



AUDITORÍA INTERNA

INFORME DE AUDITORÍA

NO. AI-007-2023

**Seguimiento a la Elaboración de los Planes De Acción
establecidos por la Administración Activa para mitigar
los riesgos institucionales**

JULIO 2023

ÍNDICE DE CONTENIDO

I.	RESUMEN EJECUTIVO	3
II.	INTRODUCCIÓN.....	4
	Origen del estudio	4
	Objetivo general	4
	Objetivos específicos.....	4
	Alcance	4
	Normativa	4
	Metodología	5
	Implementación de recomendaciones (Ley General de Control Interno, artículo no. 36).....	5
	Limitaciones	5
	Comunicación preliminar de los resultados de la auditoría	5
	Antecedentes	5
	Aprobación del SEVRI Institucional.....	5
	Resultados de auditorías internas anteriores	7
III.	RESULTADO.....	8
	Oportunidad de mejora no. 1: Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI).....	8
IV.	CONCLUSIONES.....	12
V.	RECOMENDACIONES.....	13

I. RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio de Auditoría Interna tuvo como propósito analizar la labor de la Unidad de Planificación Institucional, durante el período comprendido de junio a diciembre de 2022; con respecto al cumplimiento de las normativas externas e internas que rigen esta materia. El estudio se realizó con la finalidad de generar oportunidades de mejora que coadyuven al fortalecimiento de la Unidad como componente del sistema de control interno.

En este informe se expone, en detalle, el resultado del estudio llevado a cabo por la Auditoría Interna.

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes que afectan el cumplimiento de los objetivos de control interno establecidos en el artículo no. 8 de la Ley General de Control Interno los cuales, de acuerdo con el estudio, no se están observando en la Unidad de Planificación Institucional, lo cual afecta el cumplimiento del sistema de control interno:

a. Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.

- i. El INVU no cuenta con información que garantice la atención adecuada a los riesgos institucionales, puesto que no se ha brindado seguimiento oportuno a los planes de acción elaborados para los riesgos identificados en el año 2020.

b. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.

- i. La Unidad de Planificación institucional no cuenta con registros de riesgos críticos actualizados, lo que impide administrar de manera oportuna y apropiada el nivel de riesgo institucional.

c. Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.

- i. No se cumple con La Ley de Control Interno al no contar con un Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, eficiente que permita identificar de forma adecuada, el nivel de riesgo institucional, con el fin de ubicarse en un nivel de riesgo aceptable, que permita el logro de los objetivos institucionales.
- ii. El Marco Orientador del SEVRI, no ha sido actualizado.

Con base en lo anterior, y con el propósito de fortalecer a la Unidad Planificación Institucional, se formulan las siguientes oportunidades de mejora a las personas funcionarias correspondientes; con el fin de establecer las acciones necesarias para solventar oportuna y eficazmente las situaciones descritas. Esto de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Control Interno (Ley no. 8292).

II. INTRODUCCIÓN

Origen del estudio

- 2.1. La Auditoría Interna realizó el presente estudio con el fin de dar seguimiento a la elaboración de los planes de acción establecidos por la administración activa para mitigar los riesgos institucionales. Lo anterior, de acuerdo con el Plan Anual de Trabajo de la Auditoría Interna del año 2023, conocido por los miembros de la Junta Directiva según consta en el Artículo VII, Inciso 2), del Acta de la Sesión Ordinaria no. 6555 del 17 de noviembre de 2022.

Objetivo general

- 2.2. Desarrollar las labores administrativas de la Auditoría Interna según la programación establecida en el Plan Estratégico de la Auditoría Interna.

Objetivos específicos

- 2.3. Indagar si la Unidad de Planificación ha brindado el seguimiento y acompañamiento a los planes de acción establecidos por la Administración Activa y cuenta con un cronograma debidamente elaborado, con la finalidad de verificar si los controles propuestos permiten mitigar los riesgos institucionales.

Alcance

- 2.4. El alcance del estudio abarcó la revisión de aspectos de control interno y de los procedimientos internos y externos que observa la Unidad de Planificación Institucional para la gestión de los riesgos institucionales y los planes de acción elaborados por las diferentes dependencias del INVU, en el período de junio a diciembre de 2022, el cual se amplió en aquellos casos en los que se consideró pertinente.

Normativa

La principal normativa observada en este estudio fue la siguiente:

- Ley Orgánica de INVU no. 1788.
- Ley General de Control Interno no. 8292.
- Decreto no. 42465- MOPT-MINAE-MIVAH Lineamientos generales para la incorporación de las medidas de resiliencia en infraestructura pública.
- Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE, Contraloría General de la República.
- Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, Resolución R-DC-64-2014, Contraloría General de la República.
- Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público R-DC-119-200, Contraloría General de la República.
- Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), Contraloría General de la República.

- Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional-SEVRI.
- Manual Organizacional.
- Orientaciones básicas para la formulación y seguimiento del Plan Estratégico Institucional (PEI) (2018).
- Lineamientos para incorporar la Planificación Prospectiva Estratégica en el Sistema Nacional (2023).

Metodología

- 2.5.** El presente estudio se realizó de acuerdo con las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de la República y demás normativa atinente.

La metodología utilizada se enfocó en la aplicación de técnicas y prácticas de auditoría normalmente aceptadas, tales como: entrevistas, verificación de documentos suministrados por Unidad de Planificación Institucional y al análisis de la normativa legal y técnica aplicable.

Asimismo, los resultados que se exponen en este informe se fundamentan en los procedimientos de auditoría dirigidos a la comprobación del cumplimiento del INVU, en materia de la aplicación de la normativa para la elaboración del SEVRI y procedimientos internos.

Implementación de recomendaciones (Ley General de Control Interno, artículo no. 36).

- 2.6.** Se establece un plazo de 10 días hábiles para que se ordene la implementación de las recomendaciones. En caso de que se discrepe, en el transcurso de dicho plazo se debe elevar el informe a la Junta Directiva, con copia a la Auditoría Interna, y se deben exponer por escrito tanto las razones por las cuales no se está de acuerdo como las soluciones alternas que se propongan para los hallazgos.

Limitaciones

- 2.7.** En el desarrollo del presente informe no se presentaron limitaciones.

Comunicación preliminar de los resultados de la auditoría

- 2.8.** El 20 de julio del año 2023, esta Auditoría Interna, se reunió de forma presencial en la Sala de reuniones de la Auditoría Interna, con la Licda. Marta Martínez Castillo Encargada a.i. de Planificación Institucional y con la Licda. Martha Navarro Obando, funcionaria de esa dependencia, con la finalidad de comentar sobre las oportunidades de mejora y las recomendaciones contenidas en el informe borrador denominado "*Seguimiento a la elaboración de los planes de acción establecidos por la Administración Activa para mitigar los riesgos institucionales*"; una vez comentados y valorados los temas la Licda. Martínez Castillo, manifestó estar de acuerdo con las oportunidades de mejora y las recomendaciones propuestas.

Antecedentes

Aprobación del SEVRI Institucional

- 2.9.** En la Sesión Ordinaria de Junta Directiva no. 6481, celebrada el 04 de febrero de 2021, la administración activa presentó el proyecto denominado Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), el cual responde al fortalecimiento del control interno institucional, en materia

de riesgos, tal y como lo establece el artículo 18 de la Ley General de Control Interno, no. 8292, que al respecto indica:

*“Artículo 18 - **Sistema específico de valoración del riesgo institucional.** Todo ente u órgano deberá contar con un sistema específico de valoración del riesgo institucional por áreas, sectores, actividades o tarea que, de conformidad con sus particularidades, permita identificar el nivel de riesgo institucional y adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo.*

La Contraloría General de la República establecerá los criterios y las directrices generales que servirán de base para el establecimiento y funcionamiento del sistema en los entes y órganos seleccionados, criterios y directrices que serán obligatorios y prevalecerán sobre los que se les opongan, sin menoscabo de la obligación del jerarca y titulares subordinados referida en el artículo 14 de esta Ley.”

2.10. Adicionalmente, en la citada sesión se expuso que el nivel de riesgo institucional al mes de diciembre de 2020, era “riesgo medio”, también se presentó una tabla con una serie de actividades a desarrollar, tales como: depuración análisis de riesgos, comunicación de resultados, creación e implementación de plan de acción para tratar riesgos, valorar experiencias y resultados primer SEVRI, realizar ajustes al SEVRI como proceso y llevar a cabo todas las actividades del SEVRI. Las cuales se propusieron ejecutar para el período comprendido de diciembre 2020 a noviembre 2021.

2.11. En la Sesión Ordinaria de Junta Directiva no. 6482, celebrada el 11 de febrero de 2021, se atendió lo solicitado por el órgano colegiado y se tomó el siguiente acuerdo:

“Dar por recibido el oficio SGG-070-2021 suscrito por la Subgerencia General y tener por aprobado el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) incorporando dentro del mismo las propuestas y observaciones realizadas por la Directiva Borja Rodríguez y sustituyendo el vocablo “industria” por “institución”. ACUERDO FIRME”

2.12. El 18 de marzo de 2021 la Subgerencia General mediante el oficio SGG-098-2021 denominado “Ref. Proyecto de establecimiento, implementación y seguimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI – Traslado a Planificación Institucional”, comunica y traslada a la Unidad de Planificación Institucional, la implementación y seguimiento del SEVRI.

2.13. Posteriormente, en la Sesión Ordinaria de Junta Directiva no. 6498, celebrada el 27 de mayo de 2021, la Encargada de Planificación Institucional, presentó el Informe trimestral de cumplimiento del plan de implementación del SEVRI y **un nuevo cronograma** para la atención de los riesgos con las siguientes actividades a ejecutar:

- Revisión de posibles procesos existentes en el Mapa de Procesos vigente.
- Análisis de funciones actuales, para la identificación de procesos relevantes.
- Definición y levantamiento de procesos.
- Remisión, ajuste y aprobación de Procedimientos.
- Incorporación al mapa de procesos y Sistema Argos.
- Capacitación en riesgos¹ y uso de la Herramienta Argos.

¹ En los Planes de Capacitación Institucionales de los años 2021-2022 y 2023, la Unidad de Planificación Institucional, no ha solicitado capacitación en materia de riesgos.

- Acompañamiento-Valoración de riesgos en la Herramienta Argos.
- Elaboración de plan de acción para riesgos inherentes y residuales a partir de medio.

2.14. Finalmente, la Junta Directiva, tomó entre otros acuerdos el siguiente:

*“c) Solicitar a la oficina de Planificación que proceda de conformidad con el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), a efectos de que esta Junta Directiva conozca oportunamente el seguimiento a los riesgos determinados y a las medidas mitigadoras del riesgo. **ACUERDO FIRME**”*

Resultados de auditorías internas anteriores

2.15. En el Informe de Auditoría no. AO-007-2022, realizado en el año 2022, se evaluó el seguimiento a la elaboración de los planes de acción establecidos por la Administración Activa para mitigar los riesgos institucionales, se identifica que:

- El INVU no cuenta con un portafolio de riesgos actualizado (última evaluación diciembre 2020), que le permita conocer los principales eventos de riesgo que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
- La Unidad de Planificación Institucional no ha brindado un adecuado seguimiento a los planes de acción elaborados por la administración a los riesgos identificados al cierre de diciembre de 2020.
- La Unidad de Planificación Institucional no ha realizado una nueva evaluación del SEVRI.
- La evaluación del SEVRI efectuada por la Administración no se encuentra integrada ni vinculada con el PEI y el POI, aspecto que eventualmente representa un riesgo alto.

A razón de los resultados de ese estudio, se establecieron las siguientes recomendaciones:

Tabla no. 1
Recomendaciones estudio No. AO-007-2022

No.	Detalle de la Recomendación	Riesgo
3	En coordinación con los titulares subordinados realizar y dejar documentado un plan de seguimiento a los planes de acción (que contenga al menos objetivos, actividades, fechas de inicio y finalización, responsables, entre otros), que les permita a las dependencias del INVU controlar y mitigar los riesgos identificados. <i>Ver Oportunidad de Mejora No. 1: Párrafos del 3.2 al 3.12</i> <i>Ver Oportunidad de Mejora No. 3: Párrafos del 3.21 al 3.32</i>	Alto
2	En coordinación con los titulares subordinados realizar y dejar documentada una nueva valoración de riesgos que permita conocer el nivel de riesgo en que se ubica la institución y poder categorizar los riesgos más críticos para brindarles el respectivo seguimiento para su mitigación a través de los planes de acción que permitan ubicarnos en un nivel de riesgo aceptable. <i>Ver Oportunidad de Mejora No. 1: Párrafos del 3.2 al 3.12</i>	Alto
1	Establecer y dejar documentados los mecanismos de control que correspondan para vincular los riesgos institucionales con la planificación institucional, además establecer un indicador en el Plan Operativo Institucional, que permita medir el nivel de riesgo institucional. <i>Ver Oportunidad de Mejora No. 2: Párrafos del 3.13 al 3.20</i>	Alto

Fuente: Estudio de Auditoría Interna no. AO-007-2022, junio 2022.

Cabe mencionar que las anteriores recomendaciones se encuentran pendientes de implementar.

SIGLAS

2.16. A continuación, se indica el detalle de las siglas utilizadas en este informe:

Tabla no. 2
Siglas

Siglas	Significado
CGR	Contraloría General de la República
INVU	Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo
LGCI	Ley General de Control Interno
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
NCISP	Normas de Control Interno para el Sector Público
PEI	Plan Estratégico Institucional
POI	Plan Operativo Institucional
SCI	Sistema de Control Interno
SEVRI	Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional
STAP	Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria

III. RESULTADO

3.1 El Sistema de valoración de riesgos institucional, está en proceso de estandarización, se encuentra documentado, se ha divulgado en todos los niveles y se han incorporado riesgos a la herramienta de gestión (Sistema Argos), sin embargo, actualmente no funciona de forma integrada conforme las necesidades de la institución, ni con el Marco Orientador definido internamente, tampoco genera información relevante para análisis y la toma de decisiones del jerarca institucional, ni, se establece y observa el cumplimiento con la normativa correspondiente. Por lo que es importante instaurar los procesos de mejora continua para el oportuno ajuste y fortalecimiento permanente del sistema, en procura de una implementación natural de las operaciones y las actividades de las dependencias.

El presente informe, permitió revisar la labor de la Unidad de Planificación Institucional en cuanto a la gestión de riesgos y al seguimiento a los planes de acción elaborados por las dependencias del INVU, lo cual permitió determinar una serie de elementos que cuentan con oportunidades de mejora, en cuanto al control interno y seguimiento a los planes, la cual se detalla de forma seguida:

Oportunidad de mejora no. 1: Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI).

3.2 En la Sesión Ordinaria de Junta Directiva no. 6482, celebrada el 11 de febrero de 2021, el órgano colegiado aprobó el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) y en otro de los acuerdos que tomó el órgano colegiado, solicitó que la oficina de Planificación Institucional presentara oportunamente el seguimiento a los riesgos determinados y las medidas mitigadoras del riesgo. No obstante, producto del este estudio de auditoría se determinó que:

- Los riesgos contenidos en el Marco Orientador, corresponden a la evaluación inicial del SEVRI que se concluyó en el **2020** y fue aprobada por la Junta Directiva en febrero del **2021**.
- La Unidad de Planificación Institucional, no cuenta con registros de riesgos actualizados que incluyan, como mínimo, la información sobre su probabilidad, impacto, consecuencia, nivel de riesgo asociado y medidas seleccionadas para su administración y mitigación, tal y como lo

establece el numeral 4.7, de las Directrices Generales Para El Establecimiento Y Funcionamiento Del Sistema Específico De Valoración Del Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE.

- c) La Unidad de Planificación Institucional, no cuenta con una base de datos de los riesgos que eventualmente se han materializado, ni con los riesgos más críticos para la institución.
- d) El Marco Orientador del SEVRI, no ha sido actualizado, desatendiendo lo establecido en el apartado 8.1, del referido documento.
- e) La Unidad de Planificación Institucional, no ha valorado incluir en el Marco Orientador, la tolerancia al riesgo, el apetito de riesgo, los riesgos relacionados con la gestión financiera (sostenibilidad y legitimación de capitales), gestión de los procesos de contratación administrativa (temas indicados en informes de la Contraloría General de la República) y riesgos enfoque multi – amenaza, elaborados por Mideplan (Decreto N° 42465) y que deben ser considerados en la Decisión Inicial de los proyectos institucionales que se desarrollen.
- f) Los Planes Operativos Institucionales, que son presentados a Junta Directiva, por parte de la Unidad de Planificación Institucional, no se alinean con los riesgos contenidos en el Marco Orientador y los planes de acción no presentan medidas que permitan mitigar los riesgos y cumplir con las metas institucionales.

3.3 De forma seguida, citamos algunos ejemplos que ilustran como eventualmente se han materializado algunos riesgos en la institución:

- a. En el “Informe de resultados de la evaluación presupuestaria referida a la gestión física y financiera” al 31 de diciembre del 2022, presentado por la Unidad de Planificación Institucional, en la Sesión Ordinaria de Junta Directiva no. 6563, celebrada el 26 de enero de 2023, se incluyó el cumplimiento de metas del periodo 2018 al 2022, con resultados que no alcanzaron ni un 70% de cumplimiento como se observa en la siguiente tabla:

Tabla no. 3
Cumplimiento de las Metas con Cumplimiento Alto (periodos 2018 – 2022)

Cumplimiento porcentual				
2018	2019	2020	2021	2022
24 %	54 %	48 %	68 %	66 %

Fuente: Informe de rendimiento de cuentas del área (2018-2022).

De lo anterior se desprende un bajo cumplimiento de metas y por ende la materialización de riesgos, al no lograr la institución alcanzar los objetivos que se planteó.

- b. El informe emitido por la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria (STAP), “Informe de resultados de evaluación presupuestaria referida a la gestión física y financiera no. MH-STAP-DE-INF-0082-2023”, con corte al 31 de diciembre del 2022, muestra el resultado de la efectividad por programa sustantivo. Veamos:

Tabla no. 4
Resultados de la efectividad por programa sustantivo
Al 31 de diciembre del 2022

Programa	% Promedio alcanzado unidad de medida	% Promedio alcanzado indicadores	% Ejecución Financiera	Nivel de cumplimiento	Efectividad
Programa 2	0,00 %	66,91 %	38,00 %	38,82 %	No efectivo
Programa 3	0,00 %	61,51 %	37,00 %	32,63 %	No efectivo
Programa 4	0,00 %	85,94 %	94,00 %	58,28 %	Parcialmente efectivo
Total	0,0 %	71,5 %	56,3 %	41,9 %	No efectivo

Fuente: Elaboración de la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria.

Como se aprecia en el cuadro anterior, dos planes tienen un resultado no efectivo, de acuerdo con los parámetros aplicados por la STAP y dentro del cuerpo de ese informe, se puede observar la materialización de diversos riesgos que han impedido que se alcancen las metas establecidas.

- c. En la Sesión de Junta Directiva no. 6581 celebrada el 18 de mayo de 2023, la Auditoría Externa, expuso al órgano colegiado los Estados Financieros institucionales que comprenden los estados de situación financiera al 31 de diciembre del 2020 y 2019, los estados de resultado global, los estados de cambios en el patrimonio neto y los estados de flujos de efectivo por los años terminados en dichas fechas, así como un resumen de las principales políticas contables y otras notas explicativas y en la base para la opinión calificada manifestó lo siguiente:

“Al 31 de diciembre de 2020 efectuamos la revisión de la partida de Efectivo y Equivalentes y específicamente en las Conciliaciones Bancarias detectamos debilidades sustantivas (saldos) y de control interno (procedimientos) que afectan la razonabilidad del saldo y dentro de las cuales mencionamos que existen partidas pendientes en conciliación (8397 partidas de un total de 48372, esto para el periodo 2020), partidas con una antigüedad superior a un año, diferencias sin conciliar entre el saldo según bancos mostrado en la conciliación y el saldo en el estado de cuenta bancario. Adicionalmente no se nos suministraron la totalidad de las conciliaciones bancarias ya que existen cuentas sin su correspondiente conciliación bancaria. (...)”

El subrayado no pertenece al texto original.

Aunado a lo anterior, sobre la situación financiera destacan los diversos informes que remite la Contabilidad Nacional, sobre incumplimientos en la presentación de la información financiera institucional.

- 3.4 Por otra parte, la Unidad de Planificación Institucional mediante el oficio no. PE-PI-038-2023 presentó ante la Junta Directiva en Sesión Ordinaria no. 6574, celebrada el 13 de abril de 2023, el avance del PEI y los objetivos estratégicos vigentes. Al respecto, el órgano colegiado determinó entre otras cosas que la planificación institucional presenta incongruencias entre objetivos y metas en varios casos y no reflejan lo establecido en los instrumentos emitidos por MIDEPLAN, por lo cual tomó el siguiente acuerdo:

*a) La Presidencia Ejecutiva nombrará la Comisión de Trabajo que bajo la Coordinación del Departamento de Planificación se encargarán de ajustar los Objetivos Estratégicos, indicadores y sus metas. **ACUERDO FIRME***

- 3.5 Como se observa en los párrafos anteriores, se presentan eventos de riesgo crítico, los cuales se apartan de lo que establece el artículo no. 18 de la Ley de Control Interno no. 8292, que dispone que todo ente u órgano, sujeto a dicha Ley, deberá contar con un Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional, el cual permita identificar de forma adecuada el nivel de riesgo institucional y adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo.

- 3.6 Por su parte, el artículo 19 de dicha Ley no. 8292 establece que, el jerarca y los titulares subordinados son responsables por el funcionamiento del SEVRI y adoptarán las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del SEVRI y para ubicarse al menos en un nivel de riesgo aceptable; también, sobre las referidas responsabilidades, el artículo no. 13 “Ambiente de control”, indica que se debe desarrollar y mantener una filosofía y un estilo de gestión que permitan administrar un nivel de riesgo determinado, orientado al logro de resultados y a la medición del desempeño, y que promuevan una actitud abierta hacia mecanismos y procesos que mejoren el sistema de control interno.

También es importante reiterar que la materia de riesgos, entre otras cosas permite la identificación y evaluación de los riesgos asociados a los objetivos institucionales, aspecto que el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), ha dejado plasmado en temas de planificación, específicamente en el documento denominado **“Orientaciones básicas para la formulación y seguimiento del Plan Estratégico Institucional (PEI)”** en el apartado 2.2.1.8 Definición de riesgos establece que, la formulación de cualquier estrategia institucional debe considerar **los posibles riesgos que podrían incidir en su cumplimiento, por lo que en la gestión pública es de suma importancia contar con un sistema de valoración de riesgos, con el fin de cumplir con lo establecido en la Ley 8292 “Ley General de Control Interno”,** la cual señala:

“Artículo 2:

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

Adicionalmente, el documento denominado Lineamientos para incorporar la Planificación Prospectiva Estratégica en el Sistema Nacional, elaborado por el MIDEPLAN, en el apartado Seguimiento y Evaluación , establece que la valoración sistemática y objetiva sobre el diseño, la ejecución, puesta en práctica, y los resultados de intervenciones públicas (políticas, planes), para apoyar la toma de decisiones y mejorar la gestión pública, se puede complementar con los análisis de riesgos o valoraciones de los reportes de análisis de riesgos, que permitirán obtener información para emprender acciones de corrección o mejora en la construcción de la visión de largo plazo.

- 3.7** La situación expuesta obedece a que la Unidad de Planificación Institucional, no brindó un seguimiento integral a los planes de acción, ni a la actualización de los riesgos institucionales, por lo que se desconocen los riesgos que se han materializado y los que están presentes en las metas que no se alcanzaron, situación que finalmente impacta en el logro de los objetivos instituciones; aunado a lo anterior, esta Unidad no ha incluido en sus planes de capacitación para los años 2021,2022 y 2023, algún tema relacionado con riesgos, con el fin de reforzar las competencias del personal.
- 3.8** Para el INVU gestionar, implementar y actualizar el SEVRI, brinda la oportunidad de lograr una gestión integral, transparente y eficiente de los riesgos institucionales, ocasionando que se mitiguen las probabilidades de ocurrencia de materialización de riesgos que puedan, eventualmente, afectar la operatividad, la prestación de sus bienes y servicios, cumplimiento de metas institucionales y sobre todo el principio de negocio en marcha. Por otra parte, la gestión eficiente y oportuna de los riesgos, proporciona información valiosa para la toma decisiones estratégicas en aras de aprovechar las fortalezas y oportunidades institucionales para mitigar eventuales desviaciones respecto a las metas previstas.
- 3.9** Con respecto a lo relacionado con la ausencia de registros de riesgos actualizados, base de datos de los riesgos que se han materializado e identificación de los riesgos más críticos y la falta de alineación de los planes institucionales con los riesgos del Marco Orientador, se establecieron recomendaciones anteriormente por parte de auditoría interna, en el informe no. AO-007-2022, junio 2022, tal y como se describe en el apartado 2.16 del presente informe.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1** De conformidad con los resultados obtenidos, se formulan los siguientes comentarios:
- 4.2** A pesar de la obligatoriedad para la Administración Activa de establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el Sistema específico de valoración de riesgo instruccional (SEVRI), establecido en la Ley General de Control interno que data del año 2002, se determina en el presente informe que, la gestión del riesgo institucional no está de conformidad con la normativa aplicable, actividad que es responsabilidad ineludible para todos los niveles de la institución que están involucrados en el logro de los objetivos y metas.
- 4.3** El Marco Orientador SEVRI, que es la base para la gestión de riesgos institucional, no se encuentra actualizado, lo cual limita las acciones a tomar en cuanto a la gestión integral de riesgos institucionales.
- 4.4** Para el INVU, es de gran interés establecer objetivos y metas institucionales como actividades relevantes, obteniendo con ello una base sobre la cual sean identificados y analizados los factores de riesgo que amenazan su oportuno cumplimiento; aspectos que la Unidad de Planificación Institucional no ha realizado ya que no cuenta con una nueva valoración de los riesgos, no dispone de un portafolio de riesgos actualizados que le permita conocer los principales eventos de riesgo, lo que provoca el desconocimiento de los efectos, el impacto y la persistencia que podría causar la materialización de cualquiera de los riesgos asociados a la gestión institucional; por ende, tampoco se cuenta con las medidas necesarias para mitigar los riesgos.
- 4.5** Por lo cual la Unidad de Planificación Institucional, por un tema de interés institucional debe realizar evaluaciones continuas y/o separadas para comprobar cuando los componentes del sistema de control interno están presentes y funcionando; y comunicar las eventuales deficiencias o desviaciones de control interno de manera adecuada a los niveles responsables de tomar las acciones correctivas.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Para la implementación de las oportunidades de mejora, determinadas en el presente informe se proponen las siguientes recomendaciones, las cuales, de ser aplicadas en forma efectiva, agregarán un importante valor a la gestión y al robustecimiento del proceso de seguimiento y control de los planes de acción para mitigar los riesgos identificados.

A la Encargada a.i., de Planificación Institucional o a quien, en su lugar ocupe la asignación:

Número de recomendación	Detalle de la recomendación	Riesgo	Plazo de Implementación
1	Establecer un cronograma para la actualización del Marco Orientador del SEVRI que contenga al menos objetivos, actividades, fechas de inicio y finalización, responsables, entre otros y que permita dejar documentado el proceso y el cumplimiento. <i>Ver Oportunidad de Mejora no. 1: párrafos del 3.2 al 3.9</i>	Alto	29 marzo 2024
2	Valorar en conjunto con la Unidad de Talento Humano un planeamiento didáctico de capacitación para el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno, SEVRI y la gestión del riesgo. <i>Ver Oportunidad de Mejora no. 1: párrafos del 3.2 al 3.9</i>	Alto	31 enero 2024

El estudio de Auditoría estuvo a cargo del Lic. Harvey Jaén Campos, Profesional a.i. de Auditoría, fue asistido por la Licda. Tatiana Enríquez Martínez y supervisado por el Lic. Henry Arley Pérez, Auditor Interno.

Lic. Harvey Jaen Campos
Profesional

Lcda. Tatiana Enríquez Martínez
Profesional Asistente

Henry Arley Pérez
Auditor Interno

C: Presidencia Ejecutiva
Archivo y Cons.