



**INSTITUTO
NACIONAL DE
LAS MUJERES**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO: GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA

INFORME DE RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (ACI)

**FECHA DE APLICACIÓN 23 DE JUNIO AL 8 DE AGOSTO DEL AÑO
2025**

Elaborado por	Xinia Herrera Aguilar Unidad de Planificación Institucional	Firma
Revisado por	Ninotchka Benavides Badilla Jefatura Unidad de Planificación Institucional	
Aprobado por	Comisión CECI-SEVRI	

Aprobado por	Junta Directiva	
---------------------	------------------------	--

Tabla de contenido

Resultados-Informe Comparativo de Autoevaluación ACI 2025 por dependencia.....	3
Metodología Empleada	4
Temas Evaluados.....	4
Normativa Aplicable.....	4
Resultados obtenidos, grado de cumplimiento, recomendaciones, propuestas de mejora de la aplicación de la Autoevaluación de Control Interno 2025 en el INAMU.	6
Departamento de Asesoría Legal	7
CEAAM Caribe	7
CEAAM Metropolitano	8
CEAAM Occidente	10
Centro de Formación Política de las Mujeres - CFPM	11
Centro de Información, Orientación y Referencia – CIO.....	12
Departamento de Ciudadanía Activa, liderazgo y Gestión Local:	13
Condición Jurídica y Derechos Humanos de las Mujeres:.....	14
Departamento de Construcción de Identidades y Proyectos de Vida:.....	14
Unidad de Prensa y Comunicación-UCOM:	15
Contraloría de Servicios- CS:.....	16
Delegación de la Mujer- DM.....	16
Departamento Financiero Contable- DFC.....	17
Departamento de Desarrollo Regional	18
Dirección Administrativa Financiera-DAF	19
Dirección Estratégica- DE.....	19
Departamento de Gestión de Políticas Públicas-GPP.....	20
Unidad de Planificación y Cooperación y Relaciones Internacionales -UPI -CRI	21
Presidencia Ejecutiva y Junta Directiva.....	22
Departamento de Proveeduría.....	23
Departamento de Recursos Humanos.....	24
Departamento Especializado de Información, con recargo de la Unidad de Investigación.....	25

Secretaría Técnica PIEG	26
Unidad de Informática	27
Departamento Violencia de Género	28
Departamento de Servicios Generales y Transportes- DSGT	30
Unidad Regional Brunca- URB.....	30
Unidad Regional Central- Oriente.....	31
Unidad Regional Chorotega- URCH	32
Unidad Pacifico Central- URPC.....	34
Unidad Regional Huetar Norte.....	35
Unidad Regional Huetar Caribe	36
Resumen Ejecutivo Final	37
Dependencias con Nivel de Cumplimiento del 75% – “Muy Bueno”	37
Dependencias con Nivel de Cumplimiento del 100% – “Excelente”	37
Información Complementaria sobre los resultados obtenidos en este año 2025.....	38
Fortalezas Generales del INAMU en el SCI	39
Oportunidades de Mejora	39
Amenazas Generales	39
Debilidades Generales	39
Plan de Acción por Componente del Sistema de Control Interno del INAMU, con indicadores de éxito para facilitar el seguimiento y evaluación institucional	40
Síntesis y Análisis de Evidencias Recibidas – ACI 2025	42
Descripción del Diagrama de Anillo: Distribución de evidencias recibidas por componente funcional del Sistema de Control Interno del INAMU, según el Informe ACI 2025.....	43
Recomendaciones para mejorar nuestro sistema de control interno Institucional.....	45
Conclusión General Autoevaluación de Control Interno 2025 – INAMU.....	46

Resultados-Informe Comparativo de Autoevaluación ACI 2025 por dependencia.

Metodología Empleada

Pasos principales:

Completar datos de la dependencia, jefatura y funcionario responsable.

Acceder al cuestionario y analizar cada medida.

Seleccionar una respuesta: Cumple, No cumple, o No aplica.

Formato de respuesta: Cumple / No cumple / No aplica/Justificación / Plan de acción

Fecha del plan

Evidencia y formato (PDF, capturas, minutas, etc.)

Justificar cada respuesta con evidencia electrónica.

La jefatura revisa, autoriza, firma digitalmente y remite el cuestionario en PDF a la Unidad de Planificación Institucional (UPI).

Mantener la documentación disponible para verificación de las evidencias por la Gestión de Riesgos.

Realizar Planes de Acción para las preguntas cuya respuesta es No cumple.

Temas Evaluados

Divulgación del Manual de Cargos

Procedimientos institucionales actualizados

Manejo de conflictos de interés

Socialización de valores institucionales

Participación en el SEVRI

Identificación y mitigación de riesgos

Control de activos institucionales

Canales de comunicación internos y externos

Gestión documental y resguardo de información confidencial

Valoración de riesgos y seguimiento a recomendaciones

Normativa Aplicable

Ley General de Control Interno, Ley N° 8292 Artículo n°.17 – Seguimiento del Sistema de Control Interno “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.”

La autoevaluación del sistema de control interno permite determinar cuáles de los componentes funcionales se encuentran en un nivel de calificación aceptable, lo que permitiría ser considerados como fortalezas o de lo contrario como debilidades de la institución.

Los rangos que se tienen definidos para el análisis de los resultados de la aplicación de los cuestionarios son los siguientes:

Tabla 1 Rangos definidos para el análisis de los resultados obtenidos		
Nivel de Cumplimiento	Rango de puntuación (%)	Descripción
Poco satisfactorio	De 60 a 70	Controles inexistentes o que obstaculizan la gestión
Muy bueno	De 71 a 80	Controles con evidencia documental de su cumplimiento
Excelente	De 81 a 100	Controles que agregan valor y evidencian su eficiencia y eficacia

Fuente: Unidad de Planificación Institucional 2025

Este informe presenta el análisis comparativo de cumplimiento de las 20 preguntas planteadas en el cuestionario de la Autoevaluación de Control Interno 2025, las cuales fueron diseñadas específicamente para evaluar cada uno de los componentes funcionales del Sistema de Control Interno del INAMU siguiendo la Guía de la Autoevaluación de Control Interno versión #2, a saber:

1. Ambiente de control: La jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer un ambiente de control que se constituya en el fundamento para la operación y el fortalecimiento del SCI, y, en consecuencia, para el logro de los objetivos institucionales.

2. Valoración del riesgo: Conlleva la identificación y el análisis de los riesgos que enfrenta la institución, tanto de fuentes internas como externas, relevantes para la consecución de los objetivos. Corresponde a la identificación, el análisis, la evaluación, la administración, la revisión, la documentación y la comunicación de los riesgos, su importancia y la probabilidad e impacto de su materialización; y la toma de acciones para operar y fortalecer el SCI y promover el logro de los objetivos institucionales, así como para ubicar a la organización en un nivel de riesgo aceptable.

3. Actividades de control: Corresponde a las políticas y los procedimientos que la jerarca y los titulares subordinados deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar para asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales.

4. Sistemas de información y monitoreo: Se refiere al conjunto de elementos y condiciones vigentes para ejecutar de manera organizada, uniforme y consistente las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales.

5. Seguimiento del sistema de control interno: Incluye las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento de los elementos del SCI a través del tiempo y para asegurar que se implementen con prontitud y efectividad las medidas adoptadas como producto de los hallazgos de auditoría y los resultados de otras revisiones.

A continuación, la imagen ilustrativa 1 muestra el código de pregunta asignada a cada componente funcional del Sistema de Control Interno de la Autoevaluación.

Componente del Sistema de Control Interno	Código de pregunta			
Ambiente de Control	16-1-AC	16-2-AC	16-3-AC	16-4-AC
Valoración de Riesgo	16-5-VR	16-6-VR	16-7-VR	16-8-VR
Actividades de Control	16-9-ACTL	16-10-ACTL	16-11-ACTL	16-12-ACTL
Sistema de Información, Comunicación y Monitoreo	16-13-SI	16-14-SI	16-15-SI	16-16-SI
Seguimiento al Sistema de Control Interno	16-17-SSCI	16-18-SSCI	16-19-SSCI	16-20-SSCI

Fuente: Unidad de Planificación Institucional 2025

Finalmente, para aquellos ítems que obtuvieron una respuesta de “No Cumple”, la Dependencia debe definir acciones de mejora para avanzar en aquellos aspectos que presentan un mayor rezago, considerando plazos y responsables de su ejecución, y aquellos ítems indicados como “No Aplica” se requiere su debida justificación.

Tabla 2 Síntesis de Evidencias Recibidas por Componente del SCI		
Componente Funcional	Cantidad Recibida	Observaciones Relevantes
Ambiente de Control	137	Evidencias incluyen minutas, actas, listas de asistencia, capturas de pantalla, protocolos. Evidencias en formatos PDF, imágenes, correos, entre otros.
Valoración del Riesgo	128	Uso del SIPGAF, mapas de riesgos, planes de mitigación, oficios, registros de SEVRI.
Actividades de Control	127	Procedimientos internos, listas de verificación, reportes de activos, controles técnicos. Documentos institucionales
Sistemas de Información y Monitoreo	127	Políticas de archivo, respaldos digitales, uso de SICEAGE, SharePoint, AGE, OneDrive.
Seguimiento al Sistema de Control Interno	126	Informes de seguimiento, planes de acción, minutas de reuniones, capturas del SIPGAF.
Total:	645	

Fuente: Unidad de Planificación Institucional 2025

Resultados obtenidos, grado de cumplimiento, recomendaciones, propuestas de mejora de la aplicación de la Autoevaluación de Control Interno 2025 en el INAMU.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la Autoevaluación de Control Interno 2025 una vez analizados los 32 cuestionarios de las 34 dependencias del INAMU, (Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva hicieron un solo cuestionario, así como la Unidad de Planificación Institucional y Cooperación y Relaciones Internacionales) donde se obtuvo una participación del 100% lo cual refleja un compromiso por mejorar el Sistema de Control Interno.

Seguidamente se presenta el análisis de los resultados de la información obtenida de las evaluaciones de las dependencias que participaron en el proceso de Autoevaluación del Sistema de Control Interno.

Departamento de Asesoría Legal

Dependencia: ASESORÍA LEGAL					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Fortalezas destacadas

Cumplimiento total de las medidas del SCI, con respaldo documental.

Participación activa del equipo en la identificación y mitigación de riesgos (uso del SIPGAF).

Gestión adecuada de la información confidencial, utilizando herramientas institucionales como SharePoint, SICEAGE, OneDrive y archivos físicos.

Comunicación institucional efectiva, mediante correo electrónico y medios tecnológicos.

Evidencias claras y alineadas con la Guía ACI 2025, como minutas, capturas de pantalla, listas de control y actas.

Formalizar buenas prácticas

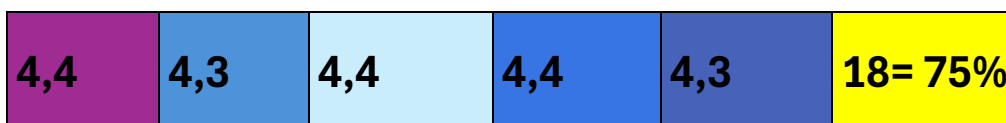
Documentar como procedimientos internos las prácticas exitosas (ej. socialización de valores, uso de herramientas digitales para custodia de información).

Compartir estas prácticas con otras unidades como modelo replicable.

La Unidad de Asesoría Legal demuestra un alto nivel de madurez en la gestión del Control Interno, con cumplimiento total y evidencias bien sustentadas.

CEAAM Caribe

Dependencia: CEAAM CARIBE					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General



Fortalezas del CEAAM Caribe

- Cumplimiento generalizado de las medidas del SCI.
- Uso de protocolos específicos como el de atención a mujeres en riesgo de femicidio.
- Participación del equipo técnico en la autoevaluación, incluso ante la ausencia de la jefatura.
- Gestión adecuada de activos e información confidencial.
- Uso del SIPGAF y herramientas institucionales para control y seguimiento.

Medidas marcadas como “No Aplica” que requieren atención

1. 16-8-VR: Ejecución de planes de mitigación de riesgos

Justificación: Se desconoce la acción por ausencia de la jefatura.

Recomendación: Establecer un mecanismo de continuidad operativa para que el equipo técnico pueda dar seguimiento a los planes de mitigación, incluso sin jefatura formal.

Solicitar a la UPI o a la Comisión CECI- SEVRI una sesión de actualización para el equipo técnico sobre el estado de los planes de mitigación.

2. 16-19-SSCI: Comunicación de amenazas y oportunidades del SCI

Justificación: También se desconoce por ausencia de la jefatura.

Recomendación: Designar una persona enlace temporal para recibir y redistribuir la información del SCI.

Solicitar a la Comisión del SCI que envíe directamente al equipo técnico las alertas y oportunidades de mejora mientras se resuelve la situación de jefatura.

Recomendaciones generales de mejora

Formalizar roles de liderazgo temporal

En ausencia de jefatura, establecer por escrito quién asume funciones clave del SCI (por ejemplo, seguimiento a SEVRI, comunicación con UPI).

Fortalecer la documentación de evidencias

Algunas evidencias están descritas de forma general.

Centralizar evidencias en una carpeta digital estructurada.

Capacitación continua del equipo técnico en temas como: Gestión de riesgos y planes de mitigación, comunicación efectiva en el marco del SCI. Uso del SIPGAF y herramientas de seguimiento, revisión del SCI.

Aunque se cumple con la autoevaluación anual, una revisión intermedia permitiría detectar desviaciones y ajustar acciones a tiempo.

Conclusión: El CEAAM Caribe ha demostrado un compromiso sólido con el SCI, incluso en condiciones de liderazgo interino. Las recomendaciones anteriores buscan fortalecer la resiliencia operativa y asegurar que la dependencia mantenga o supere su nivel de cumplimiento en futuras evaluaciones.

CEAAM Metropolitano

Dependencia: CEAAM METROPOLITANO					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,3	4,3	4,4	4,4	4,4	18=75%

Resultados:

Medidas con calificación “No cumple” 16-3-AC: Manejo de conflictos de interés y denuncias, se reconoce que no se ha promovido activamente el manejo de conflictos de interés ni el proceso de denuncia.

Se plantea como acción correctiva repasar el reglamento o procedimiento de la Contraloría de Servicios del INAMU y el trámite de quejas.

Recomendaciones:

Capacitar al personal sobre el Reglamento o Procedimiento de la Contraloría de Servicios sobre los canales institucionales para denuncias.

Incluir este tema en las reuniones periódicas del equipo.

Diseñar un protocolo interno de actuación ante conflictos de interés, adaptado a la realidad del CEAAM.

2. **No Cumple** con la pregunta **16-5-VR:** Manejo de situaciones amenazantes

Observaciones: Se está trabajando en un adendum del protocolo sobre manejo de situaciones especiales y emergencias.

Actualmente no se cuenta con un instrumento completo y vigente.

Recomendaciones:

Acelerar la finalización y validación del adendum del protocolo.

Capacitar al personal en su aplicación una vez aprobado.

Simular escenarios de riesgo para evaluar la eficacia del protocolo y ajustar según sea necesario.

Recomendaciones generales de mejora

Fortalecer la trazabilidad de evidencias

Algunas evidencias están descritas de forma general (“minuta”, “acta”). Se recomienda:

Centralizar las evidencias en una carpeta digital estructurada.

Asegurar que las guías de trabajo y protocolos estén actualizados y alineados con los cambios institucionales o normativos.

Comunicación interna efectiva

Aunque se indica que se usan correos y chats, se recomienda: Formalizar los canales de comunicación interna. Establecer responsables de seguimiento de acciones derivadas del SCI. Evaluación de impacto de acciones correctivas

Capacitación continua

Incluir en el plan de formación temas como:

- Ética institucional y conflictos de interés.
- Manejo de crisis y situaciones de riesgo.
- Control interno y uso del SIPGAF.

Conclusión

El CEAAM Metropolitano ha alcanzado un nivel “Muy Bueno” en su autoevaluación, lo cual refleja un compromiso sólido con el SCI. Las dos medidas no cumplidas son críticas por su impacto en la integridad institucional y la seguridad del personal, por lo que deben ser atendidas con prioridad.

CEAAM Occidente

Dependencia: CEAAM OCCIDENTE					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,2	4,4	4,3	4,2	15=75%

Resultados

Medidas con calificación “No cumple”**1. 16-5-VR:** Manejo de situaciones amenazantes

Observaciones: No cuentan con herramientas adecuadas para el manejo de conflictos, denuncias o quejas.

Recomendaciones:

- Diseñar e implementar un protocolo de atención a situaciones de riesgo, con enfoque en derechos humanos y autocuidado del personal.
- Capacitar al equipo en manejo de crisis y contención emocional.
- Gestionar mejoras en infraestructura (espacios seguros, botones de pánico, cámaras).
- Solicitar el nombramiento urgente de una jefatura presencial.

2. 16-17-SSCI: Sistema Específico de Valoración de Riesgos

Observaciones: El plan de mejora en riesgos se ha cumplido parcialmente por recarga laboral.

Se menciona que su implementación depende del nombramiento de la jefatura.

Recomendaciones:

Asignar responsabilidades claras para la implementación del SEVRI, independientemente del nombramiento de la Jefatura.

Revisar y actualizar el mapa de riesgos con participación del equipo.

Otras oportunidades de mejora (aunque marcan “Cumple”)**16-3-AC:** Manejo de conflictos de interés

Aunque no se han presentado denuncias, es importante contar con un protocolo preventivo y capacitar al personal en su aplicación.

16-10-CTL: Canales de comunicación

Se menciona el uso de WhatsApp y correos, pero sería ideal formalizar estos canales y establecer protocolos de comunicación interna y externa.

16-13-SI: Resguardo de información confidencial

- Aunque se cuenta con espacio físico bajo llave, se recomienda implementar controles digitales (contraseñas, respaldos, acceso restringido).
- Formalizar políticas de archivo y resguardo documental conforme a la Ley 7202.
- Capacitar al personal en gestión documental y uso de sistemas institucionales y
- Asegurar que la recuperación de información esté garantizada ante fallos tecnológicos.

Las siguientes preguntas fueron respondidas como **No Aplica** sin embargo si aplican y deben ser atendidas en el CEAAM porque es normativa para toda la Institución, por lo que se sugiere atenderlas lo antes posible:

16-8-VR ¿Ejecuta en su dependencia a tiempo los planes de mitigación de riesgos derivados del SEVRI y aprobados por la Junta Directiva para el 2025?

16-14-SI ¿Se han formalizado políticas y procedimientos para el control de la información y para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?

16-19-SSCI ¿Se comunican en el momento preciso a las personas funcionarias de cada dependencia, las amenazas como las oportunidades de mejora del SCI para que tomen las acciones que correspondan?

Recomendaciones generales para fortalecer el SCI

- Nombramiento de la jefatura del CEAAM Occidente: Es un factor crítico que afecta varias medidas.
- Fortalecer la cultura de control interno mediante capacitaciones periódicas.
- Documentar y sistematizar evidencias de cumplimiento de manera ordenada y accesible.
- Solicitar acompañamiento de la Unidad de Planificación Institucional (UPI) para implementar mejoras.

TABLA 3 PLAN DE CAPACITACIÓN CEAAM Occidente y Unidad Regional Occidente 2025-2026						
Componente	Tema	Objetivo	Responsable	Modalidad	Duración	Cronograma
VR	Gestión de riesgos y manejo de situaciones amenazantes	Fortalecer la capacidad del personal para identificar, evaluar y mitigar riesgos laborales y de atención a usuarias.	Gestión de Riesgos- UPI y Recursos Humanos	Virtual	2 sesiones de 2 horas	Noviembre 2025
ACTL	Actividades de control institucional	Revisar y actualizar los mecanismos de control interno para asegurar cumplimiento normativo.	Gestión de Riesgos-UPI	Virtual	2 sesiones de 2 horas	Noviembre 2025
SI	Gestión documental y resguardo de información confidencial	Asegurar el cumplimiento de la Ley 7202 y fortalecer el manejo seguro de archivos físicos y digitales	Unidad de Informática y Archivo Institucional	Virtual	1 sesión de 3 horas	Diciembre 2025
SSCI	Sistema de Control Interno y SEVRI	Capacitar sobre el uso, seguimiento y mejora del Sistema de Control Interno institucional.	Gestión de Riesgos- UPI	Virtual	1 sesión de 2 horas prácticas	Noviembre 2025

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2025

Centro de Formación Política de las Mujeres - CFPM

Dependencia: FORMACIÓN POLÍTICA DE LAS MUJERES					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados:

Fortalezas destacadas

Cumplimiento total de las medidas del SCI.

Evidencias bien documentadas (minutas, correos, capturas del SIPGAF, listas de control, etc.).
 Participación activa del equipo en la valoración de riesgos y cumplimiento del SEVRI.
 Gestión adecuada de la información confidencial y documental, conforme al artículo 39 de la Ley 7202.
 Comunicación institucional efectiva, tanto interna como externa.

Recomendaciones de mejora continua

Aunque el cumplimiento es total, siempre es posible fortalecer el sistema. Aquí algunas sugerencias:

1. Fortalecer la trazabilidad de evidencias

Algunas evidencias se describen de forma general (“correo electrónico”, “lista de control”), por lo que se recomienda: Nombrar los archivos con códigos únicos y Centralizar las evidencias en una carpeta digital estructurada, accesible para auditorías internas o externas.

2. Formalizar prácticas exitosas

Actividades como la socialización de valores o la participación en la valoración de riesgos pueden convertirse en buenas prácticas institucionales. Se sugiere: Compartirlas con otras dependencias como modelo replicable.

3. Revisión periódica de los controles

Aunque se cumplan todas las medidas, es recomendable:

Revisar semestralmente los controles establecidos para detectar oportunidades de mejora.

Actualizar procedimientos si hay cambios normativos o institucionales.

4. Capacitación continua

Incluir en el plan de formación temas como:

Actualización en normativa de control interno.

Gestión de riesgos emergentes.

Herramientas digitales para el seguimiento del SCI.

5. Evaluación de impacto

Para algunas medidas (como la 16-18 -SSCI y 16-19-SSCI), se podría incorporar una evaluación del impacto de las acciones correctivas o de mejora implementadas, para retroalimentar el proceso.

Conclusión

El Departamento de Formación Política de las Mujeres demuestra un alto nivel de madurez en la gestión del Control Interno, lo cual es un referente institucional. Las recomendaciones anteriores buscan consolidar y proyectar esa excelencia, promoviendo una cultura de mejora continua.

Centro de Información, Orientación y Referencia – CIO.

Resultados:

Dependencia: CENTRO DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y REFERENCIA/CIO					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,3	4,3	4,3	4,4	4,4	17=75%

Medidas marcadas como “No Aplica” que podrían requerir revisión

1. 16-3-AC: Manejo de conflictos de interés y denuncias

Justificación: No se han recibido denuncias en los últimos tres años.

Recomendación: Aunque no se hayan presentado casos, es importante contar con un protocolo preventivo y capacitar al personal en su aplicación. La ausencia de denuncias no exime de la obligación de estar preparados.

2. 16-5-VR: Manejo de situaciones amenazantes

Justificación: El INAMU no cuenta con políticas institucionales normadas para estas situaciones.

Recomendación: Elevar esta necesidad a nivel institucional. Mientras tanto, el CIO podría desarrollar lineamientos internos provisionales para la atención de situaciones de riesgo, especialmente en atención directa a usuarias.

3. 16-11-ACTL: Actividades de control para seguridad razonable

Justificación: Se indica que no aplica, pero no se detalla por qué.

Recomendación: Verificar si realmente no aplica. Si existen procesos operativos o administrativos, deberían existir controles documentados. Si no aplica por la naturaleza del servicio, se debe justificar con mayor claridad.

Recomendaciones generales de mejora

- Fortalecer la documentación de evidencias:
- Formalizar procedimientos internos:
- Aunque se cumplen muchas medidas, la formalización de prácticas en documentos oficiales (protocolos, instructivos, minutas) fortalece la trazabilidad y sostenibilidad del SCI.

Capacitación continua:

Incluir en el Plan de Capacitación anual temas como:

- Gestión de riesgos
- Manejo de conflictos
- Protección de datos sensibles
- Control interno y SEVRI

Recomendación: Mejorar la gestión de la información digital:

Aunque se indica que los sistemas permiten el resguardo de información, se desconoce si hay mecanismos de recuperación ante fallos. Se recomienda consultar con la Unidad de Informática sobre respaldos automáticos y recuperación de datos

Departamento de Ciudadanía Activa, liderazgo y Gestión Local:

Dependencia: DEPARTAMENTO DE CIUDADANÍA ACTIVA, LIDERAZGO Y GESTIÓN LOCAL					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

La dependencia evaluada ha cumplido con el 100% de los ítems establecidos en el formulario de autoevaluación, lo que significa que todas las categorías alcanzaron el cumplimiento total. La dependencia demuestra un compromiso ejemplar con la mejora continua y la gestión de riesgos institucionales.

Fortalezas destacadas

Cumplimiento total de las medidas del SCI, con evidencias claras y bien documentadas.

Participación del equipo en el cumplimiento del SEVRI y en la identificación de riesgos.

Gestión proactiva de riesgos, incluyendo alertas tempranas y acciones preventivas.

Uso adecuado de canales de comunicación institucional, tanto internos como externos.

Manejo responsable de la información, con mecanismos de custodia y control, incluso sin tratarse de información confidencial.

Seguimiento presupuestario y técnico documentado, con informes y oficios dirigidos a instancias superiores.

Condición Jurídica y Derechos Humanos de las Mujeres:

Dependencia: DEPARTAMENTO CONDICIÓN JURÍDICA Y DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,3	4,4	4,3	4,4	18=75%

Resultados

Lo anterior refleja una gestión sólida en control interno. La ausencia de ítems “No cumple” es positiva, pero los “No aplica” deben ser revisados para evitar vacíos de control.

Las evidencias aportadas (minutas, capturas de pantalla, listas de asistencia, etc.) están bien documentadas y responden a la Guía ACI 2025.

Aspectos Que Mejorar: Aunque no se reportan ítems como “No cumple”, hay dos ítems marcados como “No aplica” que podrían revisarse para confirmar si realmente no corresponden o si podrían fortalecerse: 16-5-VR: Manejo de situaciones amenazantes – Se indica que no existen protocolos institucionales.

Recomendación: Proponer la creación de protocolos desde RRHH o Presidencia Ejecutiva

En la pregunta 16-13-SI: Resguardo de información sensible, Se indica que no aplica.

Verificar si realmente no se maneja información sensible o si se requiere establecer controles mínimos.

Conclusión: La dependencia muestra un desempeño muy bueno en la implementación del Sistema de Control Interno. Se recomienda revisar los ítems “No aplica” para fortalecer aún más la gestión de riesgos y asegurar que no existan áreas sin cobertura de control.

Departamento de Construcción de Identidades y Proyectos de Vida:

Dependencia: DEPARTAMENTO CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES Y PROYECTOS DE VIDA

Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,3	4,4	4,4	4,4	19=75%

Resultados

La única debilidad identificada está relacionada con la gestión de riesgos ante situaciones amenazantes, lo cual es crítico para la seguridad del personal.

Las evidencias están bien documentadas (minutas, capturas de pantalla, listas de asistencia, etc.)

Aspectos a Mejorar: La pregunta que no cumple es la 16-5-VR que indica: ¿Cuenta su dependencia con las políticas, procedimientos y mecanismos que permitan el manejo apropiado de aquellas situaciones amenazantes propias de su trabajo?

Plan de Mejora: Se propone realizar un conversatorio con otras dependencias para crear un protocolo institucional que minimice riesgos. Actualmente no existe un mecanismo formal en el DCIPV.

Recomendación: Coordinar con RRHH y Presidencia Ejecutiva para desarrollar un protocolo de seguridad institucional.

Conclusión: El Departamento de Construcción de Identidades y Proyectos de Vida presenta un desempeño muy bueno en la autoevaluación del Sistema de Control Interno. Se recomienda priorizar la atención al ítem 16-5-VR para alcanzar un nivel excelente en futuras evaluaciones

Unidad de Prensa y Comunicación-UCOM:

Dependencia: UNIDAD DE PRENSA Y COMUNICACIÓN-UCOM					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,3	4,4	19=75%

Resultados:

La Unidad de Prensa y Comunicación-UCOM refleja el compromiso que se ha adquirido con el control interno institucional. Cumple con 19 preguntas y no aplica 1 pregunta. No se reportan ítems como “No cumple”, lo cual es excelente. Sin embargo, se marca 1 ítem como “No aplica” que hace mención a la pregunta 16-13-SI Tema: Resguardo de información sensible y mecanismos de control. Lo que menciona la Jefatura es que esta Unidad no tiene o custodia información sensible.

La ausencia de ítems “No cumple” indica que no hay debilidades evidentes en los controles evaluados.

Conclusión: La Unidad de Prensa y Comunicación presenta un desempeño muy bueno en la autoevaluación del Sistema de Control Interno. Se recomienda revisar el ítem “No aplica” para confirmar su pertinencia y fortalecer aún más la gestión de riesgos y control institucional.

Contraloría de Servicios- CS:

Dependencia: CONTRALORÍA DE SERVICIOS-CS					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,1	4,3	4,4	4,4	4,3	15=75%

Resultados:

Los resultados obtenidos indican una gestión aceptable, pero con áreas críticas que deben fortalecerse. Los ítems “**No cumple**” se concentran en aspectos de comunicación interna, valores, riesgos y normativa, lo cual puede impactar la efectividad del control interno si no se atienden.

Los siguientes ítems fueron marcados como “**No cumple**” y requieren atención prioritaria:

16-1-AC: Divulgación de funciones del Manual Institucional de cargos

Plan: Reunión programada en el III trimestre para revisar funciones con nueva funcionaria, vencida.

16-3-AC: Manejo de conflictos de interés y denuncias

Plan: Sesión de trabajo para retroalimentación sobre normativa.

16-4-AC: Socialización de valores institucionales

Plan: Actividad programada para octubre como parte del Mes de los Valores.

16-5-VR: Manejo de situaciones amenazantes

Plan: Diseño de procedimiento en el IV trimestre.

16-19-SSCI: Comunicación de amenazas y oportunidades de mejora del SCI

Plan: Reunión de retroalimentación programada para el IV trimestre.

Las evidencias están bien documentadas, lo que facilita el seguimiento.

Conclusión: La Contraloría de Servicios presenta un desempeño muy bueno, pero con oportunidades claras de mejora. Se recomienda implementar los planes de acción propuestos en los trimestres correspondientes y dar seguimiento a través de reuniones y documentación formal.

Delegación de la Mujer- DM

Dependencia: DELEGACIÓN DE LA MUJER-DM					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,2	4,4	4,3	4,3	4,3	15=75%

Resultados

Resumen de Cumplimiento por Componente del Sistema de Control Interno **AC (Ambiente de Control)**
Cumple: Divulgación de funciones (16-1-AC), Procedimientos actualizados (16-2-AC). **No cumple:** Manejo de conflictos de interés (16-3-AC), Socialización de valores (16-4-AC).

Recomendaciones:

Realizar talleres sobre ética y conflictos de interés.

Integrar los valores institucionales en reuniones periódicas.

VR (Valoración de Riesgos) Cumple todas: Participación en SEVRI (16-6-VR), Identificación de riesgos (16-7-VR), Mitigación de riesgos (16-8-VR), Políticas de manejo de situaciones (16-5-VR).

Recomendaciones: Continuar con el uso del SIPGAF y reforzar la capacitación en gestión de riesgos.

ACTL (Actividades de Control) Cumple: Uso de activos (16-9-ACTL), Canales de comunicación (16-10-ACTL), Gestión de proyectos (16-12-ACTL).

No cumple: Seguridad jurídica y técnica (16-11).

Recomendaciones:

Fortalecer controles internos con base en normativa vigente.

Documentar y revisar periódicamente las actividades de control.

SI (Sistemas de Información) Cumple: Resguardo de información (16-13-SI), Comunicación institucional (16-15-SI), Gestión documental (16-16-SI).

No cumple: Formalización de políticas de archivo (16-14-SI).

Recomendaciones:

Formalizar y divulgar políticas de archivo conforme a la Ley 7202.

Capacitar sobre gestión documental.

SSCI (Seguimiento al Sistema de Control Interno) Cumple: Valoración de riesgos (16-17-SSCI), Implementación de recomendaciones (16-18-SSCI), Comunicación de amenazas y oportunidades (16-19-SSCI).

No cumple: Autoevaluación anual (16-20-SSCI).

Recomendaciones Generales

- Fortalecer la cultura institucional mediante reuniones periódicas que aborden valores, ética y control interno.
- Documentar evidencias de cumplimiento de manera clara y accesible.
- Capacitación continua en SEVRI, gestión documental y normativa aplicable.
- Monitoreo trimestral del cumplimiento para evitar acumulación de acciones correctivas.

La Delegación de la Mujer muestra un compromiso importante con el SCI, pero hay cinco medidas clave que requieren atención prioritaria para alcanzar un nivel de excelencia.

Las recomendaciones anteriores buscan fortalecer la cultura de control interno y asegurar la mejora continua.

Departamento Financiero Contable- DFC

Dependencia: DEPARTAMENTO FINANCIERO-CONTABLE -DFC					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Resumen de Cumplimiento por componente funcional del SCI:

AC (Ambiente de Control) Todas las preguntas fueron respondidas como Cumple. Se evidencia divulgación clara de funciones, procedimientos actualizados, promoción de ética y socialización de valores.

ACTL (Actividades de Control) Cumplimiento total en uso de activos, comunicación, controles jurídicos y técnicos, y gestión de proyectos. Se menciona evidencia como reportes de flujo de caja y canales institucionales.

VR (Valoración de Riesgos) Se identifican, evalúan y mitigan riesgos oportunamente. Participación del equipo en SEVRI.

SI (Sistemas de Información) Gestión documental institucional sólida. Uso de plataformas como SICEAGE y AGE para resguardo y recuperación de información.

SSCI (Sistema de Control Interno Específico) Implementación de recomendaciones del SEVRI y ACI. Comunicación efectiva de amenazas y oportunidades. Autoevaluación anual realizada conforme a la Ley 8292.

Recomendaciones Generales:

Aunque el cumplimiento es excelente (100%), se recomienda:

Mantener la documentación actualizada y accesible para auditorías.

Continuar con la capacitación del personal en temas de control interno y gestión de riesgos.

Revisar periódicamente los mecanismos de control para adaptarse a cambios normativos o institucionales.

Fortalecer la cultura institucional mediante espacios de reflexión sobre valores y ética.

Este resultado refleja un compromiso sólido con la implementación de medidas de control interno, la gestión de riesgos, la protección de activos institucionales, la transparencia en los procesos administrativos y el cumplimiento de la normativa vigente

Departamento de Desarrollo Regional

Dependencia: DEPARTAMENTO DE DESARROLLO REGIONAL-DR					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

AC (Ambiente de Control) Cumplimiento total en divulgación de funciones, actualización de procedimientos, ética institucional y socialización de valores.

VR (Valoración de Riesgos) Identificación, evaluación y mitigación de riesgos se realiza de forma efectiva y oportuna.

ACTL (Actividades de Control) Se cumple con el uso adecuado de activos, canales de comunicación, controles jurídicos y técnicos, y gestión de proyectos.

SI (Sistemas de Información) Gestión documental institucional sólida, con mecanismos de resguardo, acceso y recuperación de información.

SSCI (Sistema de Control Interno Específico) Implementación de recomendaciones, comunicación de amenazas y oportunidades, y realización de autoevaluación anual conforme a la Ley 8292

Recomendaciones Generales

Mantener la mejora continua mediante revisión periódica de procedimientos y controles.

Fortalecer la cultura departamental con espacios de reflexión sobre valores y ética.

Documentar evidencias de cumplimiento de forma clara y accesible para auditorías.

Compartir buenas prácticas con otras dependencias que tengan áreas de mejora y con las Unidades Regionales.

Dirección Administrativa Financiera-DAF

Dependencia: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-FINANCIERA -DAF					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,3	4,4	4,4	4,4	19=75%

Resultados

Interpretación General

Cumplimiento Total: 19 de 20 preguntas fueron marcadas como “Cumple”.

No Aplica: Solo la pregunta (16-5-VR), ¿Cuenta su dependencia con las políticas, procedimientos y mecanismos que permitan el manejo apropiado de aquellas situaciones amenazantes propias de su trabajo? Fue respondida como No Aplica, indicando la Jefatura que no corresponde a las funciones de la Dirección evaluada.

No hay ningún ítem marcado como “No Cumple”, lo que refleja un alto nivel de cumplimiento institucional.

Observaciones Relevantes

Las evidencias están bien documentadas en formatos PDF, incluyendo minutas, capturas de pantalla del SIPGAF, correos electrónicos, y listas de control.

Se destaca la formalización de procedimientos administrativos, el uso de sistemas institucionales como SIPGAF, y la correcta custodia de activos e información sensible.

Dirección Estratégica- DE

Dependencia: DIRECCIÓN ESTRATÉGICA-DE					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Interpretación por componente del SCI

AC – Ambiente de Control- Todas las preguntas fueron respondidas como Cumple.

Evidencias incluyen minutas de reunión, acuerdos de Junta Directiva y comunicaciones internas.

VR – Valoración de Riesgos- Cumple con las cuatro preguntas con evidencia en SIPGAF y oficios institucionales.

ACTL – Actividades de Control-Todas las preguntas fueron Cumple, incluyendo la 16-12-ACTL que, aunque se indica que no aplica, fue marcada como “Cumple” aprobado por la UPI.

SI – Sistemas de Información-Todas las preguntas fueron Cumple. Evidencias: respaldos de información, políticas de archivo, circulares institucionales.

SSCI – Seguimiento del Sistema de Control Interno-Todas las preguntas fueron Cumple- Evidencias: minutas, oficios, capturas de pantalla del sistema de riesgos.

Fortalezas:

Destaca la formalización de procedimientos, el uso de herramientas institucionales como SIPGAF, la correcta custodia de activos, y la gestión documental alineada con la Ley 7202. Además, se evidencia una cultura departamental orientada a la mejora continua, la prevención de riesgos y la transparencia administrativa.

Observaciones: La Dirección Estratégica demuestra un alto nivel de cumplimiento en todas las áreas evaluadas. La documentación de respaldo está bien organizada y responde a los lineamientos de la ACI 2025.

Departamento de Gestión de Políticas Públicas-GPP

Dependencia: DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS-GPP					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,3	4,3	4,4	4,3	4,4	17=75%

Resultados

Ambiente de Control (AC)

Medidas evaluadas: 16-1- AC a 16-4-AC

Cumplimiento: 3 cumplen, **1 no aplica**

Fortalezas:

Manual de cargos disponible y socializado.

Procedimientos técnicos actualizados y accesibles.

Valores institucionales integrados en documentos técnicos.

Observación: La medida sobre denuncias contra la Hacienda Pública no aplica por la naturaleza del trabajo del DGPP.

Valoración de Riesgos (VR)

Medidas evaluadas: 16-5-VR a 16-8-VR

Cumplimiento: 3 cumplen, **1 no cumple**

Fortalezas:

Identificación de riesgos en SIPGAF.

Participación del equipo en el SEVRI.

Reuniones periódicas para seguimiento de procesos.

Debilidad:

Los planes de mitigación de riesgos no se ejecutaron a tiempo. Se programó su atención para el segundo semestre.

Sistemas de Información (SI)

Medidas evaluadas: 16-13-SI a 16-16-SI

Cumplimiento: 3 cumplen, No se maneja información confidencial, por lo que la medida 16-13 **no aplica**.

Fortalezas:

Archivo de gestión conforme a la Ley 7202.

Uso de sitio colaborativo y correo institucional.

Recomendación:

Asegurar el cumplimiento de los planes de mitigación en el plazo establecido.

Documentar las acciones ejecutadas y actualizar el sistema SIPGAF con responsables y fechas claras.

Realizar seguimiento mensual para evitar rezagos

Mantener a partir del próximo trimestre la carpeta digital actualizada con las evidencias conforme a la Guía ACI 2025 y a los formatos que les fueron entregados de manera virtual.

Unidad de Planificación y Cooperación y Relaciones Internacionales -UPI -CRI

Dependencia: UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL -UPI Y COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES-CRI					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Todos los ítems (AC, VR, ACTL, SI, SSCI) fueron marcados como “Cumple”.

Fortalezas Identificadas

Cumplimiento total en todos los ítems evaluados, lo que refleja una gestión sólida del control interno.

Entrega puntual y formal del cuestionario, con firma digital y trazabilidad.

Participación de la jefatura y del equipo de trabajo, lo que demuestra compromiso institucional.

Acciones de Mejora Sugeridas

Aunque el resultado es excelente, siempre hay oportunidades para fortalecer la cultura de mejora continua:

Documentar buenas prácticas

Crear un repositorio interno con ejemplos de cómo se logró el 100% de cumplimiento.

Compartir estas prácticas con otras unidades del INAMU.

Revisión periódica de controles

Aunque se cumple actualmente, establecer revisiones trimestrales para asegurar que los controles sigan siendo efectivos.

Capacitación continua

Integración con otros procesos institucionales

Alinear los resultados del ACI con el Plan Estratégico Institucional y los indicadores de desempeño.

Presidencia Ejecutiva y Junta Directiva

Dependencia: JUNTA DIRECTIVA- JD Y DESPACHO -PE					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,3	4,3	4,3	4,4	4,2	15=75%

Resultados

Interpretación General: El componente Sistemas de Información muestra un cumplimiento excelente, lo que indica una gestión sólida en cuanto a resguardo, comunicación y documentación institucional. Los componentes de Ambiente de Control, Valoración de Riesgos y Actividades de Control tienen un cumplimiento muy bueno, aunque cada uno presenta una oportunidad de mejora en al menos una medida. El componente Seguimiento al SCI tiene el cumplimiento más bajo, lo que sugiere que se deben reforzar las acciones relacionadas con la implementación de recomendaciones y comunicación de riesgos.

No cumple:

16-3-AC ¿Promueve con su equipo de trabajo el manejo de conflictos de interés y la atención apropiada de las denuncias que se presenten ante la institución en relación con esas conductas, y para tramitar ante las autoridades que corresponda las denuncias de presuntos ilícitos en contra de la Hacienda Pública? No cumple

16-8-VR ¿Ejecuta en su dependencia a tiempo los planes de mitigación de riesgos derivados del SEVRI y aprobados por la Junta Directiva para el 2025?

16-11-ACTL ¿Cuenta la dependencia con actividades de control que permitan obtener una seguridad razonable de la actuación según las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes?

16-18-SSCI ¿Son implementadas las recomendaciones producto de los Informes de Resultados del SEVRI-SCI, así como de la ACI con su equipo de trabajo?

16-19-SSCI ¿Se comunican en el momento preciso a las personas funcionarias de cada dependencia, las amenazas como las oportunidades de mejora del SCI para que tomen las acciones que correspondan?

Según programación se tiene planeado cumplir con las preguntas “No Cumple” en el IV Trimestre del 2025

Área de mejora: Manejo de conflictos de interés y atención de denuncias.

Fortalezas:

- Protección y custodia de activos institucionales.
- Canales adecuados de comunicación.
- Divulgación del Manual Institucional de Cargos.
- Procedimientos actualizados.
- Socialización de valores institucionales.
- Cumplimiento en áreas clave como divulgación de funciones, manejo de activos, comunicación institucional y resguardo de información confidencial.

- Evidencias bien documentadas en formato PDF, incluyendo minutas, capturas de pantalla, listas de asistencia y documentos oficiales.
- Participación del equipo en sesiones de trabajo y actividades de control.

Recomendaciones:

- Capacitar al personal en normativas técnicas y jurídicas aplicables
- Realizar sesiones periódicas de sensibilización sobre conflictos de interés.
- Documentar y divulgar los canales disponibles para reportar presuntos ilícitos.
- Implementar listas de verificación para asegurar cumplimiento normativo.
- Mantener actualizadas las políticas de clasificación y archivo.
- Continuar capacitando al personal en el uso seguro de sistemas de información.
- Realizar simulacros de recuperación de información ante contingencias.

Departamento de Proveeduría

Dependencia: DEPARTAMENTO DE PROVEEDURÍA					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Temas evaluados en el cuestionario

Algunos ejemplos de las medidas evaluadas incluyen:

Divulgación del Manual Institucional de Cargos

Procedimientos actualizados

Manejo de conflictos de interés

Socialización de valores institucionales

Participación en el SEVRI

Evaluación y mitigación de riesgos

Control de activos institucionales

Canales de comunicación internos y externos

Gestión documental y resguardo de información confidencial

Valoración de riesgos y seguimiento a recomendaciones del SEVRI

Evidencias aportadas

Minutas de reunión en PDF

Capturas de pantalla del SIPGAF y SICEAGE

Oficios institucionales

Portadas de procedimientos actualizados

Listas de asistencia
Correos electrónicos con circulares
Cuestionario de Autoevaluación

Departamento de Recursos Humanos

Dependencia: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS-DRH					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,3	4,2	17=75%

Resultados

Ambiente de Control (AC)

Preguntas: 16-1-AC, 16-2-AC, 16-3-AC, 16-4-AC

Resultado: Todas las preguntas fueron calificadas como Cumple

Análisis:

Se evidencia una adecuada divulgación de funciones, procedimientos actualizados, manejo de conflictos de interés y socialización de valores institucionales.

Esto indica un entorno organizacional sólido, con liderazgo comprometido y comunicación efectiva.

Valoración de Riesgos (VR)

Preguntas: 16-5-VR, 16-6-VR, 16-7-VR, 16-8-VR

Resultado: Todas las preguntas fueron calificadas como Cumple

Análisis:

La dependencia identifica, evalúa y mitiga riesgos oportunamente.

Se demuestra participación activa del equipo en el SEVRI y existencia de políticas para situaciones amenazantes.

Actividades de Control (ACTL)

Preguntas: 16-9-ACTL a 16-12-ACTL Resultado: Todas Cumple, incluyendo la 16-12-ACTL que fue marcada como "No Aplica" pero se asignó por la Unidad de Planificación como "Cumple" por criterio institucional.

Análisis:

Se cuenta con mecanismos adecuados para protección de activos, comunicación, cumplimiento normativo.

La dependencia mantiene evidencia documental que respalda estas actividades.

Sistema de Información (SI)

Preguntas: 16-13-SI a 16-16-SI Resultado: Cumple: 16-13-SI, 16-14-SI, 16-15-SI Y se responde **No Aplica** a la pregunta 16-16-SI que dice: ¿Los sistemas de información en el INAMU cumplen con una gestión documental institucional, mediante la que se ejerce control en el almacenamiento y recuperación de la información en la organización?, no obstante, esta pregunta aplica a toda la Institución.

Análisis: Se resguarda información sensible, existen políticas de archivo y canales de comunicación efectivos.

La pregunta 16-16-SI aplica a todas las dependencias de la Institución por lo tanto no se debió de indicar como No Aplica sino como No cumple.

Seguimiento del Sistema de Control Interno (SSCI)

Preguntas: 16-17-SSCI a 16-20-SSCI

Resultado: Cumple: 16-17-SSCI, 16-20-SSCI / se da por respuesta un **No Cumple** a la pregunta 16-18-SSCI ¿Son implementadas las recomendaciones producto de los Informes de Resultados del SEVRI-SCI así como

de la ACI con su equipo de trabajo? Y con respecto a la pregunta 16-19-SSCI ¿Se comunican en el momento preciso a las personas funcionarias de cada dependencia, las amenazas como las oportunidades de mejora del SCI para que tomen las acciones que correspondan? Se responde como **no aplica**

Análisis:

Se cuenta con un sistema específico de valoración de riesgos y se realiza la autoevaluación anual.

Sin embargo, no se han implementado las recomendaciones de informes SEVRI-ACI, lo que representa una oportunidad de mejora.

Se indica en el Plan de Acción que se dará atención en el tercer trimestre del año

Recomendaciones:

Establecer un cronograma de seguimiento para implementar las recomendaciones de los informes SEVRI y ACI.

Designar responsables por cada acción correctiva y documentar avances en reuniones periódicas.

Revisar si realmente las preguntas cuya respuesta fue dada como “no aplican” tienen oportunidades de mejora en la comunicación de amenazas y oportunidades del SCI.

Promover espacios de reflexión interna sobre riesgos emergentes y buenas prácticas.

Consolidación de Evidencias Documentales: Hallazgo: Aunque se aportaron evidencias, algunos formatos fueron generales (minutas, capturas, listas).

Recomendación:

Estandarizar los formatos de evidencia según la Guía de ACI 2025

Crear una carpeta digital estructurada por componente del SCI, con enlaces a documentos clave, accesible para auditorías internas.

Incluir temas de capacitación como ética institucional, manejo de información confidencial, y control de activos.

Coordinar con la Unidad de Informática y Archivo para implementar mecanismos de gestión documental digital, conforme al artículo 39 de la Ley 7202.

Establecer protocolos para el almacenamiento, recuperación y custodia de documentos sensibles.

Comunicación Interna Efectiva: Fortalecer los canales internos de comunicación para asegurar que todo el personal esté informado sobre cambios, riesgos y medidas del SCI.

Usar herramientas colaborativas para compartir circulares, políticas y procedimientos.

Departamento Especializado de Información, con recargo de la Unidad de Investigación

Dependencia: Departamento Especializado de Información, con recargo de la Unidad de Investigación					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Este informe presenta los resultados de la Autoevaluación de Control Interno (ACI) correspondiente al periodo 2025, realizada por el Departamento Especializado de Información con recargo de la Unidad de Investigación

Las evidencias incluyen:

Minutas de reuniones

Documentos institucionales aprobados

Capturas de pantalla de sistemas (SIPGAF, SICEAGE, etc.)

Oficios en PDF

Listas de asistencia

Reglamentos institucionales

Políticas de repositorio y gestión documental

Todas las medidas fueron calificadas como Cumple, incluyendo la medida 16-12-CTL, que aunque no aplica a la dependencia, fue marcada como “Cumple” por disposición institucional.

Fortalezas:

Se evidencia una gestión activa en la promoción de valores, manejo de riesgos, control de activos, y resguardo de información sensible.

La dependencia evaluada demuestra un cumplimiento total con las medidas establecidas en el Sistema de Control Interno del INAMU. La documentación aportada respalda adecuadamente cada respuesta, lo que refleja un compromiso institucional con la mejora continua y la transparencia.

Secretaría Técnica PIEG

Dependencia: Secretaría Técnica PIEG					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,1	4,4	4,4	4,4	4,4	17=75%

Resultados

Las respuestas se clasifican en tres categorías: Cumple, No cumple, y No aplica. Se adjuntaron evidencias electrónicas para sustentar cada respuesta.

Las siguientes medidas fueron calificadas como **No cumple:**

16-1-AC: Divulgación de funciones del Manual Institucional de Cargos

16-3-AC: Manejo de conflictos de interés y atención de denuncias

16-4-AC: Socialización de los valores institucionales

Plan de acción propuesto: Incorporar estos temas en reuniones del segundo semestre.

Evidencias Aportadas

Las evidencias incluyen:

Minutas de reuniones

Portadas de procedimientos actualizados

Capturas de pantalla del SIPGAF y SICEAGE

Documentos de control de activos

Listas de asistencia

Oficios en PDF

Imágenes de canales de comunicación institucional

Observaciones

La dependencia muestra un alto nivel de cumplimiento en la mayoría de las medidas evaluadas.

Se identifican áreas de mejora relacionadas con la divulgación de funciones, valores institucionales y atención de conflictos de interés.

Conclusión

La Secretaría Técnica PIEG demuestra un nivel muy bueno de cumplimiento con el Sistema de Control Interno del INAMU. Se recomienda dar seguimiento a los planes de acción propuestos para alcanzar el 100% de cumplimiento a finales de diciembre del presente año.

Recomendaciones de Mejora para la Secretaría Técnica PIEG

1. Fortalecer la divulgación del Manual Institucional de Cargos (Pregunta 16-1-AC)

Situación actual: No se cumple.

Recomendación:

Programar sesiones informativas para todo el personal sobre las funciones contenidas en el manual.

Incorporar este tema en las reuniones de equipo y documentar la actividad mediante minutas.

Crear un resumen visual o infografía del manual para facilitar su comprensión.

2. Abordar el manejo de conflictos de interés y atención de denuncias (Pregunta 16-3-AC)

Situación actual: **No se cumple.**

Recomendación:

Incluir este tema en las capacitaciones internas del segundo semestre.

Socializar las directrices institucionales sobre conflictos de interés.

Establecer un protocolo interno para canalizar denuncias, alineado con las políticas del INAMU.

3. Promover activamente los valores institucionales (Pregunta 16-4-AC)

Situación actual: **No se cumple.**

Recomendación:

Organizar actividades mensuales que refuercen los valores del INAMU (ej. dinámicas, cápsulas informativas).

Documentar las acciones realizadas como evidencia para futuras evaluaciones.

4. Consolidar la documentación de evidencias

Observación general: Aunque se aportaron evidencias, algunas están en proceso de construcción o requieren mayor formalización.

Crear una carpeta digital estructurada por trimestre y por pregunta del ACI.

Asegurar que cada evidencia esté claramente etiquetada y vinculada a la medida correspondiente.

Validar para futuras ACI que todas las evidencias cumplan con los lineamientos de la Guía ACI 2025 y los formatos dados en esta autoevaluación 2025.

5. Seguimiento a planes de acción

Recomendación:

Establecer un cronograma de seguimiento para las acciones correctivas propuestas con cierre a diciembre 2025

Asignar responsables y fechas límite para cada mejora.

Dependencia: UNIDAD DE INFORMÁTICA -UIN					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	19=75%

Resultados

Fortalezas:

Ambiente de Control

- ✓ Divulgación de funciones del Manual Institucional de Cargos.
- ✓ Procedimientos actualizados alineados con objetivos institucionales.
- ✓ Socialización de valores institucionales.
- ✓ Uso adecuado y control de activos institucionales.
- ✓ Canales de comunicación efectivos para personal y usuarias.
- ✓ Actividades de control alineadas con disposiciones jurídicas y técnicas.
- ✓ Gestión de proyectos con controles según norma 4.5.2.

Oportunidades de Mejora:

Evaluar pertinencia de la medida sobre manejo de conflictos de interés y denuncias. Aunque se marcó como “No Aplica”, podría revisarse si hay espacio para fortalecer esta práctica.

VR – Valoración de Riesgos

Fortalezas:

- ✓ Políticas y mecanismos para manejo de situaciones amenazantes.
- ✓ Participación del equipo en el cumplimiento del SEVRI.
- ✓ Identificación y evaluación de riesgos como insumo para decisiones.
- ✓ Ejecución oportuna de planes de mitigación aprobados.

Componente SI – Sistemas de Información

Fortalezas:

- ✓ Políticas y procedimientos formales para control de información y archivo documental (Ley 7202).
- ✓ Canales institucionales que permiten traslado oportuno de información.
- ✓ Gestión documental institucional mediante sistemas de información (SICEAGE).

Oportunidades de Mejora:

No se identifican debilidades. Se recomienda mantener la seguridad y trazabilidad de la información sensible.

Componente SSCI – Sistema de Control Interno

Fortalezas:

- ✓ Sistema específico de valoración de riesgos (SIPGAF).
- ✓ Implementación de recomendaciones del SEVRI-SCI y ACI.
- ✓ Comunicación oportuna de amenazas y oportunidades de mejora.

Dependencia: DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA-VIO					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,3	4,4	4,4	4,4	19=75%

Resultados

Ambiente de control

Fortalezas:

- ✓ Divulgación efectiva del Manual Institucional de Cargos.
- ✓ Procedimientos actualizados y articulados con PIEG.
- ✓ Promoción del manejo de conflictos de interés y canalización de denuncias.
- ✓ Socialización de valores institucionales.
- ✓ Control adecuado de activos institucionales.
- ✓ Canales de comunicación institucionales bien establecidos.
- ✓ Actividades de control alineadas con disposiciones jurídicas.

VR – Valoración de Riesgos

Fortalezas:

- ✓ Participación activa del equipo en SEVRI.
- ✓ Identificación y evaluación constante de riesgos.
- ✓ Ejecución oportuna de planes de mitigación.

Debilidades:

Falta de protocolo formal para situaciones de alta complejidad.

Oportunidades de Mejora:

Requiere plan de acción para desarrollar y formalizar el protocolo de abordaje de situaciones complejas.

Área de Mejora Identificada

Solo una pregunta fue marcada como “**No cumple**” **Pregunta 16-5-VR:** ¿Cuenta su dependencia con las políticas, procedimientos y mecanismos que permitan el manejo apropiado de aquellas situaciones amenazantes propias de su trabajo?

Justificación: Se está trabajando en un protocolo para el abordaje de situaciones de alta complejidad.

Fecha estimada de cumplimiento: 12/01/2025

ACTL – Actividades de Control

Fortalezas:

- ✓ Uso adecuado y revisión periódica de activos.
- ✓ Canales de comunicación adecuados para funcionarias y usuarias.
- ✓ Actividades de control que aseguran cumplimiento normativo.
- ✓ Inclusión de controles en términos de referencia para proyectos.

SI – Sistemas de Información

Fortalezas:

- ✓ Políticas y procedimientos formales para control documental (Ley 7202).
- ✓ Canales institucionales para traslado oportuno de información.
- ✓ Gestión documental institucional mediante sistemas como SIPGAF

SSCI – Sistema de Control Interno

Fortalezas:

- ✓ Sistema específico de valoración de riesgos (SIPGAF).
- ✓ Implementación de recomendaciones del SEVRI-SCI.

- ✓ Comunicación oportuna de amenazas y oportunidades de mejora.
- ✓ Evaluación anual del sistema de control interno.

Departamento de Servicios Generales y Transportes- DSGT

Dependencia: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES Y TRANSPORTES-DSGT					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Todas las medidas fueron evaluadas como **"Cumple"**.

Se aportaron evidencias como minutas, capturas de pantalla, listas de asistencia, entre otros.

La pregunta 16-12-ACTL fue marcada como "Cumple" aunque no aplica, según nota aclaratoria.

Este informe resume la evaluación realizada por la dependencia, destacando el compromiso con el Sistema de Control Interno y el cumplimiento de las disposiciones institucionales.

Unidad Regional Brunca- URB

Dependencia: UNIDAD REGIONAL BRUNCA-URB					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,3	4,4	4,4	4,4	19=75%

Fortalezas Detectadas (Respuestas "Cumple")

- Divulgación de funciones del Manual Institucional de cargos.
- Procedimientos actualizados alineados con objetivos institucionales.
- Promoción del manejo de conflictos de interés y denuncias.
- Socialización de los valores institucionales.

- Participación del equipo en el cumplimiento del SCI y SEVRI.
- Identificación y evaluación de riesgos para toma de decisiones.
- Ejecución oportuna de planes de mitigación de riesgos.
- Uso adecuado y seguridad de los activos institucionales.
- Canales adecuados de comunicación interna y externa.
- Actividades de control alineadas con disposiciones jurídicas.
- Gestión de proyectos con actividades de control según norma 4.5.2.
- Resguardo y control de información sensible/confidencial.
- Políticas y procedimientos para archivo documental conforme a Ley 7202.
- Canales de comunicación que permiten traslado oportuno de información.
- Sistemas de información con gestión documental institucional.
- Sistema específico de valoración de riesgos.
- Implementación de recomendaciones del SEVRI-SCI y ACI.
- Comunicación oportuna de amenazas y oportunidades de mejora del SCI.
- Realización anual de la autoevaluación del SCI conforme a la Ley.

Recomendación General

Fortalecer la medida que no se cumple:

La única medida con respuesta "No cumple" es la pregunta **16-5-VR** corresponde a la pregunta: ¿Cuenta su dependencia con las políticas, procedimientos y mecanismos que permitan el manejo apropiado de aquellas situaciones amenazantes propias de su trabajo?

Recomendación específica:

Revisar y actualizar los procedimientos internos relacionados con la gestión de situaciones amenazantes.

Capacitar al personal sobre protocolos de seguridad y manejo de riesgos laborales.

Documentar las acciones correctivas y establecer una fecha clara de cumplimiento.

Coordinar con la Unidad de Gestión de Riesgos para validar las mejoras implementadas.

Mantener las buenas prácticas en divulgación, comunicación, gestión documental y control de activos.

Revisar periódicamente las evidencias para asegurar que estén actualizadas y disponibles para auditorías.

Unidad Regional Central- Oriente

Dependencia: UNIDAD REGIONAL CENTRAL-ORIENTE					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Componentes del Sistema de Control Interno

1. Ambiente de Control (AC)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

Manual institucional divulgado.

Procedimientos actualizados.

Promoción del manejo de conflictos de interés.

Socialización de valores institucionales.

Recomendaciones: Mantener la actualización del manual y reforzar la divulgación continua.

2. Valoración de Riesgos (VR)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

Participación activa del equipo en SEVRI.

Identificación y evaluación de riesgos.

Ejecución de planes de mitigación.

Recomendaciones: Fortalecer la documentación de acciones correctivas.

3. Actividades de Control (ACTL)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

Control adecuado de activos.

Canales de comunicación efectivos.

Actividades de control jurídico y técnico.

Gestión de proyectos con control normativo.

4. Sistema de Información (SI)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

Resguardo de información confidencial.

Políticas de archivo documental.

Canales institucionales funcionales.

Gestión documental automatizada.

Recomendaciones: Evaluar la eficiencia de los sistemas de recuperación de información.

5. Sistema de Control Interno (SCCI)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

- Valoración de riesgos con herramientas como SIPGAF.
- Implementación de recomendaciones del SEVRI.
- Comunicación oportuna de amenazas y oportunidades.
- Realización anual de autoevaluación.

Unidad Regional Chorotega- URCH

Dependencia: UNIDAD REGIONAL CHOROTEGA-URCH					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Componentes del Sistema de Control Interno

1. Ambiente de Control (AC)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

- Manual institucional divulgado.
- Procedimientos actualizados.
- Promoción del manejo de conflictos de interés.
- Socialización de valores institucionales.

Recomendaciones: Mantener sesiones periódicas de revisión del manual y reforzar la cultura institucional.

2. Valoración de Riesgos (VR)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

- Participación activa del equipo en SEVRI.
- Identificación y evaluación de riesgos.
- Ejecución de planes de mitigación.

Recomendaciones: Documentar mejoras implementadas y fortalecer la retroalimentación del equipo.

3. Actividades de Control (ACTL)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

Control adecuado de activos.

Canales de comunicación efectivos.

Actividades de control jurídico y técnico.

4. Sistema de Información (SI)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

- Resguardo de información confidencial.
- Políticas de archivo documental.
- Canales institucionales funcionales.
- Gestión documental automatizada.

Recomendaciones: Capacitar al personal en nuevas herramientas digitales.

5. Sistema de Control Interno (SSCI)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

Valoración de riesgos con herramientas como SIPGAF.

Implementación de recomendaciones del SEVRI.

Comunicación oportuna de amenazas y oportunidades.

Realización anual de autoevaluación.

Recomendaciones: Consolidar el seguimiento a las recomendaciones implementadas.

Documentar y divulgar procedimientos actualizados para fortalecer la transparencia institucional.

Monitorear periódicamente el cumplimiento de medidas y evidencias para asegurar mejoras continuas.

Unidad Pacifico Central- URPC

Dependencia: UNIDAD REGIONAL PACÍFICO CENTRAL-URPC					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	19=75%

Resumen

Componentes del Sistema de Control Interno

1. Ambiente de Control

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: 3 Cumple, 1 No cumple

Debilidad identificada: Falta de socialización efectiva de los valores institucionales.

Área por fortalecer: Cultura organizacional y comunicación interna.

Recomendación: Realizar reuniones periódicas para reforzar los valores institucionales y su aplicación práctica.

2. Valoración de Riesgos (VR)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

- Participación activa del equipo en SEVRI.
- Identificación y evaluación de riesgos.
- Ejecución de planes de mitigación.
- Políticas para manejo de situaciones amenazantes.

Recomendación: Documentar acciones correctivas y fortalecer la retroalimentación del equipo.

3. Actividades de Control (ACTL)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

- Control adecuado de activos.
- Canales de comunicación efectivos.
- Actividades de control jurídico y técnico.
- Gestión de proyectos con control normativo.

Recomendación: Implementar revisiones cruzadas entre departamentos y mantener registros actualizados.

4. Sistema de Información (SI)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

- Resguardo de información confidencial.
- Políticas de archivo documental.
- Canales institucionales funcionales.
- Gestión documental automatizada.

Recomendación: Evaluar la eficiencia de los sistemas de recuperación de información y capacitar al personal en su uso.

5. Sistema de Control Interno (SSCI)

Preguntas evaluadas: 4

Resultado: Todas Cumple

Fortalezas:

- Valoración de riesgos con herramientas como SIPGAF.
- Implementación de recomendaciones del SEVRI.
- Comunicación oportuna de amenazas y oportunidades.
- Realización anual de autoevaluación.

Recomendación: Establecer indicadores de seguimiento para cada recomendación implementada.

Unidad Regional Huetar Norte

Dependencia: UNIDAD REGIONAL HUETAR NORTE-URHN					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,1	4,3	4,4	4,4	4,4	16=75%

Resumen

La Unidad demuestra un buen nivel de cumplimiento en aspectos clave del control interno:

Gestión documental e información sensible: Se cumplen medidas relacionadas con el resguardo, archivo y comunicación de información institucional, preguntas 16-13- SI hasta la 16-16-SI.

Valoración de riesgos y Seguimiento al Sistema de Control Interno: Se evidencia cumplimiento en la identificación, mitigación y seguimiento de riesgos (preguntas 16-6-VR, 16-8-VR, y 16-17-SSCI, 16-20- SSCI

Activos institucionales: Se cumple con la protección y control de activos, pregunta 16-9-ACTL

Procedimientos actualizados: Se cuenta con guías y manuales vigentes que apoyan los objetivos institucionales, pregunta 16-2-AC.

Canales de comunicación: Se dispone de medios adecuados para la comunicación interna y externa, pregunta 16-10-ACTL ¿Cuenta su dependencia con canales adecuados de comunicación para las personas funcionarias y para las personas usuarias?

Implementación de recomendaciones: Se aplican las recomendaciones del SEVRI y ACI, pregunta 16-18-SSCI.

Evaluación anual del SCI: Se realiza la autoevaluación conforme a la normativa, pregunta 16-20-SSCI.

Recomendaciones generales

Formalizar reuniones: Asegurar que las reuniones propuestas como plan de acción se realicen y se documenten adecuadamente.

Protocolos específicos: Desarrollar y aprobar protocolos para situaciones de riesgo laboral.

Capacitación continua: Incluir temas como valores, conflictos de interés y denuncias en el plan de formación anual.

Seguimiento trimestral: Implementar un sistema de seguimiento para verificar el cumplimiento de las acciones correctivas.

No cumple con las siguientes preguntas:

16-1-AC ¿Divulga con el personal a cargo las funciones contenidas en el Manual Institucional de cargos?

16-3-AC ¿Promueve con su equipo de trabajo el manejo de conflictos de interés y la atención apropiada de las denuncias que se presentan ante la institución en relación con esas conductas, y para tramitar ante las autoridades que corresponda las denuncias de presuntos ilícitos en contra de la Hacienda Pública?

16-4-AC ¿Se socializa los valores en la Institución?

16-5-VR ¿Cuenta su dependencia con las políticas, procedimientos y mecanismos que permitan el manejo apropiado de aquellas situaciones amenazantes propias de su trabajo?

Unidad Regional Huetar Caribe

Dependencia: UNIDAD REGIONAL HUETAR CARIBE-URHC					
Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Seguimiento al SCI	Calificación General
4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	20=100%

Resultados

Áreas de Mejora Potenciales – Regional Huetar Caribe

Aunque todas las respuestas fueron "Cumple", hay señales que podrían indicar oportunidades de fortalecimiento:

Recomendaciones para Fortalecer el Cumplimiento

Estandarizar las evidencias: Usar formatos institucionales (actas, minutas, listas de asistencia) con fechas y responsables.

Documentar las acciones: Aunque se cumpla la medida, incluir siempre una justificación clara y específica.

Evitar ambigüedad: Reemplazar expresiones subjetivas por descripciones verificables.

Recomendación Final

Se sugiere a la jefatura de la URHC:

Revisar y fortalecer las evidencias documentales, asegurando que estén alineadas con la Guía ACI 2025 y los formatos que le fueron proporcionados en las carpetas digitales respectivas.

Estandarizar las justificaciones con descripciones claras, específicas y verificables.

Capacitar al equipo sobre la importancia de la documentación como respaldo del cumplimiento.

Resumen Ejecutivo Final

Se evaluaron 34 dependencias utilizando 32 cuestionarios de la Autoevaluación de Control Interno del INAMU.

El porcentaje general de cumplimiento por dependencia se presenta a continuación:

Dependencias con Nivel de Cumplimiento del 75% – “Muy Bueno”

1. CEAAM Caribe
2. CEAAM Metropolitano
3. CEAAM Occidente
4. Centro de Información, Orientación y Referencia (CIO)
5. Condición Jurídica y Derechos Humanos de las Mujeres
6. Departamento de Construcción de Identidades y Proyectos de Vida
7. Unidad de Prensa y Comunicación (UCOM)
8. Contraloría de Servicios
9. Delegación de la Mujer
10. Dirección Administrativa Financiera (DAF)
11. Gestión de Políticas Públicas (GPP)
12. Presidencia Ejecutiva y Junta Directiva
13. Secretaría Técnica PIEG
14. Unidad de Informática
15. Departamento de Violencia de Género
16. Unidad Regional Brunca
17. Unidad Pacífico Central (URPC)
18. Departamento de Recursos Humanos
19. Unidad Regional Pacífico Central

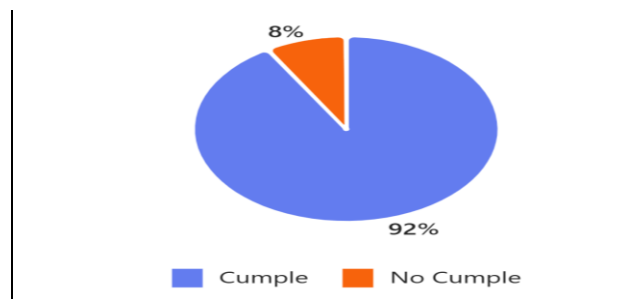
Dependencias con Nivel de Cumplimiento del 100% – “Excelente”

1. Asesoría Legal
2. Centro de Formación Política de las Mujeres (CFPM)
3. Departamento de Ciudadanía Activa, Liderazgo y Gestión Local
4. Departamento Financiero Contable (DFC)
5. Departamento Desarrollo Regional
6. Dirección Estratégica
7. Departamento de Proveeduría
8. Unidad de Planificación y Cooperación y Relaciones Internacionales (UPI-CRI)
9. Departamento de Servicios Generales y Transportes (DSGT)
10. Unidad Regional Central – Oriente
11. Unidad Regional Chorotega (URCH)
12. Departamento Especializado de Información con recargo de la Unidad de Investigación
13. Unidad Regional Huetar Caribe (URHC)

Información Complementaria sobre los resultados obtenidos en este año 2025

Este gráfico 1 refleja un alto nivel de cumplimiento institucional 92%, lo cual es un indicador positivo del desempeño en el área evaluada. Sin embargo, el 8% que no cumple representa una oportunidad de mejora que debe ser atendida para alcanzar un cumplimiento total

Gráfico 1 Distribución General de Cumplimiento (Total Cumple vs No Cumple)-INAMU



Lo anterior se refuerza con la siguiente información que se detalla en la Tabla 4, un alto nivel de cumplimiento general: Cuatro de los cinco componentes evaluados alcanzan un nivel "Excelente", con porcentajes entre el **88% y 91%**, lo que refleja una implementación sólida del Sistema de Control Interno en el INAMU.

Componente más fuerte: Sistemas de Información y Monitoreo lidera con un 91%, lo que indica una buena gestión de la información, comunicación y monitoreo institucional.

Área con mayor oportunidad de mejora: Seguimiento al SCI obtuvo un 85%, clasificado como "Muy Bueno", pero por debajo del resto. Esto sugiere que se deben reforzar los mecanismos de seguimiento, implementación de recomendaciones y mejora continua.

Tabla 4: Porcentaje de Cumplimiento General por Componente del SCI-INAMU		
Componente	% Cumplimiento Aproximado	Nivel
1. Ambiente de Control	90%	Excelente
2. Valoración del Riesgo	88%	Excelente
3. Actividades de Control	89%	Excelente
4. Sistemas de Información y Monitoreo	91%	Excelente
5. Seguimiento al Sistema de Control Interno	85%	Muy Bueno

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2025 Nota: Los porcentajes se estiman a partir del análisis de 32 cuestionarios institucionales y la categorización de respuestas “Cumple”, “No cumple” y “No aplica”.

Fortalezas Generales del INAMU en el SCI

- ✓ Alto nivel de participación institucional: 100% de las dependencias participaron en la autoevaluación.
- ✓ Uso de herramientas institucionales como SIPGAF, SICEAGE, SharePoint y OneDrive para gestión documental y seguimiento.
- ✓ Gestión adecuada de la información confidencial en la mayoría de las dependencias.
- ✓ Formalización de procedimientos internos en áreas clave como control de activos, comunicación y gestión de riesgos.
- ✓ Compromiso con la mejora continua, evidenciado en planes de acción y capacitaciones programadas.

Oportunidades de Mejora

- Fortalecer el manejo de conflictos de interés y denuncias: Algunas dependencias no cuentan con protocolos claros o capacitación suficiente.
- Socialización de valores institucionales: Se requiere mayor integración en reuniones y actividades internas.
- Formalización de evidencias: Se recomienda aplicar los formularios que fueron entregados con el cuestionario ACI 2025 a todas las dependencias mediante carpeta virtual para fortalecer el proceso de estandarización de la información que se recibe cuando se aportan evidencias a nivel institucional.
- Capacitación continua: Incluir temas como ética, gestión de riesgos, control interno y uso de herramientas digitales.
- Revisión periódica de controles: Aunque se cumplan las medidas, es necesario evaluar su vigencia y efectividad.

Amenazas Generales

- ✓ Ausencia de jefaturas en algunas dependencias que limita la ejecución de planes de mitigación y seguimiento.
- ✓ Recarga laboral que impide la implementación oportuna de acciones correctivas.
- ✓ Falta de protocolos institucionales para situaciones amenazantes, especialmente en áreas de atención directa a usuarios.
- ✓ Desconocimiento de algunas medidas por parte del personal técnico, lo que afecta la trazabilidad del cumplimiento.

Debilidades Generales

- Medidas marcadas como “No cumple” en componentes críticos como: Ambiente de Control y Valoración de Riesgos.
- Manejo de conflictos de interés (16-3-AC)
- Socialización de valores (16-4-AC)
- Manejo de situaciones amenazantes (16-5-VR)
- Comunicación de amenazas y oportunidades (16-19-SSCI) indicadas en los Informes que emite la Unidad de Planificación a nivel de SEVRI y SCI que no se han socializado con los equipos de trabajo.
- Falta de seguimiento a recomendaciones del SEVRI y ACI en algunas dependencias.

Plan de Acción por Componente del Sistema de Control Interno del INAMU, con indicadores de éxito para facilitar el seguimiento y evaluación institucional

Objetivo General del Plan

Fortalecer el Sistema de Control Interno (SCI) del INAMU mediante acciones concretas en cinco componentes clave, con responsables definidos, indicadores de éxito y plazos específicos.

Objetivo Ambiente de Control (AC): Reforzar la cultura organizacional, ética institucional y claridad en funciones.

Objetivo Valoración del Riesgo (VR): Mejorar la identificación, evaluación y mitigación de riesgos.

Objetivo Actividades de Control (ACTL): Garantizar controles institucionales efectivos.

Objetivo Sistemas de Información y Monitoreo (SI): Fortalecer la gestión documental, resguardo de información y comunicación.

Objetivo Seguimiento al Sistema de Control Interno (SSCI): Asegurar la implementación de recomendaciones y mejora continua.

Tabla 5: Resumen Plan de Acción de Mejora para el Sistema de Control Interno _ INAMU 2025-2026

Componente	Objetivo	Acciones	Indicadores de Éxito	Responsables	Plazo
Ambiente de Control (AC)	Fortalecer la cultura organizacional, ética institucional y la divulgación de funciones.	Capacitación en ética y conflictos de interés; Divulgación del Manual de Cargos; Integración de valores institucionales; Diseño de protocolos internos.	% de dependencias con actividades de socialización de valores; Manual divulgado en 100% de dependencias; Protocolo aprobado y difundido; Número de capacitaciones realizadas.	RRHH, Comisión de Ética, Jefaturas de Dependencias	Diciembre 2025
Valoración del Riesgo (VR)	Mejorar la identificación, evaluación y mitigación de riesgos institucionales.	Actualización del mapa de riesgos; Protocolos para situaciones amenazantes; Capacitación en gestión de riesgos; Seguimiento mensual a planes de mitigación.	% de dependencias con mapa actualizado; Protocolo elaborado, aprobado y socializado; % de cumplimiento de planes; Número de sesiones de capacitación.	UPI, Gestión de Riesgos, Jefaturas	Febrero 2026

Tabla 5: Resumen Plan de Acción de Mejora para el Sistema de Control Interno _ INAMU 2025-2026

Componente	Objetivo	Acciones	Indicadores de Éxito	Responsables	Plazo
Actividades de Control (ACTL)	Asegurar la existencia y aplicación de controles institucionales efectivos.	Formalización de actividades de control; Capacitación en control interno.	% de dependencias con controles documentados; Número de instructivos creados; $\geq 80\%$; Número de capacitaciones realizadas.	Gestión de Riesgos, Jefaturas	Febrero-Marzo 2026
Sistemas de Información y Monitoreo (SI)	Fortalecer la gestión documental, resguardo de información y comunicación institucional.	Revisión de políticas de archivo; Capacitación en herramientas digitales; Simulacros de recuperación de información; Formalización de canales de comunicación.	% de dependencias con políticas alineadas a Ley 7202; Número de simulacros por año; % de dependencias con canales formalizados; Número de capacitaciones realizadas.	Unidad de Informática, Archivo Institucional, Jefaturas	Marzo-Abril 2026
Seguimiento al Sistema de Control Interno (SSCI)	Garantizar la implementación efectiva de recomendaciones y la mejora continua del SCI.	Establecimiento de indicadores de seguimiento; Revisión intermedia del SCI; Designación de responsables por acción correctiva; Capacitación en seguimiento institucional.	% de recomendaciones implementadas por semestre; Número de revisiones intermedias; % de dependencias con responsables asignados; Número de sesiones de capacitación.	Comisión CECI-SEVRI, UPI, Jefaturas	Noviembre 2025 – Junio 2026

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2025

La implementación del Plan de Acción de Mejora, propuesto en la Tabla 5 nos permitiría a nivel de INAMU obtener los siguientes resultados:

1. Fortalecimiento de la Cultura Organizacional:

Se promueve una cultura basada en la ética, la transparencia y la responsabilidad, gracias a la capacitación en valores, la divulgación del Manual de Cargos y la integración de protocolos internos. Esto genera mayor claridad en roles, funciones y comportamientos esperados.

2. Gestión de riesgos más proactiva y sistemática

La actualización del mapa de riesgos y la implementación de protocolos específicos permiten anticipar y mitigar amenazas de forma más efectiva.

Se institucionaliza el seguimiento a los planes de mitigación, lo que reduce la improvisación y mejora la toma de decisiones.

3. Controles internos más sólidos y documentados

La revisión y formalización de controles jurídicos y técnicos asegura que las dependencias operen bajo estándares claros y verificables.

Las auditorías cruzadas fomentan la autorregulación y el aprendizaje entre equipos.

4. Mejora en la gestión de la información y la comunicación

Se fortalecen los sistemas de archivo, el uso de herramientas digitales y los canales de comunicación institucional, lo que mejora la trazabilidad, el acceso a la información y la coordinación interna.

5. Seguimiento efectivo y sostenido al SCI

La implementación de indicadores, revisiones periódicas y responsables asignados garantiza que las recomendaciones no queden solo en el papel, sino que se traduzcan en acciones concretas.

Esto cierra el ciclo de mejora continua: evaluar, corregir, implementar, volver a evaluar.

Resultado esperado:

Una institución más resiliente, transparente, eficiente y orientada a resultados, con capacidad de aprendizaje organizacional y adaptación constante a los desafíos del entorno.

Síntesis y Análisis de Evidencias Recibidas – ACI 2025

La revisión de las evidencias recibidas en la Autoevaluación de Control Interno del INAMU 2025 revela un esfuerzo institucional sostenido por fortalecer la cultura organizacional, la gestión de riesgos y el cumplimiento normativo. Se destaca la documentación de funciones, la promoción de valores éticos y el uso de herramientas digitales como SICEAGE, SharePoint y OneDrive, lo cual refleja avances importantes en la modernización de procesos.

Sin embargo, se identifican áreas de mejora que requieren atención estratégica. Persisten debilidades en el manejo de conflictos de interés, la formalización de protocolos, la ejecución efectiva de planes de mitigación y la estandarización de evidencias. Además, se recomienda fortalecer la trazabilidad documental y los mecanismos de recuperación de información conforme a la Ley 7202.

La implementación de los nuevos formularios aprobados por la Comisión CECI-SEVRI en 2025, ya distribuidos a todas las dependencias, representa una oportunidad clave para mejorar la calidad, consistencia y comparabilidad de las evidencias en futuras evaluaciones. Este proceso contribuirá a consolidar una gestión institucional más transparente, eficiente y alineada con los principios del control interno.

Tabla #6 Síntesis y Análisis de las evidencias recibidas en la Autoevaluación de Control Interno-INAMU 2025

Componente Funcional	Cantidad de Evidencias	Análisis Breve
Ambiente de Control (AC)	137	Se evidencia un esfuerzo institucional por documentar funciones, socializar valores y promover la ética. Sin embargo, algunas dependencias presentan debilidades en el manejo de conflictos de interés y en la formalización de protocolos.
Valoración del Riesgo (VR)	128	Las evidencias muestran uso generalizado del SIPGAF y participación en SEVRI. Aún existen oportunidades de mejora en la ejecución de planes de mitigación y protocolos ante situaciones amenazantes.
Actividades de Control (ACTL)	127	Se documentan controles técnicos, jurídicos y administrativos. Algunas evidencias son generales (ej. “minuta”), lo que sugiere la necesidad de estandarizar formatos y fortalecer la trazabilidad
Sistemas de Información y Monitoreo (SI)	127	Buen uso de herramientas digitales (SICEAGE, SharePoint, OneDrive). Se recomienda fortalecer los mecanismos de recuperación de información y formalizar políticas de archivo conforme a la Ley 7202
Seguimiento al SCI (SSCI)	126	Las evidencias reflejan cumplimiento de la autoevaluación anual y seguimiento a recomendaciones. No obstante, algunas dependencias requieren mejorar la calidad de estas lo cual será progresivo una vez que se comiencen a utilizar los formularios aprobados este 2025 por la Comisión CECI-SEVRI y que va a ayudar a la estandarización de la información. Estos formularios ya fueron distribuidos a todas las dependencias a través de la carpeta virtual que se les habilitó con el cuestionario ACI 2025.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2025

Descripción del Diagrama de Anillo: Distribución de evidencias recibidas por componente funcional del Sistema de Control Interno del INAMU, según el Informe ACI 2025

El gráfico visualiza la distribución de los cinco componentes funcionales clave del Sistema de Control Interno (SCI) del INAMU, cada uno representado por un color distintivo en un anillo circular. Aunque no se muestran porcentajes numéricos, la segmentación permite identificar visualmente la proporción relativa de cada componente con respecto al aporte de evidencias que realizó cada dependencia.

■ 1. Ambiente de Control (AC) – Azul

Representa la base del SCI, relacionada con la cultura organizacional, los valores éticos y la estructura institucional. Su tamaño en el anillo sugiere una participación significativa en el sistema general.

■ 2. Valoración del Riesgo (VR) – Naranja

Enfocado en la identificación, análisis y respuesta a riesgos institucionales.

Su presencia en el gráfico indica que es un componente prioritario dentro del plan de mejora.

■ 3. Sistemas de Información y Monitoreo (SI) – Morado

Relacionado con la gestión de la información, la comunicación interna y el seguimiento de procesos.

Su proporción es similar a la de otros componentes, lo que refleja su importancia transversal.

■ 4. Actividades de Control (ACTL) – Verde

Incluye los procedimientos y mecanismos que aseguran el cumplimiento de políticas y objetivos.

Visualmente, ocupa un espacio relevante, lo que sugiere un enfoque activo en su fortalecimiento.

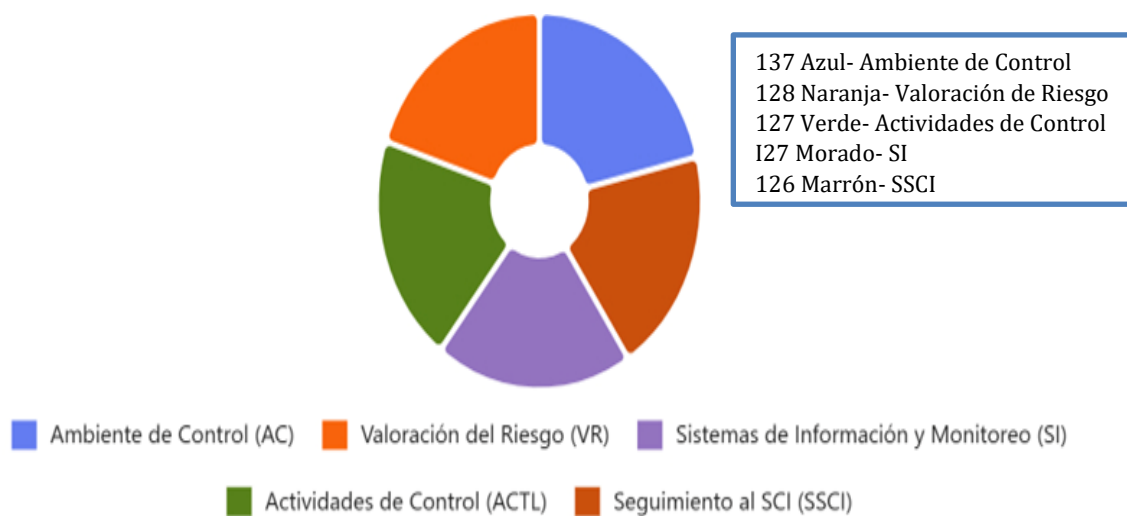
■ 5. Seguimiento al SCI (SSCI) – Marrón

Se refiere al monitoreo continuo del sistema, implementación de recomendaciones y mejora continua.

Su inclusión destaca la necesidad de cerrar el ciclo de control interno con acciones sostenidas.

Interpretación General

El gráfico no solo permite identificar los componentes del SCI, sino que también comunica visualmente su equilibrio e interdependencia. Cada segmento representa un área estratégica que, al ser fortalecida, contribuye al funcionamiento integral del sistema en la Institución.



Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2025

Recomendaciones para mejorar nuestro sistema de control interno Institucional

1. Fortalecer la trazabilidad y calidad de las evidencias mediante el uso de formatos estandarizados, los cuales ya fueron entregados a todas las dependencias a través de una carpeta digital. Asimismo, se debe promover el uso de dicha carpeta para el resguardo de evidencias y facilitar su acceso en caso de requerimiento por parte de los entes reguladores.

Dependencias responsables:

Unidad de Planificación Institucional (UPI): Coordinación general del seguimiento y mejora del SCI.

Archivo Institucional: Asesoría en resguardo documental y estandarización de formatos.

Jefaturas de dependencias: Implementación directa del uso de la carpeta digital y formatos.

2. Revisar y actualizar los protocolos institucionales en temas críticos como el manejo de conflictos de interés, situaciones amenazantes y comunicación de riesgos. Es indispensable que todas las dependencias cuenten con sus procedimientos, reglamentos, políticas e instrucciones de trabajo vigentes, disponibles en un sitio virtual (Sitio Colaborativo – Intranet Institucional) accesible para todo el personal. Este sitio debe actualizarse al menos semestralmente.

Dependencias responsables:

Unidad de Asesoría Jurídica: Revisión legal de protocolos y reglamentos.

Comisión de Ética y Valores Institucionales: Actualización de lineamientos sobre conflictos de interés y ética.

Unidad de Gestión de Riesgos: Protocolos ante situaciones amenazantes y comunicación de riesgos.

Unidad de Informática: Mantenimiento y actualización del Sitio Colaborativo (Intranet).

Todas las Jefaturas: Asegurar que los documentos estén vigentes y accesibles.

3. Establecer un seguimiento constante a los planes de acción derivados del ACI y del SEVRI, asignando responsables y fechas específicas. En aquellos CEAAM o Unidades Regionales donde no exista una jefatura presente de forma física o permanente, se debe designar a una persona funcionaria que asuma esta responsabilidad. Además, esta persona deberá solicitar acompañamiento y capacitación a la Unidad de Planificación en la Gestión de Riesgos para apoyar su labor.

Dependencias responsables:

UPI y Comisión CECI-SEVRI: Coordinación del seguimiento, indicadores y responsables.

Jefaturas de CEAAM y Unidades Regionales: Designación de responsables locales.

Unidad de Planificación en Gestión de Riesgos: Capacitación y acompañamiento técnico.

4. Impulsar un plan de capacitación transversal que abarque temas como ética institucional, gestión de riesgos, control interno y herramientas digitales.

Dependencias responsables:

Unidad de Recursos Humanos (RRHH): Diseño e implementación del plan de formación.

Comisión de Ética y Valores: Contenidos sobre ética institucional.

UPI y Gestión de Riesgos: Capacitación en control interno y gestión de riesgos.

Unidad de Informática: Formación en herramientas digitales.

5. Promover la sistematización y divulgación de buenas prácticas entre dependencias con alto desempeño, con el fin de establecer modelos replicables.

Dependencias responsables:

Jefaturas de dependencias destacadas: Identificación de Buenas prácticas y compartir esas experiencias exitosas como modelo replicable.

Unidad de Comunicación Institucional: Difusión interna y externa.

Conclusión General Autoevaluación de Control Interno 2025 – INAMU

La Autoevaluación de Control Interno (ACI) correspondiente al año 2025 evidencia un compromiso institucional sólido, transversal y sostenido con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno (SCI) en el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). La participación del 100% de las dependencias institucionales demuestra una apropiación generalizada del proceso, así como una cultura organizacional orientada a la mejora continua, la transparencia y la gestión proactiva de riesgos.

Los resultados obtenidos reflejan un rango de cumplimiento entre el 75% y el 100%, lo cual posiciona al INAMU como una institución que no solo cumple con los requerimientos normativos, sino que también avanza hacia la consolidación de una gestión pública basada en principios de integridad, eficiencia y rendición de cuentas.

Entre los componentes del SCI evaluados, destacan con los puntajes más altos los de Sistemas de Información y Monitoreo y Ambiente de Control, lo que indica una adecuada estructura de soporte para la toma de decisiones, así como un entorno organizacional favorable al cumplimiento de objetivos institucionales. Estos resultados sugieren que existen mecanismos efectivos para la recopilación, análisis y uso de la información, así como una clara definición de responsabilidades, valores institucionales y liderazgo ético.

No obstante, el componente de Seguimiento al SCI presenta las mayores oportunidades de mejora, particularmente en lo relativo a la implementación efectiva de las recomendaciones derivadas de auditorías, autoevaluaciones y otros mecanismos de control, así como en la comunicación oportuna de amenazas y oportunidades que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este hallazgo señala la necesidad de fortalecer los procesos de retroalimentación, seguimiento y mejora continua, asegurando que las acciones correctivas se ejecuten de manera sistemática y documentada.

En cuanto a las evidencias documentales, se recopilaron un total de 645 documentos, los cuales respaldan adecuadamente los resultados reportados. Sin embargo, se identifican oportunidades para mejorar la calidad, especificidad y estandarización de los formatos utilizados. Esto permitirá no solo una mayor trazabilidad y consistencia en la documentación, sino también una mejor preparación ante eventuales requerimientos de entes fiscalizadores o auditorías externas.

En resumen, la ACI 2025 constituye una herramienta valiosa para la toma de decisiones estratégicas, al ofrecer una radiografía clara del estado del SCI en el INAMU. Los resultados obtenidos deben ser aprovechados para consolidar las fortalezas identificadas y atender de manera prioritaria las áreas de mejora, con el fin de avanzar hacia una gestión pública más robusta, ética y orientada a resultados.