



**ORIENTACIONES GENERALES PARA EL
FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE VALORACIÓN DE
RIESGO INSTITUCIONAL EN EL TRIBUNAL REGISTRAL
ADMINISTRATIVO**

(APROBADO EN SESIÓN NO. 48-2016 DE 7 DE DICIEMBRE DE 2016, ACUERDO NO. SE-325-2016 Y ACUERDO NO. SE-225-2018 DE 8 DE JUNIO DE 2018 QUE MANTIENE VIGENTE EL DOCUMENTO)

Junio, 2018

Tabla de contenido

Introducción	2
1. Marco legal.....	3
2. De la política institucional en el Sistema de Valoración del Riesgo (SEVRI).	4
2.1. De la política general del SEVRI	4
2.2. De las orientaciones generales del SEVRI	4
3. De la estrategia	5
4. Comisión de Control Interno.....	6
4.1. De las funciones de la Comisión de Coordinación del SEVRI	6
5. Orientaciones metodología generales del SEVRI	7
6. De las orientaciones para las actividades de valoración del riesgo.....	8
7. Orientaciones específicas para las actividades del proceso de valoración del Riesgos	14
7.1. Identificación de Riesgo	14
7.2. Análisis de Riesgo	17
7.3. Evaluación de Riesgos.....	17
7.4. Administración de riesgo.....	21
7.5. Revisión de Riesgos.....	21
7.6. Comunicación de Riesgos	21
8. Anexos.....	22
8.1 Marco teórico sobre el control interno	22
8.2 Herramienta para la autoevaluación del control interno área administrativa financiera ...	31

Introducción

En cumplimiento del oficio DFOE-68, No. 1741 de 8 de febrero de 2006, suscrito por el Gerente de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa de la Contraloría General de la República, en donde se señala la obligatoriedad de que cada Institución de implementar un Sistema Específico de Valoración del Riesgo (SEVRI) y que el año 2015, se han seguido una serie de pasos orientados a transformar lo que se llamó Comisión de SEVRI, hacia un enfoque hacia una Comisión de Control Interno, en donde esta herramienta es un instrumento más del proceso de definición de políticas de control interno y el ambiente de control.

Es importante reseñar que este SEVRI tiene su origen con la Ley General de Control Interno, No. 8292, se establecen los criterios mínimos que deberá observar la Contraloría General de la República y los entes u órganos sujetos a su fiscalización, en el establecimiento, funcionamiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación de un sistema de control interno y uno de los componentes funcionales de dicho sistema es la valoración de riesgo, tema ya inserto en la administración pública desde el año 2007, sobre el cual el Ente Contralor estableció las Directrices Generales mediante la Resolución R-CO-64-2005 del primero de julio del dos mil cinco y que se constituye en el marco general de referencia de las presentes orientaciones. Mediante esta última se sugiere un proceso, si bien consistente también complejo, para el establecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), sobre el cual las mismas directrices destacan el concepto de la gradualidad en la implementación y la posterior emisión de circulares específicas.

De tal forma, los puntos a considerar en la presente propuesta son los siguientes:

- Objetivos.
- Premisas para valorar el riesgo institucional,
- Conceptos de riesgo institucional,
- Aspectos sobre el control interno,
- Determinación del riesgo.

Todo lo anterior, alineado a la misión, visión y objetivos institucionales del Tribunal que fueron revisados en junio de 2015 y que se incorporan en este documento.

Es importante señalar que todos los aspectos considerados en el SEVRI, constituyen a su vez aspectos a incorporar como política institucional para minimizar el riesgo institucional hasta llevarlo a niveles aceptables.

Es por ello, que cada uno de los puntos analizados, se convertirá a su vez, en proyectos o actividades tendientes a administrar este riesgo institucional de una manera positiva para el Tribunal, por lo cual este documento se vuelve una pieza fundamental para los aspectos que se planifiquen a futuro en el Tribunal, así como el respectivo seguimiento que se ejecute.

1. Marco legal

La Ley de Control Interno N°8292¹ establece las disposiciones fundamentales para el funcionamiento del sistema de control interno, dentro de el se destaca la valoración de riesgo como uno de sus componentes funcionales.

En efecto, el artículo 14 de la citada norma, señala los deberes en esta materia:

“Artículo. 14-Valoración del riesgo. En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: / a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos. / b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. / c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable. / d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.

Asimismo, el artículo 18 establece que todo ente u órgano deberá contar con un sistema específico de valoración del riesgo institucional por áreas, sectores, actividades o tareas 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”, destacando al efecto que

“La Contraloría General de la República establecerá los criterios y las directrices generales que servirán como 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”

Finalmente, en atención a lo señalado, la Contraloría General de la República emitió las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE, publicadas en la Gaceta # 134 del 12 de julio del 2005 y siguientes, en las cuales establece claramente que el SEVRI deberá constituirse en un instrumento que apoye de forma continua los procesos institucionales, generando para tal efecto:

a) Información actualizada sobre los riesgos institucionales relevantes asociados al logro de los objetivos y metas, definidos tanto en los planes anuales operativos, de mediano y de largo plazos, y el comportamiento del nivel de riesgo institucional.

b) Medidas para la administración de riesgos adoptadas para ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable.

¹ Ley 8292 Ley General de Control Interno, publicada en La Gaceta N° 169 del 04/09/2002

Por otra parte, mediante la circular DFOE-68, se establecen la obligatoriedad del cumplimiento obligatorio e integral a partir del 1 de julio del presente año para un grupo de instituciones, entre las que se incluye al Tribunal Registral Administrativo, con lo cual queda claramente establecida la necesidad de consolidar los esfuerzos que se han venido realizando para lograr el debido funcionamiento del SEVRI en esta institución.

2. De la política institucional en el Sistema de Valoración del Riesgo (SEVRI).

2.1. De la política general del SEVRI

Con el propósito de orientar el proceso de valoración de riesgo institucional la Dirección Administrativa por medio del oficio TRA-DA-312-2006, de 27 de junio de 2006, solicitó a los Miembros del Tribunal el pronunciamiento sobre el SEVRI, siendo aprobada la política institucional y la instrumentación de este nuevo sistema, por medio del Acuerdo TRA-SA-141-2006, de 6 de julio de 2006, de la Sesión Extraordinaria No. 012-2006, mismo que se ha mantenido vigente desde esa fecha y que ha posibilitado el desarrollo de actividades tendientes a administrar el riesgo institucional y desarrollar nuevos aspectos de revisión para mejorar el control interno institucional.

Así las cosas, la política institucional, esta indica como sigue:

“Mejorar constantemente los procesos del área sustantiva y administrativa, apoyados en el Sistema de Evaluación y valoración del riesgo en forma sistemática, siendo este instrumento un elemento para la toma de decisiones, con el objetivo de llevar a la Institución a un nivel de riesgo aceptable.”

2.2. De las orientaciones generales del SEVRI

Como orientaciones generales se tienen las siguientes:

- Realizar la valoración del riesgo considerando como base las actividades estratégicas y los procesos críticos, para posteriormente considerar los procedimientos en las diferentes direcciones y unidades administrativas de la institución.
- Mantener actualizados los procedimientos de las áreas administrativa y sustantiva.
- Desarrollar proyectos y acciones para mejorar el control interno, que será ejercida por Miembros del Tribunal y los respectivos titulares subordinados de la institución a fin de garantizar el desarrollo e implementación del SEVRI.
- Ejecutar acciones y proyectos orientados a llegar hacia un riesgo aceptable en los diferentes procesos que se ejecuten en la institución.

- Considerar los siguientes supuestos para determinar los niveles de riesgo institucional:
 - **Riesgo aceptable:** Serán considerados aceptables los riesgos que resultaren calificados con nivel **bajo** como resultado de la evaluación realizada.
 - **Riesgo medio:** Riesgos que resultaren calificados con un nivel **medio**, sólo se podrán considerar aceptables en el tanto se justifique la imposibilidad de la administración de adoptar medidas para mitigar o minimizar dichos riesgos.
 - **Riesgo alto:** En ningún caso podrá considerarse aceptable un riesgo que resultare calificado con un nivel **alto**.
- Priorizar en la valoración de riesgo en los procedimientos relacionados con el área sustantiva en lo concerniente al proceso de resolución de expedientes en el Tribunal desde su entrada hasta la emisión de la resolución final, que corresponde a la salvaguarda de la misión institucional.
- Priorizar en la valoración del riesgo y en el área administrativa en la percepción de ingresos o la realización de gastos, entendiéndose como aquellos que culminan con la determinación y percepción de un ingreso o la realización de un gasto, así como todos los procesos de supervisión y gestión logística que deben de operar.
- Priorizar en la valoración del riesgo institucional en las diferentes unidades administrativas, todos los instrumentos u herramientas que garanticen la continuidad de las operaciones y cumplimiento del servicio público.
- Desarrollar, supervisar y controlar todos los planes de acción definidos de las auditorías practicadas por la Contraloría General de la República o de la Auditoría Interna o cualquier ente de supervisión, en donde se consideren las acciones orientadas al cumplimiento de las recomendaciones que ser viertan a nivel directivo, administrativo, técnico o staff.
- Mantener un plan de capacitación en control interno y de gestión de administración del riesgo a los funcionarios de las diferentes unidades administrativas de la institución.

3. De la estrategia

A efecto de establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el SEVRI se realizarán las siguientes macro actividades:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1. Definición de orientaciones generales para el SEVRI.	Comisión de Control Interno.
2. Análisis de orientaciones generales y definición de aspectos específicos complementarios para su aplicación en	Comisión de Control Interno

cada dirección.	
3. Proceso para aplicación de la valoración de riesgo al plan estratégico institucional.	Comisión de Control Interno.
4. Conformación de Comisión de coordinación de SEVRI.	Miembros del Tribunal.
5. Capacitación de miembros de comisión de coordinación del SEVRI y jefes subordinados.	Comité Académico y Miembros del Tribunal
6. Elaboración del informe de situación y plan de acción en cada dirección.	Comisión de Control Interno.
7. Aplicación inicial de la valoración de riesgo a nivel institucional siguiendo disposiciones de actividades 1. y 2.	Comisión de Control Interno.
8. Revisión de la aplicación inicial de la valoración del riesgo.	Comisión de Control Interno.
9. Definición de mejoras necesarias e incorporación en planes.	Comisión de Control Interno.
10. Aplicación de valoración de riesgos institucional.	Comisión de Control Interno.
11. Sistematización del un Sistema de Información Integrado para el SEVRI e inicialmente en un compilador de datos Excel.	Comisión de Control Interno.
12. Revisión de informes de avances del SEVRI	Comisión de Control Interno y Miembros del Tribunal.

4. Comisión de Control Interno

La Comisión de control interno del Tribunal Registral Administrativo, estará integrada por un Juez del Tribunal, quien será el coordinador de la comisión, el Director Administrativo y el Juez Tramitador (a).

4.1. De las funciones de la Comisión de Coordinación del SEVRI

La comisión de coordinación tendrá las siguientes funciones:

- Definir su funcionamiento interno dentro del marco de las competencias aquí asignadas.
- Coordinar los esfuerzos de las diferentes áreas del Tribunal, para desarrollar el sistema de valoración del riesgo institucional del Tribunal Registral Administrativo(SEVRI).

- Supervisar y corroborar el cumplimiento de las presentes orientaciones para el funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI).
- Coordinar con el Comité Académico los esfuerzos de capacitación de los funcionarios en cuanto a Valoración de Riesgo.
- Coordinar esfuerzos para el perfeccionamiento del SEVRI.
- Apoyar y asesorar a los Miembros del Tribunal en materia de valoración de riesgo y coordinar lo correspondiente con la Auditoría Interna y la Contraloría General de la República
- Informar bimensualmente a los jefes sobre las acciones realizadas en este sistema.

5. Orientaciones metodología generales del SEVRI

Para efectos de la identificación, análisis y evaluación de los riesgos se utilizará el métodos: Tormenta de ideas, técnica Delphi y la Técnica nominal; que se detallan a continuación:

Tormenta de ideas (“brainstorming”): Es probablemente la técnica más usada, que consiste en reunir expertos, miembros del equipo y otros involucrados en el proyecto o actividad, y pedirles que identifiquen posibles riesgos para el proyecto. La única regla: no se puede vetar (anular, desechar) ideas. Se debe promover la asociación libre de ideas, la desinhibición. Se apunta en un lugar visible todas las ideas generadas y luego se realiza otra parte de la sesión en donde se filtran y seleccionan las ideas para identificar los factores de riesgo, con el consenso de los participantes.

Técnica de Delphi: Es parecida a la técnica anterior, sólo que nunca se realiza en forma presencial. Se mantiene el anonimato de la gente que participa en la sesión con el objetivo de que los más expertos no inhiban las contribuciones de los que tienen menos experiencia, o para que en general, nadie influya sobre nadie. ¿Cómo se desarrolla esta técnica? Cada participante contribuye con ideas a un coordinador, estas ideas deberían ser anónimas, por ejemplo discutiéndolas en el lugar de reunión. El coordinador sintetiza, asocia y edita las ideas, y devuelve a los participantes una “Opinión del Oráculo” (de allí el nombre de la técnica, por el Oráculo de Delfos o Delphi). Este proceso se realiza en varias iteraciones y luego se sacan conclusiones como en la técnica anterior.

Técnica nominal: Esta técnica consiste en reunir a todas las personas que pudieran contribuir a identificar los riesgos del proyecto en una sala, y pedirles que escriban en tarjetas o notas adhesivas, los factores de riesgo que identifican. Luego se pegan en un pizarrón todas las contribuciones, y se asocian factores de riesgos similares o relacionados. Después de esta primera etapa, se pide a los participantes que realicen un ranking de impacto de los factores de riesgo, y se los prioriza.

Al efecto es necesario precisar que la realización de pronósticos se apoya en estos tipos generales de métodos: los de base objetiva y los de base subjetiva. Los métodos objetivos

utilizan técnicas matemáticas bien fundamentadas, para procesar la información disponible, como por ejemplo la extrapolación matemática, la extrapolación de tendencias y la modelación matemática; pero estas técnicas resultan impotentes para captar la evolución futura de situaciones con alto grado de incertidumbre que se presentan en las ciencias sociales.

De aquí que se hace necesario la utilización de métodos que estén estructurados a partir de la aceptación de la intuición como una comprensión de la realidad social, y basados en la experiencia y conocimiento de un grupo de personas considerados actores de los procesos en la materia a tratar. Estos métodos denominados subjetivos son conocidos como métodos de consulta o evaluación de actores de los procesos.²

Estos métodos deben garantizar la realización de cuestionamientos precisos, sin la posibilidad de una doble interpretación, obtener respuestas susceptibles de ser cuantificadas, independientes de unas de las otras o cuya interdependencia pueda mostrarse de manera clara al ser procesadas estadísticamente, respuestas que reflejen criterios personales lo más distante posible de la influencia directa de criterios de otras personas, oficialistas e interés institucionales.

El método de evaluación de actores de los procesos se emplea para comprobar la calidad y efectividad de los resultados de las investigaciones, tanto en su concepción teórica como de su aplicación en la práctica social, es decir, el impacto que se espera obtener con la aplicación de los resultados teóricos de la investigación, cuando resulta imposible o muy difícil realizar las mediciones por métodos más precisos.

Esta evaluación, subjetiva de los actores de los procesos depende considerablemente de las particularidades individuales de estos, como son, entre otras:

- La calificación científico-técnica.
- La experiencia en el campo.
- Conocimiento de las acciones que realiza y para que las ejecuta.

6. De las orientaciones para las actividades de valoración del riesgo

Para la identificación, análisis y evaluación de los riesgos se utilizará preferiblemente el método Delphi, para lo cual se deberá contar con la opinión de un equipo de actores de los procesos, cuyas características deben considerar la especialización en los procesos de trabajos de cada área de trabajo del Tribunal.

- El equipo de actores de los procesos lo conformarán tantos miembros como sean necesarios. Para lo cual el Director de cada área administrativa y sustantiva, deberá emitir un documento donde se formalice la participación de éstos, incluyéndose el nombre, cargo que ocupa, profesión, años de servicio en el área sujeta a análisis.
- El equipo de actores de los procesos revisará y definirá los factores y originadores de riesgo en las actividades estratégicas, procesos críticos y los procedimientos, según

² Se entiende por actores del proceso, aquellos que participan de las acciones principales tanto en el área sustantiva como administrativa.

corresponda, atendiendo las orientaciones específicas que se emitan al respecto en concordancia con lo aquí establecido, manteniendo una relación lo más estrecha posible con los objetivos que persigue cada área de trabajo y la misión encomendada al Tribunal Registral Administrativo en el entendido, de que los procedimientos se realizan en función de satisfacer un objetivo o misión, para la que fue creada la dependencia objeto de estudio.

- Como referencia no exhaustiva, a continuación se presenta una tabla que contiene algunos factores y originadores de riesgo, sin que se excluya la posibilidad de que en el proceso se identifiquen otros factores y originadores de riesgo. Es decir, se pueden utilizar como guía para identificar algunos de los factores de riesgo. No obstante, la identificación de los factores de riesgos son propios de cada Jefe del área del Tribunal, así como cualquier objeto de estudio y que en su conjunto, formarían oportunamente parte de los riesgos institucionales. El equipo de los actores del proceso utilizarán estos elementos como una ayuda para evaluar la actividad que va a ser analizada, aunque la información no es total y las situaciones pueden requerir la consideración de una información adicional. Los factores y originadores no están enumerados en orden de prioridad y dependiendo de las condiciones, la importancia de cada uno puede variar.

FACTORES Y ORIGINADORES DEL RIESGO

FACTORES DE RIESGO	ORIGINADORES DE RIESGO	RIESGO
CIRCUNSTANCIA DE EVENTOS NATURALES	Desastres naturales (terremotos, inundaciones, incendios, huracanes, derrumbes, erupciones volcánicas, etc.)	Incapacidad operativa para brindar el servicio.
CIRCUNSTANCIA DE RELACIONES DE SEGURIDAD JURÍDICA	<p>Incumplimiento de la normativa vigente, normas y regulaciones.</p> <p>Exposición legal o publicidad adversa, deterioro de imagen.</p> <p>Cambios en el mercado, industria o condiciones económicas y el impacto en la seguridad jurídica.</p> <p>Condiciones competitivas inadecuadas entre lo dispuesto por el Registro Nacional y el Tribunal.</p> <p>Impacto negativo en imagen corporativa servicio al cliente y proveedores, en materia de contratación administrativa.</p> <p>Incumplimiento de procesos de asignación de trabajo del área sustantiva y de los plazos señalados por ley, bajo el principio de justicia administrativa pronta y cumplida.</p> <p>Publicidad limitada de las resoluciones del Tribunal.</p>	Exposición a sanciones y demandas contra la institución, aplicación de responsabilidad administrativa y civil para los funcionarios.

FACTORES DE RIESGO	ORIGINADORES DE RIESGO	RIESGO
CIRCUNSTANCIAS POLÍTICAS	<p>Cambios en las autoridades del Tribunal.</p> <p>Cambios de Ministro Rector del Sector Justicia.</p> <p>Políticas públicas inconsistentes e ineficientes.</p>	<p>No se permita la continuidad con los objetivos, planes y proyectos institucionales.</p>
CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS FINANCIERAS	<p>Y</p> <p>Bajos Ingresos por transferencia de la Junta del Registro Nacional.</p> <p>Falta de liquidez por no ejecución de transferencias de la Tesorería Nacional.</p> <p>Gastos excesivos sin control presupuestario y tope respectivo.</p> <p>Costos excesivos de los proyectos y extensión de los mismos.</p> <p>Transacciones costosas.</p> <p>Falta de control financiero contable y flujos de caja.</p>	<p>Incapacidad de hacer frente a los compromisos financieros internos y externos y posibilidad de limitar el accionar del área sustantiva del Tribunal.</p>
CIRCUNSTANCIA TECNOLÓGICA	<p>Cambios en la tecnología (obsolescencia y renovación de equipo).</p> <p>Deficiencia en la administración del ambiente automatizado.</p> <p>Falta confiabilidad del hardware/ software.</p> <p>Inadecuada aplicación a la administración del cambio tecnológico.</p> <p>Falta de una planificación de contingencia efectiva.</p> <p>Falta de adherencia a la metodología de desarrollo de sistemas.</p> <p>Conexión externa ineficiente y de un ancho de banda muy limitado.</p> <p>Seguridad informática deficiente.</p> <p>Inexistencia del complemento de contraparte para supervisión de los proyectos informáticos, así como para cumplir con los procesos del ciclo del proyecto.</p>	<p>Incapacidad operativa para brindar el servicio y violación del principio de empresa en marcha.</p>

FACTORES DE RIESGO	ORIGINADORES DE RIESGO	RIESGO
<p>CIRCUNSTANCIA DE COMPORTAMIENTO HUMANO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL</p>	<p>Falta de competencia, aptitud e integridad del personal.</p> <p>Estructura inadecuada de la organización.</p> <p>Estructura ocupacional deficiente.</p> <p>Niveles de personal inapropiados.</p> <p>Moral baja y rotación inoperante, cambio en el personal clave.</p> <p>Inaptitud, falta de entrenamiento y desarrollo.</p> <p>Liderazgo escaso, clima antitético y falta de solidez de la gerencia para el logro de los objetivos.</p> <p>Falta de políticas y procedimientos para el rendimiento.</p> <p>Segregación ineficiente de las funciones.</p> <p>Falta o escaso clima organizacional.</p> <p>Mala o ausencia de coordinación.</p> <p>Participación inmotivada por parte de los jefes.</p> <p>Vandalismo (robo, daños, etc.)</p>	<p>Perdidas financieras, de imagen, confiabilidad de usuarios internos y externos</p>

FACTORES DE RIESGO		ORIGINADORES DE RIESGO	RIESGO
CIRCUNSTANCIA DE ACTIVIDADES CONTROLES GERENCIALES	DE Y	<p>Complejidad y poca interacción de las actividades</p> <p>Dispersión en la toma de decisiones a nivel de los Miembros del Tribunal.</p> <p>Juicios gerenciales subjetivos y sin bases técnicas e históricas.</p> <p>Ausencia de protección y conservación del patrimonio propiciando pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.</p> <p>Ausencia de eficiencia y eficacia en las operaciones.</p> <p>Infraestructura inadecuada y deficiente.</p> <p>Gestión ineficiente al cambio.</p> <p>Desempeño ineficiente.</p> <p>Criterios inadecuados en las operaciones y centros de costos de las operaciones.</p> <p>Presupuesto insuficiente.</p> <p>Ausencia de planificación institucional y desarrollo organizacional.</p> <p>Ausencia de control sobre los acuerdos tomados por los Miembros del Tribunal.</p> <p>Falta de efectividad y oportunidad en los sistemas de control interno.</p> <p>Complejidad / interdependencia de las operaciones.</p> <p>Incidentes, errores y omisiones (dolo y fraude).</p> <p>Planificación estratégica mal planteada, sin compromiso con las metas y objetivos</p> <p>Ausencia de delegación.</p> <p>Falta de instrucciones en aspectos relevantes escritos o por medio electrónico.</p> <p>Ausencia de Archivos de gestión (mantenimiento de documentos y registros inapropiados)</p> <p>Volumen de transacciones inmanejables.</p> <p>Accesos inapropiados a registros – inexistencia de formularios y registros.</p> <p>Sistemas contables deficientes y falta de información oportuna, veraz y confiable.</p>	<p>Inoperancia para brindar el servicio y falta de información confiable para el quehacer institucional e incumplimiento de metas y visión estratégica del Tribunal.</p>

Para mejor comprensión a continuación se incluye una descripción de los factores de riesgo de referencia:

Circunstancia de eventos naturales: Eventos del medio ambiente que afectan negativamente a la organización y que están causados por fuerzas de la naturaleza como fenómenos atmosféricos, hidrológicos, geológicos (especialmente sísmicos y volcánicos) y a los incendios que por su ubicación, severidad y frecuencia, tienen el potencial de afectar adversamente al ser humano, a sus estructuras y a sus actividades.

Circunstancia de relaciones de seguridad jurídica: surgen como resultado de la interacción de la organización con sus clientes, proveedores, mercado, actividades propias del negocio y normativa vigente que en un momento dado podría causar influencia negativa a la organización.

Circunstancias políticas: pueden ocurrir por circunstancias de que afecten negativamente a la organización como consecuencia de cambios en la política interna o nacional.

Circunstancias económicas y financieras: es una medida de la exposición de la organización a pérdidas financieras o económicas y las dificultades provenientes de ellas.

Circunstancia tecnológica: ocurre cuando las tecnologías de información en lugar de apoyar el logro de los objetivos, no están operando como se intenta o están comprometiendo la disponibilidad, integridad y seguridad de la información y otros activos.

Circunstancia de comportamiento humano y desarrollo organizacional: surge cuando la falta de: valores éticos, estructura organizacional apropiada, o administración eficaz y eficiente, personal adecuado e idóneo ponen en peligro los objetivos institucionales o producen pérdidas, sustracciones o deterioro a la organización.

Circunstancia de actividades y controles gerenciales: es el riesgo que surge cuando la información para apoyar las decisiones es incompleta, infraestructura inadecuada, presupuesto insuficiente.

La tabla de factores y originadores de riesgo enumera los elementos específicos considerados en la evaluación de cada uno de los seis factores de riesgo. Se intenta que estos elementos sean una guía para ser pensados y evaluados. Quedará a criterio de los actores de los procesos el incluir otros elementos en la identificación de esos riesgos.

La Comisión del Sistema de Valoración del Riesgo debe tener un conocimiento profundo de la unidad considerada a fin de aplicar los factores de riesgo y los originadores asociados a cada uno de ellos.

7. Orientaciones específicas para las actividades del proceso de valoración del Riesgos

7.1. Identificación de Riesgo

Consiste en la determinación y la descripción de los eventos de índole interno y externo que pueden afectar de manera significativa el cumplimiento de los objetivos fijados.

La identificación de riesgos debe vincularse con las actividades institucionales de planificación, presupuestación, estrategia, evaluación y monitoreo del entorno.

Para la identificación de los riesgos se considerarán tanto los factores como los originadores de riesgo, utilizando para ello la Matriz No. 1 que se muestra a continuación. En la misma, por cada factor de riesgo se identificarán los originadores de riesgo asociado, y se describirá así como las posibles consecuencias que resultarían si el riesgo se materializa.

El análisis de la consecuencia de los eventos identificados deberá considerar los posibles efectos negativos.

MATRIZ #1

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES Y ORIGINADORES DEL RIESGO

ACTIVIDAD ESTRATÉGICA O PROCESO CRÍTICO O PROCEDIMIENTO RIESGO DE DAÑOS EN INFRAESTRUCTURA

FECHA DE ANÁLISIS:

FACTORES DE RIESGO	ORIGINADORES DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
CIRCUNSTANCIA DE EVENTOS EN INFRAESTRUCTURA	DESASTRES NATURALES E INHERENTES	1.1. TORNADO	DAÑOS EN LA INFRAESTRUCTURA
		1.2. RAYO	DAÑOS EN EQUIPOS DE CÓMPUTO Y SISTEMAS
		1.3. TERREMOTO	DAÑOS EN INFRAESTRUCTURA

**TRIBUNAL REGISTRAL ADMINISTRATIVO
VALORACIÓN DEL RIESGO**

MATRIZ #2 ANALISIS Y EVALUACIÓN DE FACTORES DEL RIESGO

**ACTIVIDAD
O PROCESO
CRITICO:
FECHA:**

CIRCUNSTANCIA DE EVENTOS EN INFRAESTRUCTURA

FACTORES DE RIESGO	PROBABILIDAD			IMPACTO			PUNTAJE EN	CONTROL EXISTENTE		
	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	NIVEL DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
	DE 00 A 50	DE 50 A 75	DE 76 A 100	DE 00 A 50	DE 50 A 75	DE 76 A 100		DE 00 A 50	DE 50 A 75	DE 76 A 100
1.1. TORNADO	-	-	87,00		60,00		73,50	10,00	-	
1.2. RAYO		55,00			55,00		55,00	10,00		
1.3. TERREMOTO		75,00				78,00	76,50	10,00		
							-			
COMISIÓN DE SERVRI										
APROBACIÓN POR JEFATURA DEL ÁREA:										

7.2. Análisis de Riesgo

Consiste en la determinación del nivel de riesgo a partir de la probabilidad y la consecuencia de los eventos identificados.

Una vez completada la **Matriz #1- “Identificación de Factores y Originadores del Riesgo”** se procederá a completar la **Matriz #2** de “**Análisis de Evaluación de los Factores de Riesgo**”.

Para ello se deben considerar los factores de Riesgo y elementos identificados de la Matriz #1 y trasladarlos a la Matriz #2, para obtener el Nivel de Riesgo, mediante la aplicación de la siguiente definición:

PROBABILIDAD X IMPACTO = NIVEL DE RIESGO

Como instrumento para este propósito se establece la Tabla de Identificación del Nivel de Riesgo, la cual se debe aplicar atendiendo las siguientes consideraciones:

Comisión de valoración del riesgo: Número de funcionarios nombrados para realizar el proceso de valoración de riesgo por lo que deberán ser poseedores de conocimiento y experiencia de los objetivos, sistemas, procedimientos de un área, sección, unidad o división al cual se le ha encomendado la tarea de participar en la identificación y calificación de los factores y elementos de riesgo.

Probabilidad: Medio o descripción de la posibilidad de ocurrencia de un evento, 1= bajo, 2 = medio y 3 = alto. Al determinar la probabilidad podrá **TOMAR EN CUENTA LOS CONTROLES EXISTENTES**.

Impacto: Magnitud de consecuencias potenciales que por distintas situaciones pueden suceder si el riesgo se materializa, 1= bajo, 2 = medio y 3 = alto.

Nivel de riesgo: Resultará de multiplicar **PROBABILIDAD POR IMPACTO**. Para facilitar la realización de esta tarea se dispondrá de una tabla en Excel que tendrá incorporadas de manera automática las fórmulas correspondientes.

7.3. Evaluación de Riesgos.

Consiste en la determinación de las prioridades para la administración de riesgos, en función del análisis realizado.

Un elemento adicional a considerar es la valoración de los controles existentes, para lo cual una vez que se han definido y escrito los Controles Existentes en la Matriz #2 se procederá a valorarlos para determinar si el resultado modificará el **NIVEL DE RIESGO** que la fórmula matemática determinó.

Al efecto es importante recordar que controles existentes son las medidas existentes para minimizar los riesgos identificados por los actores de los procesos, teniendo como finalidad establecer un contrapeso a las probabilidades e impacto en la materialización del riesgo, conforme las tablas que a continuación se muestran.

TRIBUNAL REGISTRAL ADMINISTRATIVO				
VALORACIÓN DEL RIESGO				
MATRIZ #3 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO				
ACTIVIDAD O PROCESO CRITICO:				
FECHA:				
FACTORES DE RIESGO	CONTROL EXISTENTE			MEDIDAS PARA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
	BAJO	MEDIO	ALTO	
	DE 00 A 50	DE 50 A 75	DE 76 A 100	
1.1. TORNADO	10,00	-	-	
1.2. RAYO	10,00	-	-	
1.3. TERREMOTO	10,00	-	-	
	-	-	-	
	-	-	-	
	-	-	-	
	-	-	-	
COMISIÓN DE SERVRI				
APROBACIÓN POR JEFATURA DEL ÁREA:				

**MATRIZ NO. 4 – TOTALIZADORA Y ESTADO DEL RIESGO
CIRCUNSTANCIAS DE EVENTOS NATURALES**

FACTORES DE VALORACION	NIVEL DE RIESGO			TOTAL CALIFICACION FASE			
	NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ASIGNADO	ESCALA ACTUAL	CALIFICACIÓN DE FASE	ESTADO ACTUAL DE LA FASE		
	0 – 50	74		205	Rango fase		
1.1. TORNADO	51 – 75		AMARILLO		Bajo 0 - 100		
	76 – 100						
	0 – 50	55			Medio 101 - 200		
1.2. RAYO	51 – 75		AMARILLO				
	76 – 100				Alto 200 - 300		ROJO
	0 – 50	77					
1.3. TERREMOTO	51 – 75				% DE AVANCE		68,3%
	76 – 100		ROJO				

7.4. Administración de riesgo

Consiste en la identificación, evaluación, selección y ejecución de medidas para la administración de riesgos. (En normativas técnicas esta actividad también se denomina "tratamiento de riesgos").

Una vez realizado el análisis y evaluación, mediante la aplicación de los riesgos que resulten aceptables se establecerán los elementos de riesgo para los cuales deberán identificarse acciones orientadas a mitigar o minimizar dicho riesgo, tarea para la cual se utilizará **la Matriz N. 3** que se muestra a continuación, la cual también facilitará el seguimiento de las acciones realizadas.

7.5. Revisión de Riesgos

Consiste en el correspondiente seguimiento de los riesgos y de la eficacia y eficiencia de las medidas para la administración de riesgos ejecutadas.

La responsabilidad de establecer el plan de acción y dar el seguimiento en cuanto al grado de cumplimiento, está a cargo de la Jefaturas de las áreas administrativa y sustantiva, en conjunto con los Miembros del Tribunal.

Resulta de vital importancia, que todos los funcionarios contribuyan, desde sus acciones, al cumplimiento de las metas y compromisos que aquí se establecen. Y son los titulares subordinados los primeros llamados a verificar el cumplimiento de los compromisos establecidos como resultados de este proceso.

7.6. Comunicación de Riesgos

Consisten en la debida preparación, distribución y la actualización de información oportuna sobre los riesgos a los sujetos interesados.

La información que se comunique deberá ajustarse a los requerimientos de los grupos a los cuales va dirigida y servir de base para el proceso de rendición de cuentas institucional.

La responsabilidad de establecer el programa de comunicación y dar el seguimiento en cuanto al grado de actualización, corresponderá a los Miembros del Tribunal y Jefaturas de las áreas administrativa y sustantiva. Se deberá procurar que todos los funcionarios estén debidamente informados sobre este tema en cuanto a sus acciones, al cumplimiento de las metas y compromisos que aquí se establecen.

8. Anexos

8.1 Marco teórico sobre el control interno

ORIENTACIÓN SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL DE CONTROL INTERNO PARA EL TRIBUNAL REGISTRAL ADMINISTRATIVO

1. GENERALIDADES

Este documento tiene como finalidad suministrar orientación a los funcionarios públicos, primordialmente a titulares subordinados³ y jefes⁴; para el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley General de Control Interno N° 8292 del 31 de julio de 2003, en punto a la autoevaluación anual que les corresponde realizar sobre el sistema de control interno institucional.

Cada jerarca o titular subordinado de conformidad con un cometido legal, administra un ente u órgano a fin de proporcionar productos y servicios acordes con las expectativas de la sociedad. Para ello apoyan su gestión en los distintos procesos administrativos, básicamente: planifican, organizan, dirigen, ejecutan, coordinan y controlan los recursos financieros, materiales, tecnológicos y humanos disponibles. Siendo el control un proceso que retroalimenta los demás, a efectos de valorar si se cumple adecuadamente con aquel cometido.

Por ende el conocimiento y el manejo de esos procesos es fundamental para garantizarse una adecuada gestión, aunque todos están interrelacionados, en este documento se hará énfasis en el proceso de control, que sirve para determinar que tan apropiado es lo que se está llevando a cabo, a fin de establecer las medidas correctivas necesarias y así evitar desviaciones en la ejecución de los planes. Puesto que el control implica la existencia de metas y planes, ningún administrador puede controlar sin ellos, ya que no puede medir si sus subordinados están operando en la forma deseada a menos que tenga un plan, ya sea, a corto, a mediano o a largo plazo. Generalmente, mientras más claros, completos, y coordinados sean los planes y más largo el periodo que ellos comprenden, más completo podrá ser el control.

a) Para qué controles

En el establecimiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación de un sistema de control se debe tener en cuenta que los controles se crean para: a) corregir las actividades sobre la marcha, de tal forma que se alcancen los planes exitosamente; esto implica que esos controles deben ser comprendidos y aplicados adecuadamente por quienes corresponde y que no deben representar un obstáculo para los usuarios, b) ayudar a determinar y analizar las causas que pueden originar desviaciones (riesgos), para que no se vuelvan a presentar en el futuro, y a aplicar las medidas correctivas, c) reducir costos y ahorrar tiempo por cuanto evitan errores, d) lograr la eficiencia y eficacia de las operaciones, e) cumplir con el marco legal, reglamentario y técnico, y f) proteger el patrimonio. Por tanto, los controles se aplican en todo el ámbito institucional (sobre bienes, personas y actos), y coadyuvan para alcanzar los objetivos institucionales.

³ Funcionario de la administración activa responsable de un proceso, con autoridad para ordenar y tomar decisiones.

⁴ Superior jerárquico del órgano o del ente; ejerce la máxima autoridad dentro del órgano o ente, unipersonal o colegiado.

Un administrador puede estudiar los planes pasados para ver dónde y cómo erraron, para descubrir qué ocurrió y porqué, y tomar las medidas necesarias para evitar que vuelvan a ocurrir los errores. Sin embargo, el mejor control previene que sucedan las desviaciones, en otras palabras, minimiza el riesgo de apartarse de los objetivos, las metas, el principio de legalidad, la eficiencia, la eficacia y de proteger el patrimonio. También debe tenerse en cuenta que de la misma manera que la autoridad se delega y la responsabilidad se comparte, al delegar autoridad es necesario establecer los mecanismos suficientes para verificar que se está cumpliendo con la responsabilidad conferida, y que la autoridad delegada está siendo debidamente ejercida.

b) ¿Cómo se entiende y qué objetivos persigue el sistema de control interno?

El sistema de control interno de una organización se entenderá como: la *“serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos:*

- a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.*
- c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.”(Art. 8 LGCI)*

Por tanto el diseño, funcionamiento y evaluación de los controles debe considerar en cada caso el cumplimiento de esos objetivos, mediante los deberes también estipulados para con los cinco componentes funcionales de dicho sistema, a saber: ambiente de control, valoración de riesgos, actividades de control, sistemas de información y seguimiento (Arts. 13,14,15,16 y 17 LGCI).

Debe recordarse que el artículo 10 de la comentada Ley, sobre la *obligatoriedad de disponer de un sistema de control interno*, establece que las instituciones *“...dispondrán de sistemas de control interno, los cuales deberán ser aplicables, completos, razonables, integrados y congruentes con sus competencias y atribuciones institucionales Además, deberán proporcionar seguridad en el cumplimiento de esas atribuciones y competencias; todo conforme al primer párrafo del artículo 3 de la Ley.”*⁵

El sistema de control interno es aplicable si está diseñado para lograr los objetivos propios del sistema y es viable su funcionamiento con los recursos que la organización dispone. Es completo, si abarca todos los procesos organizacionales y en él están presentes los componentes funcionales del sistema y los orgánicos que requiera. Es razonable, si satisface con la calidad suficiente y necesaria las necesidades de la organización con los recursos que posee. Es integrado, si los

⁵“ ARTÍCULO 3.- Facultad de promulgar normativa técnica sobre control interno/ La Contraloría General de la República dictará la normativa técnica de control interno, necesaria para el funcionamiento efectivo del sistema de control interno de los entes y de los órganos sujetos a esta Ley. Dicha normativa será de acatamiento obligatorio y su incumplimiento será causal de responsabilidad administrativa./La normativa sobre control interno que otras instituciones emitan en el ejercicio de competencias de control o fiscalización legalmente atribuidas, no deberá contraponerse a la dictada por la Contraloría General de la República y, en caso de duda, prevalecerá la del órgano contralor.”.

componentes funcionales y orgánicos se interrelacionan adecuadamente y abarcan las diversas etapas de los procesos que desarrolla la organización. Es congruente, si es coherente y está enlazado con el marco jurídico y técnico y propicia la consecución de los objetivos institucionales.

La forma más sencilla de iniciar con el conocimiento del sistema de control interno de una institución, es identificar y analizar el marco de referencia de ese sistema, en una institución pública ese entendimiento lo provee los documentos donde consta su cometido legal, a saber: la Constitución Política, leyes, decretos, reglamentos, normas técnicas, manuales, estatutos, resoluciones, directrices, circulares u otros escritos de las autoridades competentes. Marco que proporciona entendimiento sobre las acciones que se ejecutan dentro de la organización, así como de sus procesos, y de los productos y servicios que debe proporcionar a la sociedad.

b) ¿Cuáles son los componentes del sistema de control interno?

Los componentes orgánicos del sistema de control interno de una institución son: 1) la administración, cuyos principales responsables del perfeccionamiento del sistema son el jerarca y los titulares subordinados, y 2) la auditoría interna, con un rol eminentemente asesor e independiente que se enfoca en dos frentes, el primero, orientado a brindar apoyo a la administración para mejorar los controles y el éxito en su gestión, y el segundo, orientado proporciona a los ciudadanos una garantía razonable de que la actuación de esa administración se ajusta a criterios de legalidad, técnicos y de sanas prácticas. (Art. 9, 10 y 21 de la LGCI).

Los componentes funcionales del sistema de control interno son el ambiente de control, la valoración del riesgo, actividades de control, los sistemas de información y el seguimiento, los cinco relacionados entre sí, e integrados con el proceso administrativo y derivados de la forma como la administración conduce la institución, para lo cual, en los artículos 13,14,15,16 y 17 de LGCI, se estipulan los deberes y responsabilidades de los jefes y titulares subordinados. En el presente documento haremos énfasis en el componente de seguimiento como se analizará más adelante.

2. RIESGOS INHERENTES AL CONTROL

El proceso de establecer controles tiene, principalmente, el riesgo de que se implanten controles ineficientes, costosos, ilegales e inútiles y que atenten contra el buen funcionamiento del sistema de control interno, con el consecuente impacto negativo en los objetivos previstos para ese sistema y en los institucionales. Más aún, conforme cambian, aumentan y evolucionan las operaciones de una organización los controles requieren ajustes e incluso su sustitución. Por ello, la actividad de evaluación periódica de los mismos cobra una gran importancia a fin de mantener controles adecuados, de manera que a lo largo del tiempo se mitiguen efectivamente los riesgos que con ellos se pretenden administrar.

Dada la gran diversidad de organizaciones que operan en nuestro sector público, debe tomarse en cuenta que las acciones de control deben ser acordes con la naturaleza misma de la entidad, con sus actividades ordinarias, es decir, diseñadas a sus propias circunstancias. En consecuencia, el conocimiento de los cometidos institucionales, de los clientes o usuarios, proveedores y, entre otros, el sector productivo al cual pertenece la institución, junto con la capacidad del personal, juegan un papel fundamental para ello. En este sentido, las prácticas y medidas de control deben estar incorporadas en los procesos de manera que formen parte de las operaciones normales de la entidad, constituyéndose en un factor que apoya el éxito de las operaciones para con el objetivo institucional y la prestación del servicio o producto.

Se debe mantener una actitud constante de revisión y mejora continua de los controles según lo antes comentado, a efectos de que no sean percibidos como “entramientos” o “inefectivos”, que lejos de apoyar la gestión o de proporcionar la minimización del riesgo que se pretende evitar genera, entre otras, desperdicio de recursos, ineficiencias, irregularidades o acciones ilegales. Razón por la cual el involucramiento y la capacidad de los funcionarios para la instauración, permanencia y mejora de los controles se convierte en un factor de éxito en tan delicada función.

El control debe ser económico, es decir debe hacerse un análisis del costo frente al beneficio que producirá, como un criterio adicional para decidir si la operación de un mecanismo de control determinado apoya el cumplimiento de los objetivos del sistema de control interno, y por ende, de los objetivos de la institución, tomando en cuenta que no es lógico ni aceptable implantar controles cuyo costo sea mayor que el beneficio que pueda esperarse de ellos. Es así como la creatividad, el sentido común y el juicio profesional del administrador juegan un papel fundamental al diseñar y seleccionar las mejores prácticas y medidas de control.

3. LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Como se ha analizado, el diseño e implantación de los controles internos es parte del quehacer de los administradores públicos; por ende, para el perfeccionamiento y mantenimiento de tales controles se hace necesario evaluarlos oportunamente. Al respecto, el artículo 17 de la Ley General de Control Interno, preceptúa como mínimo una autoevaluación anual del sistema de control interno respectivo, de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 17.- Seguimiento del sistema de control interno/ Entiéndase por seguimiento del sistema de control interno las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno, a lo largo del tiempo; asimismo, para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud./En cuanto al seguimiento del sistema de control interno, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, los siguientes:/ a) Que los funcionarios responsabilizados realicen continuamente las acciones de control y prevención en el curso de las operaciones normales integradas a tales acciones./ b) Que la administración activa realice, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de

control interno del cual es responsable. Asimismo, que pueda detectar cualquier desvío que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos./ c) Que sean implantados los resultados de las evaluaciones periódicas que realizan la administración activa, la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y demás instituciones de control y fiscalización que correspondan, dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación.”.

a) ¿Cómo debe leerse y entenderse la autoevaluación del sistema de control interno preceptuada en el artículo 17 de la LGCI?

La *autoevaluación del sistema de control interno* debe leerse en el contexto de la Ley General de Control Interno, como una actividad que busca el mejoramiento continuo de los controles y que propicia conducir a la administración al cumplimiento de objetivos, y que la administración diseña y aplica para todos sus procesos y operaciones. Debe entenderse como parte integral de los demás preceptos transcritos en esa norma; es decir, el seguimiento del sistema de control interno implica que la administración⁶ realice una continua valoración de la calidad en el funcionamiento de los controles durante el curso de las operaciones, que atienda oportunamente los informes de auditoría, y los resultados de sus propias revisiones, de las cuales la Ley en comentario exige como mínimo una al año, y que las acciones correctivas sean implantadas en los diez días hábiles siguientes de ordenada su puesta en práctica, para lo cual es necesario el programa de las acciones correctivas incorporado al PAO.

b) ¿Qué es la autoevaluación del sistema de control interno?

Para un titular subordinado la autoevaluación del sistema de control interno es la revisión, a lo interno de la unidad a su cargo y utilizando criterios de prioridad, que involucra evaluar cuan efectivas son las medidas de control⁷ documentadas y no documentadas establecidas a lo interno y a nivel institucional, para apoyar la ejecución de los procesos, proporcionar adecuados productos y/o servicios. Lo anterior, analizado a la luz no solo del cumplimiento de los controles, sino también de su validez y su suficiencia (falta o exceso). Por ello, es imprescindible considerar si propenden a cumplir el ordenamiento y los objetivos del sistema de control interno y los del órgano, y el valor agregado que éstos aportan a los objetivos estratégicos institucionales (cometido legal). Las mejoras que deban realizarse implican instaurar un cronograma de conformidad con sus posibilidades.

Para un jerarca significará revisar a nivel institucional, utilizando criterios de prioridad, la efectividad de las medidas de control que orientan al cumplimiento de la visión, misión, objetivos estratégicos y los productos y servicios que están proporcionando a la sociedad, a la luz del cometido institucional. Asimismo, significará identificar los aspectos clave del sistema de control interno necesarios de perfeccionar en los distintos órganos, que componen la organización y

⁶ Entiéndase jerarca y titulares subordinados

⁷ Para las instituciones públicas, normalmente las medidas de control están contempladas en la constitución, las leyes, reglamentos, directrices, políticas, lineamientos, manuales, procedimientos, guías, normas técnicas, sanas prácticas, actuaciones, etc.

establecer prioridades, para de conformidad con los recursos disponibles, apoyar el perfeccionamiento de dichos aspectos susceptibles de mejoras.

Para la auditoría interna Una oportunidad de brindar asesoría y advertencia constructiva durante el proceso de autoevaluación en las materias de su competencia. Así como el contar con un insumo importante para orientar adecuadamente sus posteriores auditorías, asesorías y advertencias.

Durante la evaluación de las medidas de control de una unidad u organización se deben tener presentes las características del sistema de control interno antes comentadas, en cuanto a lo aplicable, completo, razonable, integrado y congruente, según se comentó en el punto 1 a) anterior. Dicha evaluación, entre otros, debe conducir a establecer si un control o conjunto de ellos, requiere ser rediseñado, desaplicado, mejorado, complementado o instaurado.

Es decir, la revisión no puede fundamentarse únicamente en la simple verificación del cumplimiento o no de un control, un jefe requiere indagar más al respecto, por ejemplo: si los funcionarios que lo aplican, conocen sobre el propósito fundamental de la medida de control, si lo aplican de manera consistente y sistemática, si apoya la gestión adecuadamente, cuánto tiempo y que otros costos implican la aplicación de esa medida de control, si se logra el propósito previsto. La respuesta a esas y otras preguntas conllevará a la determinación como ya se dijo de rediseñar, mejorar, desaplicar, complementar, o cuando no existe, de implantar controles.

El ejercicio sobre la autoevaluación no debe verse como una carga adicional o como un medio para buscar e identificar culpables, desconocedores o desinteresados respecto de las disposiciones de distinta naturaleza que regulan su accionar sino que por el contrario, debe ser un ejercicio fácil, ágil y que propicie un plan de mejoras, basado en un mejor entendimiento a nivel del jerarca, titulares subordinados y el resto del personal, sobre la importancia del control en tanto apoya la gestión de cada quién en su puesto. Es decir, en la práctica este ejercicio debe basarse en una dinámica constructiva de autoaprendizaje respecto de las medidas de control interno vigentes en la institución, en la unidad y para el puesto en que cada cual presta sus servicios.

La autoevaluación del sistema de control interno aplicada por el jerarca y los titulares subordinados de esa forma le permitirá a la Administración identificar mediante un diagnóstico de hechos o situaciones ciertas, cuáles controles deben establecerse, mejorarse y mantenerse con el propósito de fortalecer el sistema de control interno mediante el establecimiento de una cultura de control positiva y así promover el cumplimiento de los objetivos institucionales.

c) ¿Para qué se hace la autoevaluación del sistema de control interno?

La lectura del artículo 17 en comentario da respuesta a esta pregunta, se hace la autoevaluación del sistema de control interno para propiciar el perfeccionamiento de ese sistema y por ende, el cumplimiento de sus objetivos de protección al patrimonio, eficiencia y eficacia de las operaciones, confiabilidad de la información y cumplimiento del marco legal. Lo anterior, además, pretende que se tomen acciones oportunas ante cualquier desvío que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos.

d) ¿Sobre qué se aplica autoevaluación del sistema de control interno?

La autoevaluación del sistema de control interno se aplica sobre los procesos, operaciones y actividades de las dependencias o unidades que conforman una institución, así como sobre los productos/ servicios, atribuciones o competencias respectivas, teniendo como norte los objetivos por alcanzar.

De manera que debe establecerse una adecuada relación (alineamiento) de los objetivos, metas, productos /servicios y acciones del plan de cada dependencia con la misión, visión, objetivos estratégicos y valores institucionales.

e) ¿Qué necesito para hacer la autoevaluación del sistema de control interno?

Como mínimo a nivel de cada dependencia de una institución y de ésta como un todo, se requerirá la definición de un instrumento (instructivo, manual, guía físico u electrónico), de conocimiento general que oriente sobre los aspectos básicos que se requieren como insumo para la autoevaluación del sistema de control interno respectivo, seguidamente, sin pretender abarcar la totalidad, se detallan insumos mínimos requeridos previo a iniciar con tal autoevaluación:

A nivel institucional:

A nivel institucional se requiere un marco normativo institucional que oriente el proceso de autoevaluación, llámesele manuales, directrices, políticas, apoyo logístico. Entre otros, se cita:

La conformación de un equipo o unidad que facilitará o apoyará el proceso de autoevaluación del sistema de control interno institucional. Esa unidad debe necesariamente tener un amplio conocimiento en materia de administración y control, por lo general son las unidades de planificación; organización y métodos, de estrategia institucional, aseguramiento de la calidad o denominaciones similares; y realizar su trabajo muy estrechamente coordinado con los niveles gerenciales y de jefaturas de la institución (titulares subordinados responsables de la autoevaluación). Su trabajo iniciará con un estudio e indagación y generación de una propuesta de lineamientos o directrices que deberá aprobar el jerarca, y que regulará entre otros, la forma en que se administrarán (planear, organizar, ejecutar y controlar) a nivel institucional las actividades de la autoevaluación, la forma en que se pondrán en práctica y canalizarán los resultados según las responsabilidades de cada cual (jerarca y titulares), las fechas, reuniones institucionales y los productos que deberán generarse, entre otros que se consideren necesarios.

Las acciones que emprenderá el jerarca para que, de conformidad con las prioridades, recursos disponibles e intereses institucionales, se suministre el apoyo en recursos y logística necesarios para implantar las iniciativas de mejoras de conformidad con los requerimientos y cronogramas presentados por las dependencias.

Directrices sobre la obligatoriedad de incluir en el plan anual operativo un renglón sobre mejoras al sistema de control interno institucional por cada dependencia.

A nivel de dependencia:

A nivel de cada dependencia, considerando el marco orientador institucional de la autoevaluación, sobre el cual se debe generar un programa general con responsables y tiempos para llevar a cabo ya sea un taller, reuniones, encuestas u otros, se debe tener presente que como insumos se requiere de cada titular subordinado y su equipo de trabajo de autoevaluación, entre otros, lo siguiente:

Conocimientos básicos de administración, de las características de los controles, de la Ley General de Control Interno, del Manual de Normas Generales de Control Interno y otra normativa complementaria.

Conocimiento del marco jurídico y reglamentario que regula la institución, y principalmente las actividades, procesos u operaciones de la dependencia a autoevaluar.

Inventario o lista, con prioridades, de los procesos, actividades u operaciones con sus productos, servicios y principales riesgos. Así como la relación de los procesos/productos con los objetivos estratégicos institucionales. Manuales, procedimientos, guías, políticas, directrices, órdenes por escrito u otros propios de cada proceso (actividad u operación).

Personal de la unidad informado, motivado e involucrado respecto del proceso de autoevaluación del sistema de control interno. El personal debe responsabilizarse de la tarea de mejorar los controles atendiendo la norma 2.8 de ambiente de control, del Manual de Normas Generales de Control Interno, que a la letra dice:

“El jerarca, con el apoyo de los titulares subordinados, deberá instaurar las medidas de control propicias a fin de que los miembros del personal reconozcan y acepten la responsabilidad que les compete por el adecuado funcionamiento del control interno. De acuerdo con esa responsabilidad, los funcionarios deberán participar activamente en la aplicación y el mejoramiento de las medidas ya implantadas, así como en el diseño de controles aún más efectivos para las áreas de la organización donde desempeñan sus labores.”. (El subrayado no es del original).

Un plan y agenda que organice, entre otros, en el tiempo, la forma y los participantes (personal clave o todo según las posibilidades) en la autoevaluación por parte de la dependencia. Existen varias alternativas de organizarse para la autoevaluación el titular subordinado deberá escoger la más efectiva. Entre otras, una alternativa podría consistir en organizarse por procesos para evaluar en cada uno, la aplicación de los criterios contenidos en las leyes, reglamentos y técnica, lineamientos, directrices, instrucciones, órdenes y sanas prácticas, que los regulan. Una segunda alternativa, podría consistir en realizar una primera evaluación para los procesos que se consideren de mayor prioridad, con el compromiso de evaluar el resto en otros periodos del año, o bien, enfocarlos en la segunda autoevaluación. Ello dependerá de los recursos disponibles, el no afectar negativamente el servicio u otro.

Herramientas que de manera sistemática, ordenada y fácil apoyen la evaluación de los criterios mínimos de control a evaluar del sistema de control interno, iniciando fundamentalmente por la Ley General de Control. Por ejemplo, las guías de autoevaluación del sistema de control interno.

La definición de un sistema o mecanismo de información y archivo que permita ir registrando y acumulando resultados de la primera y demás autoevaluaciones anuales que deberán realizarse.

Definición de los resultados esperados de la autoevaluación. Por Ej. Un informe de las iniciativas de mejoras, un plan cronograma de tales iniciativas y la incorporación de ese cronograma en el plan anual operativo de cada unidad y a nivel institucional.

f) ¿Cómo se espera que se lleve a cabo la autoevaluación del sistema de control interno?

Se espera que se realice atendiendo al conjunto de actividades planificadas (como las descritas anteriormente), coordinadas, organizadas y con un sentido participativo orientado a mejorar la gestión de los controles, donde la información fluya adecuadamente desde los niveles más bajos hasta los más altos de la institución.

g) ¿Qué resulta de la autoevaluación del sistema de control interno?

Del proceso de la autoevaluación del sistema de control interno se esperan como resultados mínimos, a nivel de cada dependencia e institucionalmente:

Por parte de los funcionarios, una mejor comprensión de la utilidad del control para apoyar y facilitar el cumplimiento de los objetivos y la generación de productos y servicios útiles para la sociedad.

Un registro que recoja anualmente las iniciativas de mejoras de controles por procesos, actividades u operaciones, sobre el cual habrá una oportuna gestión de cada jerarca y titular de conformidad con los recursos disponibles.

Un programa de mejoras al sistema de control interno, debidamente coordinado e integrado al plan anual operativo.

Mejoramiento efectivo en la gestión y en el cumplimiento del cometido institucional.

Lo anterior considerando que terminada la autoevaluación se deben tomar las medidas necesarias para contemplar en los planes con fechas las mejoras la sistema, dentro de los diez días siguientes a que se ordene su implantación.

8.2 Herramienta para la autoevaluación del control interno área administrativa financiera

Para el desarrollo de la guía de autoevaluación el Tribunal, considerará la utilización del instrumento del Índice de Gestión Gubernamental elaborado por la Contraloría General de la República y que los efectos respectivos se determinarán el cumplimiento de cada una de las preguntas.

En ese sentido, cada unidad administrativa, deberá:

- a. Realizar una respuesta detallada de cada una de las preguntas indicadas en dicho instrumento.
- b. Aportar la evidencia del cumplimiento de cada una de estas preguntas.
- c. Mantener un archivo digital de cada una de las preguntas con la evidencia respectiva para futuras revisiones de la Auditoría Interna o de la Contraloría General de la República.
- d. Rendir los informes de cumplimiento de la autoevaluación.
- e. Realizar al menos una autoevaluación anual misma que deberá estar concluida a diciembre de cada año y que sirva de insumo para la evaluación del Índice de Gestión Gubernamental de la Contraloría General de la República.

En cumplimiento de lo anterior, se define el instrumento como sigue:

**GUÍA PARA LA AUTOEVALUACIÓN
SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DEL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO
A LA MEDIDA DEL TRIBUNAL REGISTRAL ADMINISTRATIVO
ÁREA ADMINISTRATIVA - FINANCIERA**

FINALIDAD DE ESTA PROPUESTA:

El diseño e implantación de los controles internos es parte del quehacer de los administradores públicos; por ende, para el perfeccionamiento y mantenimiento de tales controles se hace necesario evaluarlos oportunamente. Esta propuesta tiene como finalidad dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley General de Control Interno, Ley N° 8292 del 31 de julio de 2003 (LGCI, en adelante), en lo que respecta a la autoevaluación anual que les corresponde realizar a todos los jerarcas y titulares subordinados del Sector Público, sobre el sistema de control interno institucional. Esa norma dice así:

“ARTÍCULO 17.- Seguimiento del sistema de control interno/ Entiéndase por seguimiento del sistema de control interno las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno, a lo largo del tiempo; asimismo, para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud./En cuanto al seguimiento del sistema de control interno, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, los siguientes:/ a) Que los funcionarios responsabilizados realicen continuamente las acciones de control y prevención en el curso de las operaciones

normales integradas a tales acciones./ b) Que la administración activa realice, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable. Asimismo, que pueda detectar cualquier desvío que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos./ c) Que sean implantados los resultados de las evaluaciones periódicas que realizan la administración activa, la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y demás instituciones de control y fiscalización que correspondan, dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación.”.

FINALIDAD DE LOS SISTEMAS DE CONTROL INTERNO:

En el establecimiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación de un sistema de control, que se debe aplicar en todo el ámbito institucional (bienes, personas y actos), y que coadyuva para alcanzar los objetivos institucionales, se debe tener en cuenta que los controles se crean para:

1. Corregir las actividades sobre la marcha, de tal forma que se alcancen los planes exitosamente; esto implica que esos controles deben ser comprendidos y aplicados adecuadamente por quienes corresponde y que no deben representar un obstáculo para los usuarios;
2. Ayudar a determinar y analizar las causas que pueden originar desviaciones (riesgos), para que no se vuelvan a presentar en el futuro, y a aplicar las medidas correctivas;
3. Reducir costos y ahorrar tiempo por cuanto evitan errores;
4. Lograr la eficiencia y eficacia de las operaciones;
5. Cumplir con el marco legal, reglamentario y técnico; y
6. Proteger el patrimonio.

CONCEPTO Y OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:

El sistema de control interno de una organización se entiende como:

“...la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos:

- a) *Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- b) *Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.*
- c) *Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) *Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.” (Art. 8 LGCI)*

Así, el diseño, funcionamiento y evaluación de los controles debe considerar en cada caso el cumplimiento de esos objetivos, mediante los deberes también estipulados para con los cinco componentes funcionales (Arts. 13, 14, 15, 16 y 17 LGCI) de dicho sistema, a saber:

1. Ambiente de control;
2. Valoración de riesgos;
3. Actividades de control;
4. Sistemas de información; y
5. Seguimiento.

Debe recordarse que el artículo 10 de la LGCI establece que las instituciones han de disponer de sistemas de control interno que deberán ser aplicables, completos, razonables, integrados y congruentes con sus competencias y atribuciones institucionales.

El sistema de control interno es aplicable si está diseñado para lograr los objetivos propios del sistema y es viable su funcionamiento con los recursos que la organización dispone. Es completo, si abarca todos los procesos organizacionales y en él están presentes los componentes funcionales del sistema y los orgánicos que requiera. Es razonable, si satisface con la calidad suficiente y necesaria las necesidades de la organización con los recursos que posee. Es integrado, si los componentes funcionales y orgánicos se interrelacionan adecuadamente y abarcan las diversas etapas de los procesos que desarrolla la organización. Es congruente, si es coherente y está enlazado con el marco jurídico y técnico y propicia la consecución de los objetivos institucionales.

La forma más sencilla de iniciar con el conocimiento del sistema de control interno de una institución, es identificar y analizar el marco de referencia de ese sistema, en una institución pública ese entendimiento lo provee los documentos donde consta su cometido legal, a saber: la Constitución Política, leyes, decretos, reglamentos, normas técnicas, manuales, estatutos, resoluciones, directrices, circulares u otros escritos de las autoridades competentes.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:

Los componentes orgánicos del sistema de control interno son:

1. La administración, cuyos principales responsables del perfeccionamiento del sistema son el jerarca y los titulares subordinados; y;
2. La auditoría interna, con un rol eminentemente asesor e independiente que se enfoca en dos frentes: el primero, orientado a brindar apoyo a la administración para mejorar los controles y el éxito en su gestión, y el segundo, orientado proporciona a los ciudadanos una garantía razonable de que la actuación de esa administración se ajusta a criterios de legalidad, técnicos y de sanas prácticas (Art. 9, 10 y 21 de la LGCI).

Los componentes funcionales del sistema de control interno, todos relacionados entre sí e integrados con el proceso administrativo y derivados de la forma como la administración conduzca la institución (Arts. 13, 14, 15, 16 y 17 LGCI) son:

1. El ambiente de control;
2. La valoración del riesgo;
3. Las actividades de control;
4. Los sistemas de información; y
5. El seguimiento

REPERCUSIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Para un jerarca significará revisar a nivel institucional, utilizando criterios de prioridad, la efectividad de las medidas de control que orientan al cumplimiento de la visión, misión, objetivos estratégicos y los productos y servicios que están proporcionando a la sociedad, a la luz del cometido institucional. Asimismo, significará identificar los aspectos clave del sistema de control interno necesarios de perfeccionar en los distintos órganos que componen la organización y establecer prioridades, para de conformidad con los recursos disponibles, apoyar el perfeccionamiento de dichos aspectos susceptibles de mejoras.

Para un titular subordinado la autoevaluación del sistema de control interno es la revisión, a lo interno de la unidad a su cargo y utilizando criterios de prioridad, que involucra evaluar cuan efectivas son las medidas de control documentadas (las contempladas en la constitución, las leyes, reglamentos, directrices, políticas, lineamientos, manuales, procedimientos, guías, normas técnicas, etcétera), y no documentadas, establecidas a nivel institucional, para apoyar la ejecución de los procesos, proporcionar adecuados productos y servicio.

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN:

La auto evaluación del sistema de control interno se aplica sobre los procesos, operaciones y actividades de las dependencias o unidades que conforman una institución, así como sobre los productos/ servicios, atribuciones o competencias respectivas, teniendo como norte los objetivos por alcanzar.

Por ende, debe establecerse una adecuada relación (alineamiento) de los objetivos, metas, productos o servicios, y acciones del plan de cada dependencia con la misión, visión, objetivos estratégicos y valores institucionales.

GUÍA PARA LA AUTOEVALUACIÓN A DEL TRIBUNAL REGISTRAL ADMINISTRATIVO

Las preguntas se desagregan por cada uno de los procesos principales:

1	PLANIFICACIÓN	EXPLICACIÓN DE LA PREGUNTA	INDICACIÓN DE RESULTADO	EVIDENCIA
1.1	Con respecto a la declaración institucional de misión, visión y valores: a. ¿Han sido promulgadas formalmente por el jerarca? b. ¿La institución cuenta	La declaración de misión, visión y valores define la labor o la razón de ser de la institución, las metas que pretende conseguir y los principios sobre los que se asienta la cultura institucional, respectivamente. Se requiere un compromiso activo del jerarca en la construcción, comunicación e instauración y		

	con un programa establecido y en funcionamiento para divulgar y promover entre los funcionarios dicha declaración?	formación de la declaración, que concluye con su promulgación oficial. Además, se requiere su divulgación y promoción entre los funcionarios, mediante un programa formal y controlado.		
1.2	¿La institución ha oficializado una metodología para formular sus planes plurianuales y anuales?	Oficializar la metodología implica que el jerarca ha promulgado y dado a conocer a sus funcionarios el conjunto de procedimientos que se deben observar para formular los planes plurianual y anual. El plan plurianual integra y proyecta las actividades de 3 a 5 o más años; puede equipararse con el plan estratégico si éste detalla lo que se pretende realizar en cada uno de los años que cubre. El plan anual reúne las actividades a ejecutar durante el período.		
1.3	¿La institución aplica mecanismos para considerar opiniones de los ciudadanos y los funcionarios durante la formulación de los siguientes instrumentos de gestión?: a. El plan anual institucional b. El presupuesto institucional	Dichos mecanismos pueden ser direcciones de correo electrónico destinadas al propósito en cuestión, buzones, reuniones en las que participen los interesados, funcionarios designados para canalizar las opiniones, entre otros que permitan valorar las observaciones de los ciudadanos y funcionarios, en relación con asuntos que la institución podría contemplar tanto en el plan anual como en el presupuesto institucional.		
1.4	¿La institución cuenta con un plan plurianual vigente y actualizado?	El plan plurianual debe tener validez y estar en uso. Asimismo, debe estar actualizado de manera que permita asegurar la continuidad de las actividades y el logro de los objetivos. Aunque la pregunta no lo indica, el plan debe ser oficial, lo que implica que haya sido emitido o aprobado por el jerarca (la autoridad institucional pertinente), para lo cual debe constar el acto correspondiente.		
1.5	¿El plan plurianual institucional considera los siguientes tipos de indicadores de desempeño?: a. De gestión (eficiencia, eficacia, economía) b. De resultados (efecto, impacto)	Aparte de identificar lo que se pretende lograr, el plan debe definir indicadores que permitan valorar y cuantificar su logro, así como los efectos tanto positivos como negativos y el impacto sobre la gestión institucional, así como en el cumplimiento de las metas y fines de la entidad.		

1.6	<p>¿El plan anual institucional considera los siguientes tipos de indicadores de desempeño?</p> <p>a. De gestión (Eficiencia, eficacia, economía)</p> <p>b. Vinculación con el plan plurianual</p>	<p>Ver la descripción de la pregunta 1.5. La vinculación del plan anual con el plurianual, pretende una integración que permita visualizar el impacto que los proyectos del año tienen sobre la ejecución del plan plurianual, así como si existe continuidad en los años siguientes.</p>		
1.7	<p>¿La institución ha oficializado una metodología para la definición, medición y ajuste de los indicadores que incorpora en sus planes?</p>	<p>La metodología en cuestión debe contener los procedimientos a observar para definir, medir y ajustar los indicadores incorporados en los planes. Se requiere que haya sido oficializada.</p>		
1.8	<p>¿En el plan anual se incorporan acciones que están vinculadas con el Plan Nacional de Desarrollo (PND)?</p>	<p>Se pretende conocer si las instituciones realizan su plan en alineación con el PND, que corresponde al instrumento donde se establecen las prioridades para lograr el desarrollo social del país, de manera que se logren consolidar esfuerzos conjuntos. La vinculación debe estar documentada, de manera que pueda identificarse de qué manera contribuye el plan anual a los contenidos pertinentes del PND.</p>		
1.9	<p>¿Se ha formulado y vinculado al plan anual operativo una estrategia para incorporar la ética en la cultura organizacional y para prevenir el fraude y la corrupción, que contenga los siguientes asuntos?:</p> <p>a) Definición de compromisos éticos.</p> <p>b) Políticas de apoyo y fortalecimiento de la ética.</p> <p>c) Programas regulares para actualizar y renovar el compromiso institucional con una cultura ética.</p>	<p>En pro del fortalecimiento del sistema de control interno y la gestión institucional, la entidad debe diseñar y ejecutar una estrategia para promover la ética entre el jerarca, los titulares subordinados y el resto de los funcionarios. Los tres asuntos mínimos contemplados en la pregunta deben integrarse en esa estrategia, la cual debe vincularse a los planes anuales para garantizar su ejecución en los períodos correspondientes.</p>		
1.10	<p>¿La institución ha ejecutado y evaluado los resultados de la estrategia de fortalecimiento de la ética?</p>	<p>Existiendo una estrategia, es preciso que su ejecución se realice en los períodos correspondientes, y en consecuencia se mida el avance y se evalúen sus resultados, de manera que puedan emprenderse acciones correctivas y procederse con el fortalecimiento de la estrategia vigente o con el diseño de una que la</p>		

		reemplace.		
1.11	¿En la evaluación anual de la gestión institucional se consideran el cumplimiento de metas y los resultados de los indicadores incorporados en el plan anual operativo?	Evaluar anualmente la gestión institucional permite determinar éxitos y retos en términos de si lo ejecutado corresponde a lo planeado desde diferentes perspectivas, y cómo ello contribuye al logro de la visión y la misión institucionales. Por consiguiente, los asuntos a considerar incluyen, entre otros, el cumplimiento de los planes y sus metas, los resultados de los indicadores correspondientes, y la forma como éstos contribuyen a los logros estratégicos pretendidos.		
1.12	¿La evaluación de la gestión institucional del año anterior fue conocida y aprobada por el jerarca institucional a más tardar en las siguientes fechas?: a. El 31 de enero en el caso del sector centralizado. b. El 16 de febrero en el caso del sector descentralizado.	Es importante que el jerarca conozca la evaluación de la gestión institucional con el fin de que esto le permita valorar la gestión y, cuando sea necesario, formular un replanteamiento estratégico, procurando anticipar las decisiones y las acciones ante eventuales obstáculos. También es importante que la apruebe, como reconocimiento de los resultados y del compromiso que ellos implican a futuro.		
1.13	¿Se elabora y ejecuta un plan de mejora a partir de la evaluación anual de la gestión institucional?	El plan de mejoras se deriva de la medición de resultados y la detección oportuna de errores, en él se incluye la programación de las acciones concretas con las que la institución mitigará las debilidades. La aprobación del jerarca conlleva el compromiso de su implementación.		
1.14	¿Se publican en la página de Internet de la institución o por otros medios: a. Los planes anual y plurianual de la institución? b. Los resultados de la evaluación institucional?	La publicación de los planes y la evaluación indicados permite que los ciudadanos accedan a información sobre las actividades que pretende desarrollar cada institución y de los resultados derivados de su gestión. Los documentos pueden publicarse -- idealmente-- en la página de Internet de la entidad, o bien en otra página en la que puedan ser consultados de manera directa (sin necesidad de consultas ni búsquedas complicadas). También son aceptables otros medios de divulgación, como la publicación de documentos impresos a disposición de cualquier ciudadano.		

1.15	¿La información institucional está sistematizada de manera que integre los procesos de planificación, presupuesto y evaluación?	La sistematización de información permite la integración, el ordenamiento y la clasificación, bajo determinados criterios, relaciones y categorías, de todo tipo de datos. En el caso de la planificación y el presupuesto, se tiene que el segundo expresa la primera de manera financiera; además, la integración de ambos procesos también permite una evaluación más completa de los resultados.		
2	FINANCIERO- CONTABLE			
2.1	¿La institución ha adoptado un marco técnico contable acorde con normas internacionales de contabilidad u otras regulaciones pertinentes (NICSP, NIIF, normas de CONASSIF)?	Existen diferentes marcos aplicables según el tipo de institución. La adopción debe estar oficializada por el acuerdo del jerarca, en el que además ordene el inicio de las acciones para realizar el ajuste a la normativa o regulación pertinente.		
2.2	¿La institución ha oficializado un plan plurianual de programación financiera?	El plan plurianual de programación financiera conlleva la previsión de los flujos de entradas y salidas de fondos, en un período de tiempo que normalmente es de 3 a 5 o más años.		
2.3	¿El presupuesto institucional es congruente con los supuestos de la programación financiera plurianual?	Siendo el presupuesto la expresión financiera del plan anual, debe existir vinculación entre el presupuesto, el plan anual y la programación financiera plurianual que sustenta las decisiones financieras respectivas. Por consiguiente, al formular el presupuesto, la institución debe contemplar las consideraciones básicas de la programación financiera plurianual, de manera que éstas se vean reflejadas.		
2.4	¿Se tiene implementado un sistema de información financiera que integre todo el proceso contable?	La integración del proceso contable en un sistema de información financiera asegura razonablemente la congruencia de los datos y los informes correspondientes, previene errores y duplicidades, propicia la interacción y actualización simultáneas, y facilita la difusión de la información y su uso en la toma de decisiones.		

2.5	<p>¿Se cuenta con un plan contable formalmente aprobado por las autoridades institucionales pertinentes que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Catálogo de cuentas b) Manual descriptivo de cuentas c) Políticas contables d) Procedimientos contables e) Formularios aplicables d) Estructura de los estados financieros y otros informes gerenciales 	<p>El plan contable es una herramienta del proceso de contabilidad que debe contener en su estructura los aspectos necesarios para llevar a cabo la ejecución efectiva de los procesos relacionados con la contabilidad de la institución. La aprobación del plan contable por las autoridades institucionales pertinentes le da validez y promueve su efectiva aplicación. Es posible que la entidad adopte un plan contable emitido por una autoridad externa. En todos los casos, debe existir evidencia de la aprobación y de la orden de aplicación del plan, emitida por la autoridad institucional competente.</p>		
2.6	<p>¿La institución cuenta con un manual de funciones actualizado y oficializado para organizar el desarrollo del proceso financiero-contable?</p>	<p>El manual referido delimita las funciones y describe los procedimientos adoptados por la institución para llevar a cabo el proceso financiero-contable. Debe estar actualizado considerando los puestos de trabajo existentes en la institución; igualmente, se requiere su oficialización mediante la aprobación por la autoridad institucional competente según el ordenamiento que aplique a la entidad.</p>		
2.7	<p>¿Se dispone de libros contables electrónicos o físicos (Diario, Mayor, Inventario y Balances) para el registro y control de las operaciones o transacciones financieras, actualizados a más tardar en el mes posterior a la obtención de los datos correspondientes?</p>	<p>Los libros contables reflejan los hechos con trascendencia en la realidad económica de la empresa a lo largo de un período de tiempo o al final de él. Se requiere su oportuna actualización en aras de su utilidad para la toma de decisiones y la conducción de la entidad.</p>		
2.8	<p>¿Se emiten estados financieros mensuales a más tardar el día 15 del mes siguiente?</p>	<p>Al emitir estados financieros mensuales se puede llevar un control de la continuidad de las operaciones, visualizar la orientación económica de la institución y propiciar la detección oportuna de errores y omisiones. La fecha de emisión no debería ser más allá de la mitad del mes posterior correspondiente, en procura de la oportunidad de los estados financieros mensuales para su uso en la toma de decisiones.</p>		

2.9	¿Los estados financieros anuales fueron aprobados por la máxima autoridad institucional dentro del periodo que establece la legislación aplicable?	El máximo jerarca debe conocer los estados financieros como parte de sus responsabilidades y competencias para la toma efectiva de las decisiones y para la emisión de las instrucciones que resulten pertinentes. Su aprobación constituye un acto de reconocimiento y aceptación de los datos reportados. Debe observarse cualquier regulación que determine el plazo de aprobación correspondiente; de no existir ésta, la institución debe definir lo que proceda.		
2.10	¿Los estados financieros son dictaminados anualmente por un auditor externo o firma de auditores independientes dentro del período que establece la legislación aplicable?	Los estados financieros deben ser auditados cada cierto período por un tercero independiente para verificar la razonabilidad de la información con base en el marco contable adoptado por la institución. Algunas entidades deben someterse a esa revisión por requerimiento legal o normativo; otras lo hacen como buena práctica para fortalecer su gestión y su transparencia.		
2.11	¿Se publican los estados financieros del final del período en la página de Internet de la institución, a más tardar en el mes posterior a su aprobación por el jerarca?	Los estados financieros son una fuente importante de información para los sujetos interesados en el quehacer institucional; asimismo, constituyen un mecanismo de rendición de cuentas. Por ambos motivos, es preciso que estén publicados en la página de Internet de la institución, lo que además fortalece la transparencia de la entidad.		
2.12	¿La institución se somete, por lo menos una vez al año, a estudios de auditoría financiera orientados a la identificación de riesgos de fraude?	La auditoría constituye un mecanismo para prevenir, detectar y corregir los riesgos de fraude asociados a los procesos más sensibles de la institución. El auditor debe aplicar los procedimientos pertinentes para esa auditoría específica. El estudio puede ser efectuado por la auditoría interna de la entidad o por un profesional externo contratado por la institución con ese propósito.		

2.13	¿Se someten a conocimiento del jerarca, al menos trimestralmente, análisis periódicos de la situación financiera institucional basados en la información contenida en los estados financieros (vertical, horizontal y de razones)?	Como instrumento para la toma de decisiones, deben elaborarse análisis, al menos trimestralmente, de la situación financiera institucional, con base en la información de los estados financieros; la pregunta requiere que el análisis sea vertical (entre cuentas), horizontal (entre períodos) y de razones financieras (cálculo de indicadores). Además, es preciso que el jerarca y cualesquiera otras autoridades institucionales conozcan los análisis como insumo para sus decisiones de gestión.		
4	CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA			
4.1	¿Se ha establecido formalmente una proveeduría u otra unidad que asuma el proceso de contratación administrativa?	El establecimiento formal de una proveeduría conlleva la designación de una unidad como la única competente para tramitar los procedimientos de contratación administrativa, asesorar a los otros departamentos en la materia, realizar los procesos de almacenamiento y distribución de bienes y llevar un inventario permanente.		
4.2	¿Se cuenta con normativa interna para regular los diferentes alcances de la contratación administrativa en la entidad, con respecto a las siguientes etapas?: a. Planificación b. Procedimientos c. Aprobación interna de contratos d. Seguimiento de la ejecución de contratos	La conducción exitosa de cada etapa del proceso de contratación administrativa requiere su estandarización en la normativa interna sobre el tema, a fin de gestionar los riesgos que podrían afectarlas y de servir como referencia para los funcionarios responsables de su ejecución. Debidamente fundamentado en la ley de contratación administrativa, o en sus principios, los órganos y entes deben emitir los reglamentos complementarios en donde se disponga lo que corresponda para asegurar el mejor desempeño de las actividades propias de la contratación administrativa.		
4.3	¿Están formalmente definidos los roles, las responsabilidades y la coordinación de los funcionarios asignados a las diferentes actividades relacionadas con el proceso de contratación administrativa?	Una correcta definición de los roles, responsabilidades y coordinaciones, permite que el proceso de contratación sea expedito y con estándares de calidad. A los efectos, debe contarse con normativa interna sobre los procesos y procedimientos correspondientes.		

4.4	¿Están formalmente definidos los plazos máximos que deben durar las diferentes actividades relacionadas con el proceso de contratación administrativa?	Todo proceso debe tener plazos definidos mediante regulaciones internas, de manera que se logre estimar y estandarizar el tiempo que podría requerir un funcionario o equipo en la realización de las diferentes contrataciones.		
4.5	¿Se mantiene y actualiza un registro de proveedores?	Toda institución debe tener un registro de proveedores y de personas físicas y jurídicas que cumplan con los requisitos establecidos para las contrataciones. En aras de su utilidad, dicho registro debe mantenerse permanentemente actualizado.		
4.6	¿Se incorporan en el registro de proveedores las inhabilitaciones para contratar, impuestas a proveedores determinados?	Como parte de la actualización del registro institucional de proveedores, es necesario que se incorporen las inhabilitaciones que correspondan, a fin de que la entidad pueda discriminar entre los proveedores y abstenerse de realizar contrataciones con los que se encuentren impedidos de participar en esos procesos.		
4.7	¿Se prepara un plan o programa anual de adquisiciones que contenga la información mínima requerida? (Si la institución está cubierta por el Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, responda con base en los requerimientos de ese Reglamento; si no lo está, considere como referencia mínima los requerimientos de ese Reglamento?)	El plan o programa en cuestión constituye un detalle de las adquisiciones que una entidad planea realizar en un período anual. En procura de su utilidad, el plan o programa debe contener la información mínima de conformidad con la normativa que aplique a la institución, incluyendo las justificaciones de contratación en cantidad, calidad, uso, responsables, montos, entre otros.		
4.8	¿La institución publica su plan de adquisiciones en su página de Internet o por otros medios, para conocimiento público?	Publicar el plan anual de adquisiciones y mantenerlo actualizado con la oportunidad debida, es una buena práctica que fortalece la transparencia de la institución para con el público en general.		
4.9	¿La institución incorpora en sus metodologías de evaluación de ofertas, una definición de los límites máximos y mínimos de los precios aceptables para los bienes y servicios que adquirirá? (Si la	La definición de precios máximos y mínimos para las contrataciones que se realicen previene la aplicación de precios ruinosos o excesivos que puedan ser perjudiciales para el proveedor, para la institución y para la ciudadanía en general. Por tal razón, es indispensable que los precios de referencia indicados se		

	institución está sujeta al Reglamento de Contratación Administrativa, considere como referencia el artículo 30 de ese reglamento.)	incorporen en las metodologías de evaluación respectivas.		
4.10	¿La normativa interna en materia de contratación administrativa incluye regulaciones específicas sobre reajuste de precios?	Las regulaciones jurídicas en materia de reajuste de precios deben reflejarse en la normativa interna de la institución, a fin de asegurar que los responsables del proceso de contratación administrativa conozcan la manera en que tales regulaciones se aplican en los procesos institucionales.		
4.11	¿La institución utiliza medios electrónicos (e-compras) que generen información que la ciudadanía pueda acceder, en relación con el avance de la ejecución del plan o programa de adquisiciones?	El uso cada vez mayor de las tecnologías de información en los procesos institucionales de contratación, implica la necesidad de mecanismos para que tanto los funcionarios como otros interesados puedan dar seguimiento, mediante algún medio electrónico, al avance en la ejecución del plan de adquisiciones.		
4.12	¿La institución realiza, al final del período correspondiente, una evaluación de la ejecución del plan o programa de adquisiciones, su eficacia y su alineamiento con el plan estratégico?	La evaluación de marcos permite verificar el cumplimiento y el éxito de las adquisiciones realizadas frente al plan estratégico original, en términos de su contribución al logro de la estrategia organizacional.		
4.13	¿Se prepara un plan de mejoras para el proceso de adquisiciones con base en los resultados de la evaluación de la ejecución del plan o programa de adquisiciones?	Con miras a su eficacia, la evaluación de la ejecución del plan de adquisiciones y las sesiones de lecciones aprendidas debe tener como producto colateral un plan de mejoras que contemple las acciones a emprender por parte de la institución a fin de modificar prácticas o procedimientos que no están siendo efectivos en el proceso de adquisición y, de igual forma, a fortalecer aquellas prácticas que están dando resultados positivos.		
4.14	¿La institución publica en su página de Internet o por otros medios, la evaluación de la ejecución de su plan o programa de adquisiciones?	La publicación de la evaluación aludida constituye una buena práctica para fortalecer con la transparencia institucional frente a la ciudadanía en general.		

4.15	¿Se digita de manera oportuna la información pertinente en el Sistema de Información de la Actividad Contractual (SIAC)?	La información referida debe ser incorporada en el SIAC observando los plazos atinentes.		
5	PRESUPUESTO			
5.1	¿Existe vinculación entre el plan anual operativo y el presupuesto institucional en todas las fases del proceso plan-presupuesto?	Los programas que conforman el presupuesto institucional deben reflejar las metas, los objetivos y los indicadores contemplados en la planificación anual, la que a su vez debe estar vinculada con la planificación de mediano y largo plazo.		
5.2	¿Existe un manual de procedimientos que regule cada fase del proceso presupuestario, los plazos y los roles de los participantes?	La normativa vigente establece que el jerarca y los titulares subordinados, de acuerdo con sus competencias y con el apoyo de la persona o unidad encargada de la coordinación general del proceso presupuestario, deben emitir los manuales que rigen el proceso presupuestario en general y las directrices periódicas que se requieran para regular el desarrollo de las diferentes fases.		
5.3	¿Se publica en la página de Internet de la institución el presupuesto anual de la entidad, a más tardar en el mes posterior a su aprobación?	Como sana práctica y por transparencia, la institución debe publicar su presupuesto anual para conocimiento de cualquier interesado y de los ciudadanos en general.		
5.4	¿La institución ha establecido algún control que imposibilite el financiamiento de gastos corrientes con ingresos de capital?	Por principio presupuestario regulado legal y técnicamente, no deben financiarse gastos corrientes con ingresos de capital. Corresponde a la institución establecer los controles que impidan la situación.		
5.5	¿La evaluación presupuestaria incluye el análisis de al menos los siguientes asuntos, de conformidad con el numeral 4.5.6, inciso b, de las "Normas Técnicas sobre Presupuesto Público": a. Comportamiento de la ejecución de los ingresos y gastos más importantes. b. Resultado de la ejecución presupuestaria	La pregunta refiere la información básica que debe incluirse en la evaluación. Si la normativa señalada no es de aplicación por la institución, ésta deberá tenerse como buena práctica.		

	<p>parcial o final (superávit o déficit).</p> <p>c. Desviaciones de mayor relevancia que afecten los objetivos, las metas y los resultados esperados en el plan anual.</p> <p>d. Desempeño institucional y programático en términos de eficiencia, eficacia y economía.</p> <p>e. Situación económico-financiera global de la institución.</p> <p>f. Propuesta de medidas correctivas y acciones a seguir.</p>			
5.6	<p>¿Se realiza, como parte de la evaluación presupuestaria, una valoración o un análisis individualizado de gasto para cada servicio que presta la institución?</p>	<p>En procura de la eficiencia institucional, las sanas prácticas señalan la necesidad de determinar los gastos asociados a cada servicio que se presta. Adicionalmente, algunas instituciones están compelidas por el ordenamiento vigente a realizar dicha valoración.</p>		
5.7	<p>¿Se discuten y valoran periódicamente con el jerarca los resultados de los informes de ejecución presupuestaria?</p>	<p>En su condición de máxima autoridad institucional, el jerarca debe tener conocimiento de la ejecución presupuestaria y decidir lo que corresponda. El análisis periódico de los resultados plasmados en los informes mencionados en la pregunta, le permite alcanzar dicho conocimiento y emprender u ordenar las acciones pertinentes.</p>		
5.8	<p>¿Se verifica anualmente que la liquidación presupuestaria tenga correlación con la información de la contabilidad financiera patrimonial?</p>	<p>Los registros de la liquidación presupuestaria deben ser concordantes, en lo que corresponda, con los registros de la contabilidad patrimonial. Esa congruencia debe apreciarse, asimismo, respecto de la liquidación presupuestaria.</p>		
5.9	<p>¿Se revisa por un tercero independiente la liquidación presupuestaria?</p>	<p>La liquidación presupuestaria debe ser sometida a una revisión por parte de personal de la institución, independiente del que ejecutó las respectivas funciones de registro; ello es requerido por la normativa vigente (numeral 4.3.17 de las Normas técnicas sobre presupuestos públicos) para las instituciones sujetas a ella, y el IGI lo contempla como buena práctica para las demás. Adicionalmente, las instituciones</p>		

		obligadas por la normativa dicha, en razón de su volumen de recursos, deben someter la liquidación a revisión por un sujeto externo.		
5.10	<p>La institución incorpora la siguiente información en el SIPP en los plazos indicados:</p> <p>a. Informe semestral con corte al 30 de junio, con los resultados de la evaluación presupuestaria referida a la gestión física, a más tardar el 31 de julio.</p> <p>b. Informe semestral con corte al 31 de diciembre, con los resultados de la evaluación presupuestaria referida a la gestión física, a más tardar el 16 de febrero.</p> <p>c. Informes trimestrales (o semestrales para los fideicomisos) de la ejecución presupuestaria, dentro de los 15 días hábiles posteriores al vencimiento de cada trimestre (o semestre para los fideicomisos).</p>	<p>El Sistema de Información de Presupuestos Públicos (SIPP) es un sistema electrónico diseñado por el Órgano Contralor para el registro de la información presupuestaria, de acuerdo con la normativa y las especificaciones que regulan su funcionamiento. En aras de mantener la información sistematizada y al alcance de los ciudadanos en general, se establecen fechas límites para que las instituciones registren la información.</p>		
5.11	¿Existe vinculación de las metas con el presupuesto en el SIPP?	<p>El presupuesto constituye la expresión financiera del plan, por lo que la vinculación entre metas y presupuesto debe ser observable en la información que se digite en el SIPP.</p>		
5.12	¿Se publica en la página de Internet el informe de evaluación presupuestaria del año anterior, que comprenda la ejecución presupuestaria y el grado de cumplimiento de metas y objetivos, a más tardar durante el primer trimestre del año en ejecución?	<p>La publicación de la ejecución presupuestaria y el grado de cumplimiento de las metas y objetivos refleja transparencia y calidad en la rendición de cuentas.</p>		
5.13	¿Existen mecanismos o disposiciones internas para regular el proceso de visado de gastos? (Sólo aplica para el Gobierno Central)	<p>Fundamentalmente, se requieren políticas y procedimientos oficializados.</p>		

5.14	¿Existe un funcionario responsable del visado de gastos, según lo establece el artículo 11 del Reglamento sobre Visado de Gastos? (Sólo aplica para el Gobierno Central)	Cada institución debe designa al responsable de verificar el cumplimiento del bloque de legalidad en el proceso de visado.		
6	TECNOLOGÍAS DE LAS INFORMACIÓN			
6.1	¿La institución ha establecido una estructura formal del departamento de TI, que contemple el establecimiento de los roles y las responsabilidades de sus funcionarios?	Un principio básico de control interno es la división de labores, mediante la cual se identifica a los responsables de ejecutar actividades y procesos que, sumados, contribuyen al logro de objetivos previamente establecidos. Lo anterior se pone de manifiesto en una estructura formal que defina roles y responsabilidades para cada uno de sus miembros.		
6.2	¿Existen en la institución funcionarios formalmente designados para que, como parte de sus labores, asesoren y apoyen al jerarca en la toma de decisiones estratégicas en relación con el uso y el mantenimiento de tecnologías de información?	El jerarca debe apoyar sus decisiones sobre asuntos estratégicos de TI en la asesoría de una representación razonable de la organización que coadyuve a mantener la concordancia con la estrategia institucional, a establecer las prioridades de los proyectos de TI, a lograr un equilibrio en la asignación de recursos y a la adecuada atención de los requerimientos de todas las unidades de la organización.		
6.3	¿La institución cuenta con un plan estratégico de tecnologías de información vigente que al menos cumpla los siguientes requisitos?: a. Describir la forma en que los objetivos estratégicos de TI están alineados con los objetivos estratégicos de la institución. b. Disponer de un mecanismo para evaluar el impacto de TI en los objetivos estratégicos de la institución. c. Incluir fuentes de financiamiento, estrategias de adquisiciones y un presupuesto que esté	Debe existir un documento o un grupo de ellos que evidencie los resultados de un proceso de planificación en materia de TI que esté vinculado con el proceso de planificación institucional. Estos documentos contendrán al menos objetivos, estrategias, indicadores y reservas presupuestarias que estarán alineados con su contraparte institucional. Para que se considere oficial, debe haber sido emitido por el jerarca.		

	vinculado con el presupuesto institucional que se presenta ante la CGR.			
6.4	<p>¿La institución cuenta con un modelo de arquitectura de la información que:</p> <p>a. Sea conocido y utilizado por el nivel gerencial de la institución?</p> <p>b. Caracterice los datos de la institución, aunque sea a nivel general?</p>	<p>El modelo de arquitectura de información identifica los datos relevantes para la institución, describe cómo estos son creados, almacenados, transportados y entregados por los procesos y servicios de la organización. Describe además la recepción y entrega de datos por parte de terceros. También identifica su nivel de confidencialidad y tipo de acceso por los roles (o tipos de personas) que los utilizan. No es el diseño de una base de datos ni el de un mecanismo de almacenamiento.</p>		
6.5	<p>¿La institución cuenta con un modelo de plataforma tecnológica que defina los estándares, regulaciones y políticas para la adquisición, operación y administración de la capacidad tanto de hardware como de software de plataforma?</p>	<p>El modelo de plataforma tecnológica describe la configuración de los componentes tecnológicos de hardware y software de la organización y la forma en que estos se acoplan con los componentes descritos en el modelo de aplicaciones. Esta descripción está acompañada de los estándares, regulaciones y políticas para la adquisición, operación y administración de la capacidad de los mencionados componentes.</p>		
6.6	<p>¿La institución cuenta con un modelo de aplicaciones (software) que defina los estándares para su desarrollo y/o adquisición?</p>	<p>El modelo de aplicaciones describe los tipos de aplicaciones que se utilizan (y utilizarán) para procesar los datos (del modelo de arquitectura de información) y para entregarlos a personas o computadoras. Los tipos de aplicaciones son características y capacidades requeridas para procesar datos, sin hacer referencia a tecnologías específicas. En este modelo se describen además, los estándares que se utilizan para el desarrollo y/o adquisición de las aplicaciones. No es el diseño de las aplicaciones específicas de la organización.</p>		

6.7	¿La institución cuenta con un modelo de entrega de servicio de TI que defina los acuerdos de nivel de servicio con los usuarios?	La organización debe tener claridad respecto de los servicios que requiere y sus atributos, y los prestados por la función de TI según sus capacidades. La consideración de tales asuntos en un modelo de entrega de servicio sirve como referencia para que el jerarca y la función de TI establezcan acuerdos sobre los servicios requeridos, los ofrecidos y sus atributos, lo cual deben documentar y considerar como un criterio de evaluación del desempeño.		
6.8	¿Se ha oficializado en la institución un marco de gestión para la calidad de la información?	La organización debe generar los productos y servicios de TI de conformidad con los requerimientos de sus usuarios con base en un enfoque de eficiencia y mejoramiento continuo. A los efectos, debe establecer un marco institucional que estandarice los criterios de calidad respectivos.		
6.9	¿La institución cuenta con directrices (o políticas) orientadas a lo siguiente?: a. La identificación de información en soporte digital, gestionada por la institución, que deba ser compartida con otras instituciones o que deba ser del conocimiento de la ciudadanía en general b. La implementación de mecanismos tecnológicos para comunicar dicha información a sus destinatarios.	Como una derivación de los modelos de información, plataforma tecnológica y aplicaciones, deben documentarse las directrices o políticas que están relacionadas con la identificación y entrega de datos de interés público que se encuentren almacenados en soporte digital.		
6.10	¿La institución ha oficializado lineamientos o políticas para la seguridad (tanto física como electrónica) de la información, así como procesos de administración y operación asociados a ellos, sustentados en un documento vinculado al Plan Estratégico de TI, que identifique al menos	Como medida final, se pretende la implementación de una arquitectura de seguridad institucional de la información. Para los efectos de la pregunta, al menos se requiere prueba de haber sentado las bases para dicha implementación, mediante un documento que demuestre que se llevó a cabo un proceso de identificación de requerimientos generales de seguridad, amenazas y el marco legal y regulatorio que la institución está comprometida a		

	de manera general lo siguiente: a. Requerimientos de seguridad b. Amenazas c. Marco legal y regulatorio relacionado con seguridad de la información, que la entidad debe cumplir	cumplir.		
6.11	¿La institución ha definido, oficializado y comunicado políticas y procedimientos de seguridad lógica?	La seguridad lógica alude a la seguridad en el uso de software y los sistemas, a la protección de los datos, procesos y programas, y al acceso ordenado y autorizado de los usuarios a la información. Involucra todas aquellas medidas establecidas para minimizar los riesgos de seguridad asociados con las operaciones que se efectúan utilizando TI. Como parte de esas medidas, las instituciones deben definir, oficializar y comunicar las políticas y los procedimientos pertinentes.		
6.12	¿Se han definido e implementado procedimientos para otorgar, limitar y revocar el acceso físico al centro de cómputo y a otras instalaciones que mantienen equipos e información sensibles?	Los aspectos señalados por la pregunta son parte de los controles físicos mínimos en materia de TI.		
6.13	¿Se aplican medidas de prevención, detección y corrección para proteger los sistemas contra software malicioso (virus, gusanos, spyware, correo basura, software fraudulento, etc.)?	De acuerdo con la normativa vigente y con las sanas prácticas en materia de TI, la organización debe implementar las medidas de seguridad relacionadas con la operación de los recursos de TI y las comunicaciones, minimizar su riesgo de fallas y proteger la integridad del software y de la información, incluyendo lo señalado por la pregunta.		
6.14	¿Se aplican políticas oficializadas que garanticen que la solicitud, el establecimiento, la emisión, la suspensión, la modificación y el cierre de cuentas de usuario y de los privilegios relacionados se hagan efectivas por el administrador de cuentas	Como parte de las políticas de control orientadas a proteger la información contra accesos indebidos y no autorizados, corresponde a las instituciones contemplar lo señalado por la pregunta.		

	de usuario de manera inmediata?			
6.15	¿Existe un plan formal que asegure la continuidad de los servicios de tecnologías de información en la organización?	Según la normativa vigente, toda institución debe mantener una continuidad razonable de sus procesos, de modo que su interrupción no afecte significativamente a los usuarios. Como parte de ese esfuerzo debe documentar y poner en práctica, en forma efectiva y oportuna, las acciones preventivas y correctivas necesarias con base en los planes de mediano y largo plazo de la organización, la evaluación e impacto de los riesgos y la clasificación de sus recursos de TI según su criticidad.		
6.16	¿Las políticas de TI se comunican a todos los usuarios internos y externos relevantes?	Como medida de control, los usuarios de la información y, en general, de las facilidades de TI, deben conocer las políticas establecidas por la institución, de manera que tengan seguridad sobre el rol que les compete y las responsabilidades correspondientes.		
7.13	¿La página de Internet de la institución muestra la siguiente información?: a. Mapa del sitio b. Una sección con información general de la entidad ("Acerca de", "Quiénes somos" o similar). c. Datos actualizados de la entidad: localización física, teléfonos, fax, horarios de trabajo, nombre de los jefes y titulares subordinados. d. Normativa básica que regula la entidad, tal como normas de conformación y funcionamiento. e. Información sobre servicios actuales f. Boletines, noticias recientes o artículos de	La página de toda institución debe contener aspectos mínimos de información de la razón de ser de la institución así como de las funciones y servicios que ofrece.		

	<p>interés</p> <p>g. Sección de "Preguntas frecuentes"</p> <p>h. Funcionalidad Web "Contáctenos"</p> <p>i. Información legal (p.e. términos de uso y políticas de privacidad)</p> <p>j. Mecanismo para que el usuario califique o retroalimente el sitio de Internet</p>			
8	RECURSOS HUMANOS			
3.12	<p>¿La institución cuenta con un manual de puestos o similar, debidamente oficializado y actualizado en los últimos 5 años, que identifique las responsabilidades de los funcionarios, así como las líneas de autoridad y reporte correspondientes?</p>	<p>Un manual de puestos o similar (manual de descripción de puestos, manual de cargos, manual de perfil de puestos, manual de funciones y competencias, entre otras denominaciones) especifica las actividades que debe cumplir el titular de cada puesto e identifica al superior al cual debe rendir cuentas. En toda institución debe disponerse de una regulación de ese tipo, debidamente actualizada (cuando se haya visto afectada por reestructuraciones, reformas u otras situaciones que requieran su modificación), así como aprobada por el jerarca y comunicada a todos los funcionarios.</p>		
8.1	<p>¿Se cuenta con políticas u otra normativa institucional, de conocimiento general, para el reclutamiento, la selección y promoción del personal? (No aplica a las entidades sujetas al Servicio Civil.)</p>	<p>Las políticas se emiten con miras a la contratación, retención y actualización de personal idóneo. Pueden formar parte de otras regulaciones institucionales atinentes a la gestión de los recursos humanos.</p>		
8.2	<p>¿La página de Internet de la institución contiene la información sobre concursos actuales y vínculos para que los participantes envíen la documentación requerida y den seguimiento al avance de esos concursos?</p>	<p>La publicación de los concursos permite que todos los interesados puedan participar y propicia la posibilidad de que la entidad seleccione a los mejores candidatos de entre un mayor número de individuos. Asimismo, contribuye a la transparencia institucional. Por otra parte, la indicación de vínculos (hipervínculos o referencias a los encargados de desarrollar el concurso) hace más expedito el trámite.</p>		

8.3	¿La institución aplica mecanismos de verificación de los antecedentes judiciales y la inexistencia de eventuales incompatibilidades o inhabilitaciones de los aspirantes a plazas?	En cada contratación de personal debe considerarse la integridad, entre otros valores de los aspirantes. Con ese propósito, es necesario que la entidad verifique la los antecedentes judiciales y las eventuales incompatibilidades o inhabilitaciones que puedan afectar a los candidatos a las plazas. A los efectos, debe implementar los mecanismos pertinentes, haciendo uso además de bases de datos y sistemas que otras entidades tengan a disposición de quienes requieran utilizarlas.		
8.4	¿Existe en la entidad un programa de inducción para los nuevos empleados?	Con la inducción se proporcionan a los nuevos funcionarios datos básicos sobre los antecedentes y la naturaleza de la institución, su visión, su misión, sus objetivos, su perfil del desempeño, sus horarios, los días de pago, sus funciones, su estructura, sus políticas de personal, las prestaciones y los beneficios que ofrece, entre otros datos que necesiten para la realización de las actividades de una manera satisfactoria. Este proceso de inducción debe realizarse de manera periódica, con base en un programa defina oportunidad, contenidos y otros factores que resulten pertinentes para su conducción eficaz y eficiente.		
8.5	¿Se formula y ejecuta un programa anual de capacitación y desarrollo del personal?	El plan de capacitación tiene como propósito general identificar acciones de capacitación para preparar e integrar al recurso humano en el proceso productivo, mejorar destrezas, aclarar inquietudes, eliminar vicios y disminuir errores, todo ello mediante el suministro de conocimientos y el desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para el mejor desempeño en el trabajo. Para determinar el éxito de su implementación, debe realizarse el seguimiento correspondiente.		
8.6	¿Se tienen claramente definidos los procedimientos para la medición del desempeño de los funcionarios?	La medición del desempeño es el procedimiento mediante el cual se mide y valora la conducta profesional y el rendimiento o el logro de resultados, utilizando criterios de transparencia, objetividad, imparcialidad y no discriminación, los que deben aplicarse sin menoscabo de los derechos de los		

		empleados públicos. A los efectos, la institución debe definir y oficializar los procedimientos que utilizará.		
8.7	¿Se evaluó, en el periodo al que se refiere el IGI, el desempeño de por lo menos al 95% de los funcionarios?	La institución debe evaluar el desempeño de todos los funcionarios. No obstante, se considera aceptable un margen de un 5% por aquellos casos en los que surjan imprevistos en el proceso.		
8.8	¿La institución cuenta con medidas para fortalecer el desempeño de los funcionarios, con base en los resultados de la evaluación respectiva?	La institución debe implantar medidas para fortalecer el desempeño de los funcionarios. Éstas pueden incluir las relativas a propiciar un buen ambiente de trabajo, trabajar por objetivos, fomentar la participación, asignar reconocimientos (no necesariamente monetarios), promover la igualdad de trato, dar retroalimentación, realizar actividades de motivación, entre otras.		
8.9	¿El 100% de los empleados determinados por la unidad de recursos humanos presentó la declaración jurada de bienes en el plazo establecido por la ley?	Quienes estén sujetos a la presentación de la declaración jurada de bienes, deben satisfacer ese deber en la fecha determinada por el ordenamiento. Puesto que las instituciones deben garantizar razonablemente el cumplimiento de las obligaciones legales en el desarrollo de sus actividades, les corresponde asegurarse de que sus funcionarios observen este requerimiento jurídico, para lo que deben establecer alguna actividad de control sobre el particular, independientemente de las actividades de fiscalización que la CGR efectúe en relación con los funcionarios omisos.		
8.10	¿La entidad aplica algún instrumento para medir el clima organizacional al menos una vez al año?	La medición del clima organizacional aporta elementos de decisión con miras a la mejora continua de los procesos, de la satisfacción y el sentido de pertenencia de los empleados y otros factores que inciden sobre el ambiente de control y, en general, sobre la gestión institucional. Es preciso que toda entidad realice una evaluación o medición de dicho clima, al menos una vez al año, utilizando uno o más instrumentos idóneos en sus circunstancias.		

8.11	¿Se definen y ejecutan planes de mejora con base en los resultados de las mediciones del clima organizacional?	Los planes de mejora incorporan todas las actividades por desarrollar con el fin de aminorar aquellas situaciones contraria a un buen clima organizacional, detectadas a partir de la evaluación de éste.		
8.12	¿La institución publica en su página de Internet o por otros medios, para conocimiento del público en general, lo siguiente?: a. Información sobre plazas disponibles. b. Descripciones de todas las clases de puestos y sus requisitos. c. Índice salarial vigente en la institución. d. Estadísticas relacionadas con incapacidades, vacaciones y evaluación del personal	La publicación de esta información configura a una sana práctica para propiciar la transparencia institucional respecto de los puestos y sus remuneraciones, entre otros datos básicos atinentes al recurso humano.		
8.13	¿La institución publica en su página de Internet o por otros medios, para conocimiento del público en general, los atestados académicos y de experiencia de los puestos gerenciales y políticos?	La publicación de esta información configura sana práctica, tendente a generar transparencia frente a la ciudadanía respecto de quienes ocupan los mandos institucionales. La pregunta no indica hasta qué nivel de puestos corresponde considerar, pues compete a cada entidad definir lo pertinente. Además, no se requiere una publicación de asuntos que puedan atentar contra el derecho de intimidad de los funcionarios, sino solamente lo atinente a sus atestados académicos (formación profesional) y de experiencia (puestos relevantes que han desempeñado).		
8.14	¿Los informes de fin de gestión de los funcionarios que han dejado la entidad durante el año, fueron elaborados observando la normativa aplicable y se publicaron en la página de Internet de la institución a más tardar durante la semana posterior a la conclusión del servicio?	Corresponde a un deber del jerarca y los titulares subordinados presentar, cuando corresponda, 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 CGR y por los entes y órganos competentes de la administración activa. La normativa vigente requiere, además, que dichos informes se publiquen para conocimiento de la ciudadanía, preferentemente en la página de Internet de la entidad.		

8.15	¿En la determinación y aplicación de los incrementos salariales por costo de vida se emplean mecanismos que consideren formalmente las estimaciones y supuestos de los ingresos?	Los incrementos salariales deben estar sustentados en estudios técnicos que revelen la forma en que se llevaron a cabo las estimaciones y permitan determinar si la entidad estará en capacidad de afrontar las obligaciones que los aumentos implicarán en períodos futuros. Este análisis debe contemplarse incluso si la institución aplica los incrementos determinados por el Poder Ejecutivo, para tener una seguridad razonable sobre su capacidad para afrontarlos.		
8.16	¿La institución aplica políticas oficializadas para que el 100% de su personal disfrute de sus vacaciones anualmente, incluyendo un período de al menos tres días consecutivos en fechas diferentes a las de vacaciones colectivas?	Se considera una buena práctica que, como parte de su disfrute de vacaciones, todo funcionario se ausente al menos tres días consecutivos, en procura de que sea sustituido durante su ausencia y se realice un control cruzado de la actividad que desarrolla.		
8.17	¿La institución ejecuta un plan de sucesión para prever la dotación de funcionarios que sustituyan a quienes dejan la entidad?	Como buena práctica, es recomendable que la institución prevea el número aproximado de funcionarios que dejarán la entidad en un número de períodos determinado, y emprenda medidas para asegurar que serán remplazados por otros individuos con los conocimientos y las capacidades necesarios, de manera que no se pierda el acervo institucional. Con ese propósito, corresponde elaborar un plan de sucesión, que incluya la preparación de los funcionarios actuales de menor rango, para que estén en capacidad de asumir las posiciones que quedarán vacantes a futuro, sin perjuicio de que se recurra, cuando ello sea razonable y necesario, a la contratación externa.		

8.1. Guía de autoevaluación del control interno área sustantiva

**GUÍA PARA LA AUTOEVALUACIÓN
DE LA ACTIVIDAD SUSTANTIVA DEL TRIBUNAL REGISTRAL
ADMINISTRATIVO**

Las preguntas del área sustantiva, están orientadas hacia la atención del servicio al usuario y son las siguientes:

7	SERVICIO AL USUARIO	EXPLICACIÓN DE LA PREGUNTA		
7.1	<p>¿La entidad ha definido, implementado y monitoreado las medidas pertinentes para dar cumplimiento, en lo que le corresponda, a los requerimientos de la Ley de Simplificación de Trámites, N° 8220? Específicamente: a. Presentación única de documentos b. Publicación de trámites y de la totalidad de sus requisitos c. Publicidad sobre estado de trámites</p>	<p>La ley N.º 8220 define medidas básicas para simplificar los trámites que realizan los usuarios de los servicios de una institución. La pregunta inquiriere sobre los esfuerzos que ha realizado la institución para dar cumplimiento a los requerimiento de esa ley, para lo cual deben estar debidamente documentos; igualmente, se debe dar seguimiento a su eficacia.</p>		
7.2	<p>¿La página de Internet de la institución contiene formularios y vínculos para realizar algún trámite en línea o para iniciarlo en el sitio y facilitar su posterior conclusión en las oficinas de la entidad?</p>	<p>Las instituciones deben analizar si la presencia de un usuario en sus oficinas es necesaria para completar un trámite. Como medio para facilitar la prestación del servicio, es recomendable que, en los sitios de Internet, se disponga de formularios para que los usuarios realicen trámites que no requieran de esa presencia física, o para que los inicien y luego se presenten en las oficinas para finalizarlos. Con ese propósito, las páginas de Internet deben ser lo más amigables posible, de manera que permitan llevar a cabo las gestiones de una manera rápida y efectiva.</p>		

7.3	¿La institución ha implementado mecanismos que le posibiliten la aceptación de documentos digitales mediante el uso de firma digital para la aceptación de trámites de los usuarios?	El avance de las facilidades tecnológicas y la posibilidad de realizar trámites en línea, conlleva necesidades de autenticación que, hoy por hoy, se suplen mediante la firma digital, conforme a la legislación que rige el uso de ese recurso digital. Es preciso que las instituciones se adapten a estas tendencias tecnológicas, y en consecuencia implementen las medidas idóneas para facilitar sus servicios con base en ellas.		
7.4	¿Se cumplen los plazos máximos establecidos para el trámite de los asuntos o la prestación de servicios, al menos en el 95% de los casos?	En procura de la eficiencia y la eficacia, la institución debe conocer los trámites que los ciudadanos efectúan ante ella y los servicios que les brinda, y determinar plazos máximos de atención. Adicionalmente, corresponde la verificación de que esos plazos se cumplan, aunque se acepta una tasa de incumplimiento del 5%; a los efectos es conveniente que la institución lleve un registro controlado sobre los plazos reales incurridos.		
7.5	¿La institución ha identificado, definido y comunicado los mecanismos por los que los ciudadanos pueden comunicar sus quejas, recomendaciones y otras manifestaciones, y los ha publicado o colocado en lugares visibles?	La entidad debe disponer de mecanismos de canalización de aspectos tales como inconformidades, reclamos, consultas, denuncias, sugerencias o felicitaciones respecto de la forma o el contenido con el que se brinda un servicio, presentadas por las personas usuarias ante la institución. Tales mecanismos deben estar a disposición de los usuarios y de la ciudadanía en general, y la entidad debe controlar y registrar las manifestaciones que los usuarios le comuniquen por esos medios, así como la atención que les brinde la contraloría de servicios u otra unidad encargada de procesarlas.		
7.6	¿La institución cuenta con una contraloría de servicios u otra unidad que realice al menos las siguientes actividades?: a. Proponer al jerarca los procedimientos y requisitos de recepción, tramitación, resolución y seguimiento de gestiones.	En las instituciones deben existir contralorías de servicios o unidades que se encarguen de los asuntos mencionados en la pregunta, a fin de promover en conjunto mejoras e innovaciones en los trámites y procedimientos del servicio, considerando además las manifestaciones de los usuarios.		

	<p>b. Vigilar que se atiendan las gestiones de los usuarios y que se observe su derecho a recibir respuesta.</p> <p>c. Promover mejoras en los trámites y servicios.</p>			
7.7	<p>¿Se evalúa, por lo menos una vez al año, la satisfacción de los usuarios con respecto al servicio que presta la institución, incluyendo el apoyo y las ayudas técnicas requeridos por las personas con discapacidad?</p>	<p>Elaborar y aplicar al menos una vez al año un instrumento para medir la percepción y obtener la opinión de las personas usuarias permite conocer la calidad de prestación de los servicios, el grado de satisfacción y las mejoras requeridas.</p>		
7.8	<p>¿Se desarrollan planes de mejora con base en los resultados de las evaluaciones de satisfacción de los usuarios?</p>	<p>Los planes de mejora permiten dar seguimiento a las recomendaciones dirigidas a la administración activa respecto de los servicios que brinda la organización con el fin de mejorar su prestación, en búsqueda del mejoramiento continuo e innovación y de cumplimiento de las expectativas de las personas usuarias.</p>		
7.9	<p>¿La institución ha emitido y divulgado, con base en la Ley N.º 9097, una política sobre la atención del derecho de petición que contenga al menos lo siguiente?:</p> <p>a. Requisitos para solicitar información.</p> <p>b. Condiciones de admisibilidad o rechazo de solicitudes.</p> <p>c. Plazos de respuesta de las solicitudes de información.</p> <p>d. Proceso interno de trámite de solicitudes.</p>	<p>La política permite estandarizar y normar los aspectos relacionados con las peticiones sobre cualquier asunto, materia o información de naturaleza pública, adaptando a la institución las regulaciones legales sobre el particular. Se requiere que dicha política sea divulgada entre los funcionarios de la institución, que serán los responsables de aplicarla, y entre los usuarios que estarán sujetos a ella. Para los efectos de los usuarios, se tendrá por válida la divulgación de la política mediante su publicación en la página de Internet de la institución, o su inclusión en panfletos o volantes informativos que estén disponibles permanentemente.</p>		

7.10	<p>¿La institución ha definido y divulgado los criterios de admisibilidad de las denuncias que se le presenten, incluyendo lo siguiente?:</p> <p>a. Explicación de cómo plantear una denuncia b. Requisitos c. Información adicional</p>	<p>Los criterios de admisibilidad son los requisitos mínimos que deben cumplirse cuando se plantea la denuncia, para determinar si la entidad le dará trámite y propiciar una investigación exitosa. Se requiere su divulgación entre los funcionarios que deberán aplicarlos y entre los usuarios; para los efectos de estos últimos, se tendrá por válida la publicación correspondiente en la página de Internet de la institución, así como su inclusión en panfletos o volantes informativos permanentemente disponibles.</p>		
7.11	<p>¿Se garantiza expresa y formalmente lo siguiente a los eventuales denunciantes, como parte de las regulaciones institucionales para la el tratamiento de denuncias?:</p> <p>a. La confidencialidad de la denuncia y del denunciante. b. El requerimiento de autorización del demandante para romper la confidencialidad, cuando proceda. c. Que no se tomarán represalias contra el denunciante. d. Que los efectos de cualquier represalia serán revertidos contra la persona que las emprenda, mediante la aplicación de las sanciones pertinentes.</p>	<p>Los denunciantes deben tener certeza y seguridad de que la información que están planteando en una denuncia será debidamente resguardada y utilizada para los fines para los que se está suministrando. Las garantías referidas en la pregunta contribuyen a generar dicha certeza.</p>		
7.12	<p>¿Las regulaciones establecidas para el tratamiento de denuncias consideran lo siguiente?:</p> <p>a. Explicación de cómo se investigará la denuncia b. Aseguramiento de la independencia del investigador c. Medios para comunicar el avance de la investigación al denunciante, así como los resultados finales</p>	<p>Las regulaciones mencionadas en la pregunta son necesarias para orientar al denunciante sobre el tratamiento y el seguimiento que se dará a las denuncias.</p>		

	d. Mecanismos recursivos disponibles para el denunciante externo e. Mecanismos de seguimiento para verificar el cumplimiento de lo resuelto			
--	--	--	--	--

8.2. Guía de autoevaluación del control interno para el nivel directivo

**GUÍA PARA LA AUTOEVALUACIÓN
PARA EL NIVEL DIRECTIVO DEL TRIBUNAL REGISTRAL
ADMINISTRATIVO**

Las preguntas son las siguientes:

3	CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL	EXPLICACIÓN DE LA PREGUNTA	INDICACIÓN DE RESULTADO	EVIDENCIA
3.1	¿La institución ha promulgado o adoptado un código de ética u otro documento que reúna los compromisos éticos de la institución y sus funcionarios?	Se refiere a la elaboración, adopción y divulgación de un código de ética u otro instrumento similar, que estipule el conjunto de valores, normas y principios deseables en la institución. El código puede ser elaborado por la propia entidad o bien adoptarse de una fuente externa congruente con la actividad institucional o que la supervise. En cualquier caso, debe existir evidencia de que la emisión o adopción fue oficializada por el jerarca.		
3.2	¿La institución ha establecido mecanismos para prevenir, detectar y corregir situaciones contrarias a la ética, que se puedan presentar en relación con los siguientes temas?: a. Conflictos de interés. b. Ejercicio de profesiones liberales y de cargos incompatibles con la función pública. c. Desempeño simultáneo de cargos públicos. d. Compensaciones salariales adicionales a la retribución del régimen	Idealmente, los mecanismos deben ponerse de manifiesto en políticas o regulaciones internas. Además, pueden incluir talleres de valores, actividades de integración, esfuerzos de divulgación continua de la conducta que debe mantener un funcionario ético, evaluaciones del comportamiento ético, capacitación a nuevos funcionarios, así como medidas de protección a los funcionarios cuando hagan una denuncia sobre alguna acción incorrecta.		

	<p>de derecho público.</p> <p>e. Aceptación de donaciones, obsequios y dádivas.</p> <p>f. Sustracción o uso indebido de recursos.</p> <p>g. Falsificación de registros.</p> <p>h. Favorecimiento ilícito.</p> <p>i. Tráfico de influencias.</p>			
3.3	<p>¿En los últimos cinco años, la entidad se ha sometido a una auditoría de la gestión ética institucional, ya sea por parte de la propia administración, de la auditoría interna o de un sujeto externo?</p>	<p>La auditoría de la ética consiste en el proceso sistemático, objetivo y profesional, que estudia el funcionamiento y la efectividad del marco institucional en materia ética, con el propósito de contribuir a su fortalecimiento. De acuerdo con el alcance que se defina, la auditoría de la ética podría referirse en forma integral a dicho marco, o en forma particular a uno de sus tres componentes, a saber: programa ético, ambiente ético e integración de la ética en los sistemas de gestión.</p>		
3.4	<p>¿La institución tiene los cinco componentes del SEVRI debidamente establecidos y en operación? (Sólo pueden contestar "NO APLICA" las instituciones de menor tamaño, que son las que tienen presupuestos iguales o inferiores a 600.000 unidades de desarrollo y menos de 30 funcionarios, incluyendo al jerarca y los titulares subordinados.)</p>	<p>Los cinco componentes son el marco orientador (objetivos y política de la valoración del riesgo, normativa interna que regule el SEVRI, estructura del riesgo y parámetros de aceptabilidad), el ambiente de apoyo (forma como la administración apoyará la operación del SEVRI, y como se promoverá una cultura favorable para tal efecto), los recursos (financieros, humanos, materiales y otros que se asignen para la valoración del riesgo), los sujetos interesados (metodología que se utilizará para que los sujetos interesados participen de forma directa en el establecimiento, funcionamiento, evaluación y perfeccionamiento del SEVRI) y la herramienta de apoyo (herramientas para la recopilación y administración de la información).</p>		
3.5	<p>¿La institución ejecutó, durante el año anterior o el actual, un ejercicio de valoración de los riesgos que concluyera con la documentación y</p>	<p>La importancia de valorar los riesgos anualmente radica en que los riesgos son cambiantes, por eso se estima necesario tener en operación el SEVRI y ejecutar sus 7 actividades, con el fin de determinar medidas para</p>		

	comunicación de esos riesgos?	gestionar los riesgos relevantes y sus eventuales impactos. Además, se requiere que los participantes en el proceso de valoración de riesgos documenten lo actuado y sus resultados, y que lo comuniquen oportunamente a quienes corresponda.		
3.6	¿Con base en la valoración de riesgos, la entidad analizó los controles en operación para eliminar los que han perdido vigencia e implantar los que sean necesarios frente a la dinámica institucional?	Las medidas de administración de riesgos determinadas mediante la operación del SEVRI son la base para el establecimiento de las actividades de control, pues éstas tienen entre sus características la de responder al riesgo. La actualización de controles contribuye a eliminar o cambiar los que son inadecuados, obsoletos, inoperantes o poco efectivos.		
3.9	¿La máxima autoridad revisa o es informada por un agente interno, por lo menos una vez al año, de si se cumple oportunamente con las disposiciones giradas a la entidad en los informes de fiscalización emitidos por la Contraloría General de la República? (Sólo puede contestar "NO APLICA" si la institución no ha sido objeto de fiscalizaciones formales de la Contraloría General de la República en los últimos 5 años.)	Las disposiciones que la CGR emite en sus informes de fiscalización son de acatamiento obligatorio por las instituciones respectivas. Corresponde a la administración designar un responsable de dar seguimiento oportuno hasta que se dé por finalizada la implementación de las disposiciones y de informar sobre el avance a las autoridades de la entidad. Por su parte, el Área de Seguimiento de la CGR lleva su propio control, e informa a la Auditoría Interna de cada sujeto fiscalizado lo pertinente en enero de cada año.		
3.10	¿La institución realizó durante el año anterior una autoevaluación del sistema de control interno?	De conformidad con la Ley General de Control Interno y las normas emitidas por la CGR, el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer la realización, por lo menos una vez al año de la autoevaluación del sistema de control interno, a fin de identificar oportunidades de mejora del sistema, así como detectar cualquier desvío que aleje a la institución del cumplimiento de sus objetivos. El informe correspondiente debe ser comunicado oportunamente a las autoridades institucionales.		

3.11	¿Se formuló e implementó un plan de mejoras con base en los resultados de la autoevaluación del sistema de control interno ejecutada?	Para que la autoevaluación del sistema de control interno se considere completa, las oportunidades de mejora identificadas deben incorporarse en un plan de mejora que también identifique a los responsables de su implementación y defina los plazos para ésta. El plan debe ser aprobado y oficializado por el jerarca, y su ejecución debe ser objeto de seguimiento. Igualmente, al finalizar la ejecución del plan de mejoras, debe analizarse su resultado.		
3.15	¿La institución publica en su página de Internet o por otros medios, para conocimiento general, las actas o los acuerdos del jerarca, según corresponda, a más tardar en el mes posterior a su firmeza?	La página de Internet suele ser el medio por el cual una mayor cantidad de interesados pueden tener acceso a la información. Dado que las instituciones nacen para satisfacer una necesidad pública y se financian con recursos de la colectividad, todos los ciudadanos tienen derecho de acuerdo con la Constitución y las leyes, a tener conocimiento sobre la marcha de las entidades. La publicación de los asuntos referidos en la pregunta contribuye a ese fin y fortalece la transparencia institucional.		
3.16	¿La institución publica en su página de Internet o por otros medios, para conocimiento general, los informes de la auditoría interna, a más tardar en el mes posterior a su conocimiento por el destinatario? (Sólo pueden contestar "NO APLICA" las instituciones que no cuenten con auditoría interna. Las demás deben contestar "SI" o "NO", a menos que aporten documentación que demuestre que están impedidas de realizar esta publicación; si no se aporta esa documentación, la respuesta se cambiará a "NO" y el puntaje será ajustado, previa comunicación al enlace.)	Es recomendable que la institución coloque en su página de Internet los informes emitidos por su auditoría interna, o al menos un resumen de ellos, con indicación de un contacto para que quien desee el informe completo lo solicite. Contrariamente a la creencia popular, los informes de auditoría no tienen carácter confidencial, salvo cuando implican eventuales responsabilidades, sino que son documentos públicos. La publicación en la página Web es parte de las medidas para fortalecer la transparencia en las actividades de la entidad.		

8.3. Guía de autoevaluación de control interno para el staff : Asesoría Legal

**GUÍA PARA LA AUTOEVALUACIÓN
PARA EL NIVEL STAFF: ASESORÍA LEGAL DEL TRIBUNAL
REGISTRAL ADMINISTRATIVO**

Las preguntas son las siguientes:

3	CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL	EXPLICACIÓN DE LA PREGUNTA	INDICACIÓN DE RESULTADO	EVIDENCIA
3.7	¿La institución ha promulgado normativa interna respecto de la rendición de cauciones por parte de los funcionarios que la deban hacer?	De acuerdo con la normativa vigente, la caución tiene como finalidad garantizar el resarcimiento de eventuales daños y perjuicios que el caucionante responsable pueda producir al patrimonio de la institución, sin que ello limite la eventual responsabilidad civil, y sólo podrá ser admitida mediante la constitución de un seguro o póliza de fidelidad. Corresponde a la institución normar internamente los detalles para la rendición de cauciones, pues la normativa es de carácter general.		
3.8	¿La entidad ha emitido y divulgado normativa institucional sobre el traslado de recursos a sujetos privados o a fideicomisos, según corresponda? (Sólo puede contestar "NO APLICA" si la institución no realiza traslados de recursos según lo indicado.)	La normativa vigente en materia de control interno indica que 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.		
3.13	¿La entidad ha efectuado en los últimos cinco años una revisión y adecuación de sus procesos para fortalecer su ejecución, eliminar los que han perdido vigencia e implantar los que sean necesarios frente a la dinámica institucional?	La revisión consiste en verificar que los procesos ejecutados en la entidad respondan a las necesidades actuales desde la perspectiva de la misión, la visión y los riesgos institucionales, así como las necesidades de sus usuarios y demás sujetos interesados. Asimismo, corresponde actualizar los procesos de acuerdo con las experiencias que hayan demostrado la mejor forma de hacer las cosas en términos de eficiencia, eficacia y economía.		

3.14	<p>¿Cuenta la institución con un registro o base de datos que contenga la información específica sobre las sentencias dictadas en sede judicial, que establezcan una condena patrimonial en contra de la Administración, así como las acciones emprendidas por la Administración para la determinación de responsabilidades sobre los funcionarios que han actuado con dolo o culpa grave en las conductas objeto de esas condenatorias?</p>	<p>La institución debe llevar un registro de las sentencias que le hayan sido adversas y de las acciones emprendidas para determinar si algún funcionario compartió su responsabilidad, y en consecuencia se emprendieron las medidas pertinentes.</p>		
------	--	--	--	--