



**INFORME ESPECIAL RELACIONADO CON EL GRADO DE IMPLEMENTACIÓN
DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL
(SEVRI) Y LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DEL INAMU AL 2022**

INAMU-JD-AI-In-004-2024

(Remitido con oficio INAMU-JD-AI-034-2024)

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



INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INFORME ESPECIAL RELACIONADO CON EL GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL (SEVRI) Y LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DEL INAMU AL 2022

El presente estudio de auditoría es de cumplimiento y se origina conforme al Plan de trabajo de la Auditoría Interna del periodo 2023, en apego a los procedimientos establecidos y a la normativa aplicable, con el fin de obtener resultados que presenten oportunidades de mejora para dicho proceso.

El objetivo es evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y aplicó el SEVRI y la Autoevaluación de Control Interno durante el período 2022, en cumplimiento con el artículo 17 inciso b) de la Ley General de Control interno.

FEBRERO, 2024



1. Contenido

ESUMEN EJECUTIVO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO	7
2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	8
2.3 ALCANCE DE ESTUDIO	8
2.4 METODOLOGÍA APLICADA.....	9
2.5 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.....	9
2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA	10
2.7 RIESGOS DE AUDITORÍA	12
2.8 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO.....	13
2.9 GENERALIDADES DEL ESTUDIO.....	13
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	20
3.1 HALLAZGO 1. MARCO ORIENTADOR DEL SEVRI- DESACTUALIZADO.....	20
3.2 HALLAZGO 2: INCONSISTENCIAS EN LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO 2022. 23	
3.3 HALLAZGO 3: INCONSISTENCIAS EN LAS ACTAS DE LA COMISION CECI- SEVRI.....	38
4. CONCLUSIONES.....	46
5. RECOMENDACIONES	49
ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS DE LA ADMINISTRACIÓN.	53

1.1 INDICE DE IMÁGENES.

<i>Imagen 1.- Mapa de procesos aprobado para el INAMU.....</i>	<i>17</i>
<i>Imagen 2.- Lista de Dependencias que presentación ACI2021.....</i>	<i>276</i>
<i>Imagen 3.- Desglose de participación de la ACI2021.....</i>	<i>28</i>
<i>Imagen 4.- Lista de Dependencias que presentación ACI2022.....</i>	<i>29</i>
<i>Imagen 5.- Reportes emitidos Planes de Mejora aci-2021.....</i>	<i>36</i>

1.2 INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.- Plan Estratégico Institucional 2019-2030 (OBJETIVOS)</i>	<i>18</i>
---	-----------



Tabla 2. - Plan Operativo Institucional 2023198
Tabla 3.- Preguntas seleccionadas para revisión de evidencias ACI-2022 44
Tabla 4.- Resultados de verificación de muestras por Dependencia39
Tabla 5. – Revisión de actas de Comisión de Control Interno CECI-SEVRI43

1.3 INDICE DE NOMENCLATURA

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



RESUMEN EJECUTIVO

¿QUÉ EXAMINAMOS?

El estudio es de carácter especial, conforme al plan de trabajo de Auditoría Interna para el periodo 2023, el objetivo consistió en examinar la eficiencia y efectividad del proceso de gestión de riesgos y la autoevaluación de control interno Institucional para el periodo 2022 y las acciones de mejora.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

El sistema de control interno proporciona seguridad razonable para proteger el patrimonio público, que exista confiabilidad y oportunidad de la información, así como eficiencia y eficacia de las operaciones y cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico, siempre que la Administración Activa establezca una serie de acciones, Como parte del seguimiento de control interno para valorar la calidad de su funcionamiento el Jerarca y los Titulares Subordinados tienen la responsabilidad de la autoevaluación de control interno que se debe hacer mínimo una vez al año.

Además, la Institución deben contar con un Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) por áreas, sectores, actividades, que identifique el nivel de riesgo y pueda adoptar métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo.

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

Derivado de la evaluación realizada se logró determinar que el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), fue aprobado mediante Acuerdo Número Cuatro de la Sesión Ordinaria 40-2013, de 30 de octubre 2013, en el mismo se establece como **priorización para la primera etapa dar prioridad a la definición de riesgos generales a nivel de objetivos estratégicos**, esta situación se ha mantenido hasta el 2022, lo que limita identificar, controlar y



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 6 de 53

administrar los riesgos por áreas, sectores, actividades o tareas, de acuerdo con lo establecido en estas directrices generales que serán de acatamiento obligatorio.

Se revisó las autoevaluaciones del año 2021 y 2022, su proceso para la formulación del cuestionario y los informes finales, así como el seguimiento de las acciones de mejora, y las actas de las sesiones de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, determinándose oportunidades de mejora en su proceso, mayor compromiso en la participación de las áreas, rendición de cuentas y dotar de más recursos a las labores administrativas para brindar un adecuado seguimiento al sistema de control interno.

¿QUÉ SIGUE?

Producto del presente estudio especial se determina la necesidad de un procedimiento formal que detalle el proceso de las autoevaluaciones de control interno, que explique cada etapa y muestre las responsabilidades y además se incluya apéndices relacionados con la rendición de cuentas para cada uno de los Titulares Subordinados con poder de decisión sobre los procesos institucionales. También, se analiza la importancia de dotar de un recurso humano a la Unidad de Planificación Institucional para las labores que se requieren sobre el control interno y brindar un seguimiento óptimo sobre el resultado de las Autoevaluaciones y el SEVRI.



INTRODUCCIÓN

El presente proyecto se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2023¹, el objetivo consistió en examinar la eficiencia y efectividad del proceso de gestión de riesgos y la autoevaluación de control interno Institucional para el periodo 2022 y las acciones de mejora implementadas.

2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con el artículo 20 de la Ley 7801 de Creación del Instituto Nacional de la Mujer², el artículo 21 y el 22 de la Ley 8292, Ley General de Control Interno³, Ley 6227 Ley General de la Administración Pública⁴, Ley 8131 Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos⁵, las Normas de Control Interno para el Sector Público⁶, el Reglamento de Junta Directiva⁷, Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de seguimiento al Sistema de Control de Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional-CECI-SEVRI⁸, así como en cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del periodo 2023 de la Auditoría Interna.

¹ ACUERDO NÚMERO CINCO tomado en la Sesión Ordinaria N° 24-2022 celebrada el 23 de noviembre del 2022.

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

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

⁴ Ley del 01 de diciembre de 1978, publicada en La Gaceta N.º102 de 30 de mayo de 1978

⁵ Ley del 16 de octubre de 2001, publicada en La Gaceta N.º 198 de 16 de octubre de 2001

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

⁷ Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N°15 del 21 de enero del 2000.

⁸ Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N°216 del 09 de noviembre del 2021



2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo general del proyecto consistió en evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y ha aplicado el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), y la Autoevaluación de Control Interno durante el período 2022, en cumplimiento con el artículo 17 inciso b) de la Ley General de Control interno, además de analizar los resultados obtenidos mediante la autoevaluación de control interno para el mismo periodo y las acciones de mejora implementadas según la normativa interna y externa vinculante.

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

- Analizar la metodología del SEVRI.
- Evaluar metodología utilizada para el año 2022 para la autoevaluación del Sistema de Control Interno para el 2022.
- Analizar la participación de las Dependencias que tiene el INAMU.
- Verificar las muestras de respaldos de información referente a las pruebas que las dependencias enviaron indicando que cumplen con cierto objetivo del Control Interno.

2.3 ALCANCE DE ESTUDIO

El estudio es de carácter de cumplimiento su objetivo es evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y aplicó el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), y la Autoevaluación de Control Interno durante el período 2022, y las acciones de mejora implementadas, ampliándose el periodo cuando se requirió necesario.



2.4 METODOLOGÍA APLICADA

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

La técnica utilizada fue el análisis de la información solicitada a la Unidad de Planificación Institucional (UPI) para verificar su cumplimiento, así como actas de Junta Directiva y de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI. Se analizaron los informes de las autoevaluaciones de los años 2021 y 2022, así como los informes de seguimiento de mejora de los planes de acción y con base a esa información se hicieron las pruebas necesarias para obtener conclusiones razonables. Se realizaron entrevistas a las personas responsables de ejecutar las actividades vinculadas con las autoevaluaciones institucionales.

2.5 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.

En cumplimiento de la norma 2.10 “Comunicación de los resultados” de las “Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público” y, de conformidad con la norma 205 del “Manual de normas generales de auditoría para el Sector Público”, que establecen que “Las instancias correspondientes deben ser informadas, verbalmente y por escrito, sobre los principales resultados, las conclusiones y las disposiciones o recomendaciones producto de la auditoría que se lleve a cabo...” y que “El auditor debe efectuar una conferencia final con la Administración de la entidad u órgano auditado, antes de emitir la respectiva comunicación por escrito. El día 12 de febrero



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 10 de 53

del 2024, se realizó dicha conferencia final mediante sesión virtual en la cual aceptaron las recomendaciones sin observaciones

En la sesión convocada se contó con la participación de la Sra. Adilia Caravaca Zúñiga de Presidencia Ejecutiva, la Sra. Kattia Calvo Cruz y Alexandra Gómez Ruíz representantes del Despacho, la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, jefatura de la Unidad de Planificación, la Sra. Vera Aguilar Cruz como miembro integrante de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, la Sra. Ana Lorena Flores Salazar (esta última de manera virtual), y la Sra. Cindy Bravo Fonseca, y el Sr. Randall Umaña Villalobos representantes de la Auditoría Interna.

2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA

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

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

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

“Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 11 de 53

motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas.

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

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

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

- a) *Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) ***Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.***
- c) ***Analizar e implantar, de inmediato, las observaciones, recomendaciones***
- d) ***y disposiciones formuladas por la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan.***
- e) *Asegurarse de que los sistemas de control interno cumplan al menos con las características definidas en el artículo 7 de esta Ley.*



- f) *Presentar un informe de fin de gestión y realizar la entrega formal del ente o el órgano a su sucesor, de acuerdo con las directrices emitidas por la Contraloría General de la República y por los entes y órganos competentes de la administración activa.”*

(El destacado no forma parte del texto original).

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

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

2.7 RIESGOS DE AUDITORÍA

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

Riesgo Inherente.

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

Riesgo de Control.

El riesgo de control es el riesgo de que una representación errónea, que pudiera ser de importancia relativa individualmente o en conjunto con otras, no sea prevenida o



detectada y corregida oportunamente por los sistemas de contabilidad y de control interno.

Riesgo de Detección.

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

2.8 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO

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

2.9 GENERALIDADES DEL ESTUDIO

La Contraloría General Republica emitió las “Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional” (SEVRI)⁹ derivado de lo anterior la Junta Directiva del INAMU mediante Acuerdo Número Cuatro de la Sesión Ordinaria 40-2013, de 30 de octubre 2013, aprobó el “Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI” en el mismo se establece como **priorización para la primera etapa dar prioridad a la definición de riesgos generales a nivel de objetivos estratégicos**, a partir del planeamiento vigente hasta el 2014, esta situación se ha mantenido hasta el 2022, lo que limita identificar, controlar y administrar los riesgos por áreas, sectores, actividades o tareas, de acuerdo con lo establecido en estas directrices generales que serán de acatamiento obligatorio.

⁹ Publicadas en La Gaceta N° 134 del 12 de julio de 2005



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

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

Derivado de lo anterior en el año 2015 el INAMU emitió el documento “Políticas del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de las Mujeres”, firmado por la ministra de la Condición de la Mujer y presidenta ejecutiva del INAMU, la Sra. Alejandra Mora Mora. Este documento tiene como fin el fomento de una cultura institucional de control interno, alcanzar los objetivos de la institución y mejorar la respuesta que se le brinda a las mujeres y le asignó a la Unidad de Planificación del INAMU la coordinación del Sistema de Control Interno.

En el mismo año se creó la Comisión Institucional de Control Interno y SEVRI integrada por un representante de cada una de las siguientes áreas:

- Controlaría de Servicios (se eliminó en el nuevo Reglamento de la Comisión del año 2021).
- Dirección Administrativa (para el nuevo Reglamento del año 2021 quedó como Dirección Administrativa Financiera).



- Dirección Técnica (para el nuevo Reglamento del año 2021 quedó como Dirección Estratégica).
- Unidad de Planificación Institucional (UPI)
- Una persona funcionaria representante de la Presidencia Ejecutiva. (incluido en artículo 6 del Reglamento de la Comisión)
- Una persona funcionaria representante de la Comisión de Ética y Valores Institucionales. (incluido en artículo 6 del Reglamento de la Comisión)

La Titular Subordinada del proceso de Planificación Institucional, también es la coordinadora de la Comisión CECI_SEVRI y rinde cuentas de forma directa a la Presidencia Ejecutiva de los resultados de los ejercicios valorativos. Sin perjuicio de lo anterior fue que hasta el año 2021, la Junta Directiva del INAMU, mediante acuerdo número siete de la sesión ordinaria 22-2021 del 02 de Setiembre del 2021 aprueba el “Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control de Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional-CECI-SEVRI, estableciéndole las siguientes funciones:

- a) Analizar y emitir criterios y recomendaciones sobre los resultados obtenidos en los planes remediales, así como cualquier otra información que se requiera.
(...)
- d) Ayudar a la administración activa a facilitar el establecimiento y evaluación del Sistema de Control Interno en sus dependencias, así como, durante el análisis y resolución de los resultados que estén vinculados con los procesos de trabajo ordinarios del INAMU.
- e) Contribuir con la administración para que se lleven a cabo acciones de control interno que permitan cumplir con las disposiciones contempladas en la Ley.
- f) Colaborar con la administración en la mitigación del riesgo por medio del fortalecimiento del SEVRI del INAMU.
- g) Evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas de madurez y los elementos del Sistema de Administración de Riesgo Institucional con el fin de determinar el grado de avance y consolidación institucional de los controles vinculados a todos los procesos de trabajo.
(...)
- h) Coordinar anualmente el proceso de autoevaluación de control interno a nivel INAMU. (el resaltado no forma parte del original)**



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 16 de 53

Es importante mencionar que para el año 2020 en sesión de Junta Directiva 02-2020 del 16 de enero del 2020 se analizó una propuesta de mapa de procesos en el INAMU, así como la posible propuesta del organigrama y las implicaciones que tenía la propuesta sobre el personal, dicha propuesta fue liderada la Unidad de Planificación Institucional.

En el comunicado de Junta Directiva INAMU-AJD-0022-2022 del acuerdo 5, acta 05-2022, se menciona lo siguiente:

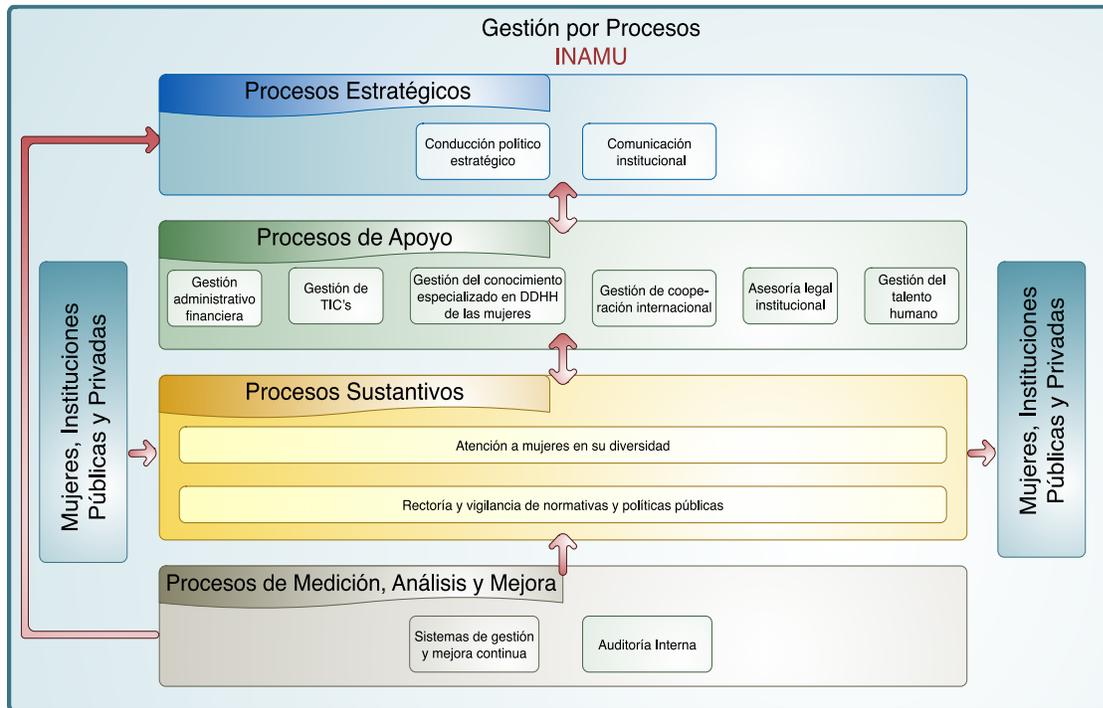
(...)

2. Que, a partir de lo anterior, se han venido desarrollando acciones como una nueva estructura programática presupuestaria aprobada por STAP-HACIENDAMIDEPLAN y avalada por la Junta Directiva INAMU, una Manual del Rediseño del Proceso de Captación de Talento del Instituto Nacional de las Mujeres, aprobado mediante Acuerdo No.5 de la Sesión Ordinaria No. 26-2019 del día 10 de octubre del año 2019 y un-Manual de procedimientos institucionales aprobado en julio 2021. (el subrayado no forma parte del original).

El Manual de procedimientos institucionales que se aprobó en julio del 2021 presenta el mapa de procesos del INAMU, y explica cada uno de sus procesos. Se presenta la imagen de la gestión de procesos.



Imagen 1.- Mapa de procesos aprobado para el INAMU



Fuente: Manual de Procedimientos Institucionales.

Como se denota en la imagen anterior dentro de los Procesos de Medición, Análisis y Mejora, está el Sistema de gestión y mejora continua. Según el Manual de Procedimientos Institucionales aprobado en el año 2021, establece lo siguiente:

Proceso de Medición, Análisis y Mejora: Se refieren a procesos encargados de llevar a cabo análisis secundarios derivados de informes, reportes de medición y otros datos emanados de todo el quehacer institucional (seguimiento y evaluación); así mismo, se prevé la gestión de sistemas de gestión de distinto tipo tales como Sistemas de gestión para la igualdad, Sistemas de riesgo y otros similares. Bajo estos procesos se cuenta, de manera independiente el proceso Auditoría interna.



Asimismo, establece lo siguiente respecto al Sistema de gestión y mejora continua:

(...)

Además, este macroproceso se encarga del análisis y verificación de la calidad del Sistema de Control Interno, el cual debe ser aplicado en toda la Institución en el marco establecido por la Ley General de Control Interno.

Por último, pero no menos importante la Matriz del POI 2023, la cual tiene los objetivos de la Planeación Estratégica Institucional 2019-2030 junto con los Planes Operativos Institucionales 2023. Se revisó los departamentos del INAMU para determinar si incluían la Autoevaluación de Control Interno.

De las diferentes dependencias del INAMU, solo tres departamentos tienen considerado la autoevaluación de control interno en sus “actividades” o “acciones mitigación o administración del riesgo” que tiene la matriz del POI 2023. Corresponden a Dirección Estratégica, Gestión de Políticas Públicas y Planificación Institucional. Los objetivos que tienen vinculados son los siguientes:

Tabla 1.- Plan Estratégico Institucional 2019-2030 (OBJETIVOS)

Objetivo Estratégico	Estrategia	Población Objetivo de la Estrategia
7 brindar oportunamente el soporte político-administrativo necesario para el impulso de los objetivos institucionales	E7.8. ESTRATEGIA PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	
8 redefinir los procesos técnico administrativos institucionales que garanticen el	E8.2. ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN Y LA MEJORA CONTINUA	Dependencias y funcionarias (or) del INAMU



cumplimiento de los objetivos estratégicos	E8.1. ESTRATEGIA PARA LA MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL DE CARA A LA GpRD	Dependencias y funcionarias (or) del INAMU
--	--	--

Fuente: Elaboración propia con datos de la Matriz del POI 2023.

Para el Plan Operativo Institucional los tres departamentos pertenecen al Programa Actividades Centrales y a los subprogramas: Dirección Política Institucional y Sistemas de Gestión y Mejora Continua.

La siguiente tabla muestra las actividades o acciones de mitigación que tienen relacionada con las autoevaluaciones de control interno.

Tabla 2. - Plan Operativo Institucional 2023

Objetivo (SPI)	Actividad	Acción Mitigación	Departamento
Emitir las directrices y lineamientos políticos y estratégicos para el desarrollo de la gestión institucional a mediano y largo plazo, así como convenios y condiciones favorables para el cumplimiento del mandato institucional		5.1.1_ Instruir a las jefaturas técnicas para que reporten el avance de las acciones de mejora del SEVRI y SCI cada trimestre, complementando los informes de avances de metas técnicas operativas (indicadores POI). 5.2.1_ Instruir a las jefaturas de departamentos técnicos para que realicen la autoevaluación del SCI en los plazos estipulados por UPI. 5.3.1_ Instruir a las jefaturas de dependencias técnicas auditadas y/o fiscalizadas para que apliquen las recomendaciones y prevenciones emitidas sobre procesos específicos de su competencia, cuando corresponda.	Dirección Estratégica y Gestión de Políticas Públicas



<p>Gestionar y revisar el sistema de gestión con el fin de asegurar que es conveniente, adecuado y eficaz, realizando de una manera controlada cambios y actualizaciones a las normas de desempeño institucional y procesos para la Incorporación de la mejora continua en los procesos organizacionales a través de la identificación, análisis, evaluación y administración de los riesgos de cumplimiento de los objetivos institucionales</p>	<p>5.1_La jefatura encargada de cada dependencia institucional debe ejecutar las acciones de mejoras derivadas del SEVRI y del SCI (Autoevaluación anual) con forme los plazos indicados. 5.2_La jefatura encargada de cada dependencia institucional debe participar activamente con su personal en el proceso de Autoevaluación anual del Sistema de Control Interno Institucional. "5.3_Cada jefatura de dependencia debe ejecutar, dentro de los plazos establecidos, los planes de mejora derivados de los resultados de auditorías internas y/o externas, u otros órganos de control y fiscalización que le corresponda."</p>		<p>Planificación Institucional</p>
---	---	--	------------------------------------

Fuente: Elaboración propia con datos de la Matriz del POI 2023

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A continuación, se presentan los resultados y los hallazgos derivados de los resultados obtenidos mediante la evaluación del grado de implementación del SEVRI y la autoevaluación de control interno del periodo 2022 y las acciones de mejora implementadas.

3.1 HALLAZGO 1. MARCO ORIENTADOR DEL SEVRI- DESACTUALIZADO.

La Junta Directiva del INAMU mediante Acuerdo Número Cuatro de la Sesión Ordinaria 40-2013, de 30 de octubre 2013, aprobó el “Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI” el mismo incluye el enunciado de la Política de la siguiente forma:



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

El mismo se establece como **priorización para la primera etapa dar prioridad a la definición de riesgos generales a nivel de objetivos estratégicos**, a partir del planeamiento vigente hasta el 2014 de la siguiente manera:

PRIMERA ETAPA:

- a. Se da prioridad a la definición de riesgos generales a nivel de objetivos estratégicos, a partir del planeamiento vigente hasta el 2014.
- b. Se busca realizar valoración de riesgos para interiorizar la importancia del Sistema y la metodología a aplicar.
- c. Se elaborará un plan de administración de riesgos cuyo cumplimiento debe dársele seguimiento durante el año 2013 y siguientes.
- d. En la primera etapa sólo se trabajará con las y los sujetos interesados internos.
- e. Se dará prioridad a la capacitación del recurso humano. La capacitación comprenderá elementos fundamentales del control interno, así como los aspectos básicos del SEVRI.

Es importante indicar, que el INAMU al 2023, no ha puesto en marcha la implementación de la segunda etapa, la cual consiste en:

SEGUNDA ETAPA:

- a. **Una vez que se haya implementado en su totalidad el proceso de reorganización institucional integral del INAMU, deberá realizarse un nuevo proceso de valoración de riesgos en los procesos institucionales.**



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 22 de 53

b. En ambas etapas será prioritario fortalecer el ambiente de apoyo necesario para el desarrollo de las etapas de identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación del Sistema.

Y así dar cumplimiento a lo regulado en “Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI)¹⁰” en el punto 2.- *Aspectos generales del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.*

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

(Lo resaltado no forma parte del original)

A la fecha del presente estudio el INAMU, se mantiene en la primera etapa del “Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI”, la cual tenía como principal objetivo **dar prioridad a la definición de riesgos generales a nivel de objetivos estratégicos**, esta situación aumenta la exposición y materialización de riesgos operativos, financieros, de imagen, políticos y emergentes que la Institución no gestiona.

Lo anterior fue expuesto a la Administración Activa, mediante el informe **INAMU-JD-AI-In-010-2022**, relacionado con la Gestión del Fondo de Fomento de Actividades

¹⁰ R-CO-64-2005.-Despacho de la Contraloría General en ejercicio, a las once horas del primero de julio del dos mil cinco.



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 23 de 53

Productivas y de Organización de las mujeres (FOMUJERES) para los periodos entre 2017 y 2020, en el cual se emite la siguiente recomendación:

“En un plazo máximo de noventa (90) días hábiles, se **le recomienda a la Unidad de Planificación Institucional, elaborar y documentar una estrategia de actualización del Marco Orientador del SEVRI.**, que al menos contenga las fechas de inicio y finalización, los responsables y las necesidades de recurso humano requerido para la ejecución, mantenimiento y seguimiento que le permita a la institución, mantener y desarrollar el Marco Orientador del SEVRI, el cual debe estar debidamente actualizado y en funcionamiento para el beneficio institucional.”

Como parte de la estrategia desarrollada por la Unidad de Planificación Institucional, en relación con la recomendación 3 del Informe INAMU-JD-AI-In-010-2022, se destina de forma parcial un recurso humano de la UPI para que trabaje de forma conjunta con una estudiante de la carrera de Planificación Económica y Social de la Universidad Nacional del nivel de licenciatura. Dicha estrategia fue formalizada mediante la elaboración de un nuevo “Lineamiento del Marco Orientador”, mismo que fue remitido de forma oficial vía correo electrónico a la UPI y a la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, el pasado 12 de diciembre para su revisión, aprobación y posterior remisión a la Junta Directiva con el fin de que sea puesto en práctica a partir del 2024. (Ver Conclusión 01)

3.2 HALLAZGO 2: INCONSISTENCIAS EN LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO 2022.

Este ejercicio se lleva a cabo con el propósito de evaluar el cumplimiento, la validez y la suficiencia del proceso de Autoevaluación anual 2022, el cual podrá extenderse a periodos anteriores o actual según las mejores prácticas de auditoría al sistema de control interno implementado en el Instituto Nacional de las Mujeres, de frente a la Ley General de Control Interno, 8292, y el Manual de Normas de Control Interno para el Sector Público, emitido por la Contraloría General de la República.



3.2.1 Ausencia de un procedimiento formal para la Autoevaluación de Control Interno

Condición:

Como parte de la recopilación de la normativa que se analizó en el estudio se solicitó un procedimiento formal para realizar la Autoevaluación de Control Interno (ACI); sin embargo, ese procedimiento no existe.

En entrevista realizada el día 24 de noviembre a la Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, jefatura de la UPI y la coordinadora de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, ella mostró la dirección de los manuales descriptivos que están en el sitio colaborativo de la Institución, ahí revisó y verificó que no está ningún procedimiento para el proceso de la ACI.

Para la culminación de la autoevaluación de control interno que se realiza una vez al año, existe una serie de procesos previos donde participan diversas áreas desde la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, la UPI y el Despacho de la Presidencia Ejecutiva que es quien envía el formulario de la ACI a toda la Institución para que cada Dependencia lo realice.

Criterio:

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

1.2 Objetivos del SCI (...)

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



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

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

(...)

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

Causa:

Dentro de las principales causas que se lograron determinar para que a la fecha el INAMU no cuente con un procedimiento o normativa de índole similar debidamente documentado, oficializado y actualizado, que regule el proceso de ACI, es la ausencia de personal a cargo de dicho proceso de forma permanente, actualmente la Unidad de Planificación Institucional cuenta con una persona colaboradora de forma parcial o medio tiempo que tiene a cargo administrativamente las labores de control interno, esto limita lograr documentar y formalizar todas las actividades de control y de la misma manera dar el acompañamiento respectivo a los Titulares Subordinados responsables de las autoevaluaciones de Control Interno.

Efecto:

La ausencia de un procedimiento y/o planes para la aplicación de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional, impiden asegurar de forma razonable, que este instrumento y sus resultados puedan ser implementados de forma efectiva, controlada y sostenida de acuerdo con la norma técnica emitida. (Ver conclusión 2 y Recomendación 1).



3.2.2 Dependencias que no participaron de la Autoevaluación de Control Interno o presentaron la ACI de manera incompleta.

Condición:

Se analizaron las dos autoevaluaciones de control interno del año 2021 y 2022 y se determinó que no todas las dependencias del INAMU participaron o la realizaron de forma completa. En los informes de los resultados de la autoevaluación de control interno existen unos apartados que brindan información de las dependencias que entregaron la ACI, con base a esa información se obtiene las dependencias que no lo entregaron.

I. Autoevaluación de Control Interno 2021:

Mediante circular INAMU-PE-0013-2021 la cual se envía por medio de correo electrónico a “Lista Distribución INAMU” el 18 de octubre del 2021, el cual parte del correo decía lo siguiente:

(...)

se instruye a todo el personal del Instituto Nacional de las Mujeres, a ejecutar la Autoevaluación del Sistema de Control Interno correspondiente periodo 2021-2022, la cual se realizará durante los días 18 al 27 de octubre 2021 inclusive.

En esta ocasión la Comisión Ejecutiva de Control Interno y SEVRI valoró la opción de aplicar como autoevaluación la herramienta: “Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno”, elaborada por la Contraloría General de la República y la cual se aplicó como línea base en talleres internos al inicio de este año.

En cumplimiento a lo estipula en la Ley N° 8292 la Administración Activa hace un atento llamado a las **personas Titulares Subordinadas a completar la Autoevaluación de Control Interno 2021 a lo interno de cada dependencia, y se solicita que la misma se realice de forma participativa en conjunto con todo el personal a cargo.** (...)



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 27 de 53

Una vez realizado la ACI 2021-2022, se presentó el informe final en Junta Directiva, mediante el documento INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-015-2022, en sesión 13-2022 celebrada el 05 de julio del 2022.

El informe presenta la siguiente tabla, indica las dependencias que participaron en la ACI2021.

Imagen 2.- Lista de Dependencias que presentación ACI2021

Dependencia/ Participantes/ % de Participación según áreas			
CEAAM Caribe	8	80%	
CEAAM Metropolitano	9	90%	
CEAAM Occidente	6	50%	
Centro de información, orientación y referencia	7	88%	
Contraloría de Servicios	2	67%	
Delegación de la mujer	12	63%	
Ciudadanía Activa, Liderazgo y Gestión Local	7	100%	
Condición Jurídica y Derechos Humanos de las Mujeres	4	67%	
Construcción de identidades y proyectos de vida	1	20%	
Gestión de Políticas Públicas	1	20%	
Proveeduría	9	90%	
Recursos Humanos	2	20%	
Servicios Generales	12	92%	
Violencia de Género	9	90%	
Especializado de información	1	50%	
Financiero Contable	6	75%	
Dirección Administrativa Financiera	7	100%	
Dirección Estratégica	3	100%	
Mujeres	4	67%	
Formación Política de las mujeres	1	100%	
Junta Directiva	1	0%	
Presidencia Ejecutiva	0	0%	
Secretaría Técnica de la PIEG	4	100%	
Asesoría Legal	3	60%	
Unidad de Documentación	1	33%	
Unidad de Informática	2	40%	
Unidad de Investigación	1	25%	
Unidad de Planificación Institucional	4	100%	
Unidad de Prensa y Comunicación	1	50%	
Unidad de Relaciones Internacionales y Cooperación Internacional	1	100%	
Unidad de Tesorería	4	100%	
Desarrollo Regional	6	75%	
Regional Brunca	0	0%	
Regional Central Sede Occidente	6	67%	
Regional Central Sede Oriente	11	85%	
Regional Chorotega	17	81%	
Regional Huetar Caribe	1	5%	
Regional Huetar Norte	18	86%	
Regional Pacífico Central	10	58%	

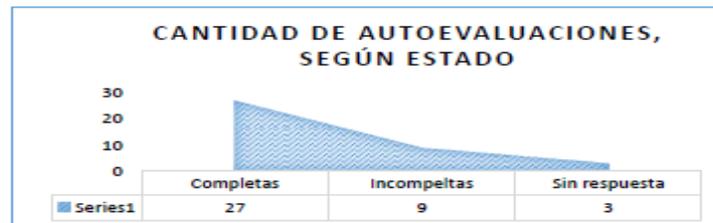
Fuente: Tabla 4 del Informe de resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2020-2021, JD13-2022

La imagen 2, indica que hay dos dependencias que no presentaron la ACI, una es la Presidencia Ejecutiva y la otra es la Regional Brunca. No obstante, en el mismo informe se comentan que fueron tres dependencias que no presentaron la autoevaluación de control interno, y nueve la entregaron incompletas, se presenta la siguiente imagen:



Imagen 3.- Desglose de participación de la ACI2021

Grafico 3. Cantidad de Autoevaluaciones, según estado.



Fuente: Elaboración Unidad de Planificación Institucional, con base en información de la Autoevaluación de Control Interno.

Fuente: Informe INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-015-2022, gráfico número 3.

La imagen anterior indica que son tres dependencias que no presentaron la autoevaluación, y nueve incompletas, se presenta una inconsistencia de una dependencia, pero principalmente se resalta que, de 39 dependencias, solo 27 las presentaron de manera total y los que no la hicieron no dieron ninguna explicación por no presentarla.

II. Autoevaluación de Control Interno 2022:

Mediante circular INAMU-PE-0010-2022 se envía correo electrónico a “Lista Distribución INAMU” el 26 de octubre del 2022, la cual establece lo siguiente:

(...)

Se instruye a todas las personas funcionarias del Instituto Nacional de las Mujeres, a participar en el proceso de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno correspondiente al periodo 2021-2022, la cual se realizará del 25 y hasta el día 31 de octubre 2022 inclusive.

El instrumento engloba una serie de preguntas que permiten evaluar los componentes funcionales, a saber: ambiente de control, valoración del riesgo, actividades de control, sistemas de información y seguimiento, los cuales interactúan entre sí para coadyuvar con el logro de los objetivos institucionales. Esta herramienta será aplicada cada año con el fin de fortalecer el Sistema de Control interno en cada dependencia.



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 29 de 53

En cumplimiento a lo estipula en la Ley 8292, la Administración Activa hace un atento llamado a las personas Titulares Subordinadas a completar la Autoevaluación de Control Interno 2022 en tiempo y plazo establecido, y se solicita que se tome en cuenta la participación y colaboración de todo el personal a su cargo. (...)”

Una vez realizada la autoevaluación de control interno 2022, se presentó el informe final en Junta Directiva, mediante el documento INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-008-2023, en sesión 13-2023 celebrada el 13 de julio del 2023.

Imagen 4.- Lista de Dependencias que presentación ACI2022

Dependencias	
CEAAM Caribe	Dirección Estratégica
CEAAM Metropolitano	Formación Política de las mujeres
CEAAM Occidente	Secretaría Técnica de la PIEG
Centro de información, orientación y referencia	Asesoría Legal
Contraloría de Servicios	Unidad de Documentación
Delegación de la mujer	Unidad de Informática
Ciudadanía Activa, Liderazgo y Gestión Local	Unidad de Investigación
Condición Jurídica y Derechos Humanos de las Mujeres	Unidad de Planificación Institucional
Construcción de identidades y proyectos de vida	Unidad de Prensa y Comunicación
Gestión de Políticas Públicas	Unidad de Tesorería
Proveeduría	Desarrollo Regional y Fomujer
Recursos Humanos	Regional Brunca
Servicios Generales	Regional Central Sede Occidente y Sede Oriente
Violencia de Género	Regional Chorotega
Especializado de información	Regional Huetar Caribe
Financiero Contable	Regional Huetar Norte
Dirección Administrativa Financiera	Regional Pacífico Central

Fuente: Tabla 3 del Informe de resultados de la Autoevaluación de Control Interno 2021-2022 INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-008-2023, sesión de JD 13-2023



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 30 de 53

Según la imagen 4, para la ACI 2022, participaron 34 dependencias. Si se hace una comparación con las dependencias del informe de la ACI 2021, hay tres dependencias que no participaron en la autoevaluación de control interno, las cuales fueron:

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

Esta situación evidencia que, en los dos años, no se ha cumplido el 100% de la autoevaluación en todas las dependencias, además, en el caso de la Presidencia Ejecutiva en los dos periodos no la han realizado según los informes presentados, agregando que para el año 2021, nueve dependencias presentaron incompleta la autoevaluación.

Criterio:

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

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

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

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



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 31 de 53

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

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

El SCI debe reunir las siguientes características:

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

Causa

Como se indicó en el punto 3.2.1, no hay normativa interna que regule todo el proceso de la autoevaluación de control interno, pero más aun la ausencia de acciones que promuevan una efectiva culturización que conlleve la comprensión entre las personas funcionarias, de la utilidad del control interno para el desarrollo de una gestión apegada a criterios de eficiencia, eficacia, economía, legalidad y para una efectiva rendición de cuentas, son de los principales factores, para que la autoevaluación del



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 32 de 53

SCI, de los periodos 2021 y 2022 se hallan aplicado de forma parcial y no puedan catalogarse como completas.

Efecto

El no contar con información completa e integral de los resultados de la herramienta la cual básicamente está diseñada para realizar una autoevaluación periódica (anual) al Sistema de Control Interno para un proceso por parte de su dueño o responsable, limita identificar gráficamente el nivel de cumplimiento, definir y registrar planes de acción y fechas de compromisos para cerrar las brechas identificadas, que permitan lograr una mejor calificación en las siguientes autoevaluaciones hasta llegar a un nivel efectivo en cada componente. (Ver conclusión 03).

3.2.3 Dependencias que trabajaron juntas las autoevaluaciones de control interno

Condición:

De los dos periodos de evaluación (2021 y 2022), en el informe final de los resultados de la autoevaluación de control interno para el año 2021, se determinó que varias dependencias trabajaron de forma conjunta los formularios.

Se extrae el párrafo del informe INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-015-2022, el cual establece lo siguiente:

En el caso de la Unidad Regional Central se realizó la Autoevaluación de la sede Occidente y Oriente de forma conjunta, de igual manera lo realiza Fomujeres de forma conjunta con el Departamento de Desarrollo Regional y la Unidad Especializada de Información lo realiza de forma conjunta con la Unidad de Documentación y la Unidad de Investigación, por su parte la dependencia de Formación Política de las mujeres lo realiza de forma conjunta con Ciudadanía Activa, Liderazgo y Gestión Local.



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 33 de 53

El párrafo muestra que varias dependencias trabajaron en forma conjunta, no obstante, sede Occidente y Oriente son una misma dependencia, así como Fomujeres le corresponde trabajar la autoevaluación con el Departamento de Desarrollo Regional, pero, la Unidad Especializada de Información, la Unidad de Documentación y la Unidad de Investigación debían realizarlo de forma separada, así como Formación de Política de las Mujeres no debía trabajarlo con Ciudadanía Activa, Liderazgo y Gestión Local.

Esta situación se comentó mediante entrevista el 24 de noviembre del 2023, con la coordinadora de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, doña Ana Victoria Naranjo Porras, la cual comentó que, si bien las dependencias lo trabajaron en forma conjunta, cada uno presentó el formulario por separado.

Criterio:

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

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

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

Además, la circular INAMU-PE-0013-2021 la cual se envía por medio de correo electrónico a “Lista Distribución INAMU” el 18 de octubre del 2021, parte del correo decía lo siguiente:

En cumplimiento a lo estipula en la Ley 8292 la Administración Activa hace un atento llamado a las **personas Titulares Subordinadas a completar la Autoevaluación de Control Interno 2021 a lo interno de cada dependencia, y se solicita que la misma se realice de forma participativa en conjunto con todo el personal a cargo. (...)**

(el resaltado y subrayado no forma parte del original)



Causa:

Al no existir un procedimiento o protocolos documentados, aprobados y divulgados para la realización de las autoevaluaciones de control interno que definan las pautas de dicho proceso, se presentaran situaciones como las comentadas, como se muestra en la imagen 2 y 4, hay dependencias que en el año 2021 estaban de forma separada y para el 2022 son parte de una misma. Este tipo de situaciones se presenta porque se requiere definir criterios al momento de realizar la autoevaluación y que queden de manera formal para que toda la Institución conozca la forma correcta de cómo realizarla.

Efecto:

El principal efecto es la materialización de riesgos derivados de los incumplimientos de las autoevaluaciones de control y la obligatoriedad de que todos y cada uno de los titulares subordinados responsables de los procesos estratégicos, sustantivos y de apoyo institucionales deben evaluar su sistema de control interno con el objetivo de determinar desviaciones en el cumplimiento de sus metas y objetivos. (Ver conclusión 4)

3.2.4 Incumplimiento al seguimiento de los plazos de acciones de mejora

Condición:

Como parte de los objetivos del estudio estaba el análisis del seguimiento de los planes de acción de mejora de los resultados de la autoevaluación del 2022. Para ello se analizó los informes que se entregaron a Junta Directiva para poder determinar los plazos establecidos en cada plan de mejora.

i. Seguimiento autoevaluación de control interno 2022:

Se presentó el informe final de la ACI2022 mediante la circular INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-008-2023 en sesión de Junta Directiva 13-2023 celebrada el 13 de julio del 2023, quedando el siguiente acuerdo 6°:



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 35 de 53

1. APROBAR EL DOCUMENTO: INFORME DE RESULTADOS ACI-2022-2023 Y SU PLAN DE MEJORA PRESENTADO POR LA COMISIÓN CECI SEVRI Y LAS RECOMENDACIONES ESTABLECIDAS.
2. INSTRUIR A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA PARA QUE DIVULGUE ENTRE LAS PERSONAS COORDINADORAS DE LAS ÁREAS TÉCNICAS, JEFAS DE ÁREAS Y TODAS LAS PERSONAS FUNCIONARIAS DEL INAMU, EL INFORME DE RESULTADOS DERIVADO DE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO PERIODO 2022-2023 Y SU RESPECTIVO CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA PARA QUE SEA ATENDIDO DURANTE EL II SEMESTRE DEL 2023.
(el subrayado no forma parte del original)

Como se menciona en el acuerdo, el plan de mejora sería atendido en el segundo semestre del 2023, situación que impide darle seguimiento porque para verificar su comprobación sería hasta el año 2024, no obstante, se dio seguimiento a los planes de acción de la ACI2021, con los siguientes resultados.

ii. **Seguimiento autoevaluación de control interno 2021:**

Se presentó el informe final en Junta Directiva, mediante la circular INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-015-2022, en sesión 13-2022 celebrada el 05 de julio del 202 el informe detallaba los planes de acción de manera general, quedando el acuerdo 11° de Junta Directiva de la siguiente manera:

1. APROBAR EL INFORME FINAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – SCI-INAMU- 2020-2021, EL CUAL CONTIENE UN ANÁLISIS, SEGÚN MODELO DE MADUREZ DE LOS CINCO COMPONENTES DEL SISTEMA; ASÍ COMO EL PLAN DE ACCIÓN DE MEJORAS ASOCIADO A CADA UNO DE DICHOS COMPONENTES.
2. APROBAR LAS RECOMENDACIONES EMANADAS DE DICHO INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DEL SCI INAMU 2020-2021, INCLUYENDO EL PLAN DE ACCIONES DE MEJORA QUE DEBERÁN CUMPLIRSE EN LOS PLAZOS ALLÍ SEÑALADOS. (EL SUBRAYADO NO FORMA PARTE DEL ORIGINAL)

El informe de la ACI2021, en el apartado 5 “Plan de Mitigación”, incluyó la tabla 7, la cual brindaba el componente funcional, la acción de cumplimiento, el responsable, medio de verificación y plazo de ejecución de la acción. Según la Tabla 7, se debía



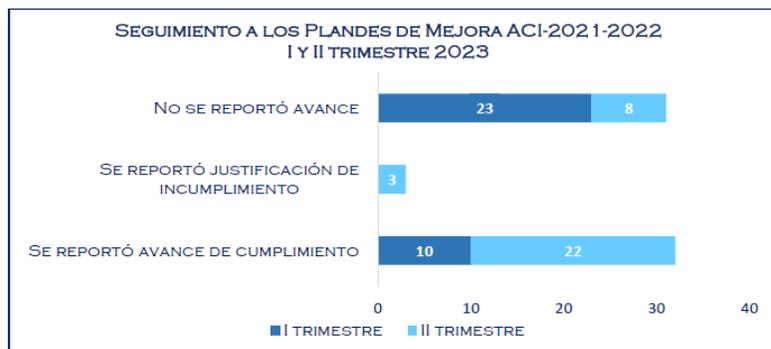
dar seguimiento a 22 acciones de cumplimiento y sobre esas 22 acciones, 13 son acciones que deben cumplir todas las dependencias del INAMU. Además, la mayoría de los planes de acción se cumplían de mayo 2022 a mayo 2023.

Con respecto al seguimiento de la ACI2021, mediante la circular INAMU-PE-UPI-CESI-SEVRI-011-2023 del 31 de agosto del 2023, se remitió el informe de avance al I Semestre del Control Interno relacionado con el plan de mejora al Sistema de control interno. El cual estableció lo siguiente respecto al seguimiento:

Imagen 5.- Reportes emitidos Planes de Mejora aci-2021

Figura 1.

Reportes emitidos derivados de los 33 Planes de Mejora ACI-2021, según seguimiento durante el I y II trimestre del año 2023.



Fuente: Informe final de ejecución plan de mejora autoevaluación de control interno 2021-2022

Sobre esta situación el informe también establece lo siguiente:

De la figura anterior, se desprende que de las 33 dependencias institucionales solo 10 remitieron en tiempo y forma el seguimiento correspondiente al corte del I trimestre del 2023, mientras que se puede observar que 23 dependencias no reportaron avance en dicho período.

En relación con el II trimestre del 2023, 22 dependencias reportaron el seguimiento, aumentándose significativamente las respuestas. Además, tres dependencias remitieron en el seguimiento la siguiente justificación “**Se indica que por exceso de cargas laborales y falta de recurso humano no se pudo**



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 37 de 53

atender el plan” y 8 dependencias no reportaron avance lo que implica un debilitamiento al Sistema Específico de Control Interno.

Además, de eso, el informe brinda el porcentaje de cumplimiento de las acciones que quedaron pendientes, mostrando que existe un porcentaje alto de acciones que no cumplieron su plan de mejora en el plazo establecido, situación que perjudica el sistema de control interno del INAMU, como se puede ver en el siguiente extracto:

La siguiente figura muestra el seguimiento realizado a las 437 acciones contenidas como consolidado de sus Planes de Mejora ACI-2021-2022 por dependencia. Como se observa en la figura 2 siguiente, las dependencias atendieron 222 acciones de mejora, lo que representa en números absolutos un 51% del total. Por otra parte, se evidencia que 213 acciones que representan un 49% no fueron atendidas conforme lo programado en el Plan de Mejora ACI-2021-2022 para el corte final previsto el 30 de junio, 2023.

Criterio:

EL acuerdo número 11° de Junta Directiva de la sesión 13-2022 celebrada el 05 de julio del 2022 acordó lo siguiente:

2. APROBAR LAS RECOMENDACIONES EMANADAS DE DICHO INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DEL SCI INAMU 2020-2021, INCLUYENDO EL PLAN DE ACCIONES DE MEJORA QUE DEBERÁN CUMPLIRSE EN LOS PLAZOS ALLÍ SEÑALADOS.

(El subrayado no forma parte del original)

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

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



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 38 de 53

Artículo 17.—Seguimiento del sistema de control interno.

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

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

(...)

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

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

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

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

(El subrayado no forma parte del original)

Causa:

De las recomendaciones que se emitieron en el informe final que se presentó a Junta Directiva mediante circular INAMU-PE-UPI-CECI-SEVRI-015-2022 de seguimiento de evidencia que las medidas implementadas para dar seguimiento a que se cumplan las acciones de mejora no están siendo suficientes. Si bien, los informes se envían a Junta Directiva para su conocimiento y aprobación, y se toman acuerdos, los cuales se



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 39 de 53

comunican a la Institución, no están dando los resultados esperados porque las dependencias no están cumpliendo con el plazo establecido.

Otra causa que afecta al cumplimiento de las acciones de mejora en tiempo es que la Unidad de Planificación Institucional solo cuenta con un recurso humano de medio tiempo para cumplir las labores administrativas de control interno, esto afecta el seguimiento oportuno para verificar que las dependencias cumplan en tiempo y forma. La labor del seguimiento del sistema de control interno del INAMU es ardua y son diversos los procesos que se deben ejecutar para un ambiente sano de control interno.

Falta de mayor compromiso desde las Direcciones para que supervisen sus equipos de trabajo y puedan rendirles cuentas de su avance de cumplimiento en las acciones de mejora.

Efecto:

La inobservancia de las dependencias sobre lo que aprueba la Junta Directiva en sus sesiones; por no cumplir con los plazos establecidos que se definieron en las acciones de mejora y fueron aprobados por la Junta Directiva y comunicados posteriormente.

Además, riesgo de debilitamiento al sistema de control interno por no cumplir con lo que establece la Ley General de Control Interno 8292 al no realizar las acciones de mejora con el fin de mejorar el sistema de control interno de cada dependencia y se puedan cumplir los objetivos institucionales. (Ver Conclusión 5 y recomendación 03).

3.2.5 Utilidad de las evidencias presentadas en los respaldos de la ACI-2021 y 2022

Condición:

Se realizó una muestra de cuatro preguntas de la herramienta utilizada para la ACI, con el propósito de verificar las evidencias que respaldan dichas preguntas. Se seleccionaron dependencias de la Dirección Estratégica, Dirección Administrativa Financiera y Unidades del STAFF. Su fin era determinar la integridad de cada prueba



adjunta para corroborar que efectivamente cumpliera con lo solicitado por el formulario. Las preguntas que se seleccionaron fueron las siguientes:

Tabla 3.- Preguntas seleccionadas para revisión de evidencias ACI-2022

Componente de Control	Pregunta
Ambiente de control	4. ¿Dispone su dependencia de un inventario de actividades de control?
Valoración de riesgo	8. ¿Para la identificación, valoración y tratamiento continuo de los riesgos asociados a los procesos y actividades de trabajo que tienen a cargo, utiliza su dependencia el Marco Orientador del SEVRI?
Actividades de control	11. ¿Se encuentran documentadas las actividades de control interno, como parte los procedimientos y protocolos que se desarrollan en el proceso a cargo de su dependencia?
Sistemas de información y Comunicación	18. ¿Aplica la dependencia a su cargo regulaciones específicas a nivel interno relacionadas con la seguridad, manejo y administración de la información institucional?

Fuente: Informe técnico de resultados Autoevaluación de Control Interno 2022

Se revisó que existiera documentación de respaldo competente para la pregunta del formulario; de las dependencias analizadas, se presenta los siguientes resultados:

Tabla 4.- Resultados de verificación de muestras por Dependencia

Dependencia según muestra seleccionada	No Cumplió	Parcial	Cumplió	Total
Ciudadanía, Liderazgo y Gestión Local	1		3	4
Condición Jurídica y Protección de los Derechos de las Mujeres	2		2	4
Construcción de identidades y proyectos de vida	2		2	4
Contraloría de Servicios	4			4
Departamento Financiero Contable		1	3	4
Departamento Proveduría	1		3	4
Departamento Recursos Humanos	4			4
Departamento Servicios Generales	3		1	4
Secretaría Técnica para la Coordinación y Seguimiento de la PIEG	2		2	4
Unidad de Asesoría Legal			4	4
Unidad de prensa y comunicación	1		3	4
Total general	20	1	23	44

Fuente: Información propia con expedientes de la UPI



De 11 dependencias seleccionadas un 52% cumplieron con las evidencias, mientras que un 45% no cumplieron. También, la dependencia de la Contraloría de Servicios y el Departamento de Recursos Humanos no presentaron ninguna evidencia de la muestra seleccionada.

De la revisión efectuada a las evidencias aportadas por los titulares subordinados, esta no siempre cumple con los atributos fundamentales de la calidad de la información los cuales están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

Al revisar las evidencias, existen diversas formas que cada dependencia envía la información soporte, si bien el formulario indica qué deben adjuntar como respaldo en cada pregunta, las dependencias envían la información de diferentes formas, esto hace más engorroso la revisión.

Criterio:

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

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

Así mismo, las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) y reforma Resoluciones N° R-CO-64-2005, N° R-CO-26-2007, N° R-CO-10-2007, en el numeral 5.6 – Calidad de la Información, se refiere a:

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

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



competente.

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

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

Además, parte de la circular INAMU-PE-0010-2022 la cual se envió por medio de correo electrónico a “Lista Distribución INAMU” el 26 de octubre del 2022, establece lo siguiente:

(...)

El instrumento para completar fue desarrollado por medio de la herramienta Forms, dicho instrumento será remitido a las personas Titulares Subordinadas quienes serán las responsables de llenar el formulario en conjunto con el personal a cargo, así mismo se solicita que se adjunten los medios de control indicados, pudiendo ser los mismos verificados de forma aleatoria por la Comisión CECI-SEVRI y/o la Auditoría Interna en cualquier momento. (...)

Causa:

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



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 43 de 53

También, que la revisión de las pruebas aportadas se divide entre los diferentes integrantes de la Comisión de Control Interno, teniendo cada uno un criterio para evaluar la evidencia, como se mencionó anteriormente la ausencia de una persona responsable del análisis y procesamiento de los resultados de la herramienta utilizada para el Autoevaluación de Control Interno, imposibilita la estandarización y homogenización de los datos y la información de respaldo.

Efecto:

Al no aportarse evidencia que cumpla con las características mínimas requeridas imposibilitan en algún grado asegurar que las acciones de control implementadas coadyuven a asegurar que la gestión tanto dentro y fuera de la institución son realizadas apegadas al bloque de legalidad, de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales.

Lo que implicaría que la ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales sean mayormente expuesta a riesgos inherentes, incumplimiento de requerimientos normativos y las disposiciones institucionales. (Ver Conclusión 05).

3.3 HALLAZGO 3: INCONSISTENCIAS EN LAS ACTAS DE LA COMISION CECI-SEVRI

Condición:

Se analizaron las actas de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, del año 2022 y 2023. Se verificó que las actas tuvieran las firmas respectivas de la Coordinadora y la persona secretaria de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, que las mismas estuvieran foliadas, en orden consecutivo y contaran con la participación de las personas integrantes en las sesiones.



De la revisión de las actas se determinó lo siguiente:

Tabla 5.- Revisión de actas de Comisión de Control Interno CECI-SEVRI

Año 2022	# de Acta	Fecha de Sesión	Foliado	Firmadas	Observaciones	Ausentes en sesión sin justificación
Enero	01-2022	11/1/22	si	si	Acta extraordinaria	
Febrero	02-2022	8/2/2022	si	si	Acta extraordinaria	
Marzo	03-2022	30/3/2022	si	si	Acta extraordinaria	Yerlin Zúñiga C
Abril					No se sesionó	
Mayo	04-2022	4/5/2022	si	si	Acta extraordinaria	
	05-2022	10/5/2022	si	si	Acta extraordinaria	
Junio	06-2022	14/6/2022	si	si		
Julio					No se sesionó	
Agosto	07-2022	9/8/2022	si	si		
Setiembre	08-2022	13/9/2022	si	si		
Octubre	09-2022	13/10/2022	si	si	Acta extraordinaria	Yerlin Zúñiga C
	10-2022	20/10/2022	si	si	Acta extraordinaria	Yerlin Zúñiga C
Noviembre					No se sesionó	
Diciembre	11-2022	13/12/2022	si	si		Yerlin Zúñiga C
Año 2023						
Enero	01-2023	24/1/2023	si	si		
Febrero	02-2023	3/2/2023	si	si	Acta extraordinaria	
Febrero	03-2023	21/2/2023	si	si		Yerlin Zúñiga C
Marzo	04-2023	21/3/2023	si	si		Yerlin Zúñiga C
Abril	05-2023	18/4/2023	si	si		Yerlin Zúñiga C
Mayo	06-2023	16/5/2023	si	si		Yerlin Zúñiga C
Junio	07-2023	6/6/2023	si	si	Acta extraordinaria	Yerlin Zúñiga C
Junio	08-2023	27/6/2023	si	si		Yerlin Zúñiga C

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

Sobre la revisión de las actas del periodo 2022 desde la sesión 01 hasta la 05 indican que son sesiones extraordinarias, situación que debería verificarse para corroborar si efectivamente todas corresponden a sesiones de actas extraordinarias, pero si fuera así, no hubo ninguna ordinaria durante ese lapso. Para los meses de abril, julio y noviembre del año 2022 no se sesionó; sin embargo, en otros meses se sesionó dos veces.



Lo que sí es importante mostrar es que de la revisión hay 10 sesiones donde no hay participación de la Señorita Yerlin Zúñiga Céspedes, quien está en representación de la presidenta ejecutiva.

Criterio:

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

Artículo 5. Ámbito de competencia de la Comisión.

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

Artículo 6- Integración de la Comisión.

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

(...)

Una persona funcionaria representante de la Presidencia Ejecutiva.

Y

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

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

Causa:

Con respecto a las causas del porque la representante de la presidencia ejecutiva no ha participado en las sesiones de la Comisión se desconocen porque las que se incluyeron fueron las que no presentó justificación por ausentarse.



Efecto:

No se está cumpliendo con el Reglamento que aprobó la Junta Directiva, cuando solicitó que se sesionara ordinariamente una vez al mes y definió las personas integrantes de la Comisión.

Situaciones relevantes que pueden analizarse en la Comisión están dejando de ser percibidos por la Presidencia Ejecutiva, al no contar con un representante en las sesiones, que como se mostró ha estado ausente en bastantes sesiones. (Ver conclusión 06).

4. CONCLUSIONES

La Auditoría Interna, realizó el presente proyecto especial de auditoría con el objetivo de evaluar la efectividad con que la Administración Activa elaboró y aplicó el SEVRI y la Autoevaluación de Control Interno durante el período 2022, para lo cual presentamos las siguientes conclusiones:

CONCLUSIÓN 01

El INAMU desde el 2013 aprobó y divulgó el “Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI”, el cual estableció su implementación en dos etapas; la primera consistía en dar prioridad a la definición de riesgos generales a nivel de objetivos estratégicos, y la segunda estaba supeditada a una posible reorganización institucional; sin perjuicio de lo anterior la segunda etapa no se ha iniciado; esta situación ha imposibilitado la identificación de riesgos a niveles más operativos, lo cual aumenta la exposición y materialización de riesgos operativos, financieros, de imagen, políticos y emergentes que la Institución no gestiona.



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 47 de 53

Como parte de la estrategia desarrollada por la Unidad de Planificación Institucional, en relación con la recomendación 3 del Informe INAMU-JD-AI-In-010-2022, se destina de forma parcial un recurso humano de la UPI para que trabaje de forma conjunta con una estudiante de la carrera de Planificación Económica y Social de la Universidad Nacional del nivel de licenciatura. Dicha estrategia fue formalizada mediante la elaboración de un nuevo “Lineamiento del Marco Orientador”, mismo que fue remitido de forma oficial vía correo electrónico a la UPI y a la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, el pasado 12 de diciembre para su revisión, aprobación y posterior remisión a la Junta Directiva con el fin de que sea puesto en práctica a partir del 2024

CONCLUSIÓN 02

El INAMU realiza cada año las Autoevaluaciones de Control Interno, según la planificación anual que tiene la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI, cumpliendo con lo que establece la Ley 8292 Ley General de Control Interno, no obstante, no existe de manera formal a nivel interno del INAMU procedimientos o normativa de índole similar que documente cada etapa de la Autoevaluación de Control Interno donde detalle los roles y responsabilidades que tiene cada participante en el proceso de la autoevaluación. **(Ver recomendación 01)**

CONCLUSIÓN 03.

Para las autoevaluaciones de control interno del periodo 2021 y 2022 varias dependencias las hicieron de manera parcial o del todo no la presentaron. Para el año 2021 el informe muestra que se envió la autoevaluación a 39 dependencias, en el año 2022 se indican que son 34 dependencias. No obstante, comparando la información para el año 2022 solo se brindó las áreas que sí presentaron la información; además que varias dependencias que estaban separadas en el año 2021, para el año 2022 están como una sola área. Se evidenció que no existe una rendición de cuentas o sanciones para las dependencias que no las realizan o la presentan de manera parcial. Además, es importante resaltar que dentro de las áreas que no brindaron la autoevaluación está la Presidencia Ejecutiva y la Junta Directiva. **(Ver recomendación 02)**



CONCLUSIÓN 04.

Para la Autoevaluación de Control Interno del año 2021 varias dependencias no realizaron el formulario de forma individual, sino que lo trabajaron de manera conjunta con dependencias de menor o mayor rango. Estas situaciones son perjudiciales porque la instrucción indicaba que era a lo interno de cada dependencia para que se cumpla con la Ley General de Control Interno Ley 8292, la cual establece que cada titular subordinado debe evaluar su sistema de control interno del cual es responsable. Este tipo de situaciones se evitarán con un procedimiento formal que regule entre otras cosas, la cantidad de dependencias que tiene el INAMU y la forma de trabajar la autoevaluación.

CONCLUSIÓN 05.

Aunque existe un seguimiento trimestral por parte de la Unidad de Planificación Institucional, no hay un proceso continuo y permanente de monitoreo para el cumplimiento de las acciones de mejora de la Autoevaluación de Control Interno del periodo 2022 ni las anteriores, porque aún si se analizó el seguimiento de cumplimiento al plan de mejoras para la Autoevaluación de Control Interno del año 2021; de las 437 acciones de mejora que debían cumplirse al primer semestre del 2023, solo el 49% se cumplió, quedando pendientes 213 acciones por cumplirse un 49%, situación que muestra un debilitamiento al sistema de control interno del INAMU.

De la revisión efectuada a una muestra de las evidencias aportadas por los procesos que realizaron la Autoevaluación de Control Interno del 2022, no todas cumplen con las características mínimas requeridas de confiabilidad, oportunidad y utilidad, lo que imposibilitan en algún grado asegurar que las acciones de control implementadas coadyuvan a asegurar que la gestión tanto dentro y fuera de la institución son realizadas en apego al bloque de legalidad, de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales, lo que implica que la ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales sean mayormente expuesta a riesgos inherentes, incumplimiento de requerimientos normativos y las disposiciones institucionales, esta situación es originada mayormente por la ausencia de personal técnico y responsable del proceso



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 49 de 53

de control interno y riesgos institucional, así como la ausencia de una cultura de control por parte de los jefes y titulares subordinados responsables de los procesos institucionales. (Ver recomendación 03).

CONCLUSIÓN 06.

Se revisaron las actas de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI del periodo 2022 y al 2023 que están en el libro de actas las mismas se encuentran debidamente firmadas y con el consecutivo respectivo. Se determinó que existe una serie de ausencias sin justificar de la persona integrante de la Comisión que asiste como representante de la Presidencia Ejecutiva situación que va en perjuicio de la implementación de los temas relevantes que se plantean y no son puestos en conocimiento al Jefe de manera fluida y oportuna. (Ver recomendación 04)

5. RECOMENDACIONES

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

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



A LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

RECOMENDACIÓN 01

En un plazo máximo de noventa (90) días, elaborar el “Procedimiento”, “Plan para la Aplicación de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional” y/o normativa de índole similar, que recopile todas y cada una de las etapas para la realización de la Autoevaluación anual de Control Interno, esto con el propósito de establecer los lineamientos específicos para la aplicación del proceso de autoevaluación con el fin de que este instrumento brinde mejoras razonables para el SCI Institucional mediante la revisión periódica de sus componentes funcionales, de tal manera que apoye el logro de los objetivos del INAMU. el instrumento debe contener al menos roles, responsabilidades (la definición de personas colaboradoras que puedan servir de enlace entre el proceso de control interno y sus mismas dependencias), sanciones y rendición de cuentas que tiene el jerarca y los titulares subordinados que participan en dicho proceso, así como las personas colaboradoras que tienen el deber de realizar la ACI.

Durante la revisión efectuada se determinó que sí se realizan las ACI cada año según lo establece la Ley 8292 Ley General de Control Interno, sin embargo, no hay un documento formal que recopile la gestión de ese procedimiento y que se tenga disponible para cuando se requiera.

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



A LA UNIDAD DE PLANIFICACION INSTITUCIONAL

RECOMENDACIÓN 02.

En un plazo máximo de ciento veinte (120) días, revisar y actualizar la metodología utilizada para la presentación de los informes relacionados con la Autoevaluación de Control Interno Institucional con el propósito de que la elaboración del “Informe General de resultado de la autoevaluación”, no solo incluya los aspectos más relevantes y/o estratégicos del resultado de la autoevaluación, especialmente aquellos que son necesarios de ser transformados o ejecutados con la aprobación del jerarca, sino que el informe que realiza y presenta la Unidad de Planificación Institucional se convierta en un instrumento de rendición de cuentas sobre el diseño, funcionamiento, la evaluación y el perfeccionamiento del control interno por parte de los titulares subordinados.

Durante la revisión efectuada se determinó que no todas las dependencias del INAMU hacen las autoevaluaciones, o las entregan incompletas, hay dependencias que en los dos periodos analizados no entregaron la autoevaluación, y no existe ningún mecanismo formal que pida rendir cuentas sobre ese incumplimiento a la ley.

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

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

RECOMENDACIÓN 03

En un plazo no mayor a noventa (90) días y derivado de los resultados expuestos en el presente informe, las obligaciones dadas por Ley a las Unidades de Planificación y de la necesidad imperante de que el INAMU cuente con un responsable del proceso de control interno, realizar las gestiones tanto internas como externas para que el



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 52 de 53

Instituto cuenta con una plaza formal y permanente para el proceso de Control Interno Institucional.

Durante la revisión efectuada se determinó que las dependencias no están cumpliendo con los plazos definidos para el seguimiento de mejora, ni aun cuando son acuerdos que la Junta Directiva adoptó, lo cual muestra falta de compromiso a nivel Institucional y no existe un mecanismo de control previo que pueda controlar o exigir a las demás áreas que brinden la información.

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

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

RECOMENDACIÓN 04

En un plazo no mayor a quince (15) días implementar las acciones de control necesarias para que la persona representante del Jerarca Institucional en la Comisión CECI- SEVRI participe de forma activa y permanente en dicha comisión, esto con el objetivo de que exista una retroalimentación constante y permanente sobre el control Interno Institucional y sus planes de mejora.

Se revisaron las actas de la Comisión de Control Interno CECI-SEVRI del periodo 2022 y al 2023 que están en el libro de actas las mismas se encuentran debidamente firmadas y con el consecutivo respectivo. Se determinó que existe una serie de ausencias sin justificar de la persona integrante de la Comisión que asiste como representante de la Presidencia Ejecutiva situación que va en perjuicio de la implementación de los temas relevantes que se plantean y no son puestos en conocimiento al Jerarca de manera fluida y oportuna.



14 de febrero del 2024
INAMU-JD-AI-In-004-2024
Página 53 de 53

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

ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS DE LA ADMINISTRACIÓN.

Número Informe Borrador:	INAMU-JD-AI-In-004-2024				
Dependencia que emite observaciones:	Dirección Estratégica				
Referencia documental:	DM-683-2011 del 07 de diciembre del 2011				
Detalle en el Informe Borrador:	En el apartado 3.2.3 sobre las dependencias que trabajaron juntas la Autoevaluación de Control Interno.				
Comentario de la Administración No.1:	Doña Ana Lorena entrega un documento del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica del año 2011 en el cual se aprueba la reorganización administrativa parcial del INAMU.				
¿Se acoge la observación?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A
					<input checked="" type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Interna:	Con base al documento presentado la Auditoría Interna recibe el documento para analizarlo en estudios posteriores.				

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