



**INFORME FINAL DE LA AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO
RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO DE ACCIONES:
DISPOSICIONES, RECOMENDACIONES Y OTROS, PARA EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2023 A JUNIO 2024.**

INAMU-JD-AI-In-011-2024

(Remitido con oficio INAMU-JD-AI-161-2024)

Firmas de validación del informe	
Realizado por	Revisado por
Klansy Flores Salguero Profesional Especialista Encargada del estudio Auditoría Interna	Randall Umaña Villalobos Auditor Interno Auditoría Interna



INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INFORME FINAL DE LA AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO DE ACCIONES: DISPOSICIONES, RECOMENDACIONES Y OTROS, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2023 A JUNIO 2024.

El presente estudio de auditoría se ha enfocado en analizar el nivel de implementación, por parte de la Administración Activa, de las acciones emitidas por la Auditoría Interna del INAMU, las Auditorías Externas que se han aplicado a la institución, así como las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República.

Además, es importante considerar que, dicho estudio, se ejecuta en cumplimiento a lo que establece la Ley General de Control Interno Ley 8292, el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna y el Plan Anual de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2024.

Setiembre, 2024.



Tabla de contenido

TABLA DE NOMENCLATURAS.....	4
1 RESUMEN EJECUTIVO	5
2 INTRODUCCIÓN.....	7
2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO.....	7
2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	8
2.3 ALCANCE DEL ESTUDIO	9
2.4 METODOLOGÍA APLICADA.....	9
2.5 COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.	10
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.	14
3.1 HALLAZGO 01: Reglamento de Administración de Activos.....	22
3.2 HALLAZGO 02: Marco Ético del INAMU (Políticas sobre conductas antiéticas y conflictos de interés).....	24
3.3 HALLAZGO 03: Metodología de seguimiento y control de los Convenios de cooperación. .	26
3.4 HALLAZGO 04: Continuidad de los servicios de Tecnologías de la Información y Comunicación.	28
3.5 HALLAZGO 05: Debilidades en la metodología utilizada para la gestión de la calidad de los servicios de TI.	30
3.6 HALLAZGO 06: Jornada Extraordinaria.....	32
3.7 HALLAZGO 07: Riesgos para la Detección y Prevención de Fraude.	33
3.8 HALLAZGO 08: Manuales de procedimientos para la estandarización de actividades en las Unidades Regionales.....	35
3.9 HALLAZGO 9: Carencia de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) a nivel institucional.	36
3.10 HALLAZGO 10: Recomendaciones asignadas a la Junta Directiva en estado “En proceso y pendiente ambos tipos con plazos vencidos”.....	38
3.11 HALLAZGO 11: Recomendaciones en proceso con plazo vencido	40
4 ADVERTENCIAS EMITIDAS.....	41
5 CONCLUSIONES GENERALES.....	43
6 RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA JUNTA DIRECTIVA.	44
7 ANEXOS.....	46



Nomenclaturas

Nomenclatura	Significado
CGR	Contraloría General de la República de Costa Rica
Gprd	Gestión para los resultados de desarrollo.
LGCI	Ley General de Control Interno, Ley 8292
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.
MICITT	Ministerio de Ciencia, Innovación, Tecnología y Telecomunicaciones
PAT	Plan Anual de Trabajo
PEI	Plan Estratégico Institucional.
POI	Plan Operativo Institucional.
SEVRI	Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.
STAP	Secretaría Técnica de la Administración Presupuestaria.

TABLA 1 RESUMEN DEL ESTADO ACTUAL DEL SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES	15
TABLA 2 RESUMEN DE RECOMENDACIONES EN ESTADO EN PROCESO.....	20
TABLA 3 RESUMEN DE RECOMENDACIONES EN ESTADO PENDIENTES	20
TABLA 4 DETALLE DE RECOMENDACIONES DESESTIMADAS	21
TABLA 5 PRINCIPALES ADVERTENCIAS EMITIDAS POR LA AUDITORÍA INTERNA	42
GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA AUDITORÍA INTERNA	18
GRÁFICO 2 ESTADO ACTUAL DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS A NIVEL PORCENTUAL	22
IMAGEN 1 RECOMENDACIONES CLASIFICADAS DE ACUERDO CON EL PERIODO DE EMISIÓN	17
IMAGEN 2 RECOMENDACIONES CLASIFICADAS POR EL TIPO DE ENTE FISCALIZADOR QUE LAS EMITIÓ.....	17
IMAGEN 3 RECOMENDACIONES EMITIDAS CLASIFICADAS POR TIPO DE ESTADO	19
IMAGEN 4 ANÁLISIS DE ADVERTENCIAS EMITIDAS POR LA AUDITORÍA INTERNA.....	41



1 RESUMEN EJECUTIVO

¿QUÉ EXAMINAMOS?

El estudio sobre Seguimiento de acciones: disposiciones, recomendaciones y otros, se ejecuta en cumplimiento del Plan de trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2024 y en atención a lo que establece Ley General de Control Interno Ley 8292, la cual refiere en su inciso g, que las Auditorías Internas deben emitir un informe anual sobre el nivel de implementación, por parte de la Administración Activa, de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna del INAMU, las Auditorías Externas, así como las disposiciones emanadas por la Contraloría General de la República. Para efectos del presente estudio se ha tomado como referencia el acumulado de recomendaciones emitidas que se mantenían vigentes, para el periodo comprendido entre enero 2023 a junio 2024.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

El seguimiento periódico de las recomendaciones emitidas, permite retroalimentar en forma oportuna a la Administración Activa y en particular al máximo Jerarca institucional, sobre el nivel de implementación de las mismas, proporcionándole también a la Auditoría Interna una perspectiva de que tan efectivas han sido las recomendaciones emitidas y como aplicar la mejora continua en los futuros estudios de fiscalización que se han de ejecutar, en función del plan de trabajo de la Auditoría Interna.

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

Tras el análisis y evaluación de un acumulado de 445 recomendaciones emitidas del periodo 2016 al 2024 a diferentes dependencias del INAMU, se evidencia que la Administración Activa ha implementado 302 recomendaciones las cuales se clasifican como “cumplidas” lo que representa un 68% del total de recomendaciones



que se analizaron en el presente estudio, 94 recomendaciones se encuentran “En Proceso” lo que representa un 21%, 39 se clasifican como “Pendientes” lo que representa un 9% y 10 recomendaciones se han clasificado preliminarmente como “desestimadas” lo que equivale a un 2%, estas últimas, por considerarse que las mismas han perdido su relevancia y oportunidad y por ende ya no generan un valor agregado a la institución.

¿QUÉ SIGUE?

Con base en los resultados expuestos, se prevé que la Junta Directiva y la Presidencia Ejecutiva instruyan a las personas titulares subordinadas a cargo de la implementación de las recomendaciones clasificadas en estado “En Proceso” y “Pendiente”, para que cumplan dentro de los plazos establecidos con las acciones que se estimen convenientes, en atención a las recomendaciones emitidas.



2 INTRODUCCIÓN

El presente estudio de auditoría se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2024 , el objetivo consistió en analizar el nivel de implementación, por parte de la Administración Activa, de las acciones emitidas por la Auditoría Interna del INAMU, las Auditorías Externas y otros entes de fiscalización externa, que se han aplicado a la institución, así como las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, tomando como referencia el acumulado de recomendaciones que se mantenían vigentes de enero 2023 a junio 2024.

2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con el artículo 22 de la Ley General de Control Interno¹ Ley 8292, la cual cita:

Artículo 22. Competencias. Compete a la auditoría interna, primordialmente lo siguiente:

g) Elaborar un informe anual de la ejecución del plan de trabajo y del estado de las recomendaciones de la Auditoría Interna, de la Contraloría General de la República y de los despachos de contadores públicos; en los últimos dos casos, cuando sean de su conocimiento, sin perjuicio de que se elaboren informes y se presenten al jerarca cuando las circunstancias lo ameriten.

De igual forma, el presente estudio cumple con lo establecido en el Reglamento de organización y funcionamiento de la Auditoría Interna del INAMU², el cual dicta lo siguiente en referencia al seguimiento de acciones:

¹ Ley del 30 de julio de 2002 Publicada en La Gaceta No. 169 del 04 de setiembre de 2002.

² Aprobado en el Acta 24-2018 Acuerdo de JD No.4 Fcha: 1/11/2018 INAMU-JD-203-11-2018, Gaceta No.55 del 13-03-2019.



Artículo 66. Informes de Seguimientos de implementación de acciones

Son informes en que se le indica a la Administración Activa, el estado de implementación de las acciones, disposiciones u observaciones realizadas, tanto por la Auditoría Interna, la Auditoría Externa, las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, así como de otras instancias con competencia y que la Administración Activa debe darle énfasis al cumplimiento o implementación de estas.

Artículo 103. Seguimiento de acciones sobre resultados

El seguimiento de acciones se desarrollará sobre todos los servicios brindados por la Auditoría Interna, lo cual incluye recomendaciones, asesorías, advertencias, observaciones y otros. Podrá incluir los resultados de las evaluaciones realizadas por los Auditores Externos, la Contraloría General de la República y demás instituciones de control y fiscalización que correspondan y que hayan sido puestos de su conocimiento.

Así como en cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del año 2024 de la Auditoría Interna³.

2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO

Verificar el grado de implementación y cumplimiento de las acciones⁴ emitidas por la Auditoría Interna del INAMU, las Auditorías Externas que se han aplicado a la institución, así como las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, de forma tal que se pueda retroalimentar a la Junta Directiva sobre el estado actual de las mismas.

³ Aprobado en el Acta 28-2023, Acuerdo de JD No.4 Fecha: 28/11/2023.

⁴ Entiéndase acciones como: recomendaciones, asesorías, advertencias, observaciones y otros que en observancia de sus funciones realice la Auditoría Interna, las Auditorías Externas, la Contraloría General de la República y otros órganos de control y fiscalización.



2.3 ALCANCE DEL ESTUDIO

El estudio es de cumplimiento y, comprendió la evaluación de las acciones emitidas por la Auditoría Interna del INAMU, las Auditorías Externas que se han aplicado a la institución, así como las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República al 2024.

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, así como el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna del Instituto Nacional de la Mujeres ⁵.

De conformidad con los criterios expuestos, la Auditoría Interna realizó una recopilación y actualización de las acciones de cumplimiento realizadas por la Administración Activa, sustentadas en la verificación de insumos varios que conforman las evidencias que respaldan el estado actual de las acciones ejecutadas.

Aunado a lo anterior se aplicaron entrevistas y reuniones virtuales mediante la plataforma Teams con las personas funcionarias que integran las unidades responsables del cumplimiento de acciones, a quienes se les aplicaron consultas específicas, vía oficio, correo electrónico y chat, de igual forma se trabajó en la verificación de datos mediante la aplicación de varios instrumentos, tales como: entrevistas, oficios, directrices, circulares, procedimientos, protocolos, diagramas de flujo, correos, matrices de cumplimiento, informes de gestión, entre otros.

⁵ Reglamento del 15 de febrero de 2011 Publicada en La Gaceta No. 32 del 15 de febrero de 2011.



2.5 COMUNICACIÓN 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”, con base en lo anterior, se han realizado sesiones de trabajo con la mayor parte de las unidades responsables del cumplimiento de acciones, para validar el estado de las mismas.

Mediante sesión de trabajo virtual ejecutada por medio de la plataforma teams, realizada el 21 de agosto del año en curso, fueron expuestos los resultados del presente estudio ante las siguientes personas funcionarias:

- ✓ Sra. Yerlin Zuñiga Céspedes, presidenta ejecutiva.
- ✓ Sra. Alexandra Gomez Ruiz, Asesora, Despacho de la Presidencia Ejecutiva.
- ✓ Sra. Ana Lorena Flores Salazar, directora a.i., Dirección Estratégica.
- ✓ Sra. Zaida Barboza Hernandez, directora a.i., Dirección Administrativa Financiera.
- ✓ Sra. Ana Victoria Naranjo Porras, jefatura, Unidad de Planificación.
- ✓ Sra. Klansy Flores Salguero, profesional especialista, Auditoría Interna.

2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA

La Ley General de Control Interno Ley 8292, en su artículo 37- Informes dirigidos al jerarca establece lo siguiente:

Artículo 37—Informes dirigidos al jerarca.

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 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 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 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.***
- d) *Asegurarse de que los sistemas de control interno cumplan al menos con las características definidas en el artículo 7 de esta Ley.*
- e) *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. Klansy Flores Salguero, y la revisión y aprobación de este, estuvo a cargo del Auditor Interno del INAMU Sr. Randall Umaña Villalobos.

2.9 GENERALIDADES DEL ESTUDIO

La Ley de creación del Instituto Nacional de las Mujeres Ley 7801, define al INAMU como una institución autónoma de derecho público con personalidad jurídica y patrimonio propio, estableciendo dentro de sus fines y atribuciones una serie de acciones en procura de alcanzar en el mediano plazo la igualdad y equidad de género.

El estudio de seguimiento de acciones, disposiciones y recomendaciones es de carácter normativo y de cumplimiento obligatorio de acuerdo con lo que establece la Ley General de Control Interno, Ley 8292 en su artículo 22 Competencias de las Auditorías Internas, inciso g. Por lo anterior, el propósito fundamental de este estudio, consiste en coadyuvar a la Administración Activa y en particular al máximo jerarca, en el seguimiento y atención oportuna de las recomendaciones que han sido emitidas por los diferentes órganos de fiscalización, así como contribuir con la toma de decisiones en temas de relevancia e impacto institucional, en aras de lograr avances positivos en la gestión estratégica, financiera y operativa del INAMU, los cuales se verán reflejados en el fortalecimiento de la gestión pública como tal y en particular en el valor agregado que como institución, el INAMU aporta a las personas usuarias de nuestros servicios y a la ciudadanía en general.

Al ejecutar este tipo de actividades de seguimiento, una vez que se emiten los informes de Auditoría Interna, Auditoría Externa o la Contraloría General de la República, la unidad responsable del cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones debe proceder con la definición y ejecución de las acciones necesarias para atender lo dispuesto, reportando oportunamente a la Auditoría Interna, las acciones de cumplimiento ejecutadas junto con las evidencias que sustenten dichas acciones y que validen el estado actual de las mismas.



La Auditoría Interna, por su parte, realiza una serie de acciones, entre las que se destacan las verificaciones de campo, las cuales se ejecutan conforme se avanza en la atención de lo requerido, para efectos de comprobar la efectividad de las acciones emprendidas por la Administración Activa, a la luz de los hallazgos identificados en cada estudio que se realizó.

En el evento de que se determine que, no se ha atendido lo dispuesto o se tiene un lento avance, se comunica lo pertinente a la dirección responsable del cumplimiento y a la coordinación o jefatura inmediata, a fin de que se gestione lo que corresponda para subsanar dicha situación y con ello propiciar un manejo eficiente, oportuno y eficaz de los recursos disponibles, en función de la mejora continua del control interno institucional.

3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

El presente estudio de auditoría se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2024, el objetivo fue verificar el grado de implementación y cumplimiento de las acciones emitidas por los órganos fiscalizadores que han ejecutado estudios en el INAMU (Auditoría Interna, Auditoría Externa y Contraloría General de la República) , siendo que el alcance del estudio se estableció de enero 2023 a junio 2024, de tal forma que los resultados obtenidos se muestran a continuación:



*Tabla 1 Resumen del estado actual del Seguimiento de recomendaciones
Corte al 30 de junio 2024*

DEPENDENCIA DEL INAMU	ESTADO DE LAS RECOMENDACIONES				
	CUMPLIDAS	PROCESO	PENDIENTES	DESESTIMADAS	TOTALES
Comisión de Capacitación y Desarrollo Humano	1	0	0	0	1
Comisión de Control Interno y SEVRI	3	0	0	0	3
Comisión Diversidad Sexual	1	0	0	0	1
Comisión Institucional de Tecnologías de Información	0	0	2	0	2
Comisión Junta de relaciones laborales	1	0	0	0	1
Comité de Mejora Regulatoria y Simplificación de trámites	2	0	0	0	2
Comisión para la prevención del hostigamiento sexual	2	0	0	0	2
Comisión Salud Ocupacional	2	0	0	0	2
Comité de Etica y Valores	12	1	0	0	13
Comité Institucional de Selección y Eliminación Documentos	2	0	0	0	2
Comité Institucional de Transparencia y Datos Abiertos	1	0	0	0	1
Comité Web Institucional	1	0	0	0	1
Contraloría de Servicios	9	0	0	0	9
Departamento de Construcción de Identidades	1	0	0	0	1
Departamento de Proveeduría	6	6	1	0	13
Departamento de Recursos Humanos	41	10	6	5	62
Departamento Recursos Humanos y Comisión SO	1	0	0	0	1
Depart. Recursos Humanos y Departamento Financiero Contable	1	0	1	0	2
Depart. Recursos Humanos y Unidad de Informática	0	1	0	1	2
Departamento de Servicios Generales	5	0	0	0	5
Departamento de Servicios Generales y Unidad de Asesoría Legal	0	1	0	0	1
Departamento de Violencia de Género	4	2	0	0	6
Departamento Desarrollo Regional	7	1	0	0	8
Departamento Desarrollo Regional y Comisión NICSP	1	0	0	0	1
Departamento Desarrollo Regional y Departamento VIIOG	1	0	0	0	1
Departamento Gestión de Políticas Públicas	1	0	0	0	1
Departamento Financiero Contable	8	0	0	0	8
Departamento Financiero Contable y Comisión NICSP	13	0	0	0	13
Dirección Administrativa Financiera	28	9	5	2	44
Dirección Administrativa Financiera y Dirección Estratégica	2	0	0	0	2
Dirección Administrativa Financiera, DFC y DP	1	0	0	0	1
Dirección Administrativa Financiera, DFC y UPI	1	0	0	0	1
Dirección Administrativa Financiera y Unidad de Informática	1	0	0	0	1
Dirección Administrativa Financiera y DFC	1	0	0	0	1
Dirección Administrativa Financiera y Unidad de Asesoría Legal	1	0	0	0	1
Dirección Administrativa Financiera, Dirección Estratégica y UPI	1	0	0	0	1

Continua en página No.16...



Viene de página No.15...

DEPENDENCIA DEL INAMU	ESTADO DE LAS RECOMENDACIONES				
	CUMPLIDAS	PROCESO	PENDIENTES	DESESTIMADAS	TOTALES
Dirección Estratégica	16	1	0	0	17
Dirección Estratégica y Unidad de Planificación	2	0	0	0	2
Junta Directiva	16	6	2	1	25
Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva y COMITETI	3	3	0	1	7
Presidencia Ejecutiva	41	31	18	0	90
Presidencia Ejecutiva y Unidad de Informática	0	2	0	0	2
Presidencia Ejecutiva y Departamento Desarrollo Regional	1	0	0	0	1
Presidencia Ejecutiva y Dirección Administrativa Financiera	6	0	0	0	6
Presidencia Ejecutiva, DAF, DE	1	2	0	0	3
Presidencia Ejecutiva, Dirección Administrativa Financiera y UIN	1	0	0	0	1
Unidad de Informática	27	17	4	0	48
Unidad de Informática y Comité de Tecnologías de Información	2	0	0	0	2
Unidad de Planificación	17	1	0	0	18
Unidad de Tesorería	2	0	0	0	2
Unidad CEAAM-Caribe	1	0	0	0	1
Unidad Regional Pacifico Central	1	0	0	0	1
Unidad Regional Huetar Caribe	1	0	0	0	1
Unidad Regional Chorotega	1	0	0	0	1
TOTALES GENERALES	302	94	39	10	445

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna

Se considera pertinente recordar que la Auditoría Interna, la Auditoría Externa y la Contraloría General de la República, agregan valor a la Institución por medio de las recomendaciones emitidas en diversos informes de auditoría, los cuales tienen como fin, coadyuvar dentro de sus competencias, en el mejoramiento del Sistema de Control Interno.

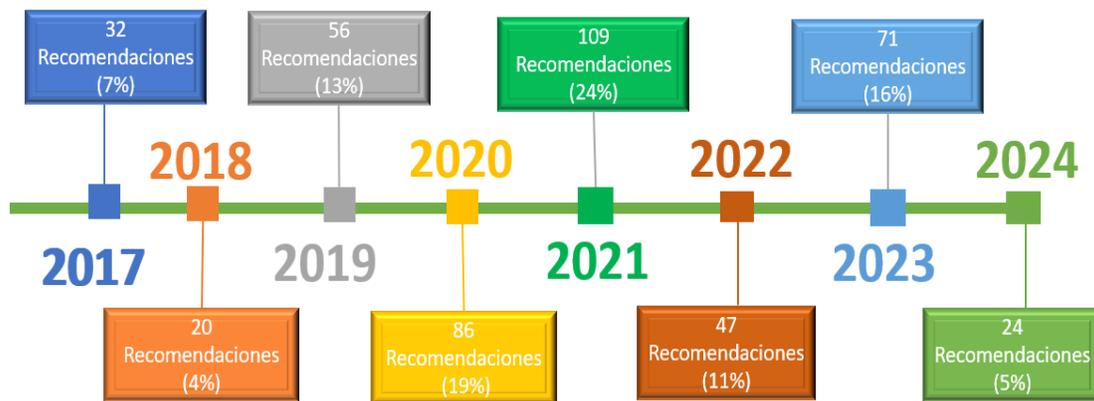
Tal y como se muestra en la siguiente imagen, el aporte de los entes fiscalizadores a través de la emisión de recomendaciones se incrementa en cada periodo, dado que mediante la ejecución de los Planes de Trabajo de la Auditoría Interna basados en un enfoque en riesgos y a través de la contratación de los servicios anuales de Auditoría Externa, se ha logrado ampliar el tipo y el alcance de estudios que se ejecutan, lo que repercute en un análisis y evaluación más proactivo, eficiente y con un enfoque hacia la mejora continua de los mecanismos de control existentes a nivel institucional.



En la siguiente imagen se muestra la composición del total de 445 recomendaciones acumuladas al corte del 30 de junio del 2024.

Imagen 1 Recomendaciones clasificadas de acuerdo con el periodo de emisión

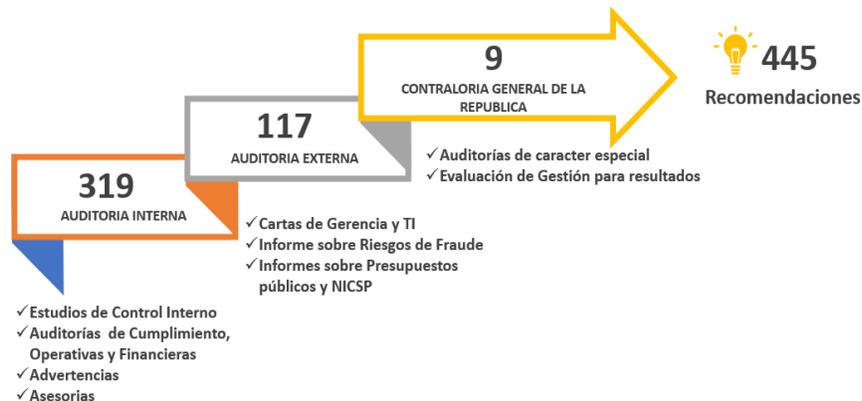
Corte al 30 de junio del 2024



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna

Seguidamente, se expone la composición de las 445 recomendaciones acumuladas del periodo 2017 al 2024, ahora clasificadas por el tipo de ente fiscalizador que las emitió y dio origen.

Imagen 2 Recomendaciones clasificadas por el tipo de ente fiscalizador que las emitió
Corte al 30 de junio del 2024



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna

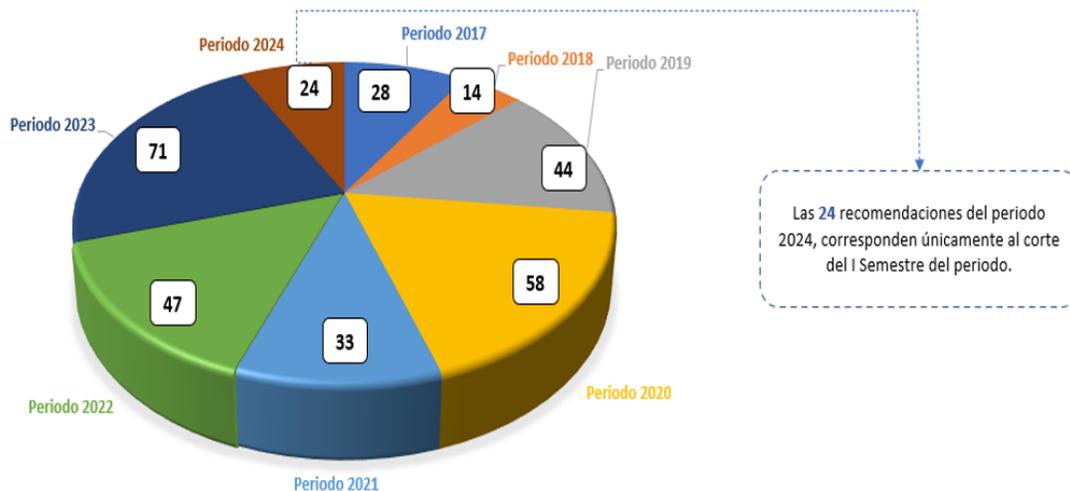


Es importante recalcar que, de las 445 recomendaciones acumuladas a la fecha por la institución, 319 (trescientas diecinueve) recomendaciones equivalentes a un 72%, han sido emitidas por la Auditoría Interna al corte del primer semestre del periodo 2024, cuyo enfoque ha sido la evaluación periódica de los mecanismos de control interno que aplica la entidad en todos sus procesos y la fiscalización en el uso que ha hecho la institución de los fondos públicos asignados, en pro del cumplimiento de los objetivos estratégicos que la entidad se ha fijado a lo largo de estos años. En contraparte tenemos 117 (ciento diecisiete) recomendaciones que han sido emitidas por la Auditoría Externa como resultado de la presentación de informes que abarcan temas relacionados con los Estados Financieros, la Ejecución Presupuestaria y las Tecnologías de Información entre otros.

Tras analizar el comportamiento estadístico de los últimos 7 (siete) años a nivel del seguimiento de recomendaciones, es posible evidenciar que la Auditoría Interna ha aportado a la mejora de la gestión institucional del INAMU, un promedio de 40 (cuarenta) recomendaciones por año, los resultados actuales se muestran a continuación:

Gráfico 1 Distribución de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna

Periodo 2017-2024 (al corte del I Semestre del 2024)



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna



A continuación, se presenta el comportamiento de los resultados obtenidos en función del estado actual de las 445 recomendaciones acumuladas al corte del I semestre del periodo 2024.

Imagen 3 Recomendaciones emitidas clasificadas por tipo de estado
Corte al 30 de junio del 2024



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna

Entre los resultados obtenidos producto del estudio de cumplimiento sobre el seguimiento de las recomendaciones, se considera pertinente destacar los siguientes aspectos:

- ✓ Se considera positivo para la institución que el **68%** (equivalentes a **302** recomendaciones) se logren clasificar bajo el estado de: **Cumplidas**, lo cual denota un nivel de compromiso y responsabilidad de la Administración activa, por mantener e implementar las mejoras emitidas por los entes fiscalizadores a los diferentes procesos y actividades institucionales.
- ✓ En el estado de: **Proceso**, se lograrán clasificar un total **94** recomendaciones lo que equivale a un **21%** del total de recomendaciones de la Institución, sin embargo, al analizar en mayor detalle dichas recomendaciones se logra identificar la necesidad de que el Instituto avance en la ejecución de las actividades planificadas para dar atención oportuna a las recomendaciones emitidas, dado que se ha vuelto una tendencia el tener que estar aplicando extensiones de plazo para el cumplimiento de las mismas.



- ✓ Tras el análisis realizado se identifica que la mayor cantidad de recomendaciones en estado en proceso, tienen alrededor de 4 años lo que equivale a 24 casos bajo dicha condición, posteriormente se identifican 22 casos con una antigüedad promedio de 3 años y finalmente 18 casos con una antigüedad promedio de 1 año, cifras que llaman a la reflexión, dado que posiblemente estos resultados se deban a problemas propios de planificación de actividades y carencia de planes de acción efectivos para el cumplimiento de estas recomendaciones.

*Tabla 2 Resumen de Recomendaciones en estado en Proceso
Corte al 30 de junio del 2024*

RECOMENDACIONES EN PROCESO PLAZO VENCIDO			
PERIODO DE EMISION	CANTIDAD	%	Antigüedad
Periodo 2017	5	5%	7 años
Periodo 2018	1	1%	6 años
Periodo 2019	11	12%	5 años
Periodo 2020	24	26%	4 años
Periodo 2021	22	23%	3 años
Periodo 2022	12	13%	2 año
Periodo 2023	18	19%	1 año
Periodo 2024	1	1%	2 meses
TOTALES	94	100%	

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna

- ✓ A nivel de recomendaciones en estado de: **Pendiente** se clasifican **39**, lo que equivale a un **9%** del total de recomendaciones de la institución, siendo necesario resaltar lo siguiente:

*Tabla 3 Resumen de Recomendaciones en estado Pendientes
Corte al 30 de junio del 2024*

RECOMENDACIONES PENDIENTES	CANTIDAD	%
Pendientes aun estan dentro del plazo establecido	4	10%
Pendientes con plazo vencido	35	90%
TOTALES	39	100%

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna

- Un **10%** (equivalente a **4** recomendaciones) son de reciente asignación y por ello los plazos de ejecución estan programados para cumplirse en el II semestre del periodo 2024.



- El restante **90%** (equivalente a **35** recomendaciones) que se ubican en estado de: **Pendiente con plazo vencido**, conllevara a que la Presidencia Ejecutiva deba analizar y estudiar el establecimiento y formalización de una nueva fecha de plazo para la ejecución efectiva de este tipo de recomendaciones.
- ✓ En lo que respecta a las recomendaciones en estado: **Desestimadas**, al corte del I semestre del periodo 2024, se identifican **10**, lo que equivale a un **2%** del total de recomendaciones de la institución, el detalle a modo resumen se presenta a continuación:

*Tabla 4 Detalle de Recomendaciones Desestimadas
Corte 30 de junio del 2024*

#	REFERENCIA	ORIGEN	DEPENDENCIA ASIGNADA	FECHA DE EMISIÓN	ANTIGÜEDAD
1	AI-081-2017	ICI-HGI-2017	Departamento de Recursos Humanos	26/04/2017	6 años
2	INAMU-JD-AI-040-2018	ICI-HGI-2018	Departamento de Recursos Humanos	20/03/2018	5 años
3	INAMU-JD-AI-049-2018	Advertencia DRH	Departamento de Recursos Humanos	04/05/2018	5 años
4	AI-2019-Of-022	Asesoría a Junta Directiva	Junta Directiva	04/02/2019	4 años
5	AI-2019-Of-084	ICI-HGI-2019	Departamento de Recursos Humanos	26/03/2019	4 años
6	INAMU-JD-AI-050-2020	Advertencia DAF	Dirección Administrativa Financiera	04/02/2020	3 años
7	INAMU-JD-AI-077-2020	Advertencia DAF	Dirección Administrativa Financiera	26/02/2020	3 años
8	INAMU-PE-DAF-0550-2020	Carta de gerencia CG-TI-2019	Junta Directiva\ Presidencia Ejecutiva \Comité Institucional de TIC	04/08/2020	2 años y 5 meses
9	INAMU-PE-DAF-0632-2021	Carta de gerencia CG-2020	Departamento de Recursos Humanos	12/10/2021	1 año y 7 meses
10	INAMU-JD-AI-176-2021	ECI- DRH	Departamento de Recursos Humanos\Unidad de Informática	02/11/2021	1 año y 6 meses

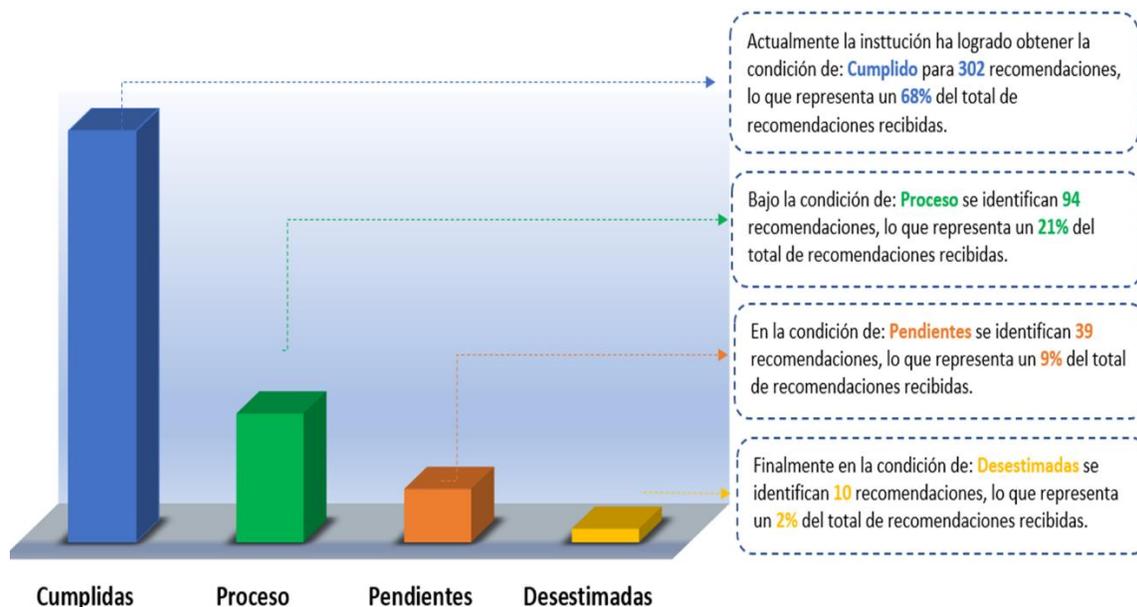
Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna

- Estas recomendaciones han sido analizadas preliminarmente por la Auditoría Interna y con base en la evaluación realizada y evidencias aportadas, se considero que las mismas ya no aportaban valor agregado a la gestión institucional.
- Entre los factores que se han destacado para clasificar su estado como desestimadas podemos mencionar: el tiempo transcurrido, pérdida de la oportunidad para su implementación, viabilidad técnica, cambios en la estructura y gestión institucional, la subsanación de algunos aspectos reportados en la recomendación original ya han sido cubiertos con otras acciones de la Administración activa, entre otros.



A continuación a modo de resumen y para una mejor comprensión del lector, se exponen en forma resumida los resultados generales del estudio: Seguimiento de Recomendaciones MACU-2023 \ 2024.

Gráfico 2 Estado actual de las recomendaciones emitidas a nivel porcentual
Corte al 30 de junio del 2024



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna

3.1 HALLAZGO 01: Reglamento de Administración de Activos

Producto del análisis de recomendaciones efectuado, se determina que existen recomendaciones que ya cuentan con un retraso considerable en su implementación, y que se clasifican en estado “**en proceso con plazo vencido**”, destaca el caso de la **falta de actualización del Reglamento de Administración de Activos**, siendo que se requiere aclarar que en caso de que se reciban activos por medio de donaciones, estos deben ser capitalizados y registrados como activos de propiedad, planta y equipo siempre que el valor en libros sea superior a un 25% de un salario mínimo establecido por el Poder Judicial, tal es el caso de la recomendación asignada al Departamento de Proveeduría, extraída de la Carta de Gerencia Carta de gerencia CG-2018 la cual cita:



- *Acatar las disposiciones establecidas en el Reglamento de Administración de Activos, con el fin de cumplir a cabalidad con la política de capitalización de activos, ya que el Reglamento define que los Activos son los bienes muebles, inmuebles tangibles o intangibles cuyo valor es igual o mayor del 25% de un salario mínimo establecido por el Poder Judicial. **Actualizar el Reglamento de Administración de Activos, con el fin de aclarar que en caso de que se reciban activos por medio de donaciones, estos deben ser capitalizados y registrados como activos de propiedad, planta y equipo siempre que el valor en libros sea superior a un 25% de un salario mínimo.***

En función de lo que establecen las Normas de Control Interno, específicamente las Normas relacionadas con las actividades de control, siendo que la 4.3. Protección y conservación del patrimonio, la cual establece lo siguiente:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, **deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución, incluyendo los derechos de propiedad intelectual.** Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestos, así como los requisitos indicados en la norma 4.2.*

*Las subnormas que se incluyen a continuación no constituyen un conjunto completo de las actividades de control que deba ser observado por la totalidad de las instituciones del sector público con ese propósito; por consiguiente, corresponde a los jefes y titulares subordinados determinar su pertinencia en cada caso y establecer las demás actividades que sean requeridas”. **(Lo subrayado no forma parte del texto original)***

Cabe señalar que, el presente hallazgo, también se relaciona con la implementación del proyecto institucional de NICSP, siendo que la falta actualización del Reglamento de Administración de Activos es un factor que debe ser considerado como parte de las acciones o elementos varios a implementar relacionados con la aplicación de la NICSP 17 Propiedades, Planta y Equipo y la correspondiente elaboración de una política actualizada para el tratamiento de propiedades, planta y equipo, de allí la necesidad de que la Administración activa defina en el corto plazo, la implementación



de medidas que permitan agilizar los procesos de revisión y actualización de la normativa interna atinente a la administración de activos.

De acuerdo con el análisis efectuado y en seguimiento de dicha recomendación, el Departamento de Proveeduría reporta al corte de junio 2024 que los últimos cambios aplicados al Borrador de Reglamento para la Administración de Activos fueron trasladados a la Unidad de Asesoría Legal para su correspondiente valoración y revisión, previo a ser referidos para la aprobación por parte de Junta Directiva, sin embargo, la Asesoría Legal Institucional no ha remitido respuesta al Departamento de Proveeduría, siendo este tema importante dado que la institución está careciendo de una actualización en la normativa referente a la Administración de activos que permita a la institución cumplir con lo recomendado hace más de 5 años.

La Dirección Administrativa Financiera mediante oficio INAMU-PE-DAF-0377-2024 solicita una última ampliación de plazo al 31-10-2024, la cual fue aprobada por la Auditoría Interna.

(Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendaciones, referencia carpeta No.47, Recomendación No.4 del Informe CG-2018- Carta de gerencia CG-2018).

Fecha original de emisión de la recomendación: 30/06/2019

Fecha de cumplimiento establecida: 30/12/2019

Tiempo transcurrido sin implementar: 4 años.

Fecha de prórroga No.1: 31-12-2020 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.2: 31-12-2021 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.3: 31-12-2022 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.4: 31-12-2023 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.5: 31-10-2024

3.2 HALLAZGO 02: Marco Ético del INAMU (Políticas sobre conductas antiéticas y conflictos de interés)

En materia de Ética institucional y en atención los resultados obtenidos tras un estudio aplicado en la institución a solicitud de la Contraloría General de la República en el periodo 2019, se mantiene a nivel institucional una recomendación en estado **“en proceso con plazo vencido”** relacionada con el establecimiento del marco ético del INAMU, dado que aún no se cuenta con políticas definidas y formalmente



establecidas, en relación con las conductas antiéticas y conflictos de interés, lo que dificulta el conocimiento de las personas funcionarias acerca de las conductas consideradas como no aceptables, así como las acciones y sanciones a aplicar, y el seguimiento a realizarse a las mismas, tras la aplicación de un debido proceso, tal es el caso de la recomendación asignada a la Comisión de Ética y Valores, extraída de estudio AI-2019-Of-006 Estudio sobre la ética institucional, la cual cita:

- *Definir cuáles son consideradas conductas antiéticas y conflictos de interés e incluirlas en Código de Ética, se deben contemplar como mínimo los siguientes lineamientos evaluados por la Contraloría General de la República:*
 - ✓ *Definición de faltas a la moral y a la integridad.*
 - ✓ *Definición de favorecimiento ilícito.*
 - ✓ *Definición de tráfico de influencias.*
 - ✓ *Deben ser establecidos formalmente.*
 - ✓ *Deben definirse claramente cuáles son los conflictos de interés y cuáles son las conductas antiéticas*
 - ✓ *Hacerlos del conocimiento de todas las personas funcionarias*
 - ✓ ***Establecer políticas y procedimientos en relación con investigaciones, sanciones y acciones disciplinarias***

En relación con dicha recomendación la Comisión de Ética y Valores institucional ha realizado importantes esfuerzos, relacionados con la creación de un Marco Ético y Filosófico Institucional, sobre el cual se basó el MANUAL DE ÉTICA Y VALORES INSTITUCIONAL como un instrumento guía del comportamiento que debe prevalecer en la institución, dicho manual fue aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo N°3, Acta N° 26-2022, Sesión Ordinaria celebrada el 07 de diciembre del 2022.

Con la aprobación de dicho manual, se le instruyó a la Comisión de Ética y Valores institucional, la divulgación por medio de un plan, para que todo el funcionariado conozca y haga efectivo el contenido en la función pública que desarrolla. Sin embargo, aunque la creación de dicho manual es un avance y aporte institucional sumamente importante, hay que recordar que este tipo de documentos no debe contener sanciones, de allí la necesidad de profundizar con la creación de políticas y procedimientos en relación con investigaciones, sanciones y acciones disciplinarias, siendo este punto relevante para que la institución como tal, pueda cumplir con las exigencias de un proceso de gestión ética correctamente establecido, para lo cual se vuelve fundamental la guía, el acompañamiento y apoyo del jerarca institucional para



un debido proceso de concientización y gestión en dicha materia. (*Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendaciones, referencia carpeta No.12, Recomendación No.9 del Informe AI-2019-Of-006 - Estudio sobre la ética institucional*).

Fecha de emisión de la recomendación: 08-01-2019

Fecha de cumplimiento establecida: 30-06-2020

Tiempo transcurrido sin implementar: 4 años.

3.3 HALLAZGO 03: Metodología de seguimiento y control de los Convenios de cooperación.

Dos recomendaciones que se consideran importantes dentro de la gestión institucional y que persisten en estado “en proceso con plazo vencido”, son las que hacen referencia a un **replanteamiento de la metodología de seguimiento y control de los Convenios de cooperación suscritos por el Instituto Nacional de las Mujeres con otras entidades del sector público**, dichas recomendaciones fueron emitidas originalmente desde el mes de julio del año 2017, asignándole su ejecución inicialmente a los Departamentos de Construcción de identidades y proyectos de vida, así como al Departamento de Violencia de Género, sin embargo después del análisis efectuado y por la relevancia del tema, se reasignó para que la coordinación de su ejecución fuera asignada a la Presidencia Ejecutiva.

El último plazo de prórroga ya venció y al corte del I semestre del 2024, persiste la ausencia de gestiones o avances documentados y debidamente formalizados por las instancias correspondientes que permitan cumplir con dichas recomendaciones, las cuales deben tomar en cuenta lo que establecen las Normas de Control Interno para el Sector Público, específicamente las Normas relacionadas con las actividades de control en lo referente a la norma 4.5.3. Controles sobre fondos concedidos a sujetos privados, la cual cita:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer los mecanismos necesarios para la asignación, el giro, el seguimiento y el control del uso de los fondos que la institución conceda a sujetos privados. Lo anterior, para asegurar el debido cumplimiento del destino legal y evitar abusos, desviaciones o errores en el empleo de tales fondos; todo lo cual deberá



contemplarse en las regulaciones contractuales, convenios, acuerdos u otros instrumentos jurídicos que definan la relación entre la administración que concede y los sujetos privados”.

Al respecto, se debe considerar que esos fondos se utilicen conforme a criterios de legalidad, contables y técnicos, para lo cual, entre otros, deben verificarse los requisitos sobre la capacidad legal, administrativa y financiera, y sobre la aptitud técnica y normativa que rige a los sujetos privados; así también, para comprobar la correcta utilización y destino de todos los fondos que se les otorga, deben definirse desde los contratos que se formalicen para dicho fin, los controles que se ejercerán y los informes periódicos que se deberán presentar como parte de la ejecución de dichas figuras jurídicas. En todo caso, debe documentarse la gestión realizada por la institución que concede, con respecto a tales fondos por parte de los sujetos privados.

Dichas recomendaciones, cobran mayor relevancia si se toma en cuenta que tienen más de cinco años de haber sido emitidas, y que pese a los plazos de prórroga otorgados, no se ha logrado identificar una ruta crítica de trabajo a nivel institucional, siendo que el tema de los convenios requiere de una atención integral desde el punto de vista estratégico, legal, administrativo, financiero, operativo y técnico, motivo por el cual la Auditoría Interna en función del deber propio de advertir a la administración sobre la falta de atención oportuna a la implementación de las recomendaciones de los entes fiscalizadores, expone el presente hallazgo con el fin de que sobre el mismo se tomen en el corto plazo, las medidas de control que la administración estime convenientes y necesarias para su efectiva implementación. (*Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendaciones, referencia carpeta No.21 y 106, Recomendación No.1 del Informe CG-2018- Carta de gerencia CG-2018*).

Fecha de emisión de la recomendación: 07/07/2017

Fecha de cumplimiento establecida: 30/12/2022

Tiempo transcurrido sin implementar: 6 años.

Fecha de prórroga No.1: 31-12-2022 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.2: 31-12-2023 (No cumplida)



3.4 HALLAZGO 04: Continuidad de los servicios de Tecnologías de la Información y Comunicación.

Dentro de las recomendaciones en estado “**en proceso con plazo vencido**”, destacamos las relacionadas a los temas de: **Continuidad de los servicios de Tecnologías de la Información y Comunicación**, así como **la creación de un Plan Institucional de Recuperación ante desastres**, ambos íntimamente relacionados y enfocados en la importancia de la prevención y mitigación de los posibles riesgos a los que está expuesta la institución, máxime en el contexto actual en el que se han suscitado varios eventos relacionados con el tema de ciberseguridad a nivel nacional.

Es importante destacar y tener presente que la administración de la continuidad de los servicios de TI se encarga de prevenir y proteger al INAMU de los posibles efectos que podría ocasionar una interrupción en los servicios de Tecnologías de Información y Comunicación, ya sea ocasionada por alguna falla técnica o por causas naturales ajenas al control propio de la Unidad de Informática.

La atención oportuna de ambos temas le permitiría a la Institución contrarrestar prioritariamente las interrupciones que se puedan llegar a presentar de los servicios que se facilitan a las personas usuarias, y se protegerían de una mejor forma los procesos críticos del INAMU ante fallas significativas o desastres.

Se debe tener presente que entre los objetivos principales que la administración activa debe contemplar en materia de Continuidad de los servicios de Tecnologías de la Información y Comunicación, se destaca:

- Asegurar la pronta recuperación de los servicios críticos de Tecnologías de la Información y Comunicación después de cualquier desastre.
- Establecer políticas institucionales, gestionar la asignación de los recursos operativos y presupuestarios que se estimen convenientes y necesarios, así como tomar medidas y desarrollar protocolos para evitar, dentro de lo posible, las consecuencias de cualquier desastre natural (terremoto, evento accidental, incendio, actos de terrorismo, entre otros).



La atención oportuna al tema de Continuidad de los servicios de Tecnologías de la Información y Comunicación, así como la creación de un Plan Institucional de Recuperación ante desastres, es un tema de carácter institucional, mediante el cual el INAMU debe impulsar aquellas previsiones que estime sean necesarias para que en general todas las dependencias de la Institución puedan estar cubiertas, debidamente capacitadas y orientadas a la toma de medidas en pro de la mitigación de los posibles riesgos a los que la institución se pueda ver expuesta y que puedan llegar a afectar la operativa institucional y con ello la calidad de los servicios que se facilitan a las personas usuarias y a otras instituciones del sector público y la sociedad civil.

En relación con estos temas, se considera importante destacar que las Normas de Control Interno, específicamente las Normas relacionadas con el Seguimiento al Control Interno, siendo que la 6.1. Seguimiento del SCI, establece lo siguiente:

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, actividades permanentes y periódicas de seguimiento para valorar la calidad del funcionamiento de los elementos del sistema a lo largo del tiempo, **así como para asegurar que las medidas producto de los hallazgos de auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan de manera efectiva y con prontitud.** (Lo subrayado no forma parte del texto original)*

Al gestionar una retroalimentación con la dependencia a cargo de liderar las recomendaciones en materia de Continuidad de los servicios de Tecnologías de la Información y Comunicación, así como la creación de un Plan Institucional de Recuperación ante desastres, se identifican algunos factores críticos que han impedido la atención oportuna y precisa de las recomendaciones giradas entorno a dichos temas, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- Falta de recursos presupuestarios y operativos, rotación del personal en la Unidad de Informática, plazas vacantes que han recargado en ciertos periodos las funciones del resto del personal de la Unidad y principalmente debido a que próximamente la plataforma tecnológica



institucional deberá ser sometida a la implementación de cambios y mejoras con la adquisición de nuevos sistemas integrados en la Institución (SISRUAP y SIPGAF).

Las recomendaciones entorno a dichos temas, se extraen de la Carta de Gerencia que emite la Auditoría Externa producto de la revisión de estados financieros del periodo 2020 (CG-TI-2020), así como de los temas que han sido abordados y analizados por la Auditoría Interna mediante la emisión de los tres estudios ejecutados en el periodo 2022, en torno al tema: Diagnóstico de todos los Sistemas Informáticos y de Comunicación en producción del INAMU. (*Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendaciones, caso No.180, No.240 y No.241*).

Fecha de emisión de las recomendaciones: 04/08/2020 y 12/10/2021

Fecha de cumplimiento establecida: 31-12-2022

Tiempo transcurrido sin implementar: 1 año y 6 meses.

3.5 HALLAZGO 05: Debilidades en la metodología utilizada para la gestión de la calidad de los servicios de TI.

Persisten **2** recomendaciones en estado “**en proceso**”, las cuales hacen referencia a la **identificación de debilidades en la metodología utilizada para la gestión de la calidad de los servicios de TI, específicamente en lo que se refiere a establecer, realizar y cumplir con pruebas de calidad periódicamente, atendiendo y documentando los resultados obtenidos**, con el propósito de brindar trazabilidad a los problemas resultantes y determinar la causa para resolverlos con un mayor nivel de agilidad.

Es importante mencionar que las Normas de Control Interno, específicamente las Normas relacionadas con el Seguimiento al Control Interno, dado que la 6.3. Actividades de Seguimiento del SCI, establece lo siguiente:

Las actividades de seguimiento del SCI, deben incluir:

a) La comprobación durante el curso normal de las operaciones, de que se estén cumpliendo las actividades de control incorporadas en los procesos y ordenadas por la jerarquía correspondiente.



b) Autoevaluaciones periódicas en las que se verifiquen el cumplimiento, validez y suficiencia del SCI.

Como parte del seguimiento y fiscalización que se ejecuta a estas recomendaciones se ha estimado necesario destacar que las evidencias aportadas al momento de la evaluación en materia de acuerdos sobre el nivel de servicio (Dirección Estratégica y Unidad de Informática), no permiten identificar en forma oportuna y precisa los resultados obtenidos tras la aplicación de las pruebas en el mes de enero 2022 aunado al hecho de que algunos de los Acuerdos sobre el Nivel de servicio debieron ser modificados y por ende actualizados y gestionada su nueva firma de aprobación, por lo cual no han podido ser evaluados, tal es el caso de:

- Acuerdo de nivel de servicio relacionado No. UI-01 sobre Servicio de apoyo a la Protección de los Derechos de las Mujeres.
- Acuerdo de Nivel de Servicio No. UI-03 sobre el Sistema de Digitalización de Imágenes de la Correspondencia el cual es utilizado por las siguientes Dependencias: PIEG, Departamento de Ciudadanía Activa, CEAAM-HC, y las oficinas regionales de: UR-Pacífico Central, UR-Chorotega y UR-Brunca.

Las recomendaciones se extraen de la Carta de Gerencia de TI que emite la Auditoría Externa producto de la revisión de estados financieros del periodo 2018 (CG-TI-2018), dichas recomendaciones se enfocan en la importancia de la evaluación oportuna y periódica de la calidad de los servicios de TI, la cual permite la identificación de problemas o inconsistencias en el servicio brindado, antes de que se conviertan en situaciones críticas que puedan llegar a afectar la continuidad del servicio que la Unidad de Informática brinda a nivel institucional. *(Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendación, caso No.98 y caso No.235).*

Fecha de emisión de las recomendaciones: 03/06/2019

Fecha de cumplimiento establecida: 30/12/2020

Tiempo transcurrido sin implementar: 4 años y 7 meses.

Fecha de prórroga No.1: 31-12-2020 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.2: 31-12-2021 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.3: 31-12-2022 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.4: 31-12-2023 (No cumplida)



3.6 HALLAZGO 06: Jornada Extraordinaria.

Desde el periodo 2021 la Auditoría Interna ha estado ejecutando advertencias y estudios en torno al tema de Jornada Extraordinaria, inicialmente documentadas por medio del oficio INAMU-JD-AI-176-2021 \Informe INAMU-JD-AI-In-005-2021 el cual se relacionó con el Proceso de presupuestación, reconocimiento y ejecución de labores en tiempo extraordinario para las personas funcionarias del INAMU, durante el periodo de enero a mayo 2021, la recomendación emitida en dicha oportunidad se enfocó en establecer dentro de la metodología operativa para la planificación del presupuesto de todas las partidas a cargo del Departamento de Recursos Humanos, la incorporación de indicadores históricos tales como el comportamiento de las partidas en periodos anteriores e indicadores predictivos o inductores como por ejemplo los relacionados con las actividades ordinarias y extraordinarias de cada área o proceso para determinar el requerimiento de recursos financieros para el pago de tiempo extraordinario del periodo en ejercicio, propiciando que la institución dispusiera de mayores y mejores insumos para analizar y determinar cuáles dependencias, en cuales periodos del año y bajo qué tipo de actividades, pueden llegar a requerir el uso de recursos para cubrir el pago de una jornada extraordinaria.

En el periodo 2022 la Auditoría Interna emitió un servicio de advertencia dirigido a la Presidencia Ejecutiva mediante el oficio INAMU-JD-AI-094-2022, por medio del cual le comunicó que debía detenerse de forma inmediata la práctica de reconocer y pagar tiempo extraordinario de forma permanente y habitual, y que era necesario activar los mecanismos institucionales y legales que le permitieran a la Administración activa, continuar con las actividades sustantivas que se gestionan fuera de las jornadas ordinarias y así no desmejorar los servicios públicos que brinda la institución.

Nuevamente en el periodo 2024 la Auditoría Interna retoma el tema de las jornadas en tiempo extraordinario, esta vez mediante un estudio de control relacionado con la eficiencia en la ejecución de las actividades de gestión de remuneraciones de la institución el cual fue remitido a la Presidencia Ejecutiva mediante el oficio INAMU-JD-AI-060-2024 Informe INAMU-JD-AI-In-006-2024, dentro de dicho estudio se expuso que la institución continua careciendo de procedimientos que le permitan analizar la razonabilidad en relación con los recursos económicos que sean destinados para el pago de tiempo extraordinario, así como de mecanismos de control internos debidamente normados con el fin de hacer un uso racional de los recursos



empleados en el pago de jornada extraordinaria, en esta ocasión la recomendación de la Auditoría Interna se enfocó en solicitar un análisis al Departamento de Recursos Humanos con el objetivo de establecer y determinar si la Institución había incurrido en pagos no procedentes con relación al pago de jornadas extraordinarias, de forma tal que pudiera proceder con la inmediata recuperación de los montos pagados de forma irregular si estos existieron.

Posterior a la emisión del informe supra citado, el Departamento de Recursos Humanos emitió varios comunicados a las diferentes dependencias que en los últimos meses han gestionado el pago de horas en jornada extraordinaria, notificando a las jefaturas sobre incumplimientos en lo establecido en el marco normativo que regula dicho tema a nivel institucional, sin embargo, a la fecha del presente informe persisten recomendaciones entorno a este tema en estado “en proceso con plazo vencido”.

Cabe señalar que la Auditoría Interna ha sido enfática en recordarle a la Administración activa, la responsabilidad que tiene sobre el cumplimiento de la normativa tanto interna como externa relacionada a la materia de jornada extraordinaria y los riesgos a los cuales se expone si continua con esta práctica. La Dirección Administrativa Financiera mediante oficio INAMU-PE-DAF-0395-2024 solicita una última ampliación de plazo con corte al 15 de octubre del año en curso, la cual fue aprobada por la Auditoría Interna. (*Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendación, caso No.196 y caso No.435*).

Fecha de emisión de las recomendaciones: 02/11/2021

Fecha de cumplimiento establecida: 28/02/2022

Tiempo transcurrido sin implementar: 4 años y 5 meses

Fecha de prórroga No.1: 31-12-2022 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.2: 31-12-2023 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.3: 15-10-2024

3.7 HALLAZGO 07: Riesgos para la Detección y Prevención de Fraude.

La Presidencia Ejecutiva debe valorar con especial cuidado, los resultados que emitió la Auditoría Externa como parte de la revisión de estados financieros del periodo 2020, los cuales remitieron a la Administración en octubre del 2021, como parte de



los estudios contratados fue presentado el Informe de Auditoría Externa **de Riesgos para la Detección y Prevención de Fraude**, en dicho informe se expusieron alrededor del **20 recomendaciones relacionadas con la Prevención de la materialización de eventos relacionados con temas de fraude**, entre los cuales destacan: designación de un área coordinadora y de seguimiento al programa antifraude, creación de un programa y políticas antifraude, metodología para evaluación de riesgo de fraude, creación de una política antifraude, de procedimientos para un análisis de datos proactivos, procedimientos para evaluar la efectividad del programa y política antifraude, normativa de comunicación y protocolos de denuncia y seguimiento, así como rendición de cuentas relacionadas a temas de fraude, desarrollo de actividades con el fin de identificar las áreas, procesos y/o funciones con mayor vulnerabilidad al fraude, creación de flujogramas y matrices de control, establecidos donde se resuma los pasos a seguir en el flujo normal de las actividades que forman parte de cada procedimiento, al menos para recursos humanos, compras y contrataciones, bienes y gastos fijos y tesorería, entre otros varios aspectos.

Las 20 recomendaciones emitidas en dichos informes se encuentran actualmente en estado de: **“en proceso con plazo vencido”** dado que las mismas partieron de la creación de una comisión con participación de personas funcionarias de diferentes dependencias convocadas por la Presidencia Ejecutiva mediante oficio INAMU-PE-418-2022-Nombramiento Comisión ad hoc Antifraude, dicha comisión estuvo trabajando en la creación y diseño de un Borrador de la Política Antifraude del Instituto Nacional de las Mujeres, así como en la elaboración de un diagnóstico situacional sobre procesos vulnerables a riesgos de fraude o corrupción, dicha comisión dejó de operar en el periodo 2023 y hasta la fecha no se ha reportado avance de las gestiones realizadas. La Auditoría Interna recomienda una valoración detallada y pormenorizada de todas las recomendaciones emitidas, en función de la capacidad operativa de la institución para implementar las mismas, en procura de lograr un balance adecuado, eficiente y prudente en el uso de los recursos institucionales y la exposición al riesgo al que la institución está sujeta en relación con la naturaleza de sus operaciones.

Tras la exposición de resultados preliminares que efectuó la Auditoría Interna ante la Presidencia Ejecutiva el pasado 21 de agosto, se acordó que la Presidencia Ejecutiva analizaría integralmente las 20 recomendaciones propuestas y evaluaría nuevamente la viabilidad de implementación de las mismas en función de la naturaleza propia de



las actividades que desarrolla la institución, así como los factores de costo & beneficio que su implementación conlleva y como las mismas impactarían a la institución.

(Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendación, casos No.242-al No.261 INAMU-PE-DAF-0632-2021 Informe de auditoría externa de riesgos para la detección y prevención de fraude)

Fecha de emisión de las recomendaciones: 12/10/2021

Fecha de cumplimiento establecida: 31/12/2022

Tiempo transcurrido sin implementar: 1 año y 7 meses.

Fecha de prórroga No.1: 31-12-2023 (No cumplida)

3.8 HALLAZGO 08: Manuales de procedimientos para la estandarización de actividades en las Unidades Regionales.

Desde el periodo 2022 y tras la realización de un estudio de control interno relacionado con la Gestión operativa-y financiera de la Unidad Regional Huetar Caribe, se logró determinar que existían aproximadamente **18 manuales de procedimientos** que fueron elaborados y presentados en el transcurso de los periodos 2020 y 2021 por el personal de las Unidades Regionales, mediante un trabajo que procuro la estandarización de procedimientos y lineamientos propios del actuar de las unidades regionales pero que involucraban o estaban ligados a procesos que culminan o pasan por la revisión de las áreas administrativas de: Unidad de Tesorería, Departamento de Servicios Generales, Departamento de Proveeduría, etc., lo que implicaba que la Dirección Estratégica y el Departamento de Desarrollo Regional en conjunto con la Dirección Administrativa Financiera, debían unir esfuerzos con el objetivo de que dicho material documental, pasara por un proceso de revisión antes de que fuera aprobado y oficialmente divulgado a nivel institucional.

En el periodo 2023 como parte de seguimiento el Departamento de Desarrollo Regional efectuó una revisión y actualización de dichos manuales a fin de validar que cumplieran con lineamientos institucionales que se debieron implementar posteriores al periodo de pandemia, lo cual culminó mediante la emisión del oficio INAMU-DE-DDR-019-2023 de fecha 24 de febrero del 2023 en el que el Departamento de Desarrollo Regional le remite a la Dirección Administrativa Financiera dichos manuales revisados y solicita nuevamente un análisis y validación de que los mismos están acordes con la normativa administrativa relacionada, abogando por un trabajo conjunto en pro de documentar y estandarizar la ejecución de actividades en las unidades regionales.



Dado que al corte del I semestre del 2024, dicha recomendación permanece reportado en estado “**en proceso con plazo vencido**” y siendo que no se ha reportado avance en la respuesta que la Dirección Administrativa Financiera debía dar a la Dirección Estratégica y al Departamento de Desarrollo Regional, y siendo que la institución al parecer esta próxima en la implementación de sistemas automatizados tanto para los procesos sustantivos (SISRUAP) como administrativos (SIPGAF) se recomienda a la Presidencia ejecutiva que se retome con prontitud este tema, a fin de poder determinar cuál sería la vía de aplicación más eficiente en pro de todo el esfuerzo realizado en documentar procesos valorando si los mismos se verán afectados por los cambios mencionados o si la operativa propia y diaria de las unidades regionales aun los necesitan para estandarizar y regular de una mejor forma sus operaciones. *(Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendación, caso No.311 Recomendación No.6, INAMU-JD-AI-009-2022\ Informe INAMU-JD-AI-In-009-2021 Informe de control interno relacionado con la Gestión operativa-y financiera de la Unidad Regional Huetar Caribe)*

Fecha de emisión de las recomendaciones: 18/10/2022

Fecha de cumplimiento establecida: 18/05/2022

Tiempo transcurrido sin implementar: 2 años y 2 meses.

Fecha de prórroga No.1: 31-12-2022 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.2: 31-12-2023 (No cumplida)

3.9 HALLAZGO 9: Carencia de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) a nivel institucional.

Los Sistemas de gestión de documentos electrónicos de archivo, son un tipo de sistema de gestión de contenido que combina las tecnologías de gestión de documentos y gestión documental de documentos de archivo en un sistema integrado. Hay que tener presente que, en un SGDEA, los documentos electrónicos se pueden gestionar como si se acumulasen en expedientes o carpetas electrónicas y estos serán los que reflejen y sean evidencia de las actividades de la organización, con carácter de original.

Un sistema de gestión de documentos electrónicos deberá contemplar el diseño, captura y mantenimiento de documentos, siendo relevante dichos elementos, dado que por ejemplo: el diseño: implica la planificación de las acciones tecnológicas y metodológicas que la institución va aplicar, la captura: contempla establecer como se trabajará y administraran los documentos producidos o recibidos por la institución y



finalmente el mantenimiento implica el establecer el tiempo de permanencia de los documentos en los sistemas operativos o de archivo de la institución, según su vigencia administrativa.

Mediante estudio sobre Tecnologías de Información emitido en el periodo 2007 por la Auditoría Interna y documentado mediante oficio INAMU-AI-061-2007, se emitió una recomendación que, a la fecha del presente informe continua en estado en proceso con plazo vencido, dado que pese a los esfuerzos realizados desde la emisión de la recomendación (05-12-2007) por parte de la Administración, no ha sido posible el diseño e implementación de un sistema de gestión documental que permita dar cumplimiento a lo recomendado y principalmente dotar a la institución de una herramienta tan necesaria e importante dado el gran volumen de documentos que se administran a nivel institucional en cada una de las dependencias.

La Dirección Administrativa Financiera ha reportado que desde el proceso relacionado con el Archivo Central Institucional se está trabajando actualmente en el desarrollo de un plan de acción mediante un equipo interdisciplinario para contar con un Sistema Institucional de Gestión Documental, la Dirección Administrativa Financiera presentó ante el Comité de Tecnologías de Información mediante oficio INAMU-DAF-ACI-010-2024 con fecha del 27 de febrero del 2024, una propuesta económica e información para la creación e implementación de un SGDEA y Repositorio Digital, de acuerdo con lo reportado por la Dirección Administrativa Financiera mediante oficio INAMU-PE-DAF-0368-2024 de fecha 30 de julio del 2024, la propuesta presentada ya forma parte del ítem 1 del cuadro de mando integral Plan Estratégico de Tecnologías de Información, lo que da pie, a que la dirección trabaje actualmente en la preparación de los “Requerimientos Funcionales de dicho sistema” de forma tal que la Unidad de Informática pueda valorarlos, y emitir la mejor recomendación a nivel técnico.

Actualmente está recomendación continua en estado “En Proceso con plazo vencido” ante lo cual la Dirección Administrativa Financiera mediante oficio INAMU-PE-DAF-0368-2024 externo que debido al poco personal y las cargas actuales de trabajo, solicitaba una cuarta ampliación de plazo para cumplir con la entrega del procedimiento formal que involucra la totalidad de las acciones a desarrollar por parte de las partes involucradas para llegar a instaurar un sistema de archivo electrónico institucional, el plazo solicitado fue aprobado en función de la importancia de la



recomendación como tal. (Referencia: Matriz para el control y seguimiento de recomendación, caso No.96 Recomendación No.1, INAMU-AI-061-2007 Estudio sobre Tecnologías de Información)

Fecha de emisión de las recomendaciones: 05/12/2007

Fecha de cumplimiento establecida: 30/06/2020

Tiempo transcurrido sin implementar: 3 años y 6 meses.

Fecha de prórroga No.1: 31-12-2021 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.2: 31-12-2022 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.3: 31-12-2023 (No cumplida)

Fecha de prórroga No.4: 31-10-2024

3.10 HALLAZGO 10: Recomendaciones asignadas a la Junta Directiva en estado “En proceso y pendiente ambos tipos con plazos vencidos”.

Como parte del estudio ejecutado por la Auditoría Interna del INAMU relacionado con la Gestión del proceso del INAMU denominado “**Conducción Político Estratégico y sus Actividades Críticas**” cuyos resultados fueron documentados mediante el oficio INAMU-JD-AI-094-2023 Informe INAMU-JD-AI-In-006-2023, se evidencia que persiste a nivel institucional, varias recomendaciones relacionadas con un tema que se considera relevante, como lo es la **ausencia de un código de buenas prácticas de Gobierno Corporativo**, siendo este tema medular en la promoción a nivel institucional de un ambiente basado en la transparencia y la rendición de cuentas de todas las partes interesadas de la Institución, la implementación de estas buenas prácticas, limita y expone a la institución, ha incumplimientos referentes a las atribuciones y responsabilidades dadas desde la Ley 7801, Ley de Creación del INAMU, como por ejemplo, la no presentación de informes periódicos de gestión por parte de la presidencia ejecutiva o la no implementación de la directriz N°039-MP Política General para el establecimiento de una evaluación del desempeño en las Juntas Directivas u órganos de dirección de las empresas propiedad del estado y de instituciones autónomas, capítulo i. Disposiciones Generales , entre otros.

Es importante destacar que producto del informe mencionado (INAMU-JD-AI-In-006-2023) se emitieron también doce recomendaciones asignadas de igual forma a la



Junta Directiva, **de las cuales al corte de junio 2024 permanecen seis de ellas en estado “En proceso con estado vencido”** dentro de estas destacamos los siguientes temas relacionados con:

- Reforma al Reglamento del Foro de las Mujeres correspondiente recomendación No.12 referencia No.379.
- Documentar y formalizar los procesos y tareas que ejecuta la secretaria ejecutiva de Junta Directiva, de la mano con lo anterior, también se identifica una recomendación que versa sobre la necesidad de actualizar el Manual de Cargos Institucional, así como la elaboración de un informe de cargas de trabajo, todo lo anterior en relación en lo que respecta al perfil de la secretaria ejecutiva, estas recomendaciones son la No.7 referencia 381, No.9 referencia 383 y No.10 referencia No.384 respectivamente.
- Desarrollo de una herramienta para el control y seguimiento de las actas, recomendación No.11 referencia No.385.
- Análisis de las necesidades de capacitación atinentes al puesto de la secretaria ejecutiva de Junta Directiva, recomendación No. 12 referencia 386.

Fecha de emisión de las recomendaciones: 07/06/2023

Fecha de cumplimiento establecida: 24/07/2023 y 04/09/2023

Tiempo transcurrido sin implementar: 1 año y 7 meses

Las recomendaciones que tiene asignada la Junta Directiva y clasificadas en estado **“Pendiente con plazo vencido”**, obedecen a recomendaciones emanadas del informe supra citado (INAMU-JD-AI-In-006-2023) que a la fecha del estudio no han evidenciado gestión y por ello se hace necesario resaltar la importancia de su oportuna gestión, tal es el caso de los siguientes temas:

- Buenas prácticas de Gobierno Corporativo que constituyan herramientas de apoyo para el jerarca en su función del monitoreo de la gestión administrativa, recomendación No.1 referencia No.375.
- Análisis integral de la directriz N°039-MP emitida en fecha 7 de marzo del 2019, denominada “Política general para el establecimiento de una evaluación



del desempeño en las Junta Directivas u Órganos de Dirección de las empresas propiedad del Estado y de Instituciones Autónomas”, recomendación No.3 referencia No.377.

Fecha de emisión de las recomendaciones: 07/06/2023

Fecha de cumplimiento establecida: 07/02/2024 y 14/08/2023

Tiempo transcurrido sin implementar: 5 y 9 meses aproximadamente

3.11 HALLAZGO 11: Recomendaciones en proceso con plazo vencido

Se identifican **78** recomendaciones en estado “**en proceso con plazo vencido**”, esto significa que la Administración Activa ha ejecutado actividades y tareas para tratar de subsanar las recomendaciones emitidas, sin embargo, por varios motivos a la fecha dichas acciones aún se encuentran en estado de ejecución o dependen para su cumplimiento de aprobaciones de otras instancias.

- Entre los temas que se destacan en estas recomendaciones podemos mencionar: la falta de automatización e integración de los sistemas de información con que cuenta el INAMU y como dicha situación afecta la operativa de gestión institucional, específicamente en lo que se refiere a la integración de los sistemas que utiliza actualmente la Dirección Administrativa Financiera (SARI y BOS HT) y la Dirección Estratégica (SIPAMU, SISFOMUJERES, entre otros) y que afectan directamente la ejecución de actividades que forman parte de la estratégica institucional para la implementación de las NICSP y la aplicación de recomendaciones en pro de la mejora de la gestión institucional con enfoque hacia los resultados.
- La falta de automatización e integración de los sistemas de información, afectan actualmente la toma de decisiones efectiva y oportuna, así como la mejora continua y la rendición de cuentas en función de la transparencia que debe imperar en la gestión institucional en el sector público, aunado al hecho de que la falta de integración de sistemas propicia el reproceso continuo de actividades en varias dependencias, afectando el cumplimiento de plazos y limitando la mejora en la distribución y el uso racional y eficiente de los recursos institucionales.



Las recomendaciones se extraen de los informes de las diferentes Cartas de Gerencia que emite la Auditoría Externa de los periodos 2018, 2019, 2020 y 2021 producto de la revisión de estados financieros y algunos otros aspectos relacionados con NICSP, Fraude, Normas técnicas del presupuesto público y gestión de TIC, así como lo correspondiente a recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna producto de los estudios y advertencias emitidas como parte de la ejecución de los planes de trabajo de los periodos: 2017, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 y el primer semestre del 2024.

4 ADVERTENCIAS EMITIDAS.

Desde la Ley General de Control Interno, Ley 8292 en su artículo 22 inciso d) así como desde la norma 1.1.4 del Manual de Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público R-DC-119-2009, se faculta a la Auditoría Interna para utilizar los servicios preventivos como un instrumento que permita a la Auditoría Interna el señalar ante la Administración Activa, posibles riesgos y consecuencias de determinadas conductas o decisiones, cuando sean de conocimiento de la auditoría. Tras efectuar un análisis del periodo 2017 al 2024, se destaca la emisión de un total de 81 Advertencias que ha generado la Auditoría Interna y que han versado sobre diferentes temáticas, tal y como se muestra en la siguiente imagen:

Imagen 4 Análisis de Advertencias Emitidas por la Auditoría Interna

Periodo 2017 al 2024



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna



Basados en lo anterior, y respetuosos del actuar administrativo que se ejecuta en la institución, la Auditoría Interna ha procurado brindar, servicios preventivos de calidad, que permitan asesorar oportunamente al jerarca sobre conductas o temáticas administrativas que han sido identificadas como riesgosas o que exponen a la institución a posibles sanciones e incumplimientos en materia normativa interna y externa, así como a nivel jurídico.

A continuación, se presenta un resumen de las 6 principales recomendaciones que ha emitido la Auditoría Interna hacia la Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva y Dirección Estratégica en los últimos tres años, siendo importante señalar que, a la fecha hace falta un pronunciamiento por escrito emitido por las autoridades correspondientes en función del tema advertido.

Tabla 5 Principales Advertencias emitidas por la Auditoría Interna

Periodo 2022 al 2024

Periodo Emisión	Número del informe	Nombre del informe	Unidad responsable de cumplimiento	Clasificación
INAMU-2022	INAMU-JD-AI-094-2022	Advertencia sobre el Reconocimiento y pago de tiempo extraordinario de forma continua en el INAMU.	Presidencia Ejecutiva	Jornada Extraordinaria
INAMU-2022	INAMU-JD-AI-129-2022	Advertencia sobre el estado del hardware y software del sistema de eventos de atención no inmediata (SEANI) utilizado en la unidad delegación de la mujer y el centro operativo de atención a la violencia intrafamiliar (COAVIF).	Presidencia Ejecutiva	Sistemas de información
INAMU-2023	INAMU-JD-AI-108-2023	Advertencia sobre el incumplimiento a la recomendación expuesta mediante la Carta de Gerencia CG-2018 emitida por el despacho de auditores externos de Carvajal y Colegiados relacionada con “Replantear la metodología de seguimiento y control de los convenios de cooperación suscritos por el Instituto”	Presidencia Ejecutiva	Convenios
INAMU-2024	INAMU-JD-AI-076-2024	Advertencia sobre posibles conflictos de intereses en el “Convenio específico de colaboración entre el Instituto Nacional de las Mujeres y la Asociación movilidad activa, recreativa y sostenible (PEDAL) para la implementación del proyecto: “empoderamiento de las mujeres y las jóvenes a través del uso de la bicicleta”	Junta Directiva	Convenios
INAMU-2024	INAMU-JD-AI-060-2024 Informe INAMU-JD-AI-In-006-2024	Advertencia relacionada con la eficiencia en la ejecución de las actividades afines al subproceso de gestión de remuneraciones del INAMU , (pagos irregulares, horas extras, dedicación exclusiva, zonaje, entre otros) durante el periodo de julio 2021 a julio 2023.	Presidencia Ejecutiva	Jornada Extraordinaria
INAMU-2024	INAMU-JD-AI-109-2024	Advertencia relacionada con la ausencia de norma habilitante para que el INAMU pueda otorgar beneficios patrimoniales mediante transferencia a sujetos privados.	Dirección Estratégica	Convenios

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna



5 CONCLUSIONES GENERALES.

La Auditoría Interna ha promovido una gestión oportuna sobre el seguimiento de las recomendaciones emitidas en sus informes, también sobre los resultados expuestos en los informes de las Auditorías Externas que se han aplicado a la Institución, así como sobre las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, todo lo anterior, de acuerdo con los recursos con que cuenta actualmente, procurando en todo momento, el mejoramiento continuo a nivel institucional y en cumplimiento de las competencias que le confiere la Ley General de Control Interno Ley 8292, en el artículo 22; así como, de otro tipo de normativa técnica y jurídica que regula el accionar de la Auditoría Interna.

Por lo anterior, el seguimiento de recomendaciones se ejecuta con el fin de validar al corte del I semestre del 2024, las gestiones realizadas por la administración activa entorno a dichas recomendaciones y proporcionar a la Junta Directiva y a la ciudadanía en general, un informe sobre el estado actual de las mismas y su respectivo grado de implementación.

Para llevar a cabo el presente informe, se ha hecho necesario el ejecutar las siguientes acciones:

- Monitorear el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en los informes de auditoría, para asegurar que las acciones establecidas por los titulares subordinados responsables, subsanen apropiadamente la debilidad identificada, garantizando que dichas recomendaciones se implementen eficaz y oportunamente dentro de los plazos planificados; no obstante, la normativa establece que es responsabilidad de la administración activa, efectuar este monitoreo, la Auditoría Interna lo ejecuta, mientras la administración implementa un sistema integrado de seguimiento de las recomendaciones y de las disposiciones emitidas por los entes de control externo.



- Dar el seguimiento oportuno a las recomendaciones y disposiciones conocidas por la Auditoría Interna, resultantes de estudios realizados por entes de control externos, tales como: las Auditorías Externas, la Contraloría General de la República y otros existentes; al menos durante el primer año de cumplimiento.
- Atención de dudas y consultas varias, de las personas titulares subordinadas responsables del cumplimiento de las recomendaciones, entre otros.

Es de suma importancia, reiterar que las recomendaciones que emite la Auditoría Interna, se giran con el fin de fortalecer el control interno institucional; por lo que, cualquier ampliación en su plazo de ejecución, implica la permanencia en el tiempo, de debilidades e inconsistencias en el ejercicio del control interno; por consiguiente, es necesario establecer los mecanismos de coordinación y disponibilidad de recursos, para que estas se implementen con la mayor brevedad posible, dentro de las condiciones y circunstancias existentes con que actualmente cuentan las direcciones, departamentos y unidades que están involucradas en su cumplimiento y ejecución.

6 RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA JUNTA DIRECTIVA.

Con fundamento en las facultades conferidas por la Ley General de Control Interno Ley 8292 a la Auditoría Interna y con el debido respeto a la autoridad que representa este órgano colegiado en el ámbito institucional, se exponen a continuación, las siguientes recomendaciones generales:

1. Dar por conocido el informe de seguimiento de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna, la Contraloría General de la República y otros entes externos al corte de junio 2023, en atención con lo que se dispone en la Ley General de Control Interno Ley 8292, artículo 12-Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno.
2. Solicitar a la Presidencia Ejecutiva un plan remedial de corto plazo donde se establezcan las situaciones que han originado atrasos en el cumplimiento de las **94** recomendaciones que actualmente se encuentran clasificadas en la condición de: **“en proceso con plazo vencido”** y las **39** recomendaciones que se clasifican bajo la



condición de: **“pendiente con plazo vencido”** y **se establezcan nuevos plazos improrrogables para el cumplimiento efectivo de las mismas”**. Lo referente producto a este análisis, deberá ser comunicado a la Auditoría Interna para que se apliquen los ajustes correspondientes en la Matriz de Cumplimiento MACU-2023-2024.

3. Solicitar a la Presidencia Ejecutiva, las medidas respectivas para que este, y las personas titulares subordinadas responsables de las recomendaciones en estado de proceso y pendiente de implementación o aplicación, ejecuten las siguientes acciones:

- a) Establecer una estrategia para la atención prioritaria de aquellas recomendaciones que tienen más de un año sin implementarse y que son de impacto institucional.
- b) Implementar las recomendaciones en los plazos establecidos, cumpliendo con lo que se establece en la Ley General de Control Interno Ley 8292, artículo 12, inciso c).
- c) Promover en todo momento, una gestión oportuna y eficiente de las recomendaciones, tratando en la medida de lo posible de minimizar las solicitudes de prórroga por parte de las personas titulares subordinadas.
- d) Implementar la sistematización, así como el respaldo adecuado y apropiado de la información referente a las acciones de seguimiento que se ejecutan por parte de la administración activa, en cumplimiento de la normativa vigente.



7 ANEXOS.

Se adjuntan al presente informe los siguientes anexos:

- a) Anexo No.1 Matriz de cumplimiento general MACU-2024 (Formato Excel).
- b) Anexo No.2 Matriz de Recomendaciones en estado: Pendiente y Pendiente con plazo vencido MACU-2024 (Formato Excel).
- c) Anexo No.3 Matriz de Recomendaciones en estado: En Proceso con plazo vencido MACU-2024 (Formato Excel).

Cc. Sra. Yerlin Zúñiga Céspedes, presidenta ejecutiva, Presidencia Ejecutiva.
Sra. Kattia Calvo Cruz, jefatura, Despacho de la Presidencia Ejecutiva.
Sra. Alexandra Gómez Ruiz, asesora, Despacho de la Presidencia Ejecutiva.
Sra. Ana Lorena Flores Salazar, directora a.i., Dirección Estratégica.
Sra. Zaida Barboza Hernández, directora a.i., Dirección Administrativa Financiera.
Sra. Ana Victoria Porras Naranjo, jefatura, Unidad de Planificación Institucional.
Archivo.