesgos relacionados con pérdida de datos o legales, además de un debilitamiento del sistema de control interno. (ver conclusión 4.1)

3.1.1 INCONSISTENCIAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL 2024.

3.1.1.1: Diferencias presentadas en los formularios utilizados en la revisión de la autoevaluación:

Condición:

Dentro del análisis realizado a los documentos que presentó la UPI como respaldos de la autoevaluación 2024 fueron los formularios “2025-Instrumento para análisis de evidencia ACI-2024” y “Data Autoevaluación de Control Interno 2024”. En el auxiliar “2025-Instrumento para análisis de evidencia ACI-2024”, las preguntas están separadas por cada componente del sistema de control interno, y su revisión se dividió entre los miembros de la Comisión CECI-SEVRI.

En la ACI-2024 participaron las 34 dependencias, para un cuestionario de 20 preguntas, de las cuales 2 no requerían presentar evidencia, por lo tanto, se debería tener una recopilación de 612 evidencias (considerando que todos enviaran documentación en cada pregunta), sin embargo, al revisar el auxiliar hay un total de 607; en la revisión se determinó que se duplicó respuestas de dependencias y que en otras preguntas no se incluyeron algunas dependencias, mostrando diferencias, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 1 Diferencias en la revisión de evidencias de Dependencias

Componente	Cantidad de ¿?	Observaciones
AMBIENTE DE CONTROL	1 a la 11	La #2 no tiene respuesta de las D.A.F. La #3 no está la respuesta de la D.G.P.P, en la #9 no está la de la U.R.Brunca. En las preguntas: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 se duplicó la dependencia URC, está "Oriente y Occidente", en la pregunta 3 hay respuesta de la DFC y Tesorería
VALORACIÓN DE RIESGOS	12	Sin diferencias
ACTIVIDADES DE CONTROL	13-14	Sin diferencias
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	15-17	En la #15 no hay respuesta de URHC, Dep Construcción de Identidades, U.Investigación, UPI, URBR, en la #16 no tiene CEAAM Caribe, Dep Construcción de Identidades y en la #17 no tienen C.Metropolitano
SEGUIMIENTO SCI	18-20	En la #18 y 19 no tienen respuesta de CEAAM Metropolitano
Observaciones: La pregunta 1 y 14 no requería evidencia.		

Fuente: elaboración propia con insumos de UPI.

El auxiliar “2025-Instrumento para análisis de evidencia ACI-2024” se comparó con el cuestionario “Data Autoevaluación de Control Interno 2024” y las dependencias que no están consideradas sí contestaron el cuestionario, por lo tanto, las inconsistencias se presentaron en el manejo del auxiliar “2025-Instrumento para análisis de evidencia ACI-2024”.

Criterio:

Las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) y reforma Resoluciones R-CO-64-2005, R-CO-26-2007, R-CO-10-2007, en el capítulo V: Normas sobre sistemas de información, en el numeral 5.6.1 Confiabilidad dice:

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

Causa:

La ausencia de herramientas automatizadas para la captura y análisis de datos derivados de las autoevaluaciones del Sistema de Control Interno, en el INAMU, provocan errores e inconsistencias en la presentación de la información para la toma de decisiones.

Efecto:

La información utilizada para la presentación de los resultados de la autoevaluación de Control interno 2024 en el INAMU, presenta inconsistencias relacionadas con la calidad y pertinencia de los datos, estas **situaciones le restan confiabilidad, oportunidad y utilidad como atributos fundamentales de la calidad de la información.** (ver conclusión 4.2)

3.1.1.2: Análisis del auxiliar 2025-Instrumento para análisis de evidencia ACI-2024:

Condición:

La siguiente tabla presenta un resumen de las Dependencias que tuvieron mayores resultados en tres categorías: “No aportaron evidencia”, “No se aceptó su evidencia” y “Mayor aceptación de evidencia”.

Tabla 2 Resultados de evidencias ACI-2024

Mayor cantidad que no aportaron evidencia:	Total
Departamento de Servicios Generales y Transportes	10
Junta Directiva	8
Presidencia Ejecutiva	8
Departamento Financiero Contable	6
Dirección Administrativa Financiera	6
Mayor cantidad de Evidencias que no se aceptaron	
Unidad Regional Caribe	9
Departamento de Violencia de Género (VIO)	6
Asesoría Legal	5
CEAAM Caribe	5
CEAAM Occidente	5
Mayor cantidad de Evidencias aceptadas	
Secretaría Técnica de la PIEG	15
Unidad de Comunicación y Prensa	14
Unidad Regional Chorotega	14
Unidad Regional Pacífico Central	14
CEAAM Occidente	13

Fuente: Elaboración propia con insumos de la UPI

Las dependencias que menos aportaron documentación fueron: Departamentos de Servicios Generales y Transportes, seguido de la Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, Departamento Financiero Contable y por último la Dirección Administrativa Financiera. Seguidamente, dependencias que, si enviaron evidencia, **pero** no se les aceptó fueron: Unidad Regional Caribe, Departamento de Violencia de Género (VIO), Asesoría Legal y los CEAAM Caribe y Occidente. Por último, quienes más se les aceptó la evidencia fue a Secretaría Técnica de la PIEG, Unidad de Comunicación y Prensa, Unidad Regional Chorotega, Unidad Regional Pacífico Central y CEAAM Occidente.

Al comparar estos resultados con la autoevaluación “ACI-2023”, se muestra que la dependencia del Departamento de Servicios Generales y de Transporte no aporta evidencias en ninguna de las autoevaluaciones del año 2023 y 2024 al momento de llenar el formulario porque responde con “no” a las preguntas. En el informe de Auditoría Interna INAMU-JD-AI-In-001-2025, se expuso en el punto “3.1.3 Análisis de las evidencias presentadas en los respaldos de la ACI-2023” que de 12 muestras de preguntas seleccionadas para revisión de evidencias esa dependencia no presentó

ninguna, y para esta ACI-2024 de 18 preguntas, respondieron “no” a 10 preguntas, siendo una alerta sobre el control interno de esa área.

A manera de ejemplo, la siguiente tabla evidencia el resultado de cada componente de control interno **por dependencia**; solo se presentan los resultados que están en “cumplimiento bajo”.

Tabla 3 Resultados de cumplimiento bajo por Dependencia ACI-2024

DEPENDENCIAS	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DE RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	SEGUIMIENTO SCI
SERVICIOS GENERALES	10,00				66,67
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	40,00				
JUNTA DIRECTIVA	40,00		50,00		66,67
PRESIDENCIA EJECUTIVA	40,00		50,00		66,67
FINANCIERO CONTABLE	50,00				66,67
ASESORIA LEGAL	60,00				
CEAAM CARIBE	60,00			50,00	
CONTRALORÍA DE SERVICIOS	60,00				
DELEGACIÓN DE LA MUJER	60,00				
DESARROLLO REGIONAL	60,00				
PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	60,00			33,33	
RECURSOS HUMANOS	60,00		50,00		
CONDICIÓN JURÍDICA		0,00			
CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES				33,33	
REGIONAL CARIBE		0,00			
UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN					66,67
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN					66,67
UNIDAD INFORMÁTICA				66,67	

Fuente: Elaboración propia con archivo “Data autoevaluación de Control Interno 2024”, UPI.

Esta tabla contiene los resultados **sin considerar** el análisis de las evidencias aportadas según cada dependencia; es decir, lo que está como “cumplimiento bajo” es lo que cada área respondió con un “no” al momento de contestar la autoevaluación. El resultado es que de todas las dependencias quien tiene un ambiente de control más bajo es el Departamento de Bienes y Servicios Generales con un 10%, además, hay dos dependencias con un nivel de cumplimiento del 0% en Valoración de Riesgos,

y dos dependencias que tienen un cumplimiento bajo en tres componentes que son: Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva.

Criterio:

La Ley General de Control Interno 8292, establece en el artículo 10 la responsabilidad por el sistema de control interno:

Serán responsabilidad del **jerarca** y del **titular subordinado** establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento. (el resaltado no forma parte del original).

Además, en su artículo 17 indica lo siguiente sobre el seguimiento del sistema de control interno, en su punto b, indica:

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

Causa:

No existe una adecuada cultura y compromiso por parte de algunas Dependencias por cumplir con las autoevaluaciones de CI, al responder “no” en preguntas que son reiterativas en los cuestionarios de las autoevaluaciones de periodos anteriores sin una justificación técnica o legal.

También, en el Informe General de Resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2024 brinda la situación real del INAMU de forma general con respecto al control interno de la Institución, según cada pregunta realizada en cada componente del control interno, **pero** no se vislumbra esos resultados a nivel de cada dependencia para poder exponer el grado de compromiso de cada área con respecto al control interno de la Institución.

Efecto:

El no aportar evidencia confiable, o en su defecto la omisión de esta por parte de los titulares subordinados responsables del sistema de Control Interno Institucional aumentan la exposición de riesgos operativos, así como un debilitamiento de las responsabilidades que competen a las personas funcionarias de la institución para que de manera oportuna, efectiva y con observancia a las regulaciones aplicables, se realicen las acciones pertinentes y atender los requerimientos para el debido diseño, implantación, operación, y fortalecimiento de los distintos componentes funcionales del SCI. (ver conclusión 4.3).

3.2 HALLAZGO: INCUMPLIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE AUDITORÍA INTERNA

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

Condición:

Como parte de las pruebas de auditoria aplicadas se verifico el Informe General de Resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2024, en la tabla 5 titulada “Análisis General de datos Nivel de cumplimiento obtenido según pregunta realizada en el cuestionario ACI-INAMU 2024”. Se determinó que para clasificar el **nivel de cumplimiento alcanzado por componente del control interno** se obtiene únicamente de las respuestas de las dependencias al momento de contestar el cuestionario sin considerar las evidencias.

Esta situación se había expuesto en el informe Auditoría Interna INAMU-JD-AI-In-001-2025, y se había hecho la siguiente recomendación:

A LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

5.4 RECOMENDACIÓN

Para la presentación de los informes de la autoevaluación de control interno a partir del 2024, los resultados de los niveles de clasificación (alto, medio, bajo) de

la autoevaluación estén sensibilizados tomando en cuenta la pertinencia de las evidencias de respaldo que envían las dependencias y no únicamente por su sola presentación con el objetivo de contar con información más confiable y precisa para la toma de decisiones.

En la autoevaluación del año 2024 se presentó la tabla 11 “*Medios de Verificación analizados (Evidencias aportadas por las dependencias-ACI 2024)*” en el cual detallan por componente la cantidad de evidencias revisadas y distribuidas por categoría: “**no aporta evidencia**”, “**evidencias aceptadas**” y “**evidencias rechazadas**”, sin embargo, el objetivo de la recomendación es que los resultados generales del cumplimiento por cada componente de control interno se brindara con base a las evidencias aportadas brindando información más confiable y precisa.

Otra recomendación está en el informe INAMU-JD-AI-In-001-2025 que emitió la siguiente recomendación a la Unidad de Planificación Institucional:

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

Esta recomendación se consideró también en el acuerdo 04 de la sesión ordinaria de Junta Directiva N°17-2025 del 02 de junio del 2025 en el punto 03:

- 3 Instruir a la Unidad de Planificación Institucional a velar por la incorporación de las acciones de mejora contempladas en este informe dentro del POI 2026 por parte de las y los responsables.

Sin embargo, mediante correo electrónico del 19/12/2025 la Sra. Ninotchka Benavides Badilla, jefatura de la UPI indicó:

Sobre el punto c es importante indicar que, si bien se propuso que las dependencias incorporaran sus acciones de mejora para el período de ejecución POI 2026 con el fin de cerrar los ciclos pendientes de las Autoevaluaciones anteriores, las fechas definidas en el Plan de Mejora para ser ejecutado en el POI 2025 como pueden visualizarse en el Informe, pág. #33, contemplaban hasta el mes de diciembre 2025 inclusive, su cumplimiento; es por ello que definir acciones

y tareas para el POI 2026 no era prudente ya que éste se presentaba en el mes de setiembre.

(...)

Ahora bien; además es importante recalcar que en el POI del periodo presupuestario se definen metas contempladas en el catálogo de indicadores no así, tareas o actividades que éstas deben de responder a indicadores a nivel estratégico, sustantivo y de gestión.

Estas recomendaciones seguirían pendientes de cumplir hasta que se brinde los resultados de la autoevaluación con base a las evidencias y hasta que los planes de mejora se incluyan en los POI del siguiente año cuando sea aplicable.

Criterio:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Causa:

Dentro de las principales causas de que la Institución presente los resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2024, sin tomar en cuenta la calidad y pertinencia de la información suministrada por los procesos y subprocesos participantes deriva en **la metodología que se utiliza la cual solo toma en cuenta el cumplimiento de la presentación, sin observar la pertinencia de las evidencias**, esta situación ya se ha expuesto en informes anteriores, lo que conlleva **a incumplimiento de las recomendaciones emitidas por parte de la Auditoría Interna en este tema.**

Efecto:

El principal impacto que se puede identificar es que los resultados del Informe de la ACI-2024, no **refleja la situación real del INAMU**, en materia de control interno y su nivel de madurez porque **no se basa** en las evidencias aportadas y revisadas por la

Comisión CECI-SEVRI, lo cual no permite un seguimiento oportuno de acciones de mejora ya que las brechas no se ajustan a la realidad institucional. (ver conclusión 4.4).

3.3 HALLAZGO: INCUMPLIMIENTO A LOS ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA RELACIONADOS CON LA ACI-INSTITUCIONAL

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

Condición:

Como parte de la revisión efectuada se solicitaron los acuerdos de Junta Directiva relacionados con la Autoevaluación del año 2024; en la sesión 17-2025 del 02 de junio del 2025 como acuerdo 04 se acordó lo siguiente:

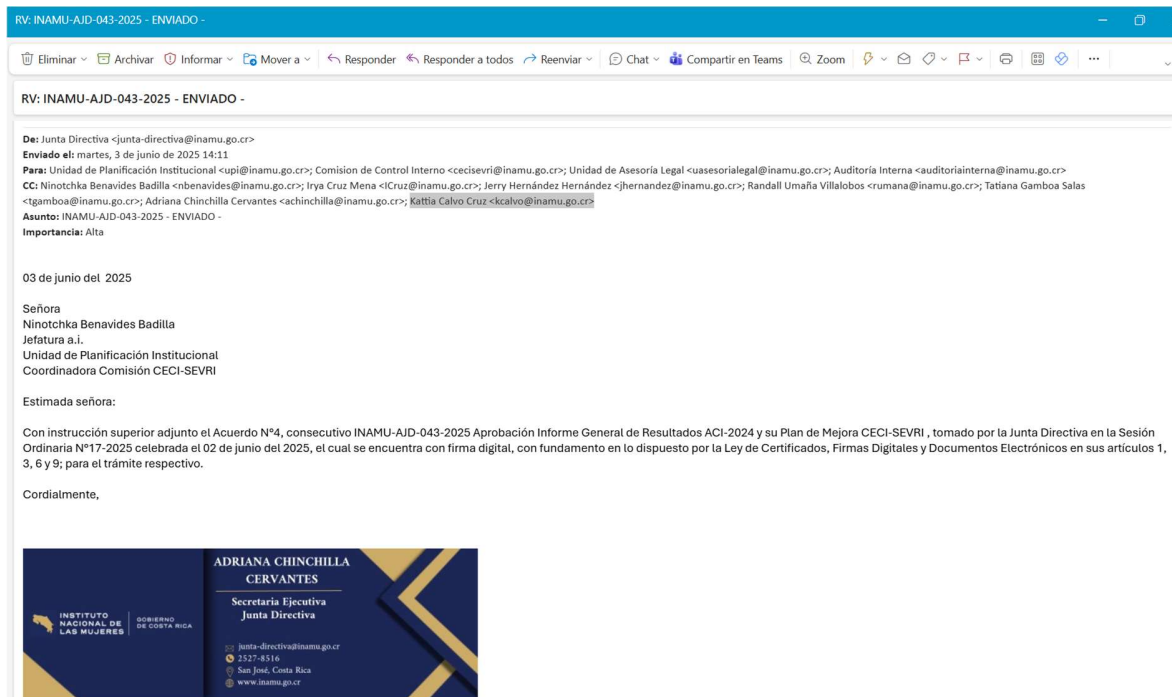
1. Aprobar el documento: Informe General de Resultados ACI-2024 y su Plan de Mejora presentado por la Comisión CECI SEVRI y las recomendaciones establecidas.
2. **Instruir a la Presidencia Ejecutiva para que divulgue entre las personas titulares subordinadas y todas las personas funcionarias de la institución, el contenido del Informe General de Resultados ACI-2024. Asimismo, para que se promueva entre el personal a cargo, la ejecución del Plan de Mejora derivado de dicha autoevaluación y sea incorporado en el POI 2026 correspondiente.**
3. Instruir a la Unidad de Planificación Institucional a velar por la incorporación de las acciones de mejora contempladas en este informe dentro del POI 2026 por parte de las y los responsables.
4. Instruir a las Direcciones del INAMU, la atención inmediata de las 4 acciones con nivel bajo o amenazante recurrentes desde la Autoevaluación de Control Interno 2023.

(Lo resaltado no forma parte del original)

Mediante correo electrónico del 03 de junio del 2025, la secretaria ejecutiva de Junta Directiva envió el acuerdo 04 de Junta a la jefatura de la Unidad de Planificación Institucional (UPI) la Sra. Ninotchka Benavides Badilla, con copia a otras dependencias, y otras funcionarias de la Institución, **sin embargo, no incluyó a la Presidencia Ejecutiva, o al Despacho**, la única persona del Despacho fue a la Sra.

Kattia Calvo Cruz. Esto provocó que a la fecha del estudio los resultados de la autoevaluación del año 2024 no se hayan comunicado a la Institución.

Imagen 3 Correo de comunicado de Acuerdo



Fuente: Repositorio Auditoría Interna.

Además, en el seguimiento de acuerdos se consultó a la Unidad de Planificación Institucional cómo hicieron para verificar que se cumpliera el punto 3 "... (velar por la incorporación de las acciones de mejora contempladas en este informe dentro del POI 2026 por parte de las y los responsables" donde respondieron lo siguiente¹⁰:

Sobre el punto c es importante indicar que, si bien se propuso que las dependencias incorporaran sus acciones de mejora para el período de ejecución POI 2026 con el fin de cerrar los ciclos pendientes de las Autoevaluaciones anteriores, las fechas definidas en el Plan de Mejora para ser ejecutado en el POI 2025 como pueden visualizarse en el Informe, pág. #33, contemplaban hasta el mes de diciembre 2025 inclusive, su cumplimiento; es por ello que definir acciones y tareas para el POI 2026 no era prudente ya que éste se presentaba en el mes de setiembre.

¹⁰ Correo electrónico del 19/12/2025 de la Sra. Ninotchka B.B.

Es por ello, que la Unidad de Planificación Institucional mediante el Proceso de Mejora Continua ha dado seguimiento a las acciones definidas por las dependencias donde se ha tenido como resultado evidencias de cumplimiento recibida mediante el correo electrónico.

Ahora bien; además es importante recalcar que en el POI del periodo presupuestario se definen metas contempladas en el catálogo de indicadores no así, tareas o actividades que éstas deben de responder a indicadores a nivel estratégico, sustantivo y de gestión.

No obstante, cabe indicar que una vez finalizado este periodo en el mes de diciembre se hará una evaluación del cumplimiento de las acciones pendientes en el mes de febrero del 2026. (el subrayado es parte del original)

Según respuesta de la jefatura de la UPI, el seguimiento de las recomendaciones estaba para diciembre del 2025 y para febrero del 2026 se hará una evaluación de las acciones pendientes y que a nivel del POI 2026 no era posible porque se presentaba en setiembre. Situación que es contraria entre el informe de autoevaluación y lo acordado en Junta Directiva.

Hay contradicción entre el informe anual de la autoevaluación 2024 al solicitar que los planes de mejora se realicen a diciembre del 2025 y que el acuerdo indique que se incorporen en el POI2026, además que la jefatura de la UPI indica que no se pueden incluir porque son tareas que deben responder a indicadores a nivel estratégico.

Criterio:

El Manual Institucional de Cargos mayo 2025 establece como parte de las funciones de la secretaria ejecutiva lo siguiente:

- Asistir a sesiones de la Junta Directiva del Instituto, tomando nota de las discusiones y acuerdos, preparar los resúmenes, actas e informes de estas y hacer las comunicaciones respectivas.
- Llevar el control de la ejecución de los acuerdos de la Junta Directiva y presentar informes periódicos sobre el resultado de estos, así como informar al personal del Instituto cuando corresponda.

Así mismo el “Reglamento de la Junta Directiva del Instituto Nacional de las Mujeres” en su artículo 14, en su último párrafo indica:

Los acuerdos en firme adoptados por la Junta serán comunicados en orden de prioridad por la Secretaría Técnica, a quien corresponda para su debida ejecución, actuando por delegación y en un plazo de tres días hábiles siguientes. Así mismo se le comunicará a quien interese, a la Administración Superior, Unidad de Asesoría Legal y Auditor o Auditora Interna, para lo que corresponda.

Causa:

Inobservancia a lo regulado tanto en el “Manual Institucional de Cargos institucional” como en el “Reglamento de la Junta Directiva del Instituto Nacional de las Mujeres” en específico con el “Seguimiento a los acuerdos de Junta Directiva” por parte de la secretaria de Junta Directiva, esa es la principal causa para el no cumplimiento de los acuerdos de Junta Directiva y de las recomendaciones emitidas por el proceso de Auditoría Interna.

Efecto:

Los incumplimientos a los acuerdos de Junta Directiva relacionados con la presentación de los resultados de la autoevaluación de control interno 2024 y la incorporación de los planes de mejora en el POI2026, están estrechamente relacionados con procesos de seguimiento pocos efectivos; hace que expongan al INAMU a la materialización de riesgos legales, reputacionales e imagen y un debilitamiento sistemático del Sistema de Control Interno. (ver conclusión 4.5)

3.4 HALLAZGO: DEBILIDADES EN LA GESTIÓN DE LA COMISIÓN DE CONTROL INTERNO CECI-SEVRI

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

3.4.1: SESIONES DE LA COMISION

Condición:

El Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional- CECI-SEVRI, en su artículo 11 establece que dicha Comisión debe sesionar ordinariamente una vez cada mes y de manera extraordinaria cuando así se determine, sin perjuicio de lo anterior se analizaron las actas del año 2025.

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

Tabla 4 Actas Comisión CECI-SEVRI

Año	Mes	# de Acta	Fecha de Sesión	Foliado	Firmadas	Sesión	Observaciones
2025	Enero	01-2025	14/1/2025	√	√	Extraordinaria	No se sesionó ordinariamente, incumpl. Art 11 Reg. Comisión CECI-SEVRI
2025	Febrero	01-2025	25/2/2025	√	√	Ordinaria	
2025	Marzo	02-2025	18/3/2025	√		Ordinaria	Pendiente firma de Sra. Ana Victoria
2025	Marzo	02-2025	25/3/2025	√	√	Extraordinaria	Está en folio 909- antes de la sesión de febrero
2025	Abril	03-2025	22/4/2025	√	√	Ordinaria	
2025	Mayo	04-2025	20/5/2025	√	√	Ordinaria	
2025	Junio	05-2025	17/6/2025	√	√	Ordinaria	Impreso hasta número de acta de Junio folio 943
2025	Julio						¿Se ha sesionado los meses Julio, Agosto, Setiembre y Octubre de manera ordinaria?
2025	Agosto						
2025	Setiembre						
2025	Octubre						

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

No se sesionó de manera ordinaria en enero incumpliendo el artículo 11 de supra Reglamento, de igual manera no se sesionó en los meses de julio, agosto y setiembre.

Mediante correo electrónico del 14 de noviembre se le indicó a la Sra. Ninotchka Benavides Badilla sobre lo encontrado, además se le consultó si se sesionó de julio a octubre brindando la siguiente respuesta:

Buenas tardes, Cindy

Un gusto saludarte, como hemos mencionado en los meses de julio, agosto y setiembre, las sesiones fueron canceladas porque no hubo quorúm, por temas de priorización en tareas como el POI y Presupuesto 2026, y su actualización en el sistema.

Criterio:

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

Artículo 5. Ámbito de competencia de la Comisión.

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

(El resaltado no forma parte del original)

Artículo 06 “Integración de la Comisión” del reglamento de la comisión CECI-SEVRI, la Comisión está integrada por las siguientes personas como titulares con derecho a voz y voto:

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

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

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

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

Causa:

La ausencia de quórum para que la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, sesione de forma continua, puede estar estrechamente relacionada a la ausencia de cultura y concientización por parte de los miembros de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI respecto a la responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento en el ámbito de sus competencias.

Efecto:

Incumpliendo a lo normado por parte de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional- CECI-SEVRI, al no sesionar como lo indica la norma, expone a la Institución de igual manera a un debilitando sistemático del sistema de control interno. (ver conclusión 4.6).

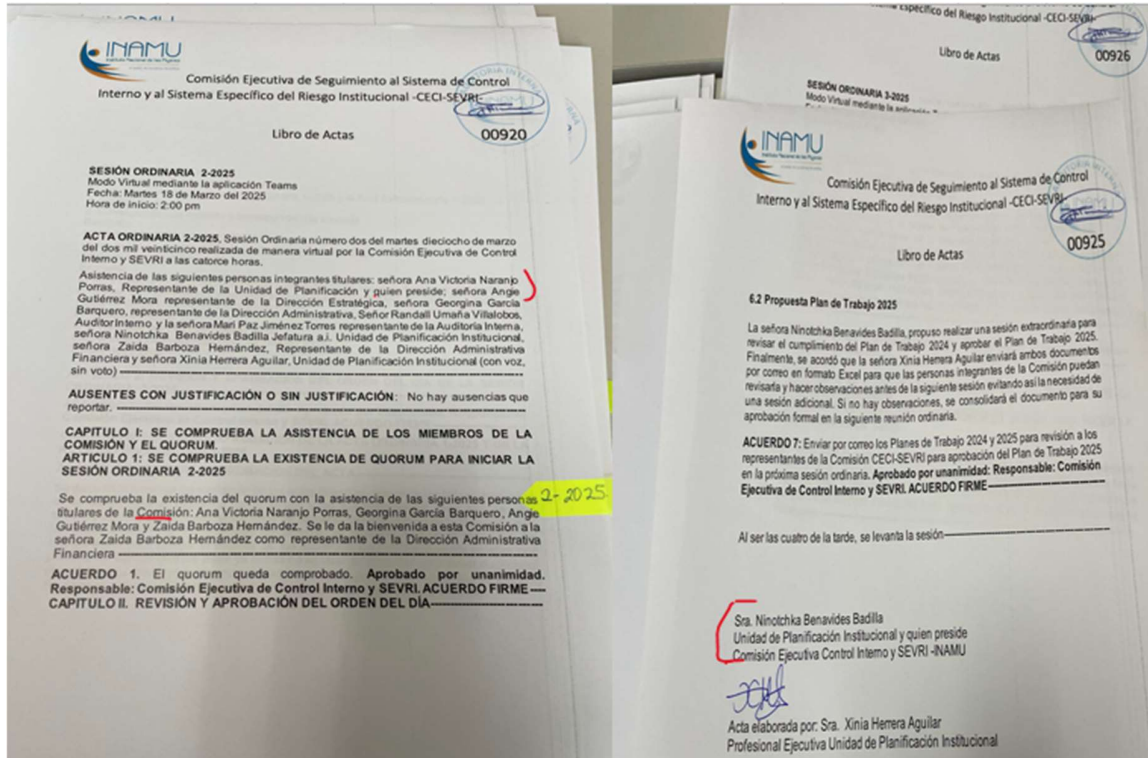
3.4.2: ACTAS DE LA COMISIÓN DE CONTROL INTERNO CECI-SEVRI

Condición:

Dentro de las pruebas de cumplimiento efectuadas se verificó que las actas cumplan con las formalidades correspondientes como es que estén foliadas, en orden cronológico y consecutivo, además que contaran con las firmas respectivas de la coordinadora y la persona secretaria de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI.

Al momento de revisar el acta 02-2025 sesión ordinaria mantenía pendiente la firma de la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras en el mes de marzo, en el acta 02-2025 sesión ordinaria; sin embargo, en el acta el nombre que viene impreso es el nombre de la Sra. Ninotchka Benavides; no obstante, en conversación con la Sra. Xinia Herrera Aguilar quién lleva el control de los libros de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI y revisando el acta quién debe firmar es la Sra. Naranjo que aún presidía la sesión.

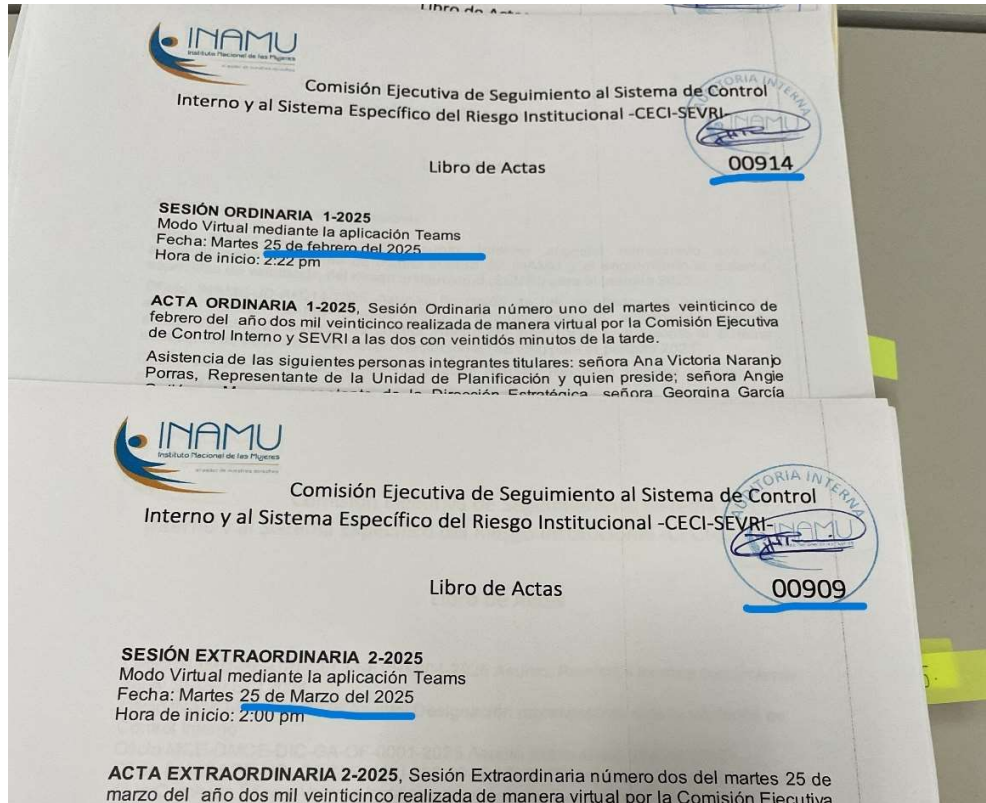
Imagen 4 Firma pendiente Acta Ordinaria 02-2025



Fuente: UPI, Folios de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI.

Además, no se respetó el orden cronológico de las actas ya que se imprimió primero el acta 02-2025 del mes de marzo, antes que la 01-2025 correspondiente a febrero, además, la revisión de las actas se realizó en el mes de noviembre del 2025 donde la última acta impresa era la de junio.

Imagen 5 Folios 909 y 914 de Comisión CECI-SEVRI



Fuente: UPI, Folios de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI

Criterio:

La circular 003-03-2023 Instrucción Administrativa sobre la gestión de actas, y documentos relacionados, en todos los órganos colegiados del INAMU establece lo siguiente en el punto 3 y 10:

Deberán ser firmadas por la persona con el cargo de presidente y la persona nombrada como secretaria, en lapicero de tinta azul (a base de aceite, y no de agua o gel), y empleando únicamente el sello oficial del órgano colegiado y la tinta que suministró el Archivo Central Institucional.

Cada sesión debe codificarse con las siglas oficiales del órgano colegiado, el número de consecutivo anual de la sesión (3 dígitos), y el año (4 dígitos), a su vez, el título se consigna en letras mayúsculas y negrita.

Las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) y reforma Resoluciones R-CO-64-2005, R-CO-26-2007, R-CO-10-2007, en el capítulo V: Normas sobre sistemas de información, en el numeral 5.6.1 Confiabilidad dice:

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

Causa:

La inobservancia a la normativa y/o lineamientos para la elaboración de actas de órganos colegiados en soporte papel en el INAMU, provoca inconsistencias como las señaladas relacionadas con, la ausencia de firmas, alteración del orden cronológico y la periodicidad de estas.

Efecto:

Exposición a riesgos operativos, así como inconsistencias en los documentos oficiales como son las actas de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI y que respaldan la gestión institucional en materia de control interno y riesgos son los principales efectos de los incumplimientos la normativa y/o lineamientos para la elaboración de actas de órganos colegiados en soporte papel en el INAMU. (ver conclusión 4.6)

3.4.3: SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

Condición:

Como parte de los objetivos del estudio fue el análisis del seguimiento de los planes de acción de mejora de los resultados de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno del 2024 y de periodos anteriores. Para lo cual se analizó el “Informe de Resultados Anual 2024 SEVRI-Estratégico, SEVRI-Programático y Planes de Mejora del Sistema de Control Interno-enero 2025” que se presentó en la sesión N°09-2025 celebrada el 31 de marzo del 2025.

La Administración Activa presentó en el informe los resultados un porcentaje de cumplimiento anual de un 96%, indicando que de 765 acciones se cumplieron 733, situación que es relevante en comparación con periodos anteriores.

Las dependencias que dejaron acciones pendientes fueron:

Tabla 5 Dependencias con acciones de mejora pendientes

Dependencias	# Acciones pendientes
CEAAM Occidente	8
Centro Información y Orientación	3
Departamento Desarrollo Regional	1
Dirección Administrativa Financiera	11
Regional Huetar Caribe	2
Secretaría Técnica de la Pieg	1
Unidad de Asesoría Legal	3
Unidad de Planificación Institucional	2

Fuente: Información suministrada de la UPI

Durante el año 2025 solo se presentó en la sesión de Junta Directiva 09-2025 un seguimiento de los planes de acción de mejora, concluyendo con los seguimientos de esas autoevaluaciones anteriores y para la autoevaluación del año 2024 el seguimiento del cumplimiento sería hasta diciembre del 2025.

Criterio:

En Sesión de Junta Directiva 09-2025 celebrada el 31 de marzo del 2025, en acuerdo 03 se indicó:

- 1 Aprobar el documento “Informe Anual de seguimiento al sistema de control interno y al Sistema Especifico de Riesgos institucionales 2024” presentado por la Comisión CECI-SEVRI.
- 2 Instruir a la Presidencia Ejecutiva del INAMU para que haga de conocimiento del todo el personal los siguientes elementos:
 - a) El Informe anual de seguimiento 2024 al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI).
 - b) **Informar que se da por terminado el seguimiento al Plan de Mejoras de Control Interno para los años 2022 y 2023 el cual avanzó**

significativamente a partir del llamado que hizo esta Junta Directiva el año pasado.

- c) Hacer un llamado para que se inste a todo el personal para que actualice trimestralmente la valoración de riesgos y el avance a los planes de mitigación en el marco del Modelo de Gestión de riesgos operativos en el sistema SIPGAF, para que esté actualizado de manera permanente, según las indicaciones técnicas y metodológicas que emita la Comisión CECI-SEVRI con apoyo de la Unidad de Planificación Institucional.

3 Instruir a la Comisión CECI-SEVRI para que continúe dando seguimiento respectivo a los planes de Control Interno y SEVRI y mantenga actualizada a esta Junta Directiva de dichos avances según corresponda. (el resaltado no forma parte del original)

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

El jerarca, los titulares subordinados y los demás funcionarios públicos incurrirán en responsabilidad administrativa, cuando debiliten con sus acciones el sistema de control interno u omitan las actuaciones necesarias para establecerlo, mantenerlo, perfeccionarlo y evaluarlo, según la normativa técnica aplicable.
(El subrayado no forma parte del original)

Causa:

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora en materia de control interno **de las autoevaluaciones del año 2022 y 2023 se dieron por concluidas según acuerdo 03, inciso b de la sesión de Junta Directiva 09-2025**, quedando pendiente de verificar las de la autoevaluación del 2024 que según indicó la Unidad de Planificación Institucional en febrero del 2026 presentarían los resultados de ese seguimiento.

Efecto:

El seguimiento de autoevaluaciones anteriores se concluyó considerando el porcentaje de cumplimiento que se obtuvo que fue de un 96% situación que muestra un efecto positivo para la Institución con respecto al cumplimiento para mejorar el sistema de control interno. (Ver conclusión 4.7).

3.4.4: SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MITIGACION DEL SERVRI

Condición:

En el año 2025 se presentó a la Junta Directiva dos informes relacionados con el seguimiento del SERVRI, el primero es el “Informe de Resultados Anual 2024 SEVRI-Estratégico, SEVRI-Programático y Planes de Mejora del Sistema de Control Interno

enero 2025”¹¹ y el segundo es el “Informe de resultados I y II Trimestre 2025 SEVRI- y Planes de Mejora del Sistema de Control Interno junio 2025”¹².

Al revisar el informe que presenta los resultados anuales del 2024 sobre la mitigación del SEVRI estratégico indica lo siguiente:

(...)

“Como se puede apreciar en las imágenes iniciales al cierre del año 2024 se obtiene un porcentaje de cumplimiento de un **91.3%** con 21 acciones cumplidas y 2 acciones en proceso. (...)”

También detalla:

(...)

Durante al año 2024 se han atendido la mayoría de las acciones propuestas como se ha demostrado en las páginas anteriores; en proceso solamente quedan dos acciones por cumplirse, que tienen relación directa con el Objetivo Estratégico 3 y 10, la primera tiene un riesgo de nivel medio que es el debilitamiento del INAMU como ente rector en materia de transversalización de la perspectiva de género en el sector productivo nacional. En lo que respecta al Objetivo Estratégico 10 el riesgo identificado es la desarticulación en el desarrollo de os procesos técnicos y administrativos, que afectan el nivel de eficacia y eficiencia institucional. Lo mencionado se puede visualizar en la siguiente Tabla #1.

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

“El SEVRI Programático obtiene un nivel de cumplimiento en el Plan de Mitigación de un **93%** que representa 123 acciones cumplidas de un total de 132 acciones, en proceso están 7 acciones y sin avance 2 acciones.

(...)”

Las dos acciones que están sin avance son del proceso o subproceso de Servicios Generales y transporte (nivel de riesgo 1) y la Asesoría legal institucional (nivel de riesgo 15).

Para el año 2025 el seguimiento de la valoración de riesgos se realizaría por medio del sistema SIPGAF permitiendo fortalecer el SEVRI y contar con información en tiempo real. Según oficio INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-019-2025 del 26 de agosto del 2025, la coordinadora de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, indicó:

¹¹ Aprobado en sesión ordinaria 09-2025 celebrada el 31 de marzo del 2025.

¹² Aprobado en sesión ordinaria 32-2025 celebrada el 08 de setiembre del 2025

(...)

“En resumen, el Análisis de Riesgos da un resultado de 88 Riesgos Extremos, ubicados en una escala de valoración de 15 a 25, que se deben de atender de forma inmediata en el corto plazo. Un total de 58 Riesgos Altos, ubicados en un rango de Valoración de Riesgos entre 8,9, 10 y 12. Un total de 37 Riesgos Nivel Moderado, en rango de valoración entre 4, 5 y 6, estos últimos riesgos no requieren de un plan de acción, pero sí de seguimiento por parte de las dependencias.”

La cantidad de 88 riesgos extremos se analizó en la sesión de Junta Directiva 32-2025 del 08 de setiembre del 2025, fueron identificados por cada dependencia en el SIPGAF, sin embargo, según indico la jefatura de la UPI, apenas se tiene un nivel de cumplimiento de un 11.4% para el semestre del 2025. Derivado de esta situación se identificó una cantidad de riesgos que, según lo comentado por la jefatura de la UPI en la sesión de Junta Directiva, existen riesgos en diferentes dependencias que pueden mitigarse con soluciones integrales a nivel de la Institución como ejemplo mejor conexión a internet, identificado en regionales y los CEAAM, que puede ser analizado por la Unidad de Informática.

Criterio:

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

“Valoración del riesgo:

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

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

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

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

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

Causa:

El año 2025 es la primera vez que cada dependencia utiliza el sistema SIPGAF para establecer su propia valoración de riesgos inherentes, propuestas de planes de acción, así como incorporar tareas para mitigar los riesgos inherentes. Se hizo un levantamiento de riesgos del I y II trimestre, donde se dará seguimiento a los planes de acción hasta diciembre del 2025. La jefatura de la UPI explicó en la Junta Directiva que las dependencias ingresan y seleccionan los riesgos que consideran según la lista de riesgos que brinda el sistema, esto puede afectar la cantidad de riesgos que tiene cada dependencia, por lo que considera se debe hacer un cambio de la metodología. Sin embargo, para que los riesgos se vayan mitigando se requiere seguimiento de los planes de acción por parte de los titulares subordinados, acciones a nivel de la Institución, para que la cantidad de riesgos identificados cambie su categoría y valoración.

Este proceso provocó capacitaciones y acompañamiento por parte de la Gestión de Riesgos de la UPI, es una etapa de cambios y requiere irse analizando con plazos definidos para ver el comportamiento y responsabilidad de cada dependencia.

Efecto:

La cantidad de riesgos identificados como extremos, por parte de la Administración Activa, pueden ser inmanejables o poco controlados por su complejidad o cantidad para la Institución, al clasificarse 88 de nivel extremos implica que la institución debe realizar un análisis de sensibilización con el objetivo de establecer una priorización sustentada de acuerdo con parámetros de razonabilidad, objetividad, impacto y probabilidad.

Sin un análisis de riesgo oportuno y un seguimiento continuo los riesgos que se han identificado pueden llegar a materializarse exponiendo al INAMU a errores, fraudes y problemas legales, de imagen, entre otros, por eso se requiere compromiso de la jerarca y titulares subordinados que se evidencie en las atenciones de los planes de acción. (Ver conclusión 4.8)

3.5 HALLAZGO: INCUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DEL MODELO DE MADUREZ

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

Condición:

Como parte de los procedimientos de Auditoría Interna se consultó a la jefatura de la Unidad de Planificación Institucional, donde también participó la Sra. Xinia Herrera Aguilar el día 30 de octubre del 2025 sobre el Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno que la Institución debe hacer cada dos años.

La jefatura de la UPI indicó lo siguiente:

- b.** Instrumento Modelo de Madurez, el mismo ya fue aplicado como lo establece el Oficio INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-026-2025 y se espera presentar a principios de febrero el respectivo informe.

El Instrumento se envió el 27 de noviembre del 2025 mediante el oficio INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-026-2025, titulado “Inicio Proceso de Aplicación Instrumento Modelo de Madurez Sistema Control Interno INAMU”.

La última aplicación de la herramienta del modelo de madurez fue en el año 2021, siendo un incumplimiento porque debe ser cada dos años. En este informe no se puede realizar ninguna revisión sobre la aplicación del modelo de madurez porque al momento del estudio estaba en proceso; sin embargo; se presenta la información recopilada.

Criterio:

La herramienta de la Contraloría General de la República-División de Fiscalización Operativa y Evaluativa, establece en el marco de aplicación:

Implementación

De acuerdo con los deberes establecidos en la Ley General de Control Interno, al jerarca y a los titulares subordinados les corresponde definir, de conformidad con la naturaleza y complejidad de la institución, la forma en que se aplicará la herramienta, cuya periodicidad de aplicación debe ser al menos de cada dos años.

Para ello, las autoridades competentes deben definir al menos lo siguiente:

- Un responsable que asuma el rol de líder para la aplicación de la herramienta.
- La participación del jerarca y de los titulares subordinados en la aplicación de la herramienta.

- La participación de los demás funcionarios de la institución en la aplicación de la herramienta- El período para la aplicación de la herramienta.
- La fecha límite para la comunicación de resultados del diagnóstico.
- El uso de los resultados del diagnóstico en el proceso de autoevaluación anual del sistema de control interno.

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

Artículo 7. Responsabilidades de la Comisión CECI-SEVRI

(...)

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

Causa:

Incumplimientos al Reglamento para el funcionamiento de la Comisión Ejecutiva CECI-SEVRI, en específico a la aplicación la herramienta denominada “Modelo de Madurez del Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI)” como es una herramienta de diagnóstico, que evalúa en etapas (incipiente a optimizado) la gestión de riesgos, lo cual limita medir componentes claves para autoevaluar y mejorar continuamente el control interno institucional.

Efecto:

Sin una medición del estado de madurez del control interno de la Institución continuo limita establecer planes de mejora robustos y oportunos para gestionar y mitigar la exposición de riesgos legales, financieros, operativos, producto de la operación de los servicios institucionales (**Ver conclusión 4.9**).

4. CONCLUSIONES

La Auditoría Interna, realizó el presente proyecto especial de auditoría con el objetivo de analizar el cumplimiento con que la Administración Activa elaboró y aplicó la Autoevaluación de Control Interno durante el período 2024 así como el seguimiento a los planes de acción de las autoevaluaciones y el SEVRI, además de revisión de las actas de la comisión CECI-SEVRI y la aplicación de la herramienta del modelo de madurez, para lo cual presentamos las siguientes conclusiones:

4.1 CONCLUSIÓN

La ausencia de lineamientos sobre el almacenamiento apropiado para la preservación de los documentos e información física o digital que la Institución deba conservar en virtud de su utilidad o por requerimiento técnico o jurídico, como en el caso específico los datos que permitan verificar el cumplimiento, validez y suficiencia del SCI, por medio de las autoevaluaciones periódicas es la principal causa que provocó la pérdida de información, ya que al suprimir o hacer inaccesible información digital del INAMU, podrá tipificarse como un delito de daños informáticos, sumado de la materialización de riesgos relacionados con pérdida de datos o legales, además de un debilitamiento del sistema de control interno. (**ver recomendación 5.1**)

4.2 CONCLUSIÓN

La información utilizada para la presentación de los resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2024 en el INAMU, presenta inconsistencias relacionadas con la calidad y pertinencia de los datos, **situaciones que le restan confiabilidad, oportunidad y utilidad como atributos fundamentales de la calidad de la información, esto principalmente derivado a la ausencia de herramientas**

automatizadas para la captura y análisis de datos originados de las autoevaluaciones de CI, en el INAMU, provocan errores e inconsistencias en la presentación de la información para la toma de decisiones.

En la autoevaluación del año 2024 se contó con la participación de las 34 dependencias de la Institución; los resultados se lograron revisar mediante un documento denominado “Auxiliar de las evidencias aportadas por cada dependencia”, en el cual se exponen los resultados por los componentes: ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, sistemas de información y comunicación y seguimiento del sistema de control interno; el auxiliar presentan inconsistencias como la no inclusión de respuestas de dependencias, otras dependencias estaban duplicadas, situaciones que se presentan por ser un proceso que, aunque se usa la herramienta Excel, es más susceptible a errores humanos. **(ver recomendación 5.2)**

4.3 CONCLUSIÓN

No existe una adecuada cultura y compromiso por parte de algunas Dependencias por cumplir con las Autoevaluaciones del Sistema de Control Interno (SCI), el no aportar evidencia confiable, o en su defecto la omisión de esta por parte de los titulares subordinados responsables del SCI. También, que los resultados de la Autoevaluación 2024 se presentan por componente a nivel Institucional pero no se hace por dependencia. Estas situaciones aumentan la exposición de riesgos operativos, así como a un debilitamiento de las responsabilidades que competen a las personas funcionarias de la Institución para que de manera oportuna, efectiva y con observancia a las regulaciones aplicables, se realicen las acciones pertinentes y atender los requerimientos para el debido diseño, implantación, operación, y fortalecimiento de los distintos componentes funcionales del SCI, derivado de lo anterior resulta relevante la implementación de un indicador de gestión vinculado al desempeño sobre el cumplimiento de la Autoevaluación. **(ver recomendación 5.3)**

4.4 CONCLUSIÓN

Dentro de las principales causas de que la Institución presente los resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2024, sin tomar en cuenta la calidad y pertinencia de la información suministrada por los procesos y subprocesos participantes deriva **en la metodología que se utiliza la cual solo toma en cuenta el cumplimiento de**

la presentación, sin observar la pertinencia de las evidencias, esta situación ya se ha expuesto en informes anteriores, lo que conlleva **al incumplimiento de las recomendaciones emitidas por parte de la Auditoría Interna en este tema.**

4.5 CONCLUSIÓN

Los incumplimientos a los acuerdos de Junta Directiva relacionados con la presentación de los resultados de la autoevaluación de control interno 2024 y la incorporación de los planes de mejora en el POI2026, están estrechamente relacionados con procesos de seguimiento pocos efectivos; hace que expongan al INAMU a la materialización de riesgos legales, reputacionales e imagen y un debilitamiento sistemático del Sistema de Control Interno. **(ver recomendación 5.4 y 5.5)**

4.6 CONCLUSIÓN

La ausencia de quórum para que la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI pueda sesionar de forma continua, está estrechamente relacionada a la ausencia de cultura y concientización por parte de los miembros de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI respecto a la responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento en el ámbito de sus competencias. Además de las inconsistencias presentadas en los libros de Actas de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, para el 2025 evidencian la necesidad de un fortalecimiento en el componente de cultura organizacional. **(ver recomendación 5.6)**

4.7 CONCLUSIÓN

Las actividades de seguimientos a los planes de mejora de las autoevaluaciones del 2022 y 2023 se dieron por concluidas con un avance de cumplimiento del 96%. La autoevaluación del año 2024 tiene plazo de cumplimiento a diciembre del 2025 y para febrero del 2026 se estaría informando sobre su cumplimiento.

4.8 CONCLUSIÓN

El seguimiento de los planes de mitigación anual SEVRI-Estratégico y SEVRI-Programático obtuvo como resultado un cumplimiento del 91,3% y 93% año 2024 respectivamente y para el periodo 2025, la valoración de riesgos se hizo por medio

del sistema Delphos para el primer y segundo trimestre permitiendo contar con información en tiempo real y da resultados de 88 riesgos extremos, 58 riesgos altos y 37 riesgos moderados; riesgos que fueron identificados por las dependencias y requieren modificaciones a la metodología para depurar la cantidad de riesgos y un compromiso por parte de los titulares subordinados, situaciones que fueron analizadas en Junta Directiva y se tomaron acuerdos para su seguimiento y control.

4.9 CONCLUSIÓN

Se sigue presentando un incumplimiento en la aplicación del Modelo de Madurez, como herramienta para diagnosticar el estado actual de los procesos y subprocesos, medir su avance y fomentar la mejora continua, **permitiendo transitar de enfoques reactivos a proactivos, fortaleciendo la gestión de riesgos, optimizando recursos, garantizando la confiabilidad de la información y asegurando el cumplimiento de los objetivos estratégicos.** (ver recomendación 5.7)

5. RECOMENDACIONES

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

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

A LA UNIDAD DE INFORMATICA

5.1 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de treinta (30) días, realizar y documentar un diagnóstico técnico con el objetivo de determinar la causa raíz que originó la pérdida de los datos e información que respalda el cumplimiento, validez y suficiencia de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno del 2024, con el propósito de determinar las posibles responsabilidades e implementar las acciones de control para mitigar el riesgo de que se vuelva a presentar esta situación.

Para dar por cumplida con la citada recomendación debe presentar ante la Presidencia Ejecutiva con copia a la Auditoría Interna los resultados del análisis respectivo y las acciones de control que se deben implementar para que esta situación no se vuelva a presentar.

Durante la revisión efectuada se tuvo la limitación de no poder revisar las evidencias que las dependencias enviaron como respaldo de la autoevaluación, al indagar en la situación se determinó que fue porque se borró la carpeta donde se tenía la información, así que no se hizo un debido respaldo evidenciado un mal uso de la información, así como dudas sobre dónde se debe guardar la información que cada dependencia realiza.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado. Al tenor, de las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), principalmente de lo indicado en el numeral 1.2.b Objetivos del SCI, 5.4 Gestión Documental y 5.7.4 Seguridad.

Fecha de cumplimiento: 19 de mayo del 2026

A LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

5.2 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de ciento (120) días, establecer los requerimientos técnicos y el estudio de costos y/o de mercado que permita establecer la viabilidad de contar con un aplicativo para la automatización de la Autoevaluación de Control Interno Institucional.

Además, mientras se realiza el estudio correspondiente se establezcan medidas de control que permitan asegurar que el instrumento actualmente utilizado para la ACI por los procesos y subprocesos se documente con información suficiente, pertinente y competente.

Para dar por cumplida con la citada recomendación debe presentar ante la Presidencia Ejecutiva con copia a la Auditoría Interna los resultados del análisis correspondiente para la posible adquisición de un aplicativo que permita ejecutar las autoevaluaciones de control interno de manera sistematizada.

Durante la revisión efectuada se determinó que la ACI al momento de analizar las evidencias les hizo falta dependencias y en otros casos había respuestas dobles, además que no se pudo acceder a la documentación respaldo de lo que envió cada área, limitando su verificación.

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

Fecha de cumplimiento: 18 de agosto del 2026

A LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

5.3 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de treinta (30) días, analizar la estructura del informe que se presenta ante el Jerarca relacionado con las autoevaluaciones periódicas con el objetivo que dentro de los resultados se incorporen datos relacionados que permita mostrar el grado de cumplimiento de cada uno de los componentes de control interno según los niveles de clasificación (alto, medio, bajo) **por Dependencia.**

Durante la revisión efectuada se determinó que en la ACI al momento de presentar los resultados lo hace considerando las respuestas según cada componente de manera general, pero no hay una presentación de resultados por dependencia que permita un análisis del control interno por área mostrando su compromiso con el control interno de la Institución.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado. Al tenor, de la Ley General de Control Interno 8292, principalmente de lo indicado en el artículo 10.

Fecha de cumplimiento: 19 de mayo del 2026

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

5.4 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de quince (15) días, presentar ante la Junta Directiva las acciones requeridas para dejar sin efecto el punto 2 del acuerdo 4 de la Sesión Ordinaria 17-2025 del 02 de junio del 2025 en específico en lo relacionado con comunicarle a la Institución los resultados de la autoevaluación del periodo 2024

Para dar por cumplida con la citada recomendación presentar a la Auditoría Interna la acordado por la Junta Directiva.

Durante la revisión efectuada se determinó que no se hizo de conocimiento general a la Institución los resultados de la autoevaluación del 2024 porque la secretaria de Junta Directiva no lo comunicó al Despacho ni Presidencia Ejecutiva, solo lo copió a la Sra. Kattia Calvo, que era la jefe de Despacho, por lo tanto, sigue pendiente de cumplirse el acuerdo.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado, respecto a presentar los resultados a la Institución una vez aprobado el informe por Junta Directiva y en cumplimiento de los acuerdos de la Junta Directiva.

Fecha de cumplimiento: 04 de mayo del 2026

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

5.5 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de quince (15) días, presentar un informe ejecutivo ante el Jerarca sobre el proceso de seguimiento y control de acuerdos emitidos por parte de la Junta Directiva con el objetivo de asegurar el cumplimiento de estos por parte de la persona responsable.

Para dar por cumplida la recomendación remitir copia del informe solicitado en el cual se analizó el tema.

De la revisión de las actas se determinó que no se están cumpliendo con los acuerdos de la Junta Directiva, situación que antes se había expuesto por esta Auditoría Interna, y a la fecha no se ha utilizado el sistema SISECA ni el vigente que corresponde a un módulo del SIPGAF creado para el registro y control de las actas de Junta Directiva.

La recomendación anterior tiene como objetivo el cumplimiento de los acuerdos de Junta Directiva, así como lo que establece el Manual Institucional de Cargos que es parte de las labores de la secretaria ejecutiva llevar el seguimiento y control de acuerdos.

Fecha de cumplimiento: 04 de mayo del 2026

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

5.6 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de treinta (30) días, realizar las acciones concretas y necesarias para asegurar que la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI sesione de manera regular y permanente según lo que establece el artículo 11 del Reglamento de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, ya que como órgano colegiado debe asesorar al jerarca en la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno (SCI). Aseguran la eficiencia, la protección del patrimonio público y la rendición de cuentas, integrando componentes como gestión de riesgos y actividades de monitoreo.

De la revisión de las sesiones de actas de la Comisión CECI-SEVRI, se logró identificar que de julio a setiembre no se ha sesionado y como justificación por parte de la coordinadora de la Comisión ha sido por falta de quórum, pero esta situación es recurrente de periodos anteriores sin poder sesionar, afectando los proyectos y planes de dicha Comisión.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado en los artículos 06 y 11 del reglamento de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI respecto a los integrantes de la Comisión y sobre sesionar una vez al mes.

Fecha de cumplimiento: 19 de mayo del 2026

A LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

5.7 RECOMENDACIÓN

En un plazo máximo de treinta (30) días establecer acciones concretas para que se cumpla con lo normado en el artículo 07 inciso F del 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, en lo pertinente a la aplicación del instrumento diagnóstico del modelo de madurez.

Para dar por cumplida con la recomendación se debe presentar a esta Auditoría Interna los lineamientos definidos para procurar que se aplique la herramienta cada dos años.

Como parte de los objetivos del estudio estaba revisar la aplicación de la herramienta del modelo de madurez del control interno, sin embargo, al momento del estudio se estaba aplicando el cuestionario y en proceso los resultados de este, además, no se ha hecho cada dos años, por lo tanto, se requiere medidas de control para que se realice la herramienta.

La recomendación anterior tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema de control interno mediante el cumplimiento de lo normado por la Contraloría General de la República sobre la aplicación de la herramienta del modelo de madurez del sistema de control interno.

Fecha de cumplimiento: 19 de mayo del 2026

Cc. Sra. Kattia Brenes Herrera, jefatura, Despacho de la Presidencia.
Sra. Ana Lorena Flores Salazar, directora; Dirección Estratégica.
Sra. Ninotchka Benavides Badilla, directora a.i, Dirección Administrativa Financiera
Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, coordinadora a.i, Unidad de Planificación Institucional.
Sra. Ingrid Trejos Marín, jefatura, Unidad de Informática.
Sra. Xinia Herrera Aguilar, profesional especialista, Unidad de Planificación Institucional.
Sras. Integrantes Junta Directiva.
Comisión CECI-SEVRI.
Archivo