Secretaria de Estado del Despacho Presidencial

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO

SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO PRESIDENCIAL

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DE CONTROL INTERNO
ONADICI

GUÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL SINACORP

PRIMERA EDICION
AGOSTO 2011

TABLA DE CONTENIDO

Secretaría de Estado del Despacho Presidencial

Mensaje Designada Presidencial

Tal como se consigna en los objetivos nacionales de la Visión de País sobre los que se fundamenta el actual Plan de Gobierno, la Administración del Presidente Lobo ha priorizado la transparencia en la gestión de las finanzas públicas, como uno de los principales temas de la agenda nacional.

Con el propósito de avanzar hacia la construcción y consolidación de ese Estado moderno, transparente, responsable, eficiente y competitivo, que todos los hondureños y hondureñas anhelamos y merecemos, uno de los primeros compromisos adoptados por el presente Gobierno ha sido el de concretar el diseño y la adopción de medidas que permitan maximizar el uso eficiente de los recursos públicos disponibles.

Es así que, como parte de una estrategia integral de trasparencia, el Gobierno de la República ha constituido la Oficina Nacional de Desarrollo Integral del Control Interno – ONADICI, a través de la cual y por mandato legal, se están sistematizando una serie de efectivos mecanismos de control interno, de suma importancia para incrementar la eficiencia y equidad en la gestión de las finanzas públicas, y la confianza de contribuyentes nacionales y cooperantes internacionales en cuanto al buen uso de los recursos puestos a disposición del sector público.

Como resultado de un intenso proceso de investigación, ha sido posible compilar el resultado de escrutinios, consultas y recomendaciones sobre estándares de buenas prácticas de control interno, en lo que ahora se presenta como la *GUIA PARA LA IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL DE LOS RECURSOS PUBLICOS - SINACORP.*

A partir de su aplicación, cada funcionario público dispondrá de la orientación adecuada para actuar con el más alto nivel de transparencia en la administración de los recursos del Estado, y rindiendo cuentas en cumplimiento a la normativa legal vigente para bien de los hondureños.

Estamos convencidos que, con la estrecha colaboración de las instituciones y los servidores públicos involucrados en los procesos de la administración pública, lograremos consolidar la credibilidad en el manejo moderno y transparente de los recursos financieros del Estado Hondureño.

MARIA ANTONIETA GUILLEN DE BOGRAN
Designada Presidencial y Encargada de la
Secretaría de Estado del Despacho Presidencial

Mensaje Director Ejecutivo de ONADICI

Señores Secretarios(as) de Estado, Gerentes Generales, Directores Ejecutivos, Gerentes Administrativos, Directores de Auditoría Interna y Jefes de Áreas; La Oficina Nacional de Desarrollo Integral de Control Interno (ONADICI) en cumplimiento a los objetivos de su creación entrega a Ustedes las Guías de Control Interno, las que deben ser aplicadas en las diferentes instituciones Centralizadas, Descentralizadas, Desconcentradas, Autónomas y Semi Autónomas del Estado de Honduras y todos los sujetos pasivos de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas.

Estas guías fueron diseñadas utilizando como referencia el Marco Rector del Control Interno Institucional del Sector Público. Con su implementación se pretende minimizar los riesgos, actuar con transparencia y controlar los actos de corrupción. Sí bien es cierto el control interno es una necesidad imperativa, lo más importante es que cada funcionario o empleado en cualquier nivel se apropie de tal manera que genere la confianza a lo interno de la institución, externo, cooperantes y sobretodo la ciudadanía en general; quienes tributan para que se mejoren las condiciones de vida.

En sus manos está la implementación y actualización en forma permanente y sistemática de la aplicación del control interno; por su parte ONADICI estará apoyándoles en este proceso.

Con la implementación del Control Interno Gana su institución, Gana Honduras y Gana la Ciudadanía en general.

Atentamente,

Andrés Menocal Medina
Director Ejecutivo – ONADIC

Secretaria de Estado del Despacho Presidencial

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO

GUÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL SINACORP

GUIA 0 "INTRODUCCION A LAS GUIAS DE CONTROL INTERNO"

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO (ONADICI)

1. PROPÓSITO DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

1.1 RESUMEN DE LAS NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO (NOGECI)

“… tiene como propósito proporcionar los valores y criterios técnicos fundamentales en que debe basarse el diseño y establecimiento del proceso de control interno de los recursos públicos al interior de los sujetos pasivos de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas…”

1.1.1 PROPÓSITO

Sistematizar el enfoque y contenido del marco del Control Interno Institucional (CII) con base en la normativa emitida por el TSC, organismo rector del control interno y externo.

1.1.2 CRITERIOS

Aplicación general del CII, estructurada, técnica, uniforme y ajustable.

1.1.3 EJEMPLO

Realizar actividades de difusión y actualización del CII dirigidas a los servidores públicos a través de conferencias, boletines de prensa y publicaciones sobre el control interno. (Ver **ANEXO 1** y **ANEXO 2**).

1.1.4 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo I. Principios de Auto Regulación y Auto Control.

1.2 PRINCIPIOS RECTORES DEL CII

1.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI.

“Los principios de control interno son los valores fundamentales, de carácter convencional, en los cuales se basa el control de los recursos públicos al interior de los sujetos pasivos de la Ley 10-2002-E, Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas…”

1.2.2 PROPÓSITO

Establecer los atributos generales de carácter filosófico humanístico, que se derivan de los valores universales de probidad pública.

1.2.3 CRITERIOS

Permanentes y referentes para aplicar al diseño e implementación del control interno.

1.2.4 EJEMPLO

Aplicar los principios de control interno en el desarrollo de los manuales de procedimientos y en la normativa que regula el funcionamiento y operación de las instituciones públicas. Por ejemplo, el Manual de Procedimientos para la Administración del Recurso Humano.

1.2.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Artículo primero, Título I, Capitulo II.

1.3 ÉTICA PÚBLICA

1.3.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“La actitud permanente de los servidores públicos acorde con la integridad, rectitud y demás valores morales aceptados por la sociedad, constituye la base principal en que se fundamenta el control interno institucional de los recursos públicos.”

1.3.2 PROPÓSITO

Mantener una actitud de cumplimientos de valores de integridad.

1.3.3 CRITERIOS

Compete al fuero interno, obligatorio y constante.

1.3.4 EJEMPLO

Aceptación, implementación y práctica de los valores de integridad por todos los niveles de las instituciones públicas, ejemplo por el nivel superior. (Ver **ANEXO 3**).

1.3.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II. Código de Conducta Ética del Servidor Público.

1.4 TRANSPARENCIA

1.4.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El conjunto de medidas de información y comunicación sobre la gestión y el acceso a ellas, son parte de los fundamentos en que descansa un adecuado control interno institucional de los recursos públicos.”

1.4.2 PROPÓSITO

Comunicar la información necesaria a los usuarios de los bienes y servicios que produce.

1.4.3 CRITERIOS

Continua, importante y oportuna.

1.4.4 EJEMPLO

Información actualizada en la página Web de la institución para consulta de los usuarios directos y de otros organismos públicos, privados y de la sociedad civil. (Ver **ANEXO 4**)

1.4.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

1.5 LEGALIDAD

1.5.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El acatamiento o cumplimiento de las disposiciones legales que regulan los actos administrativos y la gestión de los recursos públicos, así como de los reglamentos, normas, manuales, guías e instructivos que las desarrollan, es el primer propósito del control interno institucional.”

1.5.2 PROPÓSITO

Apego a las disposiciones legales, reglamentarias y normativas.

1.5.3 CRITERIOS

Conocimiento, cumplimiento y actualización.

1.5.4 EJEMPLO

Disponer y publicar el resumen del marco normativo aplicable a la institución e incorporarla en la página Web institucional, incluyendo los documentos (Ver **ANEXO 5**)

1.5.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.6 RENDICIÓN DE CUENTA

1.6.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“Responder o dar cuenta de la forma y resultados de la gestión pública, es un deber de los servidores públicos en los diferentes niveles de responsabilidad de la estructura organizacional de los entes públicos, cuyo adecuado cumplimiento es un propósito esencial del proceso de control interno institucional.”

1.6.2 PROPÓSITO

Informar y demostrar el cumplimiento de los objetivos asignados a la institución.

1.6.3 CRITERIOS

Periódica, completa, continua y formal.

1.6.4 EJEMPLO

Informes periódicos para uso interno y para difusión externa sobre el cumplimiento de las responsabilidades asignadas a nivel institucional y aprobado por la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE). (Ver **ANEXO 6**).

1.6.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.7 COMPLEMENTARIEDAD

1.7.1 RESUMEN DE LA NOGECI

2El proceso de control interno institucional es complementario del control externo independiente que le corresponde ejercer al Tribunal Superior de Cuentas, TSC y viceversa.”

1.7.2 PROPÓSITO

Integrar los procedimientos de auto control en el proceso administrativo para verificación posterior.

1.7.3 CRITERIOS

Permanente, eficaz y especializado.

1.7.4 EJEMPLO

Informes de auto evaluación del CII aplicados por la entidad pública son la base para la evaluación de la Unidad de Auditoría Interna (UAI) y, luego, para la auditoría externa por el TSC. (Ver **ANEXO 7**)

1.7.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.8 PREVENCIÓN

1.8.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“Prevenir los fraudes, irregularidades y errores en la gestión de los recursos públicos y el riesgo del logro de los objetivos y metas, es el propósito primordial del control interno institucional.”

1.8.2 PROPÓSITO

Identificar los riesgos y prevenirlos mediante acciones de control de la gestión.

1.8.3 CRITERIOS

Continua, oportuna y analítica.

1.8.4 EJEMPLO

Establecer por escrito los criterios clave de aplicación obligatoria en el auto control de los ejecutores de las operaciones en el proceso. PREPARAR, AUTORIZAR, APROBAR Y LEGALIZAR (Ver **ANEXO 8**).

1.8.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.9 AUTO REGULACIÓN

1.9.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“Los entes públicos deben tener un razonable nivel de autonomía regulatoria para el logro eficaz de los objetivos y metas institucionales de la gestión a efecto de poder dar cuenta pública al respecto.”

1.9.2 PROPOSITO

Disponer de criterios normativos específicos para las actividades sustantivas en la prestación de servicios y entrega de bienes públicos.

1.9.3 CRITERIOS

Específicos, claros y detallados, dirigidos a los usuarios.

1.9.4 EJEMPLO

El contenido del CII específico de la entidad, enfocando los objetivos misionales y las actividades de apoyo y asesoría para garantizar su cumplimiento. (Ver **ANEXO 9**).

1.9.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.10 INTEGRACIÓN

1.10.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“Las técnicas, mecanismos y elementos de control interno deben estar inmersos, integrados o incorporados en los procedimientos de los sistemas administrativos, de tal forma que sean parte natural de los mismos.”

1.10.2 PROPÓSITO

Evitar la omisión o duplicación de esfuerzos y recursos en los procesos de control.

1.10.3 CRITERIOS

Participación de todas las unidades, secuencia lógica, puntos clave.

1.10.4 EJEMPLO

Los informes mensuales de gestión preparados por las unidades administrativas constituyen la principal fuente de datos para los informes institucionales. (Ver **ANEXO 10**).

1.10.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.11. INTEGRALIDAD

1.11.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El proceso de control interno de los recursos públicos es esencialmente integral pues su alcance debe cubrir los aspectos de acatamiento de la legalidad, los de carácter contable financiero y los de carácter operacional o de gestión.”

1.11.2 PROPÓSITO

Procesos integrados a partir de la prestación del servicio y completados con la satisfacción del usuario.

1.11.3 CRITERIOS

Participativos, relacionados entre unidades operativas y de apoyo, generadores de información.

1.11.4 EJEMPLO

Enfocado hacia las actividades generadoras de valor agregado al ofrecer y prestar servicios a los usuarios, mantener el registro de las operaciones y generar informes sobre logro de objetivos. (Ver **ANEXO 11**).

1.11.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.12 AUTO CONTROL

1.12.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El control interno de los recursos públicos es esencialmente un proceso de auto control aplicado por los servidores públicos, bajo su propia responsabilidad, sobre las operaciones o actividades a su cargo.”

1.12.2 PROPÓSITO

Asegurar que las transacciones cumplan los criterios de legalidad, veracidad, exactitud y propiedad.

1.12.3 CRITERIOS

Permanente, continuo, total y compartido.

1.12.4 EJEMPLO

Diseño basado en controles clave del proceso para asegurar su agilidad y garantizar la legalidad, veracidad y propiedad de las transacciones. (Ver **ANEXO 12**)

1.12.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.13 AUTO EVALUACIÓN

1.13.1. RESUMEN DE LA NOGECI

“Los propios servidores públicos de un grupo, unidad o área específica de un ente público, deben evaluar la efectividad de los controles internos aplicados en la gestión de las operaciones a su cargo, por convicción de la importancia y utilidad del control.”

1.13.2 PROPÓSITO

Diagnosticar el funcionamiento del CII y asegurar el conocimiento actualizado de los operadores.

1.13.3 CRITERIOS

Aprobado por la MAE, imparcial, técnico y periódico.

1.13.4 EJEMPLO

La UAI de la entidad debe actuar como facilitador al iniciar el taller de auto evaluación del CII, en su calidad de asesor a la MAE en temas de CII. (Ver **ANEXO 7** y **ANEXO 13**).

1.13.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

1.14 EVALUACIÓN SEPARADA

1.14.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El ciclo del proceso de control interno se cierra con la evaluación de su efectividad, que permanentemente y con criterio independiente de las operaciones debe efectuar la auditoría interna.”

1.14.2 PROPÓSITO

Validar el funcionamiento del CII y emitir el dictamen e informe de resultados.

1.14.3 CRITERIOS

Anual, completo, independiente, amplio y proactivo.

1.14.4 EJEMPLO

Informe de evaluación del CII a la entidad aplicado por la UAI, incluye las recomendaciones para mejorar y validar el informe de auto evaluación de la administración activa. (Ver **ANEXO 14**).

1.14.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo II.

2. PRECEPTOS DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (CII)

2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“Los preceptos de control interno de los recursos públicos son las condiciones o criterios, de carácter técnico, a que debe ajustarse el ejercicio de la gestión pública institucional de dichos recursos.”

2.1.1 PROPÓSITO

Asegurar un nivel óptimo de calidad en el manejo, uso e inversión de los recursos públicos.

2.1.2 CRITERIOS

Valores técnicos, gerencia pública, enfoque para resultados.

2.1.3 EJEMPLO

La eficiencia en el manejo de los recursos de la institución. Por ejemplo la ejecución presupuestaria con superávit y el cumplimiento de los objetivos.

2.1.4 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capítulo III.

2.2 PLANEACIÓN

2.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El control interno de gestión de los entes públicos debe apoyarse en un sistema de planeación para asegurar una gerencia pública por objetivos.”

2.2.2 PROPÓSITO

Sistematizar el uso eficiente y efectivo de los recursos disponibles para cumplir los objetivos institucionales.

2.2.3 CRITERIOS

Global, formalizada, evaluada, ajustable, periódica y proactiva.

2.2.4 EJEMPLO

El programa de operaciones anual (POA) determina los objetivos principales y los indicadores a utilizar en la evaluación de los resultados alcanzados.

2.2.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo III.

2.3 EFICACIA

2.3.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“Asegurar la eficacia de la gestión pública en el marco de los principios y preceptos rectores de control interno es el objetivo primordial del control de los recursos públicos y de la gerencia pública.”

2.3.2 PROPÓSITO

Confirmar la importancia del cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad.

2.3.3 CRITERIOS

Enfoque para resultados, evaluaciones periódicas y objetivos actualizados.

2.3.4 EJEMPLO

Establecer los objetivos relevantes de la institución, registrar las operaciones y evaluar el avance en sus logros físicos y financieros. Por ejemplo, a través del monitoreo periódico del POA y el uso de indicadores.

2.3.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo III.

2.4 ECONOMÍA

2.4.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“La economía razonable de los recursos insumidos en el logro de los objetivos y metas programadas por los entes públicos, es uno de los resultados propios de un adecuado proceso de control interno institucional.”

2.4.2 PROPÓSITO

Cumplir los objetivos misionales de la entidad a un costo razonable y comparable.

2.4.3 CRITERIOS

Razonabilidad, periodicidad, comparabilidad y ajustes.

2.4.4 EJEMPLO

El auto control aplicado por los ejecutores de las operaciones asegura la veracidad y propiedad de las transacciones a un costo razonable. Completar los procesos a la primera es una definición de calidad. Por ejemplo adquirir los bienes que mejorar convenga a los intereses de la entidad, sin que se afecte la calidad de los mismos.

2.4.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo III.

2.5 EFICIENCIA

2.5.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El nivel óptimo de eficiencia en la prestación de los servicios o en el logro de los objetivos, metas o resultados presupuestados de un ente público, es el resultado final esperado del control interno de gestión.”

2.5.2 PROPÓSITO

Optimizar la relación costo - beneficio del CII, en su diseño y aplicación a las instituciones públicas.

2.5.3 CRITERIOS

Ágil, proactivo, continuo y auto correctivo.

2.5.4 EJEMPLO

Dotación de recursos equitativos para las instituciones tipo A, B o C, es una forma de ser eficientes, así como la clasificación de las UAIs. Otro ejemplo de eficiencia es cumplir determinadas actividades o alcanzar ciertos objetivos con la menor cantidad de recursos insumidos.

2.5.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo III.

2.6 CONFIABILIDAD

2.6.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“Asegurar la confiabilidad de la información financiera y operativa derivada de la gestión de los entes públicos, es un propósito esencial del proceso de control interno institucional.“

2.6.2 PROPÓSITO

Sistematizar el contenido, períodos, detalles y enfoque al usuario de la información.

2.6.3 CRITERIOS

Informes formales, amplios, periódicos, comparativos y comprensibles para usuarios de los servicios.

2.6.4 EJEMPLO

Disponer de registros formales y documentados como base para la preparación de la información periódica, oportuna, comparativa y autorizada para la toma de decisiones. Lo cual incluye mantener archivos ordenados y actualizados.

2.6.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo III.

2.7 PRIORIZACIÓN

2.7.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“La programación de auditorías internas debe priorizarse hacia las áreas, operaciones y actividades más importantes con relación al logro de los objetivos institucionales y dentro de éstas a las más críticas, débiles o de mayor riesgo.”

2.7.2 PROPÓSITO

Enfocar los esfuerzos hacia las actividades generadoras de valor agregado.

2.7.3 CRITERIOS

Selectividad, oportunidad, calidad y resultados relevantes.

2.7.4 EJEMPLO

Evaluaciones de auditoría interna con base en riesgos y priorizada hacia la prestación de los servicios públicos, basada en la evaluación de los controles internos y su importancia. Por ejemplo, matriz de riesgos institucionales.

2.7.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Título I, Capitulo III.

3. NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO (NOGECI)

3.1 ASPECTOS BÁSICOS DE LAS NOGECI

El ejercicio de la competencia rectora en materia de control interno se materializa mediante la emisión de normas generales de carácter técnico con los objetivos de:

3.1.1 PROPÓSITO

“i) Determinar las condiciones mínimas de calidad… ii) Facilitar su adecuado desarrollo por el Poder Ejecutivo y, en general, por todos los entes pasivos…. iii) Garantizar que la aplicación de los controles internos se efectúe dentro de un marco uniforme en los entes públicos... iv) Lograr la complementariedad del control interno con el control externo.”

3.1.2 CRITERIOS

Obligatorias, base para el diseño del CII, permite auto regulación.

3.1.3 EJEMPLO

Definir el marco de CII de cada institución pública con el apoyo del ente rector. (Ver **ANEXO 15**).

3.1.4 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Titulo II, Capitulo I.

3.2 COMPOSICION Y CODIFICACION

3.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“… cada Norma General se acompaña de una explicación básica, que es parte integral de la Norma, identificada con la palabra Declaración seguida del Código de la Respectiva Norma y de un numero consecutivo de dos dígitos para cada declaración; …”

3.2.2 PROPÓSITO

Facilitar la ubicación de las NOGECI y otros criterios técnicos.

3.2.3 CRITERIOS

Consistente, uniforme y amplio.

3.2.4 EJEMPLO

“… en el caso de la primera Declaración sobre la primera Norma General del Capítulo II del presente Título II el código es: Declaración TSC-NOGECI II-1.01-01”

3.2.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Titulo II, Capitulo I.

4. NORMAS GENERALES SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DE CONTROL INTERNO

4.1 DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

4.1.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El control interno, de conformidad con el Artículo 2 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas, es un proceso permanente y continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados de las entidades públicas, con el propósito de asistir a los servidores públicos en la prevención de infracciones a las Leyes y a la ética, con motivo de su gestión y administración de los bienes nacionales y alcanzar, de conformidad con lo previsto en el artículo 46 de la misma Ley, los objetivos siguientes: 1) Procurar la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad en los servicios; 2) Proteger los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal; 3) Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales; y, 4) Elaborar información financiera válida y confiable presentada con oportunidad.”

4.1.2 PROPÓSITO

Armonizar el concepto de control interno institucional y los objetivos de la organización.

4.1.3 CRITERIOS

Integral, enfoque a resultados sustantivos, cumplimiento legal, eficiencia y eficacia.

4.1.4 EJEMPLO

Los titulares de las unidades administrativas de cada institución difunden el CII y auto evalúan sus operaciones. (Ver **ANEXO 16**).

4.1.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Titulo II, Capitulo II.

4.2 RECTORÍA DEL CONTROL INTERNO

4.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El proceso de control interno institucional, como elemento del Sistema Nacional de Control de los Recursos Públicos, está bajo la rectoría permanente del Tribunal Superior de Cuentas, para asegurar de manera razonable la uniformidad en el desarrollo y aplicación de los componentes de dicho proceso y cumplir un eficaz rol de complementariedad del control externo a posteriori del Tribunal Superior de Cuentas, en función del adecuado recaudo manejo e inversión de los recursos y del logro de los objetivos institucionales.”

4.2.2 PROPÓSITO

Establecer criterios uniformes y de aplicación homogénea del CII en cada entidad pública.

4.2.3 CRITERIOS

Unidad de mando, normativo, asesor, capacitador y evaluador.

4.2.4 EJEMPLO

La ONADICI desarrolla, en el marco de las normas generales de control interno emitidas por el TSC, la normatividad técnica específica, la capacitación y la asesoría; todo ello a efecto de coadyuvar y velar por la adecuada implementación del control interno institucional contenido en las Guías 1 a 5. (Ver **ANEXO 17**).

4.2.4 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Titulo II, Capitulo I.

4.3 RESPONSABILIDAD POR EL CONTROL INTERNO

4.3.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“La responsabilidad principal por el diseño, implantación, operación, evaluación, mejoramiento y perfeccionamiento del control interno, tal como lo dispone el Artículo 47 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas, es inherente al principal titular y a los titulares subordinados de cada sujeto pasivo de la Ley. Por su parte, las jefaturas en cada área de la institución deben velar porque las medidas de control específicas relativas a su ámbito de acción sean suficientes y válidas, y porque los funcionarios sujetos a su autoridad jerárquica las apliquen cumplidamente.”

4.3.2 PROPÓSITO

Establecer los niveles de autoridad para el diseño, aplicación y evaluación continua del CII.

4.3.3 CRITERIOS

Asigna funciones y responsables, genera productos de su implantación.

4.3.4 EJEMPLO

La máxima autoridad de la entidad emite una política titulada: El CII una responsabilidad compartida. (Ver **ANEXO 18**).

4.3.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Titulo II, Capitulo I.

4.4 COMPONENTES DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO

4.4.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“El proceso de control interno de los entes públicos, sujetos pasivos de la LOTSC, está integrado por los siguientes componentes: 1) Ambiente de Control, 2) Evaluación o Valoración de Riesgos, 3)Actividades de Control 4) Información y Comunicación y 5) Monitoreo y Seguimiento.”

4.4.2 PROPÓSITO

Formalizar los componentes del CII para conocimiento de todos los servidores públicos y la ciudadanía.

4.4.3 CRITERIOS

Estructura formal, sistematiza, aplicación obligatoria.

4.4.4 EJEMPLO

Cada entidad pública del Poder Ejecutivo integra los componentes del CII en su estructura de funcionamiento, en caso de ausencia o cumplimiento parcial, es necesario completar o justificar la ausencia. Ver **ANEXO 19**).

4.4.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Titulo II, Capitulo I.

4.5 COMPONENTES ORGÁNICOS DEL CONTROL INTERNO

4.5.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“En el proceso de control interno institucional intervienen dos componentes orgánicos: La Administración Activa y la Auditoría Interna.”

4.5.2 PROPÓSITO

Identificar a los principales ejecutores del CII en las entidades públicas.

4.5.3 CRITERIOS

Autoridad, funciones específicas, resultados de la aplicación.

4.5.4 EJEMPLO

- La administración activa está conformada por las leyes, reglamentos y otras disposiciones aplicables, el recurso humano disponible, los recursos materiales y tecnológicos y lo más importante la tecnología, bienes y/o servicios que produce o presta la entidad a la comunidad.

- La auditoría interna tiene la función de aseguramiento del diseño y funcionamiento del CII, así como la asesoría en control a la MAE y otras instancias.

4.5.5 REFERENCIA LEGAL

Acuerdo Administrativo TSC Nº.001/2009, Articulo primero, Titulo II, Capitulo I.

ANEXOS GUIA 0 “INTRODUCCIÓN”

ANEXO 1. BOLETIN TRIMESTRAL DE PROMOCION DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (CII)

Sugerencias para el Boletín

Un artículo sobre el CII en cada Boletín.
Responsable: Comité de Control Interno y Unidad de Comunicación de la Institución.
Nombre del Boletín: Enfoque del CII en la entidad
Títulos sugeridos para los artículos o las noticias:

- Talleres de difusión desarrollados.
- La probidad y la ética en la organización, contribución del Comité de Ética.
- Informes de auto evaluación publicados por unidades o áreas de la Institución.
- Notas o informes de interés para los usuarios de los servicios y el personal sobre CII.
- Colaboración de la UAI en el fortalecimiento del CII.

ANEXO 2. PROGRAMA DEL TALLER DE DIFUSION DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (CII)

Difusión sugerida
Responsable: Unidad con funciones de Desarrollo Institucional de la Unidad de Planificación.

TALLER SOBRE LAS GUIAS –CII (Conferencia 1.5 horas, talleres de 4 y 8 horas)
INSTITUCION _____
PERIODO: _____

I. OBJETIVOS:

1. Interiorizar a los funcionarios y servidores públicos de las unidades operativas y administrativas el conocimiento y manejo de las Guías de Control Interno Institucional y las herramientas relacionadas.

2. Lograr un conocimiento teórico y práctico sobre la aplicación de las Guías de Control Interno Institucional (G-CII) y la normativa específica elaborada a partir de una adecuada transferencia de conocimientos e instrumentos para su implementación.

3. Concientizar, sensibilizar y capacitar a los niveles directivos, técnicos y administrativos en la cultura del control interno y la gestión institucional.

II. RESULTADOS ESPERADOS AL FINALIZAR EL TALLER:
Al finalizar el Taller cada participante tendrá la capacidad para:

1. Reconocer y estar familiarizado con los principales conceptos, componentes y elementos del Control Interno Institucional basados en los criterios técnicos emitidos por el TSC y la ONADICI, así como las NOGECI y las Guías de CII y su aplicación en la institución.

2. Comprender que el establecimiento del proceso de Control Interno Institucional de los recursos públicos genera una herramienta para la administración gubernamental, motivar al personal y tener una seguridad razonable de alcanzar los objetivos previstos en el art. 46 de la LOTSC siguientes: a) Procurar la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad en los servicios; b) Proteger los recursos públicos; c) Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales; y, d) Elaborar información operativa y financiera válida, confiable y transparente presentada con oportunidad.

3. Aportar significativamente, con su participación, en el diseño, desarrollo, establecimiento, aplicación y gestión del control interno institucional, mediante la utilización práctica de las pautas fijadas en las G-CII y la normativa específica emitida por cada entidad, así como el auto control y la auto evaluación del CII en las áreas de operación y en la Institución.

III. CONTENIDO GENERAL:

a) Presentación de las Guías CII, antecedentes y enfoque.
b) Guía CII-0 Introducción.
c) Guía CII-1 Ambiente de Control.
d) Guía CII-2 Evaluación y Gestión de Riesgos.
e) Guía CII-3 Actividades de Control.
f) Guía CII-4 Información y Comunicación.
g) Guía CII-5 Monitoreo.
h) Conclusiones y evaluación del Taller.

IV. DESTINATARIOS / PARTICIPANTES:

Funcionarios y servidores públicos representantes de las unidades administrativas y operativas seleccionadas de cada entidad.

V. MANUAL DEL PARTICIPANTE:

- Programa y cronograma del Taller.
- Normas sobre el Marco de CII, incluyendo las NOGECI, las G-CII y la normativa específica.
- Presentaciones utilizadas para presentar el Taller por cada unidad académica.
- Casos de aplicación práctica a la institución.

VI. TIEMPO Y HORARIOS:

De 4 a 8 horas académicas invertidas en un proceso participativo de enseñanza / aprendizaje, enfocado a compartir los criterios sobre la normativa, diseño y funcionamiento del CII en la administración de cada institución pública.

El horario en la mañana o en la tarde, cuatro horas por día, con intermedio para refrigerio.

VII. INSTRUCTORES:

- Sr N.N. funcionario de la institución encargado de la función de Desarrollo Institucional.
- Sr. L.L. funcionario miembro del Comité de Control Interno que colabora como facilitador del Taller.

ANEXO 3. ACUERDO DE COMPROMISO CON EL CODIGO DE CONDUCTA ÉTICA.

Propuesta de contenido

YO, _____, ACEPTO EL COMPROMISO DE COMPRENDER, APLICAR Y DIFUNIDIR LOS VALORES Y PRINCIPIOS DEL CODIGO DE CONDUCTA ÉTICA DEL SERVIDOR PÚBLICO HONDUREÑO APROBADO MEDIANTE DECRETO No. 36-2007, PUBLICADO EL 24 DE COTUBRE DEL 2007 EN EL DIARIO OFICIAL, LA GACETA .

DECLARO CONOCER, REVISAR Y ACTUALIZAR MIS CONOCIMIENTOS DE LAS 20 NORMAS DE CONDUCTA ÉTICA, CONTENIDAS EN EL ARTICULO 6 DEL CÓDIGO DE CONDUCTA ÉTICA, QUE SE INICIAN CON 1) CONOCER, RESPETAR Y HACER CUMPLIR LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA, EL PRESENTE CÓDIGO DE CONDUCTA ÉTICA DEL SERVIDOR PÚBLICO, LAS LEYES, LOS REGLAMENTOS Y DEMAS NORMATIVA APLICABLE AL CARGO QUE DESEMPEÑA.

FIRMADO EN LA CIUDAD DE _____ EL __ DE _____ DE 20XX.

Firma: _____

Nombre del servidor público: _____

Cargo que desempeña _____

ANEXO 4. INFORMACION PARA LOS USUARIOS EN LA WEB.

Información mínima a transparentar

- Identidad institucional visión, misión, objetivos estratégicos y objetivos detallados en POA institucional.
- Detalle de los servicios instalados y ofrecidos a los usuarios.
- Precio de los servicios, instalaciones donde están disponibles los servicios, incluye todas las direcciones para ubicación por teléfono, la Web y la dirección física.
- Organización y funciones de la institución.
- Normativa legal, reglamentaria y normativa utilizada para el ejercicio de las funciones y la prestación de servicios.
- Recursos públicos disponibles:
  - Personal o recurso humano, número por niveles y movimiento de ingreso y salida.
  - Presupuesto de ingresos y gastos, patrimonio institucional.
  - Activos fijos y otro patrimonio de la institución.
  - Fuentes de financiamiento de las operaciones.
- Informes de la gestión y la utilización de los recursos financieros:
  - POA institucional y reportes trimestrales de ejecución y evaluación física y financiera.
  - Ejecución del presupuesto de ingresos y gastos mensuales comparativo con año anterior.
  - Reportes gerenciales sobre el cumplimiento de objetivos sustantivos o misionales.
  - Informes financieros mensuales de ingresos, gastos, activos, pasivos y patrimonio institucional.
- Información pública requerida por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

ANEXO 5. ESTRUCTURA LEGAL Y NORMATIVA INSTITUCIONAL.

- Constitución Política de la República.
- Leyes generales y reglamentos de organismos rectores de los sistemas.
- Leyes especiales de aplicación general.
- Disposiciones de la Ley de la Administración Pública.
- Ley de Creación de la Institución.
- Reglamento a la Ley de Creación.
- Reglamento Orgánico Funcional Institucional.
- Manuales de Procedimientos de los servicios prestados u operaciones sustantivas (varios).
- Manuales administrativos y financieros, tales como:
  - Recursos humanos.
  - Compras y contrataciones.
  - Administración de activos fijos y otros bienes.
  - Manual de Contabilidad y Presupuesto.
  - Instructivos para oficinas descentralizadas y operaciones específicas.

ANEXO 6. INFORMES Y FECHAS DE APROBACIÓN.

- Informes de las ejecuciones presupuestarias (mensuales, trimestrales y anuales).
- Informe de avance del POA (mensual, trimestral y comparativo con el año anterior).
- Estados financieros institucionales (mensuales, trimestrales y anuales).
- Reportes de gestión de las unidades operativas (mensuales, trimestrales y anuales comparativos con el año anterior).
- Informe consolidado de la prestación de servicios (mensuales, trimestrales y anuales).
- Memoria Anual Institucional (anual).
- Boletines de Actividades (trimestral).
- Fechas de aprobación:
  - Mensuales 10 días después del último día hábil del mes anterior.
  - Trimestrales 12 días después del último día hábil del mes anterior.
  - Anuales hasta el último día laborable del mes de febrero del año siguiente al informado.

ANEXO 7. ESTRUCTURA DEL INFORME AUTO EVALUACION CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (CII)

I. NATURALEZA Y ALCANCE DE AUTO LA EVALUACION

II. EL CONTROL INTERNO EN LA INSTITUCION

III. RESULTADOS DE LA AUTO EVALUACION

A. CALIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL
   1) Comentarios sobre el control interno institucional.
   2) Conclusiones sobre la calificación.

B. AMBIENTE DE CONTROL (AMC)
   1) Comentarios sobre AMC.
   2) Opiniones del personal.
   3) Recomendaciones.

C. EVALUACION Y GESTIÓN DE RIESGOS (EGR)
   1) Comentarios sobre EGR.
   2) Opiniones del personal.
   3) Recomendaciones.

D. ACTIVIDADES DE CONTROL (ACO)
   1) Comentarios sobre ACO.
   2) Opiniones del personal
   3) Recomendaciones.

E. INFORMACION Y COMUNICACIÓN (ICO)
   1) Comentarios sobre ICO.
   2) Opiniones del personal.
   3) Recomendaciones.

F. MONITOREO (MON)
   1) Comentarios sobre el MON.
   2) Opiniones del personal.
   3) Recomendaciones.

ANEXOS A LA ESTRUCTURA DEL INFORME DE AUTOEVALUACION:

- Cuadro resumen de valoraciones promedio de componentes y elementos.
- Gráfica de barras sobre la calificación por componentes.
- Fotografías de los participantes trabajando en grupos.

ANEXO 8. PREPARAR, AUTORIZAR, APROBAR Y LEGALIZAR.

Los procedimientos para el trámite de las transacciones administrativas, financieras y operativas deben incluir de manera clara cuatro momentos de control clave que son los siguientes:

1. La preparación de la documentación para iniciar el trámite para recibir ingresos, desembolsar gastos o adquisición de bienes y servicios, traslado de recursos institucionales y otras actividades relacionadas.

2. La autorización de las operaciones, corresponde al nivel administrativo superior, con la categoría de jefatura y debe hacerlo de manera formal incluyendo la firma o rúbrica y la fecha en un espacio del documento en trámite o en forma escrita, mediante una nota que lo ratifica o no.

3. La aprobación de la operación corresponde a los niveles de la administración superior de las instituciones y se fundamenta en la revisión de las firmas de preparación y autorización incluidas, más los documentos que soportan la actividad en proceso de trámite.

4. La legalización de la transacción, en donde intervienen varias personas relacionadas con la operación, tanto internos como externos. Entre los internos el analista financiero que debe realizar el pago verifica que todos los controles se hayan cumplido, que los bienes y servicios hayan ingresado a la organización, que exista disponibilidad para efectuar el pago y finalmente la preparación del cheque o la transferencia bancaria a favor del proveedor de servicios o el pago realizado por el usuario de los servicios de la entidad.

Luego vendrán las actividades de evaluación del control interno para validar el funcionamiento de los controles establecidos y que éstos generen información relevante para la administración superior en relación a las principales actividades de la institución.

ANEXO 9. SERVICIOS OFRECIDOS.

Los organismos públicos se crean con el propósito de prestar servicios o producir bienes, auto regulándose para ello, por tanto el CII está enfocado al desarrollo de las principales transacciones de intercambio en las entidades y organismos públicos relacionadas con la generación de valor agregado y son las siguientes:

- Servicios instalados.
- Proceso de entrega de los servicios.
- Promoción de los servicios.
- Valoración de la calidad del servicio por los usuarios.

Las actividades relacionadas con el desarrollo de tecnología, las mejores prácticas, la administración del recurso humano en forma eficiente y la planificación estratégica de los objetivos institucionales son importantes.

ANEXO 10. REPORTES DE GESTIÓN POR PROCESOS.

El CII basa su funcionamiento en la acumulación ordenada de datos, registros y las acciones para generar información relevante que apoye o ayude a la gestión de la MAE y a todas las unidades relacionadas con los procesos productivos de bienes o servicios para la comunidad, tales como:

- Actividades sustantivas o misionales.
- Gestión administrativa y gerencial.
- Informes presupuestarios y financieros.
- Producción de la unidad informática para la toma de decisiones.

ANEXO 11. SERVICIOS PRESTADOS, SU PROMOCIÓN Y LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO.

La evaluación de la calidad de los servicios por los usuarios directos es la mejor forma de establecer la satisfacción en relación a los servicios públicos que presta la entidad. Para esto es importante detallar y comunicar los siguientes aspectos en forma obligaría y continúa:

- Desglose de los servicios instalados y ofrecidos.
- Precios individuales de los servicios ofrecidos.
- Información sobre ubicación de las instalaciones y servicios disponibles
- Horarios de atención al público de lunes a viernes y fines de semana, de ser el caso.
- Dirección domiciliaria, telefónica y electrónica individual.

ANEXO 12. PUNTOS CLAVE PARA OPERACIONES IMPORTANTES.

El registro de las operaciones sustantivas de la organización clasificado por las actividades importantes generadoras de valor agregado, de acuerdo a los servicios que presta la entidad.

Generación de reportes por períodos de las operaciones, diarios, semanales y mensuales para monitorear las actividades e incorporar acciones para la mejora continua en la prestación de los servicios al ciudadano.

Los auto controles establecidos en el diseño del CII permitirán enfocar los temas de mayor importancia en la prestación de los servicios a los ciudadanos que los requieran, contemplando la disponibilidad de instalaciones adicionales para los períodos de mayor demanda por ciclos de operación.

ANEXO 13. ESQUEMA DEL TALLER DE AUTO EVALUACION DEL CII.

CRONOGRAMA PARA EL TALLER DE AUTO EVALUACION DEL CII

INSTITUCION _____

TALLER SOBRE LAS G-CII Y SU AUTO EVALUACION

FECHAS: _____

DIA Y HORA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Día 1		
08:00 a 08:15	INICIO EL TALLER	ONADICI
08:15 a 09:00	Guía 0 Introducción.	Facilitador
	Guía 1 Ambiente de control	Facilitador
10:00 a 10:15	*Receso*	
10:15 a 12:00	Aplicación práctica de las guías 0 y 1	Participantes
	Guía 2 Evaluación y Gestión de Riesgos	Facilitador
	Aplicación práctica Guía 2.	Participantes
Día 2		
08:00 a 10:00	Guía 3 Actividades de Control	Facilitador
	Aplicación práctica Guía 3.	Participantes
10:00 a 10:15	*Receso*	
10:15 a 11:45	Guía 4 Información y Comunicación y Guía 5 Monitoreo.	Facilitador Participantes
11:45 a 12:00	Aplicación práctica Guía 4 y 5.	ONADICI.
	Conclusiones, evaluación y cierre del Taller.	

Tegucigalpa, _____ de 20XX

ANEXO 14. ESTRUCTURA DEL INFORME DE EVALUACION DEL CII POR LA UAI.

I. INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

1) Antecedentes, objetivos y alcance de la evaluación.
2) Responsabilidad para diseñar y establecer el CII.
3) Base legal y disposiciones legales aplicables.
4) Funcionarios principales de la entidad.

II. OPINIÓN DE LOS AUDITORES SOBRE EL CII

III. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL CII

1) Ambiente de control.
2) Evaluación y gestión de riesgos.
3) Actividades de control.
4) Información y comunicación.
5) Monitoreo.

IV. RECOMENDACIONES INCORPORADAS EN CADA TÍTULO Y NUMERADAS CONSECUTIVAMENTE EN EL INFORME

ANEXO 15. ESTRUCTURA GENERAL DEL CII Y LAS GUIAS.

Las siguientes Guías han sido desarrolladas para apoyar a la administración pública activa en el diseño e implementación del CII:

- Guía 0: Introducción al CII, incluye ejemplos de aplicación.
- Guía 1: Ambiente de Control, incorpora la referencia legal y las prácticas obligatorias y sugeridas para el diseño del CII.
- Guía 2: Evaluación y Gestión de Riesgos, dispone de las referencias legales y las prácticas obligatorias y sugeridas más importantes.
- Guía 3: Actividades de Control, incluye las prácticas obligatorias y sugeridas más importantes y en ciertos casos la referencia a las disposiciones legales.
- Guía 4: Información y Comunicación. Incorpora las prácticas obligatorias y sugeridas, así como la referencia legal en los casos disponibles.
- Guía 5: Monitoreo, incorpora la referencia legal y las prácticas obligatorias y sugeridas desarrolladas.

ANEXO 16. INFORMES DE AUTO EVALUACION POR LAS UNIDADES.

Las unidades operativas importantes deben difundir el contenido y enfoque del CII aplicable en su área de operación y aplicar un cuestionario para calificar la calidad del control interno que está operando en dicha unidad.

Los resultados compilados y discutidos en el grupo invitado al Taller genera el informe sobre la operación de los cinco componentes y los veinticinco elementos del control interno aplicables, emitiendo comentarios, opiniones y recomendaciones para la administración de la unidad.

La estructura del informe es similar a la propuesta en el **ANEXO 7** que detalla los contenidos globales de los resultados.

La acumulación de resultados debidamente conciliados permite llegar al informe de auto evaluación del control interno institucional, con la participación de una muestra representativa del personal de la institución en los diferentes niveles de operación.

ANEXO 17. EL TRIBUNAL SUPERIOR DE CUENTAS - ORGANO RECTOR.

El Tribunal Superior de Cuentas es el órgano rector del sistema nacional de control de los recursos públicos con facultades de promulgar la normativa específica para el funcionamiento eficiente del control interno institucional con el apoyo en su implementación de la Oficina Nacional de Desarrollo Integral del Control Interno (ONADICI) que es parte del Poder Ejecutivo y está ubicada en la Secretaría de la Presidencia de la República de Honduras.

La interrelación entre el TSC y la ONADICI se establece a través del Comité de Enlace y por los representantes de las dos instituciones.

Las Guías de CII emitidas por la ONADICI sobre la base de las disposiciones contenidas en el “Marco Rector del Control Interno Institucional del Sector Público” emitidas por el Tribunal Superior de Cuentas, contribuyen a facilitar el diseño e implementación de los controles internos institucionales requeridos para un adecuado uso y manejo de los recursos públicos.

ANEXO 18. POLITICA SOBRE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA DEL CII.

El Control Interno Institucional de cada entidad pública es responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad con la participación de los niveles de dirección de las áreas operativa, de gestión, financiera y sistemas de información, así como los servidores públicos que colaboran en dichas unidades.

La responsabilidad directa e indirecta de los funcionarios y servidores está claramente identificada en las normas establecidas en la descripción de funciones de los principales cargos o posiciones de la institución.

ANEXO 19. ESTRUCTURA COMPLETA DEL CII.

MARCO RECTOR DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS PÚBLICOS (MARE-CII-RP)

CONTENIDO	CANTIDAD
ASPECTOS BÁSICOS GENERALES	3
PRINCIPIOS RECTORES DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS PÚBLCOS	12
PRECEPTOS DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL	6
ASPECTOS BÁSICOS DE LAS NORMAS	2
NORMAS GENERALES SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DEL CONTROL INTERNO	5
NORMAS GENERALES RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL	10
NORMAS GENERALES RELATIVAS A LA EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS	6
NORMAS GENERALES RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL	20
NORMAS GENERALES RELATIVAS A LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	6
NORMAS GENERALES RELATIVAS AL MONITOREO	6
GUIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CII (incluyendo esta Guía 0)	6
DOCUMENTOS SOBRE AUTO REGULACION SOBRE EL CII.	Varios

Secretaria de Estado del Despacho Presidencial

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO

GUÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL SINACORP

GUIA 1 "AMBIENTE DE CONTROL"

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO (ONADICI)

1. AMBIENTE DE CONTROL INTERNO

El Ambiente de Control, principal componente del control interno institucional está definido en el Marco Rector del Control Interno del Sector Público de Honduras, en la sección correspondiente a las Normas Generales de Control Interno (NOGECI). La base del control interno es el ambiente de control desarrollado en las instituciones y sobre el cual se sustentan el resto de componentes en lo que se denominaría la administración institucional por riesgos. El Ambiente de Control está definido en diez elementos que lo conforman entre los cuales destacan los Valores de Integridad y Ética, la Competencia del Personal, la Organización y Funciones, el Compromiso del Personal con el Control Interno y la Función de Auditoría Interna que garantiza el diseño y funcionamiento del control interno a través de su evaluación continua y permanente.

1.1 RESUMEN AMBIENTE DE CONTROL INTERNO (NOGECI)

"La administración activa, principalmente el jerarca, debe fomentar un ambiente propicio para la operación del control interno, mediante la generación de una cultura que promueva, entre los miembros de la institución, el reconocimiento del control como parte integrante de los sistemas institucionales. El jerarca, en su calidad de responsable por el sistema de control interno, debe mostrar constantemente una actitud de apoyo a las medidas de control implantadas en la institución, mediante la divulgación de éstas y un ejemplo continuo de apego a ellas en el desarrollo de las labores cotidianas."

1.1.1 PRÓPOSITO

Sensibilizar y convencer al personal de la entidad pública de la importancia de mantener un ambiente interno de colaboración positivo para la operación y el cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

1.1.2 CRITERIOS

Impulsa la participación, integración, colaboración, sencillez, comprensión y dinámica permanente.

1.1.3 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe dictar en forma periódica una política que promueva el ambiente de control propicio para la colaboración, la participación y los aportes continuos del personal para la operación eficiente, eficaz, económica y transparente en todos los niveles de la organización (Ver **ANEXO 1**).

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe propiciar y favorecer la participación activa de los funcionarios y servidores en la generación de mecanismos para fortalecer y modelar el control interno y el funcionamiento de la institución.

PO.3 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe formalizar, apoyar y supervisar el funcionamiento eficiente de los comités conformados para fortalecer el funcionamiento de la institución, mediante la preparación de informes de gestión trimestrales, en los siguientes Comités: Comité de Probidad y Ética (1.5), Comité de Control Interno (1.11), Comité de Coordinación Institucional (1.13), Comité de Auditoria (1.20), entre otros, de acuerdo a los recursos y características de cada entidad.

1.1.4 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-01 Ambiente de Control, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.2 PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

1.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El sistema de organización administrativa de los entes públicos debe ser dinámico para permitir su ajuste oportuno en función de los planes operativos anuales y del logro de las metas programadas en el respectivo Presupuesto."

Las principales herramientas son:

1. Planificación estratégica institucional.
2. Alinear el Plan Estratégico Institucional con el Plan Nacional de Desarrollo aprobado por el Congreso Nacional.
3. Preparar y aprobar el Plan Operativo Anual (POA).
4. Formular y aprobar, de conformidad con los planes, el Proyecto de Presupuesto Institucional.

1.2.2 PROPÓSITO

Identificar el horizonte de la entidad y transmitirlo a conocimiento del personal y de los usuarios de los servicios. Herramienta relevante para la gestión institucional al evaluar la planificación institucional por la administración activa y el monitoreo mediante la auto evaluación por la administración y la evaluación del desempeño institucional.

1.2.3 CRITERIOS

Planificación aprobada, ampliamente consensuada, difundida, evaluada, actualizada y mejorada. En la perspectiva de largo plazo, conciliar la planificación institucional con la Visión de País, el Plan de Acción y el Plan de Gobierno, los proyectos plurianuales, así como la difusión amplia y documentada, a través de los informes de avance y las acciones de transparencia.

1.2.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad debe formular, o si corresponde, mejorar y actualizar la propuesta de misión, visión, valores y objetivos estratégicos de la entidad en forma anual.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe difundir ampliamente al personal de la entidad, el Plan Estratégico, el POA y el Presupuesto aprobado por el Congreso Nacional. Es necesario que exista plena consistencia entre el POA y el Presupuesto aprobado.

PO.3 Los responsables jerárquicos de todas las áreas y/o unidades de la entidad deben generar información sobre el avance de sus metas y evaluar el desempeño mensual sobre la ejecución del POA informando de manera formal a la MAE para la toma de acciones correctivas.

PO.4 Los responsables de la Unidad de Planificación y la Unidad Financiera de la entidad deben evaluar y conciliar periódicamente el avance físico del POA con el avance financiero de la ejecución presupuestaria a efecto de informar a la MAE los logros, los retrasos y principales dificultades, como también, las sugerencias para la toma de decisiones sobre las acciones correctivas correspondientes

1.2.5 REFERENCIA LEGAL

Ley General de Administración Pública, Art. 22, atribuciones 2), 3) y 4). TSC-NOGECI-04 Estructura Organizativa, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.3 VALORES DE INTEGRIDAD Y ÉTICA

1.3.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Para lograr un adecuado ambiente de control en los entes públicos, el titular y los servidores en los diferentes niveles de responsabilidad de la estructura organizacional, deben mantener una actitud íntegra y ética y promover permanentemente estos valores al interior del respectivo ente."

"Con todo, la labor de la administración al respecto no acaba en la etapa de selección; por lo contrario, le corresponde asegurarse que las características de integridad y ética continúen presentes en los servidores públicos y se manifiesten en su accionar diario".

1.3.2 LEALTAD INSTITUCIONAL

"Están obligados todos los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones a demostrar lealtad a la institución, respetando las normas, procedimientos y políticas institucionales que se establezcan para cumplir y velar porque se apliquen los principios y disposiciones contenidas en la Constitución de la República y demás leyes del país".

1.3.2.1 PROPÓSITO

EL enfoque primario de los funcionarios y servidores está dirigido a los objetivos estratégicos y a las acciones importantes desarrolladas por la entidad.

1.3.2.2 CRITERIOS

Aplicación amplia, difundida, aceptada y practicada en el ejercicio de las funciones específicas.

1.3.3 HONRADEZ E INTEGRIDAD

“Para el cumplimiento de las funciones y responsabilidades individuales como colectivas, se espera que todos los funcionarios y empleados públicos muestren un alto principio de honradez e integridad que no permita cuestionamientos de los resultados producidos en los trámites y gestiones que se realicen. Deberán profesar y demostrar que todas sus actuaciones son transparentes y que las mismas no son ni serán, en ningún momento, objeto de negociación para influenciar resultados”.

1.3.3.1 PROPOSITO

Potenciar la transparencia y la calidad del servicio público en beneficio de los usuarios.

1.3.3.2 CRITERIOS

Aceptación y credibilidad para la integridad con enfoque hacia la Transparencia.

1.3.4 BUENA CONDUCTA Y DISCIPLINA

“En el ejercicio de sus funciones, tanto en su entorno de trabajo como en los espacios o instancias ante las cuales ejercen representación institucional, deberán mantener un comportamiento de buena costumbre y de alto profesionalismo. Además su desempeño como servidor público deberá enmarcarse en el respeto y atención de normas y procedimientos que rigen la disciplina laboral, en cuanto a mandos jerárquicos y la conducta ética en general”.

1.3.4.1 PROPÓSITO

Presentación, puntualidad e imagen en la prestación de servicios institucionales.

1.3.4.2 CRITERIOS

Aplicación exigente, obligatoria y continua para los ejecutivos y el personal de línea.

1.3.5 RESPONSABILIDAD

“Tener como norma permanente el cumplimiento de sus funciones con el esmero, la celeridad y la dedicación que demanda la actividad pública. Apegarse y limitarse solo atribuciones que el cargo y las leyes le confieren. Responder de sus actos con la seriedad y disposición que se demanda en sus funciones de servidor del Estado”.

1.3.5.1 PROPÓSITO

Participación activa de todo el personal generando resultados positivos y eficaces en relación al cumplimiento de los objetivos de la institución.

1.3.5.2 CRITERIOS

Funciones definidas por escrito, informes de resultados en los plazos establecidos y cumplimiento de las disposiciones legales.

1.3.6 PROBIDAD

“Mantener una conducta intachable en sus actuaciones al administrar recursos públicos con entrega leal y honesta al desempeño de las tareas que le sean asignadas”.

1.3.6.1 PROPÓSITO

Actitud positiva, colaborativa y de calidad en el desempeño de las funciones específicas del personal de la entidad.

1.3.6.2 CRITERIOS

Expediente individual, disposición para colaborar, aporte profesional y perspectiva de cambio y mejora permanente.

1.3.7 TRANSPARENCIA

“Mantener una organización moderna y adecuada de información que permita determinar los manejos y gestiones que realizan en el cumplimiento de sus funciones e implementar métodos y procedimientos necesarios para que sus acciones reflejen el apego a las leyes y las políticas generales del Estado”.

1.3.7.1 PROPÓSITO

Demostrar el apego a los requerimientos legales y normativos, informando sobre las acciones y resultados obtenidos.

1.3.7.2 CRITERIOS

Informativos, periódicos, amplios, comparativos y disponibles para ser difundidos a varios niveles de la sociedad.

1.3.8 OBJETIVIDAD, IMPARCIALIDAD E INDEPENDENCIA

“Cumplir con las responsabilidades asignadas con la alta objetividad que indican las leyes, cumpliendo la aplicación de las mismas sin inclinaciones subjetivas, demostrar un juicio independiente sin dejar entrever influencias internas o externas que impliquen erróneas o incorrectas actuaciones”.

1.3.8.1 PROPÓSITO

Generar o producir servicios públicos de calidad, conforme las disponibilidades y las disposiciones legales, reglamentarias y normativas establecidas.

1.3.8.2 CRITERIOS

Mantener una actitud positiva, ejemplar para la sociedad y motivadora del cambio y la mejora continua en la administración pública.

1.3.9 SEGURIDAD, CONFIANZA Y CREDIBILIDAD

“Las conductas deben reflejar alto compromiso ante la sociedad en el cumplimiento de sus funciones, sus actuaciones deben indicar carácter en la toma de decisiones y conocimiento de sus responsabilidades para ser generador de respeto y el consiguiente respaldo que necesita todo servidor público en el cumplimiento de sus deberes.”

1.3.9.1 PROPÓSITO

Enfocada hacia la calidad del servicio público generando valor agregado a las acciones desarrolladas y la aceptación de los usuarios.

1.3.9.2 CRITERIOS

Cualidades positivas de los servidores, el buen servicio público con orientación hacia la eficacia, la eficiencia y la calidad.

1.3.10 INTERÉS PÚBLICO

“En el cumplimiento de sus responsabilidades y con apego a las leyes, todo funcionario o empleado público está obligado a demostrar interés y compromiso porque sus actividades resulten en logros de interés público tal y como lo mandan las leyes que se han emitido para la organización de los deberes y derechos de la ciudadanía”.

1.3.10.1 PROPÓSITO

El servicio público se califica como una actividad de elevado interés para la sociedad.

1.3.10.2 CRITERIOS

Participación activa, continua o permanente, conocida y transmitida a todo el personal.

1.3.11 CALIDAD DE SERVICIO

“Todo servidor público está obligado por su relación contractual a brindar lo mejor de sí mismo en la atención a los usuarios de los servicios públicos institucionales. Deberá asumir una actitud ética y profesional que demuestre que sus conocimientos y experiencia están al servicio de la ciudadanía para cumplir con eficiencia y eficacia sus funciones”.

1.3.11.1 PROPÓSITO

El fin primordial del servicio público está dirigido a la atención a los usuarios que requieren de su entrega. El servicio público es considerado de elevado interés para la sociedad.

1.3.11.2 CRITERIOS

La calidad del servicio debe ser permanente y transmitida a todo el personal de la entidad prestadora del servicio y actualizada en forma periódica.

1.3.12 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad en conjunto con el Comité de Probidad y Ética Pública (CPEP) debe definir los procedimientos para fomentar la difusión mediante talleres y conferencias, la adhesión y la aplicación permanente de los valores éticos por parte de todos los servidores públicos de la entidad sin distinción de jerarquías, y, de ser el caso, las sanciones conforme lo establecido en el Código de Probidad y Ética del Servidor Público.

PO.2 El CPEP debe colaborar en la preparación de un documento de fácil acceso continuo a los servidores públicos que incorpore: la misión, visión y valores de la entidad para su difusión generalizada a todo el personal; y particularmente durante el proceso de inducción de los nuevos servidores públicos que se incorporen a la entidad.

PO.3 El CPEP debe cumplir y documentar las siguientes funciones: 1) verificar el conocimiento de los valores de integridad, la misión, visión y objetivos estratégicos de la institución; 2) Informar los resultados de la evaluación a la MAE y al Director de RRHH; 3) desarrollar un taller sobre los Valores de Integridad para el personal; 4) actualizar y difundir continuamente el Código; 5) elaborar el informe de actividades de cada ejercicio fiscal; 6) promover los valores de integridad al presentar el informe.

1.3.13 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-02 Valores de Integridad y Ética, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.4 VALORES DE INTEGRIDAD Y ÉTICA - CÓDIGO DE CONDUCTA ÉTICA DEL SERVIDOR PÚBLICO

1.4.1 RESUMEN

Todas las entidades públicas deben adherirse al Código de Conducta Ética del Servidor Público, establecido por el Congreso Nacional de Honduras, aprobado el 24 de abril del 2007, para la prestación de servicios eficientes, efectivos y de calidad.

1.4.2 PROPÓSITO

Mantener criterios uniformes y obligatorios para gestionar positivamente la probidad y la ética en el sector público.

1.4.3 CRITERIOS

Aplicación universal, completa, capacitación continua, comités organizados, monitoreo por el TSC, participación del Consejo Nacional Anticorrupción (CNA) y el Instituto de Acceso a la Información Pública (IAIP).

1.4.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, los responsables jerárquicos y el Comité de Probidad y Ética Pública (CPEP) deben velar por la aplicación obligatoria del Código de Conducta Ética del Servidor Público promulgado por el Congreso Nacional a las instituciones públicas de los tres Poderes del Estado.

PO.2 El Código de Conducta Ética del Servidor Público debe ser conocido y aceptado formalmente por todos los servidores públicos de la entidad. Dicha aceptación debe constar en los legajos personales existentes en la unidad de recursos humanos de cada servidor público.

PO.3 El Comité de Probidad y Ética del Servidor Público (CPESP) debería actuar de oficio a base de un mapa de riesgos vinculados con el comportamiento ético demostrando una actitud proactiva para mantener y perfeccionar la cultura ética institucional.

1.4.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-02 Valores de Integridad y Ética, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009. TSC-PRICI-01: ÉTICA PÚBLICA. Código de Conducta Ética del Servidor Público promulgado por el Congreso Nacional.

1.5 VALORES DE INTEGRIDAD Y ÉTICA - COMITÉ DE PROBIDAD Y ÉTICA PÚBLICA

1.5.1 RESUMEN

El Comité es un equipo de trabajo constituido por cinco (5) miembros propietarios representantes del personal de la institución, electos por éstos en forma directa, conforme al Instructivo de Elección aprobado por el Tribunal. Los miembros durarán en su cargo dos años y podrán ser reelectos. Al respecto deberá considerarse:

a) Forma de Integración.
b) El Comité estará integrado por un presidente, un secretario y tres vocales.
c) Entre las principales funciones que debe cumplir el Comité deberán incluirse:

- Elaborar el plan de trabajo y someterlo a aprobación del Tribunal por medio de la Dirección de Probidad y Ética.
- Desarrollar acciones para prevenir la corrupción y los conflictos de intereses, así como para aumentar la transparencia en las compras y contrataciones de bienes y servicios y elevar la calidad y eficiencia del servicio público.
- Capacitar a los servidores públicos de su institución sobre el deber de informar a las autoridades competentes de los actos de corrupción que conozcan.
- Informar al TSC y demás autoridades competentes sobre los actos de corrupción de los que tengan conocimiento.

1.5.2 PROPÓSITO

Ejecutar acciones positivas para la difusión, conocimiento y aplicación del Código de Conducta Ética del Servidor Público y disposiciones relacionadas establecidas por el TSC.

1.5.3 CRITERIOS

Organización corporativa, voluntariado, elección amplia y pública, independiente y proactivo.

1.5.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 El CPEP debe programar reuniones y documentar sus actividades mediante resúmenes que incluyan las principales resoluciones adoptadas y el seguimiento que corresponda, para conocimiento de la Dirección de Probidad y Ética del TSC. El Comité de Probidad y Ética Pública deberá preparar informes trimestrales de sus actividades y resultados logrados y remitirlos a la MAE y a la Dirección de Probidad y Ética del TSC.

El CPEP con el apoyo técnico del TSC, la CNA y el IAIP debe organizar la capacitación del personal para difundir el Código de Conducta Ética del Servidor Público y realizar acciones de prevención de hechos contrarios a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

1.5.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-02 Valores de Integridad y Ética, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009. TSC-PRICI-01: ÉTICA PÚBLICA. Código de Conducta Ética del Servidor Público promulgado por el Congreso Nacional. Acuerdo Administrativo Nº.TSC005/2006 de fecha veintiocho de febrero de dos mil seis

1.6 VALORES DE INTEGRIDAD Y ÉTICA - CODIGO ESPECIFICO

1.6.1 RESUMEN

"… No obstante, además de estas normas de carácter general, cada institución sujeta a este Código puede emitir normas específicas de conducta ética. En caso de discrepancia entre las normas generales de este Código y las normas específicas emitidas por una institución sujeta a este Código, prevalecerá siempre lo dispuesto en el presente Código".

"Pueden emitir códigos de probidad y ética especiales las instituciones importantes que ejecuten actividades sustantivas especializadas y donde pueda existir discrecionalidad en la toma de decisiones."

1.6.2 PROPÓSITO

Disponer de un Código de Ética específico conforme con la misión de la entidad pública. Instituciones que ofrecen servicios de auditoría (TSC), entidades rectoras de los sistemas, entre otras.

1.6.3 CRITERIOS

Especialidad, información reservada, confidencialidad, independencia y otras regulaciones.

1.6.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con el CPEP y los responsables jerárquicos de las áreas o unidades sustantivas debe promover la emisión de un Código de Ética Específico destacando los valores aplicables particularmente a las operaciones sustantivas y/o especializadas que desarrolla la entidad.

1.6.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-02 Valores de Integridad y Ética, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009. TSC-PRICI-01: ÉTICA PÚBLICA. Código de Conducta Ética del Servidor Público promulgado por el Congreso Nacional.

1.7 PERSONAL COMPETENTE Y GESTIÓN EFICAZ DEL TALENTO HUMANO

1.7.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El control interno debe incluir las políticas y los procedimientos necesarios tanto para una apropiada planificación y administración de los recursos humanos de la institución, de manera que asegure el reclutamiento y la permanencia en el servicio de un personal competente e idóneo para el desempeño de cada puesto de trabajo, como para promover su desarrollo a fin de aumentar sus conocimientos y destrezas."

"…La administración de personal estará sometida a métodos científicos basados en el sistema de méritos." (Art. 256 de la Constitución Política de la República de Honduras.)

1.7.2 PROPÓSITO

Servidores públicos competentes con base en adecuadas prácticas usadas para el manejo eficiente del recurso humano.

1.7.3 CRITERIOS

Desarrollar competencias, habilidades, aptitudes y personal profesional e identificado con el servicio público.

1.7.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe actualizar el plan de remuneraciones de cada institución pública y generar políticas salariales internas equitativas conforme a las disposiciones del organismo rector.

PO.2 La unidad de recursos humanos y los responsables del resto de las áreas o unidades de la entidad deben formalizar o actualizar un documento que incorpore la clasificación de puestos y la descripción de funciones correspondiente, dicho documento debe ser aprobado por la MAE.

PO.3 La máxima autoridad debe instruir a las áreas o unidades correspondientes el desarrollo interno o la contratación de la capacitación externa especializada para los servidores públicos que se desempeñan en la entidad con relación a las actividades estratégicas y administrativas que deben realizar en cumplimiento de las funciones asignadas.

1.7.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-03 Personal Competente y Gestión Eficaz del Talento Humano, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.8 PERSONAL COMPETENTE Y GESTIÓN EFICAZ DEL TALENTO HUMANO - SERVICIO CIVIL DE CARRERA

1.8.1 RESUMEN

"El régimen de Servicio Civil regula las relaciones de empleo y función pública que se establecen entre el Estado y sus servidores, fundamentados en principios de idoneidad, eficiencia y honestidad."

"La presente Ley tiene por finalidad establecer un sistema racional de personal en el servicio público regulando las relaciones entre los servidores públicos y el estado..."

1.8.2 PROPÓSITO

Disponer de recurso humano competente, motivado y especializado para cumplir los objetivos de la institución con eficiencia y eficacia.

1.8.3 CRITERIOS

Aprobado, actualizado difundido, aplicado y evaluado.

1.8.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe establecer de manera formal los criterios técnicos para la selección y promoción de servidores públicos a base del mérito y la capacidad profesional en cada institución.

PO.2 La máxima autoridad en conjunto con la unidad de recursos humanos debe gestionar el cumplimiento de los programas de capacitación para el fortalecimiento de las aptitudes individuales para el desempeño de sus funciones.

PO.3 La máxima autoridad en conjunto con la unidad de recursos humanos debe desarrollar una metodología para la evaluación del desempeño individual con base en los criterios técnicos establecidos en la Ley del Sistema de Servicio Civil y Carrera Administrativa, al menos una vez al año y con base en un procedimiento de evaluación sistematizado y consistente.

1.8.5 REFERENCIA LEGAL

NOGECI III-03 Personal Competente y Gestión Eficaz del Talento Humano, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009. Art. 256 de la Constitución Política de la República de Honduras. Art. 1 de la Ley de Servicio Civil, Decreto 126.

1.9 PERSONAL COMPETENTE Y GESTIÓN EFICAZ DEL TALENTO HUMANO - CALIDAD DEL SERVIDOR PÚBLICO

1.9.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"…De la competencia de los servidores públicos depende la eficacia y eficiencia de los sistemas administrativos, financieros y operativos, así como la obtención de los objetivos institucionales.."

1.9.2 PROPÓSITO

Contar con los mejores profesionales para la entrega de los servicios a los usuarios.

1.9.3 CRITERIOS

Integridad, competencia, capacidad, especialización y compromiso con el servicio público.

1.9.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 Todos los servidores públicos deben ser sujetos de la evaluación del desempeño por su inmediato superior procurando identificar y mejorar las condiciones y dificultades que impidan alcanzar niveles de efectividad en la prestación de los servicios y en el cumplimiento eficiente de las funciones específicas de los funcionarios y servidores públicos. Dicha evaluación debe llevarse a cabo al menos una vez al año.

1.9.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-03 Personal Competente y Gestión Eficaz del Talento Humano, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.10 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

1.10.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El jerarca o titular del ente público debe crear y desarrollar una estructura organizativa que apoye efectivamente el logro de los objetivos institucionales y por ende, la realización de los procesos, las labores y la aplicación de los controles pertinentes."

1.10.2 PROPÓSITO

Diseñar y desarrollar la estructura organizacional de la institución de manera eficiente y eficaz, según su misión, visión, valores y objetivos estratégicos.

1.10.3 CRITERIOS

Sistematizada, técnica, flexible, actualizada, aprobada y dirigida a los procesos sustantivos.

1.10.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe definir y formalizar una estructura organizacional adecuada estableciendo las áreas de operación clave, estableciendo las líneas de coordinación, información y control. El organigrama de la entidad debe resumir la estructura organizacional vigente y las relaciones de autoridad formal entre los cargos de dirección, las unidades de asesoramiento, las áreas administrativas y operativas y las correspondientes unidades que las conforman.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad debe disponer de Manuales de Organización y Funciones y Manuales de Procedimientos conforme a Ley de creación, la reglamentación interna y la misión de cada entidad.

PO.3 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe desarrollar e incluir la información actualizada de los servicios instalados y ofrecidos por la institución en su página Web para conocimiento de todos los usuarios. Asimismo, debe colocar dicha información en lugares visibles dentro de las instalaciones para el conocimiento de los usuarios o beneficiarios de los servicios que presta la entidad. (Ver **ANEXO 2**).

PO.4 Los responsables jerárquicos de las áreas o unidades relacionadas con la prestación de servicios a los usuarios o beneficiarios, deben mantener en orden los expedientes y documentos por personal experto que demuestre conocimiento, organización, transparencia y resultados oportunos

1.10.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-04 Estructura Organizativa, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.11 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA - PROCESOS SUSTANTIVOS

1.11.1 RESUMEN

La descentralización es un elemento clave en los procesos sustantivos, entendiéndose a la misma como la acción administrativa por la cual se delega a las entidades amplia capacidad de decisión en lo técnico, administrativo y financiero para la ejecución de determinadas actividades y ejercerán las potestades públicas que el Estado les otorgue en el ámbito de su competencia.

1.11.2 PROPÓSITO

Relevar las funciones sustantivas en la estructura organizativa de las entidades públicas y su relación con la gestión, la información financiera y el control.

1.11.3 CRITERIOS

Priorización, relevancia, coordinación, registro de operaciones, informes y evaluación.

1.11.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 Las unidades prestadoras de servicios estratégicos se relacionan en forma directa con los usuarios de los servicios, por tanto, deben ser ubicadas en forma clara y amplia en el organigrama y en el Manual de Organización y Funciones, ambos instrumentos organizacionales deben estar permanentemente actualizados y deben ser aprobados por la MAE.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, deben actualizar y conciliar los objetivos del POA y de los Proyectos que administra la entidad con las funciones y responsabilidades de las áreas operativas incluidas en el Manual de Organización y Funciones.

PO.3 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, deben desarrollar un Manual de Procedimientos que defina el conjunto de operaciones y los controles incorporados para contribuir al desarrollo de los procesos administrativos y operativos que se diseñaron en función a la misión de la entidad. Dicho Manual debe estar debidamente actualizado y aprobado por la MAE.

PO.4 La MAE debe implantar y apoyar el funcionamiento del Comité de Control Interno encargado de contribuir a la implementación del control interno institucional y su reflejo en el Manual de Procedimientos. Dicho Comité debería estar integrado por la Unidad de Planificación (o similar), que lo coordinaría; dos representantes de las áreas de operación, uno de la administración y otro del área financiera. El auditor interno debería participar con voz pero sin voto. Asimismo, la ONADICI podrá participar en las reuniones del Comité en carácter de observador.

1.11.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-04 Estructura Organizativa, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009. Ley General de Administración Pública.

1.12 DELEGACIÓN DE AUTORIDAD

1.12.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"La delegación de funciones o tareas en un funcionario debe conllevar no sólo la exigencia de la responsabilidad por el cumplimiento de los procesos, actividades o transacciones correspondientes, sino también la asignación de la autoridad necesaria a fin de que pueda tomar las decisiones y emprender las acciones más convenientes para ejecutar oportunamente sus funciones de manera expedita y eficaz."

1.12.2 PROPÓSITO

Posibilita el cumplimiento de los objetivos institucionales de manera oportuna, eficiente, efectiva y económica.

1.12.3 CRITERIOS

Establecer por escrito límites de alcance y tiempo de aplicación.

1.12.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La MAE debe formalizar la delegación de autoridad por escrito mediante el Manual de Organización y Funciones de la entidad. La ley de creación y el reglamento interno constituyen la base para definir la estructura de la delegación de autoridad. La delegación de autoridad debe generar corresponsabilidad, entre quien delega y quien la ejerce. Quien delega mantiene la responsabilidad por los resultados alcanzados por la delegación. No obstante, el servidor a quien se le delega autoridad podrá oponerse por escrito, en caso de recibir órdenes para realizar operaciones indebidas o contrarias a las disposiciones legales (Ver **ANEXO 3**).

1.12.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-05 Delegación de Autoridad, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.13 ACCIONES COORDINADAS

1.13.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El control interno debe contemplar los mecanismos y disposiciones requeridos a efecto de que los servidores públicos y unidades participantes en la ejecución de los procesos, actividades y transacciones de la institución, desarrollen sus acciones de manera coordinada y coherente, con miras a la implantación efectiva de la estrategia organizacional para el logro de los objetivos institucionales."

1.13.2 PROPÓSITO

Compartir la información sobre el avance en el cumplimiento de los objetivos institucionales para coordinar acciones entre las unidades operativas y de apoyo de la entidad.

1.13.3 CRITERIOS

Reuniones periódicas dirigidas por la MAE, Comité de Coordinación estructurado e integrado por el nivel superior de la entidad, acuerdos formalizados.

1.13.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de las áreas y/o unidades correspondientes, debe formalizar o crear el Comité de Coordinación Institucional de la entidad pública con el propósito de intercambiar información y generar soluciones colaborativas de acuerdo a los requerimientos institucionales.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de las áreas y/o unidades correspondientes, debe normar el funcionamiento del Comité de Coordinación mediante un instructivo que detalle la integración, agenda a tratar, reuniones a realizar, documentación y seguimiento de las resoluciones importantes, entre otros requerimientos.

1.13.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-06 Acciones Coordinadas, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.14 ACCIONES COORDINADAS – RELACIÓN CON LA PLANIFICACION

1.14.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"…debe considerarse que la coordinación tiene como fundamento a la planificación y que para su apropiado ejercicio se requiere de una estructura orgánica idónea. Por ello, los mecanismos de coordinación deben preverse convenientemente desde las primeras etapas del proceso planificador e integrarse en la estrategia y las consideraciones relativas a la organización formal y las relaciones entre los diversos puestos de trabajo".

1.14.2 PROPÓSITO

Seguimiento a la ejecución del Programa Operativo Anual de la entidad, coordinando esfuerzos y coadyuvando para el logro de los objetivos institucionales.

1.14.3 CRITERIOS

Metas y objetivos concretos, cooperación entre unidades operativas de apoyo, mejoras en las actividades y en el cumplimiento del POA.

1.14.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 El Plan Estratégico Institucional y el POA se deben constituir en la base para la coordinación de las operaciones y el logro efectivo de los objetivos institucionales.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe impulsar mediante la formalización de una política que favorezca la cooperación entre las unidades operativas y de apoyo para promover el logro eficaz, eficiente y coordinado de los objetivos estratégicos institucionales. Las unidades operativas son áreas sustantivas que incluyen a las unidades estratégicas de la entidad.

1.14.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-06 Acciones Coordinadas, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.15 COMPROMISO DEL PERSONAL CON EL CONTROL INTERNO

1.15.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El titular principal o jerarca, con el apoyo de los titulares subordinados, deberá instaurar las medidas de control propicias para que los servidores públicos reconozcan y acepten la responsabilidad que les compete por el adecuado funcionamiento del control interno y promover su participación activa tanto en la aplicación y mejoramiento de las medidas ya implantadas como en el diseño de controles más efectivos para las áreas en donde desempeñan sus labores."

1.15.2 PROPÓSITO

Sensibilizar y concientizar a los servidores públicos de la entidad en el diseño, implantación y evaluación del CII.

1.15.3 CRITERIOS

Convencimiento, participativo, proactivo, compromiso e incorporado al proceso de cambio.

1.15.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe establecer los estándares específicos de mejora continua y el cumplimiento de los objetivos del control interno y de la gestión institucional procurando favorecer al proceso de rendición de cuentas por la forma y el destino del manejo de los recursos públicos y los resultados obtenidos en las operaciones. Dichos estándares están constituidos por las metas incluidas en los planes y programas operativos, y a nivel de control, por el Marco Rector de Control Interno Institucional y las prácticas obligatorias contenidas en las Guías para la implantación del control interno institucional.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe promover el funcionamiento eficaz del CII como una política formal cuyo cumplimiento le corresponde a todas las áreas y servidores públicos de la entidad procurando impulsar el compromiso correspondiente para el logro de los objetivos institucionales. El cumplimiento de dicha política debe ser conocido por las autoridades mediante el resultado de las actividades de monitoreo y autoevaluación que manifestarán la adhesión y el nivel de compromiso del personal con las metas institucionales y el proceso de control interno implantado.

1.15.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-07 Compromiso del Personal con el Control Interno, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.16 ADHESIÓN A LAS POLÍTICAS

1.16.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"En el ejercicio de sus funciones, los servidores públicos deben observar y contribuir con sugerencias a las políticas institucionales y a las específicas aplicables a sus respectivas áreas de trabajo, que hayan sido emitidas y divulgadas por los superiores jerárquicos, quienes además deben instaurar medidas y mecanismos propicios para fomentar la adhesión a las políticas por ellos emitidas."

1.16.2 PROPÓSITO

Promover el cumplimiento de los objetivos sustantivos de la entidad con eficacia y eficiencia.

1.16.3 CRITERIOS

Oportunas, seleccionadas, importantes, difundidas, integradas y motivadoras.

1.16.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe difundir las políticas institucionales de manera formal mediante notas por escrito a todos los superiores jerárquicos, así como la publicación en la página web de la entidad a todo el personal de la institución. Entre otras, es conveniente que existan políticas relacionadas con las operaciones sustantivas y la atención a los usuarios de los servicios (Ver **ANEXO 4**).

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe emitir la política sobre la rendición de cuentas y difundir y aplicar en todos los niveles: estratégico (alta dirección), táctico (directores y jefes de unidades) y operativo (todos los servidores públicos).

PO.3 Los responsables jerárquicos de la entidad deben elaborar, emitir y difundir oportunamente los informes de resultados de las operaciones, de la gestión y de la ejecución presupuestaria para fortalecer al proceso de rendición de cuentas y la transparencia institucional, tanto interna como externa.

La máxima autoridad debe establecer una política que procure la participación activa del personal a través de sugerencias para para el mejoramiento continuo de sus funciones incrementando el nivel de compromiso, la adhesión a las políticas institucionales y el sentido de pertenencia de los servidores públicos hacia la entidad y los objetivos de la misma.

PO.4 La máxima autoridad, junto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad debe difundir, diseñar, implantar y evaluar el control interno institucional y las políticas institucionales cuya aplicación debe ser continua y periódicamente monitoreada.

1.16.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-08 Adhesión a las Políticas, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.17 AMBIENTE DE CONFIANZA

1.17.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Los responsables del control interno deberán estimular entre el personal la generación y el mantenimiento de un ambiente de confianza basado en la difusión de información veraz, la comunicación adecuada, la delegación de funciones y técnicas de trabajo participativo y cooperativo con miras a la promoción del desempeño eficaz y el logro de los objetivos institucionales."

1.17.2 PROPÓSITO

Lograr la participación del personal de todos los niveles y unidades para generar un ambiente de confianza en los procesos y los resultados alcanzados.

1.17.3 CRITERIOS

Rendir cuentas, información detallada y comparativa, transparencia, amplia participación, colaboración y presentación de sugerencias y opiniones.

1.17.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad y los responsables jerárquicos deben difundir a los servidores públicos correspondientes, las prácticas de control interno implementadas para su aplicación efectiva, cuyo cumplimiento genera confianza en las operaciones y en la información generada sobre las operaciones. Por otra parte, dichas autoridades deben procurar establecer mecanismos de reconocimiento sobre los esfuerzos que el personal ha demostrado en relación a los logros alcanzados, procurando reforzar un ambiente de confianza mutua.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe diseñar e implementar técnicas de trabajo participativo y cooperativo entre las unidades operativas, administrativa y financiera, trabajando en equipo con participación interdisciplinaria, como también, a través del Comité de Coordinación Institucional.

1.17.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-09 Ambiente de Confianza, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.18 AUDITORIA INTERNA

1.18.1. RESUMEN DE LA NOGECI

"En cada ente público, como parte de un adecuado ambiente de control, debe existir una unidad de auditoría interna eficaz, cuyo nivel de independencia funcional y de criterio debe ser respetado por el jerarca o titular de la entidad y, en general, por la dirección superior y todos los servidores públicos de la misma."

1.18.2 PROPÓSITO

Aseguramiento del adecuado diseño y funcionamiento del CII.

1.18.3 CRITERIOS

Independiente, objetiva, sistemática, enfocada a los riesgos relevantes, opinión sobre el CII, asesoría en control, recomendaciones para agregar valor a los objetivos institucionales.

1.18.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 El jefe de la Unidad de Auditoría Interna (UAI) debe establecer criterios normativos para determinar el alcance, tamaño, especialistas, equipos y las actividades que se deben desarrollar considerando los parámetros establecidos en la Guía de Organización y Funcionamiento de la UAI emitida por la ONADICI.

PO.2 El jefe de la UAI debe dar seguimiento oportuno e integral a las recomendaciones de auditoría externa e interna, preparando informes trimestrales para la institución, la ONADICI y el TSC sobre el nivel de implementación de las acciones comprometidas (Ver **ANEXO 5**).

PO.3 El Jefe de la UAI debe preparar el Plan General y el POA de la UAI considerando la Guía respectiva emitida por la ONADICI, procurando agregar valor con la realización de tareas de aseguramiento de las operaciones y el funcionamiento del CII. En este sentido, debe emitir informes periódicos sobre el nivel de efectividad del CII, como también, sobre la información financiera, el cumplimiento de leyes y normas vigentes y el nivel de eficacia y eficiencia de las operaciones. No obstante, la auditoría interna debe realizar tareas de asesoramiento en materia de control, riesgos y gobierno institucional sin afectar su independencia de criterio.

1.18.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI III-10 Auditoría Interna y TSC- NOGECI VII-06 Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Auditoria Interna, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009. TSC-NOGENAIG 04 Áreas de Responsabilidad, Acuerdo Administrativo TSC No. 003/2009.

1.19 AUDITORIA INTERNA - DEFINICION Y PROPÓSITO

1.19.1 CONCEPTO DE AUDITORÍA INTERNA (AI)

"La auditoría interna de entidades del Sector Público es una actividad de aseguramiento y asesoría que se ejerce con independencia de las operaciones que audita para mejorar las operaciones de la entidad y apoyar a la gerencia publica en el cumplimiento de los objetivos programados y presupuestados, aportando un enfoque sistémico y disciplinado para evaluar, optimizar y agregar valor a la efectividad de los procesos de gestión de riesgo, control y gobierno institucional garantizando la objetividad de las conclusiones y recomendaciones formuladas en sus informes".

1.19.2 PROPÓSITO

Promover el cumplimiento legal, la confiabilidad de la información, la eficiencia en el manejo de los recursos y la eficacia al cumplir los objetivos institucionales.

1.19.3 CRITERIOS

Independiente, sistémica, disciplinada, agrega valor, valora el riesgo de auditoría.

1.19.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La Auditoría Interna debe evaluar el funcionamiento del control interno institucional, tiene la capacidad para prestar el servicio con criterio independiente y objetivo y determinar la efectividad del control interno institucional. La UAI a través de las evaluaciones verifica el cumplimiento de las NOGECI y de las Guías de CII y las buenas prácticas para la administración de los recursos.

El Jefe de la UAI debe proporcionar asesoramiento para mejorar los controles internos procurando la mejora continua y el funcionamiento eficiente, efectivo y ágil de los servicios prestados por la institución, así como la gestión de riesgos y el gobierno institucional.

1.19.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGENAIG-03 Definición y Propósito, Acuerdo Administrativo TSC No. 003/2009. TSC-NOGECI VII-06 Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Auditoria Interna, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.20 AUDITORIAS INTERNAS - ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

1.20.1 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

"Las Unidades de Auditoría Interna de las entidades públicas, estarán ubicadas en la estructura organizacional de las mismas al nivel de la Máxima Autoridad Ejecutiva de la respectiva entidad, a la cual deben reportar. Su organización y funcionamiento se establecerán de acuerdo con la clasificación de la misma, es decir si se trata de una UAI Tipo-A, Tipo-B o Tipo C".

1.20.2 PROPÓSITO

Nivel de asesoría a la MAE, funciones de evaluación y control.

1.20.3 CRITERIOS

Evaluación, asesoría, supervisión, aseguramiento, opinión sobre la información financiera y equipos de auditoría multidisciplinario.

1.20.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La UAI debe disponer de auditores especialistas en las actividades sustantivas de la organización y depender del Jefe de la UAI. Asimismo, debe contar con un número suficiente de supervisores que puedan revisar los trabajos de los equipos conformados.

PO.2 La máxima autoridad debe implantar el funcionamiento del Comité de Auditoría para el conocimiento y trámite de los resultados obtenidos en las tareas de aseguramiento desarrolladas por la UAI conforme a las funciones y responsabilidades establecidas para dicha unidad en la "Guía de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Auditoría Interna" emitida por la ONADICI.

El Comité de Auditoría debe estar integrado por un número impar de servidores públicos que comprenda a un responsable jerárquico en representación de la MAE, los responsables jerárquicos de cada unidad sustantiva, el responsable del área financiera y un representante de la ONADICI. En el caso de instituciones que dispongan de cuerpos colegiados dos de sus miembros deben estar representados en el Comité. La participación de ONADICI en el Comité de Auditoría procura fortalecer la independencia de la UAI en cuanto al contenido de los informes elaborados por dicha unidad.

El Comité de Auditoría no aprueba informes, sus actividades se enfocan a la toma de conocimiento previo a su remisión pudiendo solicitar a la UAI las aclaraciones que considere pertinentes y el perfeccionamiento del contenido de los mismos. El Comité de Auditoría debe establecer su Reglamento de organización y régimen de funcionamiento que debe ser aprobado por la MAE.

Las reuniones ordinarias del Comité de Auditoría se deben realizar cada trimestre en marzo, junio, septiembre y diciembre de cada ejercicio fiscal y en forma extraordinaria cuando la coordinación del Comité la convoque.

PO.3 El Comité de Auditoría debe contar con el apoyo y la participación con voz pero sin voto del Jefe de la UAI. Asimismo, la UAI presentará al Comité de Auditoría el POA de la Unidad y los informes periódicos sobre las actividades realizadas en cada trimestre, además de los informes de seguimiento de las recomendaciones. La UAI deberá dar cumplimiento a las instrucciones del Comité quien representa la autoridad funcional de la UAI y velará por su independencia. No obstante, la autoridad jerárquica es la máxima autoridad de la entidad.

PO.4 El Jefe de la UAI debe cumplir las normas establecidas por el TSC para realizar la auditoría; como también, las normas técnicas específicas que emita la ONADICI para tales efectos. Asimismo, debe dar cumplimiento a otras normas vigentes como la “Guía de Organización y Funcionamiento de las UAIS” y la “Guía para la elaboración del Plan General y del Programa Operativo Anual de la UAI” que establece los criterios para la programación y los elementos que permiten evaluar el nivel de desempeño logrado por la UAI.

1.20.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGENAIG-16 Organización y Funcionamiento de las UAI, Acuerdo administrativo TSC No. 003/2009. TSC-NOGECI VII-06 Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Auditoria Interna, Acuerdo administrativo TSC No. 001/2009.

1.21 AUDITORIA INTERNA - ASEGURAMIENTO DEL CII

1.21.1 ASEGURAMIENTO DEL CONTROL INTERNO

“…La auditoría interna de las entidades del sector público debe entenderse como un medio eficaz para ayudar a los gerentes públicos, sean estos Ministros o Secretario de Estado, Directores, Gerentes, Jefes de Oficina o cualquier otra denominación que se le dé a la Máxima Autoridad Ejecutiva responsable de la entidad y a los demás servidores públicos del Nivel de Dirección, en el logro de los objetivos y resultados institucionales mediante la evaluación de la efectividad de los procesos de gestión de riesgo, control y gobierno institucional y la ejecución de auditorías internas con un enfoque integral o de gestión…

1.21.2 PROPÓSITO

Asegurar el cumplimiento de los objetivos de la entidad sobre eficiencia en el manejo de recursos y la eficacia en el logro de los objetivos sustantivos, confiabilidad de la información producida y cumplimiento de las disposiciones legales.

1.21.3 CRITERIOS

Evaluación continua, seguimiento a recomendaciones, informes de evaluaciones parciales, reuniones con los directores de área y operativos, charlas de actualización y proyección, informe anual de evaluación.

1.21.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 El Jefe de la UAI debe realizar reuniones con los responsables jerárquicos de las áreas o unidades administrativas y operativas para asesorar y facilitar el conocimiento y aplicación de los controles internos institucionales.

1.21.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGENAIG-03 Definición y propósito, Acuerdo administrativo TSC No. 003/2009TSC-NOGECI VII-06 Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Auditoría Interna, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

ANEXOS GUIA 1 “AMBIENTE DE CONTROL”

ANEXO 1. POLITICA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.

INSTITUCIÓN: _____

Con base en el "Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos" y fundamentalmente en el principio "TSC-PRICI-07: AUTO REGULACIÓN", la Máxima Autoridad de la Entidad (MAE) de las instituciones públicas responsable de la gestión de la entidad establece la política pública prioritaria para la implantación del proceso de control interno institucional en todas las unidades que la conforman, reconociendo que dicho proceso es indispensable para asegurar en forma razonable el logro de los objetivos institucionales, fortaleciendo la rendición de cuentas en todos los niveles y promoviendo la transparencia institucional.

La MAE extiende su apoyo a la mejora continua de los controles internos con el compromiso que asumen los superiores jerárquicos de las unidades de operación, administración y finanzas, implementando en forma oportuna y continua de las Normas Generales de Control Interno (NOGECI) y las Guías de Control Interno Institucional (G-CII), mediante la aplicación de las prácticas obligatorias (PO) detalladas en las G-CII emitidas por la Oficina Nacional de Desarrollo Integral del Control Interno (ONADICI), responsable del desarrollo integral del control Interno institucional.

La política de Control Interno Institucional es de aplicación obligatoria en todos los niveles organizativos de la Institución y en el proceso de control interno participan todos los servidores públicos sin exclusión alguna.

La MAE con el apoyo técnico de la ONADICI coordinará la implementación ordenada de las prácticas obligatorias mediante el esfuerzo conjunto del Comité de Control Interno y los responsables jerárquicos bajo la dirección y el compromiso de la máxima autoridad ejecutiva.

La MAE aprobará y remitirá trimestralmente a ONADICI el informe del Comité de Control Interno, incluyendo los avances en la implementación de las prácticas obligatorias.

ANEXO 2. AMBIENTE DE CONTROL INTERNO – INSTALACIONES Y SERVICIOS.

El acceso a las instalaciones físicas y/o virtuales de las instituciones públicas debe privilegiar la prestación de los servicios para los cuales se crearon, incorporando información que comunique y oriente a los usuarios de los servicios y la ubicación de las diversas modalidades de acceso instaladas en su ámbito de operación.

Las instalaciones físicas para los usuarios de los servicios deben contar con un área de información pública de los servicios instalados y los requerimientos para acceder a los mismos. Para el personal de la institución las instalaciones deben reunir las condiciones necesarias para cumplir en forma oportuna, eficiente y efectiva las funciones asignadas.

El acceso a las instalaciones por medio de la Web institucional debe privilegiar la siguiente información:

- Institucional respecto a la misión, visión, valores, objetivos estratégicos, organización, disposiciones legales, reglamentarias y normativas aplicables, informes de resultados de las operaciones sustantivas, de gestión y financieras actualizadas, entre otra.

- Institucional sobre los servicios instalados y los requerimientos para el acceso de los usuarios, sea a través de la Web, mediante la comunicación telefónica o la visita a las instalaciones, en los casos necesarios.

  Información de conocimiento y acceso público bajo los criterios definidos en la Ley de Libre de Transparencia y Acceso a la Información Pública, actualizada conforme a las fechas establecidas en las disposiciones de los organismos rectores de los procesos o de los sistemas.

- La información actualizada en la página Web institucional, en algunos casos en forma diaria, pero en ningún caso la actualización incluirá períodos mayores a una semana, debe definirse y publicarse el día de la semana en que se actualiza la información.

ANEXO 3. DELEGACIÓN DE AUTORIDAD - FORMATO RESUMIDO.

La autoridad de los funcionarios públicos se origina en las disposiciones legales y en sus diferentes niveles a partir de la Constitución de la República y las leyes de creación de las instituciones públicas encargadas de la prestación de servicios públicos. El reglamento a la ley de creación y la normativa interna sobre la estructura organizativa y funcional establecen los niveles de autoridad y responsabilidad de las unidades administrativas de la organización y es el fundamento para la delegación de autoridad y asumir la responsabilidad en el cumplimiento de las actividades asignadas a los funcionarios con autoridad para decidir.

El titular de la entidad por regla general tiene facultad para delegar su autoridad para el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, los superiores jerárquicos de las áreas o unidades de la estructura organizativa institucional tienen autoridad y responsabilidad para cumplir los requerimientos de cada área. La delegación de autoridad en el segundo nivel de la escala administrativa es competencia y responsabilidad del superior jerárquico que delega autoridad a los servidores públicos que laboran bajo su ámbito de supervisión directa y, por tanto, comparten la responsabilidad por los resultados obtenidos.

Un resumen de los niveles de delegación de autoridad:

NIVEL DE AUTORIDAD	DELEGACION DE AUTORIDAD	RESPONSABILIDAD ASUMIDA
Máxima Autoridad de la Entidad (MAE).	Amplia a nivel de toda la organización.	Corresponsabilidad por los resultados obtenidos por los superiores jerárquicos dependientes u otros niveles específicos de la delegación de autoridad.
Superiores jerárquicos de áreas o unidades.	Dirigida al personal bajo la supervisión directa del funcionario.	Es corresponsable por los resultados obtenidos por la delegación de autoridad ante la MAE.
Servidores públicos encargados de funciones específicas.	Carece de la facultad para delegar autoridad, es responsable de las actividades que desarrolla bajo la supervisión directa de la jefatura o el nivel jerárquico del área.	Responsable directo por los resultados obtenidos junto al nivel de supervisión que da seguimiento al trabajo desarrollado.

ANEXO 4. ADHESIÓN A LAS POLÍTICAS - PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN.

La fortaleza del control interno institucional es evidente cuando la participación y contribución de los funcionarios y servidores públicos es activa y propositiva con el funcionamiento eficiente, eficaz y económico de la institución, en general, y de las áreas de operación donde colaboran o participan directamente.

La MAE y los superiores jerárquicos de las unidades de operación para promover el eficiente funcionamiento de la institución deben emitir políticas dirigidas a fortalecer los controles para promover el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución y de las áreas de operación, al iniciar el período fiscal como parte del Programa Operativo Anual, actualizándolas o promoviendo nuevas políticas para que sean conocidas, aplicadas y promovidas en la institución, constituyéndose en promotores de la calidad del trabajo ejecutado.

La adhesión a las políticas de la administración activa de las instituciones debe ser evaluada al menos una vez año, cuando se aplique la auto evaluación del control interno institucional a nivel de unidades y consolidada para la organización en su conjunto.

Un resumen de las políticas institucionales debe estar disponible para el personal de la institución y que sean comunicadas ampliamente al iniciar el ejercicio.

Las políticas deben resaltar la eficiente rendición de cuentas a nivel institucional, la cual se fundamenta en la oportunidad y el nivel de información comunicada a los ciudadanos, a los servidores públicos de las instituciones públicas relacionadas y a otras organizaciones de la sociedad civil sobre el destino y la forma en que se utilizarán los recursos públicos y los resultados logrados en la gestión frente a las metas programadas y el presupuesto asignado.

ANEXO 5. AUDITORIA INTERNA - SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES.

El procedimiento de seguimiento a las recomendaciones incorporadas en los informes de auditoría externa e interna, requiere de informes trimestrales sobre el estado de aplicación de los planes de implantación propuestos por la administración activa de cada entidad pública a base de los informes de auditoría y otras evaluaciones.

La función de seguimiento a la aplicación de las recomendaciones en la práctica profesional es competencia de las UAI, situación que se fundamenta en la cercanía y conocimiento que tiene de la administración y la permanencia en la organización, así como el contacto continuo con las acciones de evaluación del control interno institucional que debe aplicar en forma continua, generando informes trimestrales y uno anual.

Considerando los enfoques del “Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos” y el “Marco Rector de la Auditoría Interna del Sector Público” de Honduras, la función de seguimiento al plan de aplicación de las recomendaciones incorporadas en los informes de auditoría y la generación del reporte trimestral para conocimiento de la MAE, del TSC y de la ONADICI es responsabilidad de la UAI de cada institución; sin perjuicio de las evaluaciones que el TSC pueda realizar a dicha actividad como parte de su facultad de auditoría y control como organismo rector del sistema.

Secretaria de Estado del Despacho Presidencial

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO

GUÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL SINACORP

GUIA 2 "EVALUACION Y GESTION DE RIESGO"

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO (ONADICI)

1. EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS

El componente de "Evaluación y Gestión de Riesgos", considera todas las etapas del proceso que genera, como producto final, el Mapa de Riesgos de la Institución, con sus matrices de riesgos valorizados y priorizados, y la definición de la respuesta al riesgo a seleccionar para aceptarlos, compartirlos, mitigarlos o evitarlos.

Como requisito previo, es imprescindible haber establecido en planes estratégicos y operativos conocidos y aceptados por el personal, cuáles son los objetivos que se pretende lograr y controlar.

Posteriormente, procede la gestión de los riesgos, los que deben ser administrados dependiendo de su naturaleza y complejidad, aprovechando el conocimiento y experiencia del personal que conoce y ejecuta los procesos, actividades y servicios.

1.1 GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

1.1.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"La dirección superior de los entes públicos debe apoyarse en el proceso de gestión de riesgos institucionales para administrar eficazmente la incertidumbre y sus riesgos y oportunidades asociadas, mejorar la capacidad de generar o agregar valor a todos sus grupos de interés, alcanzar los objetivos institucionales y prevenir la pérdida de los recursos."

Aplicando la definición de Gestión de Riesgos Institucionales del Informe COSO[1] II al ámbito del control interno gubernamental y en concordancia con las NOGECI, podemos definir que se trata de un proceso efectuado por las máximas autoridades ejecutivas, los responsables jerárquicos de las áreas o unidades y el restante personal, aplicable a la definición de estrategias en toda la entidad y diseñado para: 1) identificar y evaluar eventos potenciales que puedan afectar a la entidad, 2) gestionar eficazmente sus riesgos dentro del nivel de riesgo aceptado, 3) mejorar la capacidad de generar o agregar valor a todos sus grupos de interés, y 4) proporcionar una seguridad razonable sobre el logro de los objetivos institucionales.

En esta Guía sobre el componente del proceso de control interno "Evaluación y Gestión de Riesgos", se ha optado por aplicar la metodología desarrollada por el Marco Integrado de Administración de Riesgos Corporativos , también denominado Informe COSO II, a fin de formalizar un sistema de control interno basado en la gestión de riesgos institucionales.

Por lo tanto, el componente de "Evaluación y Gestión de Riesgos" se aborda en esta Guía a través de cuatro subcomponentes específicos que se correlacionan con COSO II, según se detalla en el siguiente cuadro:

[1] COSO, Enterprise Risk Management Integrated Framework, www.coso.org 2004., versión traducida al español editada por FLAI (Federación Latinoamericana de Auditores Internos). Diciembre 2005

Subcomponentes de esta Guía	Correlación con Módulos del Informe COSO II
1.2 Planificación (TSC-NOGECI IV-02), **1.3 Indicadores Mensurables de Desempeño (TSC-NOGECI-IV-03),** **1.4 Divulgación de los Planes (TSC-NOGECI-IV-04)** **1.5 Revisión de los Objetivos (TSC-NOGECI-IV-05)**	*Establecimiento de Objetivos*
1.6 Identificación y Evaluación de Riesgos (NOGECI IV-01),	*Identificación de Eventos.* *Evaluación de Riesgos y respuesta a los Riesgos.*

1.1.2 PROPÓSITO

Una gestión efectiva de riesgos contribuirá a prevenir la ocurrencia de futuras pérdidas o hechos derivados de los eventos identificados y evaluados, que afecten los objetivos de la entidad en cualquiera de sus áreas.

Desde el punto de vista de la gestión de riesgos institucionales, los objetivos que espera lograr una entidad se resumen en cuatro categorías a saber:

i) Estratégicos, de alto nivel, que están alineados con la misión, visión y valores de la entidad y las soportan.
ii) Operacionales, relacionados con la generación de valor a partir del uso eficaz, eficiente y económico de los recursos públicos, en las operaciones, programas y proyectos, incluyendo los objetivos de rendimiento, salvaguarda, preservación, mantenimiento y protección de los activos, de rentabilidad (social, política y/o económica) y de recupero de la inversión, cuando corresponda.
iii) De Información, relativos a la confiabilidad, efectividad, eficiencia, confidencialidad, integridad, disponibilidad, oportunidad, veracidad, suficiencia, legalidad y transparencia de la información operativa, presupuestaria y financiera producida y suministrada, para la toma de decisiones, la comunicación y la difusión tanto interna como externa; y,
iv) De Cumplimiento, referidos a que las decisiones, funciones y actividades que realiza la entidad sean consistentes y se lleven de acuerdo con las leyes, reglamentos y demás normas aplicables que rigen su funcionamiento.

La gestión efectiva de los riesgos institucionales proporciona una seguridad razonable de que la entidad está haciendo lo necesario para lograr el cumplimiento de los cuatro objetivos antes detallados, y que las máximas autoridades y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades están informados oportunamente del progreso de la entidad hacia el logro de dichos objetivos.

Además, brinda una herramienta para la identificación, análisis, valorización, control y gestión de las exposiciones significativas a los riesgos, que pudieran afectar el normal desarrollo de la entidad e impedir el logro de las metas y objetivos planeados en sus áreas o unidades administrativas, funciones o actividades.

Dicha gestión se logra a través de la generación de información que sirva de base a los niveles de decisión para: a) determinar las estrategias a seguir como respuesta a los riesgos, b) definir la forma en que deberán ser administrados dichos riesgos, c) valorar la efectividad de los controles establecidos, y d) desarrollar y fortalecer su proceso de control interno. Esta información será base para una retroalimentación del proceso de gestión de riesgos, ya que *"…se trata de un proceso multidireccional y repetitivo en el que cualquier componente puede influir en otro.".*

Además, el fortalecimiento del proceso de control interno y gestión de riesgos en la Administración Pública, ayuda a mejorar la rendición de cuentas, los niveles de transparencia y a prevenir y reducir prácticas de corrupción e impunidad.

Las entidades deberán gestionar el riesgo de sus programas, proyectos, actividades, procesos, sistemas y productos relevantes. Además, en forma previa a un lanzamiento o presentación de nuevos servicios o productos, inicio de actividades, puesta en marcha o modificación de procesos o sistemas, también deberán comprobar que se evalúan adecuadamente sus riesgos.

Como uno de los objetivos básicos a cumplimentar en este punto, corresponde definir las funciones, facultades y responsabilidades de los funcionarios que participan en el proceso de gestión de riesgos.

1.1.3 CRITERIOS

El riesgo es la posibilidad o incertidumbre de que ocurra un evento interno o externo que pudiera afectar negativamente la capacidad organizacional para alcanzar los objetivos planteados y las metas, proyectos y programas con legalidad, eficacia, eficiencia, economía y transparencia en el marco de los principios, preceptos y normas generales de control interno. Se mide en términos de impacto esperado y probabilidad de ocurrencia.

Toda entidad está expuesta a riesgos en todos sus niveles y ámbitos. Los riesgos, en caso de materializarse en eventos de pérdida, pueden provocar la debilidad financiera, ineficiencia e ineficacia de las operaciones, baja calidad en los servicios o productos que presta, así como deterioro de la imagen y credibilidad que proyecta la entidad a la ciudadanía.

Existen diversos tipos de riesgos a considerar:

a) Riesgo inherente

Es la incertidumbre que enfrenta la entidad de que se produzcan eventos de pérdida significativos (errores o irregularidades) que afecten el logro de sus objetivos, antes de considerar la efectividad de los sistemas y actividades de control, o cuando la máxima autoridad ejecutiva y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades no han realizado acciones para modificar su probabilidad o impacto. En definitiva, es el riesgo propio de la naturaleza de la actividad u operatoria de la entidad como tal y, por lo tanto, la causa que podría hacer que un objetivo no fuera alcanzado.

b) Riesgo aceptado

Es establecido por las máximas autoridades y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad al definir su estrategia, y se define como el nivel de riesgo que aceptarían a cambio de lograr sus objetivos, tales como agregar valor para sus grupos de interés y mejorar la gestión de los servicios públicos. El mismo se refleja en los planes estratégicos, los que, a su vez, orientan la asignación de los recursos.

c) Riesgo residual

Es el riesgo que permanece después que la máxima autoridad y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad determinaron la respuesta al riesgo a aplicar y definió e implantó las actividades de control pertinentes, a fin de reducir el impacto y/o la probabilidad de un acontecimiento adverso.

d) Riesgo tolerable

Es el riesgo de que se produzca un desvío relativo a la consecución de los objetivos, el que, en función de los objetivos fijados está dentro de niveles aceptables y puede ser asumido por la entidad. Dicha tolerancia debe ser medible con las mismas unidades de medida que los objetivos correspondientes.
Al fijar las tolerancias al riesgo, la máxima autoridad ejecutiva debe tener en cuenta la importancia relativa de los objetivos correspondientes y alinear aquellas al riesgo aceptado.

e) Riesgo de control

Es el riesgo de que una actividad de control tendiente a mitigar un riesgo no opere en la práctica en forma efectiva y, por lo tanto, de acuerdo con el tipo de medida de control, no prevenga la ocurrencia del evento de pérdida o mitigue su impacto, ó, una vez realizada la operación o finalizado el proceso no detecte que se ha producido una pérdida o no pueda corregir el efecto que ese evento de pérdida ha generado en la entidad. Se diferencia del riesgo inherente, ya que éste último se enfoca en las causas que generan la posibilidad que se produzca un evento de pérdida.

Para poder realizar una adecuada Gestión de los Riesgos que enfrenta la entidad, es necesario:

1. Tener objetivos mensurables.
2. Identificar todos los riesgos relevantes que pueden comprometer el logro de los objetivos de la entidad (estratégicos, operativos, de información y de cumplimiento).
3. Cuantificar los riesgos inherentes, es decir, en función de su impacto potencial y probabilidad de ocurrencia (medirlos-priorizarlos-tratarlos).
4. Evaluar la suficiencia, eficacia, eficiencia y economía de las actividades de control existente y a desarrollar, para mitigar los riesgos.
5. Cuantificar el riesgo residual.
6. Decidir sobre los riesgos residuales y documentarlo.
7. Identificar oportunamente nuevos riesgos.

En los párrafos siguientes se detallan los roles y responsabilidades que le corresponden a cada uno de los miembros de la entidad dentro del proceso de gestión de los riesgos institucionales.

La máxima autoridad ejecutiva es la primera responsable de este proceso. Fija la estrategia y la implanta, debe asegurarse que los riesgos son gestionados, y es consciente del riesgo aceptado y está de acuerdo con él.

Los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad y los "dueños de los procesos" son quienes gestionan los riesgos institucionales, identificando y evaluando los riesgos generados en los procesos de la entidad, apoyando la filosofía de gestión del riesgo, promoviendo el cumplimiento del riesgo aceptado y administrando los riesgos dentro de sus áreas de responsabilidad según el nivel de riesgo aceptado, a fin de minimizar la posibilidad que los hechos o acontecimientos que causan los eventos de pérdida (es decir, los riesgos inherentes) se materialicen o reducir el impacto que puedan provocar en la entidad.

En su gestión, cada responsable jerárquico debe mantener una comunicación fluida y efectiva con los responsables de la gestión de otros riesgos (dueños de procesos), e interactuar con la unidad de auditoría interna y los organismos reguladores, lo cual ayudará a tener una visión más general y objetiva de la gestión global de los riesgos que está encarando la entidad.

El responsable de la "Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos" debe articular los principales procesos que la entidad necesite para gestionar los riesgos, adoptando los mecanismos que permitan una comunicación, interacción, coordinación efectiva con los responsables de los procesos y el seguimiento del cumplimiento de una adecuada gestión de los riesgos realizada por los responsables jerárquicos de las diferentes áreas o unidades y su personal.

El "Comité de Riesgos" revisa y controla la implantación y gestión de los riesgos que realizan los responsables jerárquicos de las diferentes áreas o unidades y los servidores públicos a su cargo dentro de sus atribuciones propias.

El Comité de Riesgos debe depender de la máxima autoridad ejecutiva y ser integrado, como mínimo, por el responsable de la Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos, y los máximos responsables jerárquicos de las áreas de Planificación y Control, Administración y Finanzas y de las áreas que gestionan las operativas sustantivas de la entidad. Dicho Comité reportará y asesorará a las máximas autoridades en los temas de gestión de riesgos

La Unidad de Auditoría Interna realiza un monitoreo independiente del mismo y no puede bajo ningún punto de vista gestionar los riesgos, pudiendo, en cambio, tener funciones de facilitador del proceso (consultor interno).

La estructura que se defina debe estar adecuada a: 1) el tamaño de la entidad; 2) la naturaleza y complejidad de los productos y procesos y 3) la magnitud de las operaciones, considerándose que en todas las entidades debe existir la figura de un responsable por la Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos mientras que, respecto del Comité de Riesgo, deberá implementarse en las entidades tipo A, siendo altamente recomendable su creación en las entidades tipo B.

1.1.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS Y SUGERIDAS

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables jerárquicos de las áreas y/o unidades de la entidad deben definir por escrito las funciones, facultades, roles, responsabilidades y perfiles que le corresponden a cada uno de los miembros de la entidad dentro del proceso de gestión de los riesgos institucionales (Ver **ANEXO 1**).

PO.2 La máxima autoridad y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad deben garantizar que exista y se mantenga una comunicación clara, fluida y efectiva entre los responsables de la gestión de todos los riesgos de la entidad, así como la interacción proactiva con la Unidad de Auditoría Interna y los organismos reguladores, dejando constancia en actas de las reuniones que se realicen.

En cuanto a las prácticas sugeridas, estas son de carácter enunciativo y no excluyen la posibilidad de que las máximas autoridades ejecutivas, de acuerdo a la naturaleza, complejidad, magnitud, atribuciones, presupuesto, infraestructura y otras circunstancias propias de la entidad, adopten otros criterios o métodos a fin de cumplir con los requerimientos del componente.

PS.1 En caso que el tamaño de la entidad, la magnitud de las operaciones y la naturaleza y complejidad de los productos y procesos que brinda lo requieran, las máximas autoridades ejecutivas deben incluir dentro de su estructura:

a) Al responsable del área o Unidad de Coordinación y Seguimiento de Gestión de Riesgos, dependiendo de la máxima autoridad ejecutiva y que forme parte del Comité de Riesgos.
b) Un Comité de Riesgos, dependiente de la máxima autoridad ejecutiva e integrado, como mínimo, por:

- el responsable del área o Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos,
- el responsable del área de Planificación y Control, y
- los responsables de las unidades relacionadas con la gestión de las áreas sustantivas de la entidad. Dicho Comité reportará y asesorará a las máximas autoridades en los temas de gestión de riesgos.

Como se señaló anteriormente, en todas las entidades debe existir la figura de un responsable por la Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos mientras que, respecto del Comité de Riesgo, éste deberá implementarse en las entidades tipo A, siendo altamente recomendable su creación en las entidades tipo B.

Las funciones y responsabilidades del Comité de Riesgos y del responsable del área o Unidad de Coordinación y Seguimiento de Gestión de Riesgos se detallan **ANEXO 1**.

1.1.5 REFERENCIA LEGAL

Capítulo IV, Normas Generales Relativas a la Evaluación y Gestión de riesgos, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.2 PLANIFICACIÓN

1.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El control interno de gestión de los entes públicos debe apoyarse en un sistema de planeación para asegurar una gerencia pública por objetivos".

"…dichos objetivos deben estar interrelacionados con los planes y programas de gobierno tanto de desarrollo económico y social como de prestación de los servicios básicos a la comunidad,…".

1.2.2 PROPÓSITO

Establecer a través de planes estratégicos, planes operativos anuales (POA) y presupuestos financieros de ingresos y egresos, conocidos y aceptados por el personal, cuáles son los objetivos que se pretende lograr y controlar.

Como ya se mencionó, los objetivos de la entidad se clasifican en estratégicos, operacionales, de información y de funcionamiento.

El proceso de planificación implica, en primer término, la definición de un Plan Estratégico con premisas y políticas de carácter general, que definen la asignación de los recursos y las prioridades que es necesario atender para producir y entregar sus productos y servicios.

Al considerar las posibles formas alternativas de alcanzar los objetivos estratégicos, la dirección analiza escenarios, identifica los riesgos asociados a una amplia gama de elecciones estratégicas y los evalúa, considerando sus implicancias.

Al fijar los objetivos específicos de la entidad, tomando como principios básicos el gerenciamiento de los recursos públicos basado en el cumplimiento de objetivos y de una gestión adecuada de los riesgos, se estará asegurando el cumplimiento de los siguientes propósitos:

a. Proteger el patrimonio de los ciudadanos al garantizar el buen uso de los recursos por ellos aportados, protegiendo los activos financieros y no financieros del Estado.

b. Generar valor para la entidad, al mejorar la gestión de los servicios públicos.

c. Asegurar la transparencia y rendición de cuentas, al generar y difundir información confiable de las entidades, relacionada con el logro de sus objetivos.

d. Optimizar el uso de los recursos públicos, reduciendo los gastos innecesarios e invirtiendo adecuadamente el Presupuesto, buscando optimizar la eficiencia operacional.

e. Mejorar la calidad del servicio que se le otorga a los ciudadanos, lo cual implica alcanzar los objetivos económicos y sociales que todo gobierno debe establecer. Es esencial que las entidades públicas mejoren la prestación de sus servicios para beneficio de quienes pagan con sus impuestos los servicios que reciben.

f. Modernizar y transformar las entidades públicas, a través del mejoramiento continuo de los procesos, mejorando la eficiencia, efectividad y economía de la gestión de procesos, actividades y servicios, logrando de esta forma un mayor alcance de las prestaciones de servicios para beneficio de la sociedad.

Los objetivos establecidos a nivel estratégico, sirven de base para la definición de los objetivos relacionados: operacionales, de información y de cumplimiento. Los objetivos y metas determinados en estos ámbitos deben estar alineados con el riesgo aceptado por la entidad, que orienta a su vez los niveles de tolerancia al riesgo de la entidad (riesgo tolerable). Los objetivos fijados a los distintos niveles de la entidad deben estar alineados, articulados, vinculados e integrados y ser coherentes y compatibles entre sí.

Las entidades normalmente dejan implícitos los objetivos y metas referidos a la información y el cumplimiento normativo, por lo que es fundamental que los mismos sean formalizados por la máxima autoridad ejecutiva en el Plan Estratégico y al especificarse las pautas consideradas al diseñar y desarrollar el Plan Operativo Anual, a fin de que todas las áreas y unidades de la entidad al gestionar cumplimenten el logro de tales objetivos.

Anualmente, y tomando como premisa el cumplimiento del Plan Estratégico, debe diseñarse y emitirse el Plan Operativo Anual (POA). "El POA debe generar metas y objetivos específicos y de corto plazo a alcanzar, que determinen las acciones concretas a realizar e identifiquen, entre otros, los recursos disponibles, los responsables de llevarlos a la práctica, la coordinación entre las unidades participantes y la identificación y el análisis de los riesgos pertinentes. Dichas metas deben estar desagregadas en sub periodos para facilitar su medición y evaluación."

En concordancia con el Plan Operativo anual, "El presupuesto de ingresos y egresos indica los recursos financieros necesarios para ejecutar el POA, de conformidad con las disposiciones aplicables."

1.2.3 CRITERIOS

"La identificación y evaluación de los riesgos, como componente esencial del proceso de control interno, debe ser sustentado por un sistema participativo de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas y políticas establecidos con base en un conocimiento adecuado de los medios interno y externo en que la organización desarrolla sus operaciones."

La definición de los objetivos estratégicos de la entidad y fijación de prioridades, implica determinar la proposición de valor que ofrece la entidad según su capacidad y especialización, poniendo foco en los servicios y bienes que provee a la sociedad. Las cuatro perspectivas a considerar son las siguientes:

a) Obtención de mejores resultados (sociales, financieros y políticos) en función de los requerimientos de los diferentes grupos de interés a los que la entidad debe satisfacer.
b) Atención de las necesidades, prioridades y expectativas de los ciudadanos, los usuarios y los clientes (internos y externos).
c) Mejora de los procesos internos y operacionales.
d) Innovación, aprendizaje y crecimiento de los recursos humanos y la Infraestructura de la entidad.

La Guía 1 "Ambiente de Control", en el numeral 1.2 plantea como Práctica Obligatoria (PO 1): "La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad debe formular, o si corresponde, mejorar y actualizar la propuesta de misión, visión, valores y objetivos estratégicos de la entidad en forma anual". Cabe aclarar que en ello también debe participar el superior jerárquico de la Unidad de Planificación. Asimismo y al formular tales objetivos, debe tomarse en cuenta y definirse la estrategia a aplicar a los riesgos (nivel de riesgo aceptado, tolerancia al riesgo, umbrales de alerta, etc.).

Tanto los objetivos definidos en el Plan Estratégico y en los proyectos de mediano plazo (plurianuales), como las metas, políticas y programas determinados en el Plan Operativo Anual, deben basarse y estar alineados y articulados con las normativas de mayor rango, como son:

i. Los principios, objetivos nacionales y metas de prioridad nacional definidos en la Visión de País.
ii. Los lineamientos estratégicos, objetivos e indicadores determinados en el Plan de Nación.

iii. El Plan de Gobierno vigente.

iv. El marco normativo que rige el funcionamiento de la entidad, el que incluye, entre otras:
    - Normas de creación y reglamentación de los objetivos y actividades de la entidad.
    - Ley General de Administración Pública, el Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo y las pautas dadas por la Secretaría de Finanzas.
    - Otras Normas Técnicas fijadas por los organismos rectores (TSC, SEFIN, ONADICI, ONCAE, etc.).

Por otra parte, la aplicación de una metodología como es la llamada "FODA" para la fijación de los objetivos y metas de la entidad, a través del análisis del entorno y de la entidad, ayudarán a través de su identificación y valorización, al apalancamiento de las fortalezas, el aprovechamiento de las oportunidades, la mitigación de las amenazas externas y la atención de las debilidades internas de las entidad, conduciendo al establecimiento de una estrategia amplia, así como de los factores claves o críticos para el éxito de la entidad.

En cuanto a los criterios a considerar para la formulación del POA, tal como lo indica el precepto de Planeación del Marco Rector de Control Interno Institucional de los Recursos Públicos emitido por el TSC (Declaración TSC-PRECI-01.01), el Plan Operativo Anual debe incluir como mínimo los siguientes siete (7) elementos:

i) Los objetivos, resultados o metas que se deben alcanzar.

ii) Las actividades a ejecutar.

iii) El tiempo estimado de duración de la ejecución.

iv) Los insumos a invertir.

v) Los responsables.

vi) Los estándares o indicadores de resultado, desempeño e impacto de la gestión, incluyendo los relativos a la eficiencia de las operaciones.

vii) Las condicionantes de la ejecución de las actividades y los riesgos del logro de los objetivos.

1.2.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, al establecer formalmente, y revisar como mínimo anualmente la misión, visión, valores, objetivos, metas, políticas y programas institucionales, así como los niveles de riesgo aceptable y de tolerancia al riesgo, debe hacerlo considerando:

a) Los principios, objetivos nacionales y metas de prioridad nacional definidos en la Visión de País.

b) Los lineamientos estratégicos, objetivos e indicadores determinados en el Plan de Nación.

c) El Plan de Gobierno vigente.

d) El marco normativo que rige el funcionamiento de la entidad, el que incluye, entre otras:
   - Normas de creación y reglamentación de los objetivos y actividades de la entidad.
   - Ley General de Administración Pública, el Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo y las pautas dadas por la Secretaría de Finanzas.
   - Otras Normas Técnicas fijadas por los organismos rectores (TSC, SEFIN, ONADICI, ONCAE, etc.).

PO.2 Los responsables jerárquicos de todas las áreas y/o unidades deben establecer formalmente los Objetivos y Metas cada área o unidad administrativa (o sub-objetivos), los que deben estar alineados y articulados con los objetivos fijados por la entidad, ser compatibles internamente, determinando los niveles de riesgo aceptado y de tolerancia para los riesgos que gestionan.

PO.3 Las máximas autoridades y los responsables jerárquicos de todas las áreas y/o unidades deben formular los objetivos y metas en forma realista, en función de la disponibilidad prevista de los recursos necesarios y suficientes para el logro de las metas, los que deben estar adecuadamente proyectados, especificados, priorizados y asignados, debiendo figurar claramente en el Plan Operativo Anual y en el Presupuesto General de Ingresos y Egresos.

PO.4 Las máximas autoridades y los responsables jerárquicos de las áreas o unidades principales de la entidad deben realizar reuniones periódicas – como mínimo trimestrales, y en conjunto con la revisión del POA - con el fin de evaluar si los objetivos y las metas han sido alcanzados. Cada reunión deberá quedar debidamente documentada a través de un informe detallado realizado con el aporte de todos los miembros de la alta gerencia y coordinado por el responsable de la Unidad de Planificación, acompañado de un Acta de Reunión con las principales conclusiones a las que se ha arribado y los respectivos compromisos asumidos, el que deberá ser firmado por la alta gerencia y la máxima autoridad de la entidad.

1.2.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-PRECI-01. Planeación, TSC-PRECI-02-01 Eficacia y TSC-NOGECI IV-02 Planificación, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.3 INDICADORES MENSURABLES DE DESEMPEÑO

Ver numeral 3.5 de la Guía 3 "Actividades de Control", denominado "Controles de Gestión".

1.4. DIVULGACIÓN DE LOS PLANES

1.4.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Los planes deberán ser divulgados oportunamente entre el personal respectivo para procurar un conocimiento y una aceptación generales y obtener el compromiso requerido para su cumplimiento".

1.4.2 PROPÓSITO

Una vez que los planes oficiales (estratégicos, operativos anuales y presupuestarios) han sido elaborados y están listos para entrar en vigencia, deberán ser comunicados formalmente en forma oportuna (con acuse de recibo) a todos los servidores públicos que laboran en la entidad, a fin de que sean conocidos, comprendidos y aceptados por el personal de las áreas o unidades encargadas de ejecutar las actividades necesarias para el logro de los objetivos de la entidad, de conformidad con sus responsabilidades y para lograr un claro compromiso de su parte para la consecución de los mismos.

PO.5 La Guía 1 "Ambiente de Control", en el numeral 1.2, plantea dentro de su práctica obligatoria PO 2 "La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe difundir ampliamente al personal de la entidad, el Plan Estratégico, el POA y el Presupuesto aprobado por el Congreso Nacional. Es necesario que exista plena consistencia entre el POA y el Presupuesto aprobado".

Además en dicha Guía, se indica que los superiores jerárquicos de las Unidades de Administración y Administración de la página Web de la entidad son responsables por preparar, actualizar y difundir el presupuesto institucional, incluyendo los ajustes por el traslado autorizado de partidas presupuestarias.

1.4.3 CRITERIOS

Se requiere una comunicación formal y oportuna (con acuse de recibo), recomendándose una socialización de los principales objetivos y metas fijados a través de talleres y reuniones de sensibilización.

La difusión debe incluir no sólo los Planes originales, sino también las modificaciones, actualizaciones y ajustes significativos.

1.4.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 Las máximas autoridades y el responsable del área de planificación, con apoyo de los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad deben comunicar formalmente y en forma fehaciente y oportuna al personal de la entidad, la misión, visión, valores, objetivos, metas, políticas y programas de la entidad, los niveles de riesgo aceptados y de tolerancia al riesgo y los planes oficiales elaborados (estratégico, operativo anual y presupuesto).

Esta comunicación deberá realizarse a través de un memorándum o documento similar firmado por la máxima autoridad ejecutiva de la entidad. Todos los funcionarios de la entidad, una vez tomado conocimiento de esta documentación, deberán firmar un acta de acuse de recibo de la comunicación formal realizada, la que deberá incluirse en el legajo personal de cada funcionario en poder del área de Recursos Humanos.

Además, los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad deberán programar y realizar talleres y reuniones de socialización de los principales objetivos y metas fijados a fin de que los mismos sean conocidos, comprendidos y aceptados por los servidores públicos que trabajan en la entidad, los que deben comprometerse con el cumplimiento de los mismos, de conformidad con las responsabilidades a su cargo.

Como ya se mencionó, la difusión debe incluir no sólo los Planes originales, sino también las modificaciones, actualizaciones y ajustes significativos.

1.4.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI IV-04 Divulgación de los Planes, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.5 REVISIÓN DE LOS OBJETIVOS

1.5.1 RESUMEN DE LAS NOGECI

"El titular principal o jerarca respectivo, con el apoyo del resto del personal deberá revisar periódicamente los objetivos de los planes e introducirles las modificaciones requeridas para que continúen siendo guías claras para la conducción de la institución hacia su misión principal y proporcionen un sustento oportuno al control interno institucional".

1.5.2 PROPÓSITO

Preparar a la entidad para que pueda conocer en forma oportuna y gestionar adecuadamente los riesgos provenientes del cambio, para, en caso de ser necesario, realizar las modificaciones pertinentes.

La máxima autoridad ejecutiva, con el apoyo del resto del personal, deberá permanecer alerta y revisar periódicamente el ambiente interno, el entorno exterior y la gestión de la entidad, a través de herramientas de gestión e información que lo ayuden a prever, identificar y reaccionar en forma oportuna si se producen hechos, acontecimientos o actividades que puedan generar cambios significativos que afecten el logro de los objetivos de la entidad.

Estas herramientas de gestión del cambio deben poder detectar y diferenciar variaciones que sólo influyen en forma transitoria o no significativa la consecución de los objetivos globales o específicos de la entidad, y que pueden ser analizados y resueltos por los responsables de la gestión de las actividades afectadas, de aquellos cambios que puedan afectar a la entidad de una forma más significativa o permanente, y que pueden requerir la participación de los responsables máximos de las áreas y/o unidades de la entidad y hasta de la máxima autoridad ejecutiva, atento los efectos que pueden producir.

1.5.3 CRITERIOS

Entre los procedimientos aplicables pueden considerarse:

a) el re-análisis e identificación de los cambios en la vigencia y propiedad de los objetivos de los planes estratégicos, operativos y presupuestarios, a fin de ratificar o rectificar los mismos,

b) la identificación, análisis y valorización de las oportunidades y riesgos asociados y la vigencia de las actividades de control relacionadas, y

c) el monitoreo de los indicadores de desempeño y criterios de evaluación definidos, a fin de determinar si es necesario modificar estrategias, señalando en qué áreas deben realizarse las modificaciones respectivas.

En el caso que, en función de la evaluación realizada, corresponda redefinir alguno de los objetivos, metas y/o planes de la entidad, la Identificación y Evaluación de los Riesgos y/o la Determinación de la Respuesta a dar a los Riesgos y/o la Definición de las Actividades de Control, se deberá retroalimentar el proceso de planificación, a partir del componente que ha sufrido modificaciones, considerando tales cambios o ajustes para el desarrollo de la gestión y la elaboración de la planificación del año siguiente, así como para las revisiones que se hagan durante el ejercicio a los planes vigentes.

En modo particular, el Plan Operativo Anual y el Presupuesto Anual de Ingresos y Egresos elaborados por la entidad deben ser revisados una vez aprobados por el Congreso, a fin de que, en el caso de haberse producido ajustes o modificaciones en el presupuesto o bien en los objetivos, metas y/o asignaciones presupuestarias formuladas, se reevalúe la vigencia de los mismos a fin de lograr su adecuada ejecución y cumplimiento de acuerdo con los objetivos fijados por la entidad.

1.5.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 El responsable jerárquico del Unidad de Planificación, con apoyo del resto de los superiores jerárquicos de las diferentes áreas y/o unidades de la entidad, debe desarrollar y gestionar herramientas, procedimientos y sistemas de información y gestión que puedan ser capaces de captar, procesar y reportar en forma oportuna información sobre los cambios registrados o inminentes en el ambiente interno y externo, y los hechos, eventos, actividades y condiciones que generan cambios y que pueden afectar la posibilidad de alcanzar los objetivos de la entidad en las condiciones deseadas, para su tratamiento y gestión oportuna.

1.5.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI IV-05 Revisión de los Objetivos, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.6 IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

1.6.1 RESUMEN DE LAS NOGECI

"Los entes públicos deberán identificar y evaluar los riesgos derivados de los factores ambientales internos y externos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales, así como emprender las medidas pertinentes para afrontar y gestionar exitosamente tales riesgos".

1.6.2 PROPÓSITOS

El desempeño de una entidad o parte de ella, está sujeta a riesgos potenciales causados por factores ambientales internos o externos que, de materializarse en eventos de pérdida, pueden afectar en forma negativa el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, provocando consecuencias no deseadas.

La entidad debe enfocarse prioritariamente a la atención de los riesgos en los ámbitos y niveles relevantes, para tomar las acciones preventivas necesarias para minimizar su posibilidad de ocurrencia y, en su caso, poder controlar y administrar adecuadamente sus efectos o impactos.

1.6.3 CRITERIOS

No existe actividad sin riesgo. La valorización de los riesgos se mide en términos de la probabilidad de ocurrencia de un evento de pérdida y del impacto o consecuencias que puede generar la materialización del riesgo.

Para identificar, evaluar y gestionar los riesgos, el personal debe tener conocimiento, experiencia y preparación en los procesos que realiza la entidad así como de la normativa legal general y específica, siendo recomendable que también conozcan la teoría y técnica contable y presupuestaria, ya que cada riesgo debe ser analizado en detalle, considerando el buen juicio y sentido común de todos los participantes en dicho proceso.

La identificación y evaluación de los riesgos constituye un proceso activo, continuo, sistemático, diario y repetitivo que realizan, con la ayuda de un sistema de información adecuado, los servidores públicos que toman decisiones en todos los niveles de la institución, como base para emprender medidas congruentes con la estrategia institucional y con las condiciones imperantes en un momento dado para el adecuado logro de los objetivos explícitos o implícitos**.**

Una adecuada identificación y evaluación de los riesgos sirve como insumo clave para la toma de decisiones, el diseño y conducción de las actividades y la revisión de los planes para su ajuste a las condiciones cambiantes y a los retos que plantean los riesgos identificados.

Este proceso debe realizarse, como mínimo, a tres niveles: a) global de la entidad, b) del proceso o programa, y c) de la actividad. A cada menor nivel, corresponde un análisis en un campo más limitado, enfocado a los componentes de las áreas o unidades y a los objetivos claves de cada proceso y área identificados en el análisis global de la entidad**.**

El proceso de evaluación y gestión de riesgos se divide, para un mejor análisis, en cuatro fases sucesivas:

1. Identificación de eventos que afecten los objetivos institucionales.

2. Evaluación y valorización de riesgos.

3. Determinación de indicadores claves de riesgo.

4. Respuesta a los riesgos.

1.6.3.1 IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE AFECTEN LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES

La máxima autoridad ejecutiva y los responsables jerárquicos de todas las áreas y unidades de la entidad identifican los acontecimientos que, en caso de producirse, generarán eventos que afectarán la capacidad de la entidad para implantar la estrategia y el logro de sus objetivos. Estos eventos pueden ser oportunidades, que afecten en forma positiva, o riesgos, que influyen en forma negativa. En nuestro análisis, nos centraremos en la identificación de los riesgos, es decir, los hechos causantes de eventos de pérdida.

Al identificar los eventos de pérdida (riesgos), los responsables jerárquicos de todas las áreas y unidades de la entidad deben considerar una serie de factores ambientales internos (debilidades) y externos (amenazas) que, tanto en forma individual como combinados e interactuando, pueden ser causantes de riesgos, influenciando el perfil de riesgos de la entidad y afectando el cumplimiento de sus objetivos.

Con tal fin deben desarrollarse las tareas de: (a) identificación y mapeo de procesos, e (b) identificación de los factores causantes de los riesgos.

A partir de la identificación y mapeo de los procesos y la identificación, análisis y priorización de los factores causantes de los riesgos, se obtendrá como resultado una lista de los eventos de pérdida, y un mapa general de riesgos, con los factores causantes de riesgos clasificados por tipo de riesgo y asignados a cada proceso, área, actividad o función organizativa, realizándose una cuantificación estimada de los impactos que producen dichos riesgos inherentes.

1.6.3.2 EVALUACIÓN Y VALORIZACIÓN DE LOS RIESGOS

Una vez identificados y clasificados, los riesgos significativos deben examinarse en forma individual o por categoría, para ser valorizados considerando dos parámetros: probabilidad o frecuencia, e impacto (severidad o gravedad).

La evaluación y valorización de las exposiciones significativas a los riesgos se debe llevar a cabo en base a la experiencia histórica, dada a través de datos cuantitativos y/o cualitativos, teniendo en cuenta la significatividad en cuanto al impacto en el logro de los objetivos de la entidad.

La evaluación de los riesgos se realizará sobre dos bases: en primer término, analizando el riesgo inherente de cada actividad, propio de la naturaleza de la misma. Luego, se considerará el riesgo residual de la actividad o proceso que queda una vez que se aplican las actividades de control vigentes.

Como resultado de este proceso, se obtendrán las matrices de los riesgos valorizados, que son el producto principal que resulta de la identificación y evaluación de los riesgos. La información obtenida para cada de riesgo se incluirá en el "Formulario de Identificación de Eventos y Valorización de Riesgos" (Ver **ANEXO 7a)** y **ANEXO 7b)**).

Dada la limitación de recursos de una institución, es preciso definir cuáles riesgos merecen una atención inmediata y cuáles pueden recibir un menor esfuerzo, a través de una atención periódica o porque su riesgo residual se encuentra en niveles controlados.

Para ello, se utilizará el "Mapa de Riesgos", donde se consoliden las diferentes matrices de riesgo, visualizando el valor del riesgo inherente de cada evento a fin de proceder a su comparación y determinar las acciones a seguir en consecuencia.

Las entidades deben permanecer alerta ante cambios eventuales que podrían aumentar o disminuir la incidencia del riesgo sobre sus actividades institucionales, a través de un seguimiento o evaluación constante, a fin de determinar la forma como se han modificado los riesgos y, en consecuencia, si es necesario cambiar las actividades de control vigentes.

1.6.3.3 DETERMINACIÓN DE INDICADORES CLAVES DE RIESGO (ICR)

Posteriormente, con el fin de realizar una gestión preventiva de los riesgos, deben definirse Indicadores Claves de Riesgo, (en inglés, KRIs, Key Risk Indicators), los que reflejarán las fuentes potenciales de los riesgos (rotación de personal, interrupción de operaciones en los sistemas, etc.) y los umbrales de tolerancia a los riesgos. Los mismos deberán ser medidos periódicamente por las entidades. A tal fin, deben fijarse claramente las formas de medición, la frecuencia de las mismas y los responsables de realizarlas.

Son mediciones cualitativas o cuantitativas que brindan un mayor conocimiento de los riesgos potenciales, y que se utilizan para hacer un seguimiento periódico de su comportamiento y evolución, a fin de observar si se mantienen dentro de los umbrales de tolerancia al riesgo preestablecidos, generándose un sistema de alertas para los casos en que se superen dichos umbrales.

Para ser efectivos, deben estar disponibles para la Dirección de manera oportuna, según la frecuencia que se fije para consulta de dicha información (en tiempo real, diario, mensual, etc.), partiendo del tiempo necesario para poner en marcha una acción para mitigar el riesgo. Se centran habitualmente en operaciones diarias y se emiten sobre la base de excepciones, cuando se sobrepasa un umbral preestablecido.

1.6.3.4 RESPUESTA A LOS RIESGOS

Evaluados los riesgos relevantes, la máxima autoridad y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad deben definir el plan de acción necesario para afrontarlos y responder a ellos. Las respuestas posibles son las de aceptar, compartir, mitigar o evitar el riesgo. Al considerar su respuesta, la Dirección evalúa su efecto sobre la probabilidad e impacto del riesgo, así como los costos y beneficios asociados, y selecciona la alternativa que sitúe el riesgo residual dentro de los niveles de riesgo aceptados.

La Dirección identifica cualquier oportunidad que pueda existir y asume una perspectiva del riesgo global de la entidad o bien una perspectiva de portafolio de riesgos, determinando si el riesgo residual global concuerda con el riesgo aceptado por la entidad.

Cuando la entidad evalúa las opciones de respuesta para seleccionar y determinar la más viable, debe considerar:

a) El grado en que cada respuesta potencial reducirá el impacto y/o la probabilidad de ocurrencia del riesgo, tomando en cuenta el nivel de riesgo aceptado por la entidad.

b) Si está en línea con el nivel de riesgo tolerado.

c) La relación entre el costo de implantación o inversión versus los beneficios (eficacia, eficiencia y economía) a obtener en función de la implementación de cada potencial respuesta, tomando en cuenta, además, los riesgos adicionales evidentes o no que pueden derivarse de la aplicación de cada respuesta: La inversión incluye el costo inicial de diseño e implantación de la respuesta (procesos, personal y tecnología), y el costo de mantener y gestionar una respuesta continua. Costos y beneficios pueden medirse en forma cualitativa o cuantitativa, empleando normalmente una unidad de medida coherente con la utilizada para establecer el objetivo y las tolerancias al riesgo relacionadas.

d) Los eventos y tendencias pasadas y los posibles escenarios futuros.

e) La evaluación del Portafolio de Riesgo residual de la entidad y las respuestas posibles a seleccionar en función del nivel de propensión a la asunción de riesgos por parte de la entidad ("apetito" ó "aversión" al riesgo), y el riesgo aceptado global respecto a sus objetivos.

f) Las posibles oportunidades para alcanzar los objetivos de la entidad, más allá de las reducciones de los riesgos identificados.

Las máximas autoridades ejecutivas deben establecer directrices y hacer esfuerzos con el fin de determinar la magnitud de los riesgos, instruyendo a sus mandos medios y niveles operativos para la implementación de los mecanismos de control interno que los prevengan, mitiguen o compartan, con el propósito de minimizar sus efectos. Además, puede decidirse directamente abandonar el objetivo o la acción analizada, evitando asumir los altos costos que conlleve su prosecución de producirse el evento de pérdida considerado.

1.6.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La máxima autoridad ejecutiva debe establecer y gestionar políticas y procedimientos dirigidos a identificar y evaluar los riesgos relevantes que pueden impactar negativamente o impedir el logro de los objetivos, metas, proyectos y programas propios de las unidades administrativas involucradas en su consecución, en el que debe incluir las etapas de:

1. Identificación de eventos que afecten los objetivos institucionales.

2. Evaluación y valorización de riesgos.

3. Determinación de indicadores claves de riesgo.

4. Respuesta a los riesgos.

Todo lo anterior, de conformidad con los pasos establecidos en el **ANEXO 2**.

PO.2 La máxima autoridad ejecutiva debe comunicar claramente al personal las políticas y procedimientos para "Identificación y Evaluación de los Riesgos", así como comprobar que las mismas son conocidas y comprendidas por los servidores públicos que trabajan en la entidad.

PO.3 La máxima autoridad ejecutiva y los responsables máximos de las áreas y unidades de la entidad deben fijar la metodología de grupos de trabajo de autoevaluación de riesgos para las etapas de:

a) Identificación de los Factores Causantes de los Riesgos (Ver **ANEXO 5**).
b) Elaboración de Matrices de Riesgo y Valorización del Riesgo (Ver **ANEXO 11 a)** **y** **ANEXO 11 b)**).
c) Determinación de los Indicadores de Claves de Riesgos, de acuerdo con las pautas de la metodología de grupos de trabajo de autoevaluación de riesgos fijadas en el **ANEXO 3**.

El responsable jerárquico de la Unidad Planificación y Control coordinará los grupos de trabajo y deberá elaborar, con apoyo de los otros responsables jerárquicos de las áreas o unidades de la entidad los cuestionarios estructurados de autoevaluación de riesgos. Un ejemplo de cuestionario se adjunta en **ANEXO 4**.

PO.4 El desarrollo de la etapa relacionada con el proceso de identificación de riesgos considerará los procesos y los procedimientos incluidos en los Manuales de Procedimientos actualizados y aprobados por la MAE. Dicha metodología incluirá la emisión de un inventario de los procesos y sus procedimientos con identificación de los controles existentes en cada uno de ellos.

PO.5 El proceso de identificación de riesgos deberá facilitar el conocimiento de los factores causantes de riesgos, priorizarlos en función de su impacto y probabilidad de ocurrencia, sin importar su naturaleza, y comprobar cómo los mismos se interrelacionan para influenciar el perfil o portafolio de riesgos de la entidad. En **ANEXO 5** se enuncian los principales "Factores Causantes de Riesgos" a considerar en el análisis.

PO.6 El proceso de identificación de riesgos se debe complementar con la valorización de riesgos considerando la clasificación cuantitativa y cualitativa de las principales actividades, programas y proyectos, así como los hallazgos y observaciones informados por la UAI y la auditoría externa, cualquiera sea su origen (estatal o privado). En el **ANEXO 10** se detallan las "Metodologías para la Valorización de los Riesgos".

PO.7 El proceso de valoración de riesgos debe establecer, mantener y gestionar "Bases de Datos de Eventos de Pérdida", fijando las características del reporte, recolección, cuantificación, registración y clasificación, almacenamiento y protección de la información de eventos de pérdida, tomando como base mínima de los datos a incluir los fijados en el **ANEXO 6**.

El Formulario de "Identificación de Eventos y Valorización de Riesgos", adjunto en en **ANEXO 7a)** y **ANEXO 7b)**, permite documentar los resultados obtenidos y principales datos requeridos para un correcto análisis de riesgos.

PO.8 El desarrollo de la metodología definida debe integrar la aplicación de Técnicas Cualitativas y Cuantitativas y la utilización de las Técnicas de Identificación de Eventos y Riesgos que permitirán el armado de las Matrices de Riesgo, la Valorización de los Riesgos (Impacto y Probabilidad), su Priorización y la Fijación de Indicadores Claves de Riesgo.

PO.9 La elaboración de Matrices de Riesgo comprende la descripción de cada uno de los riesgos identificados indicando la valuación de los mismos, de acuerdo a su impacto y posibilidad de materialización, tomando como base el formulario que acompaña el esquema de armado de una matriz de riesgo, detallado en los el **ANEXO 11 a).** y en el **ANEXO 11 b).**

PO.10 La consolidación de las diferentes matrices de riesgo integrarán un "Mapa de Riesgos". El valor asignado a cada uno de los riesgos permitirá su comparación con el resto de los procesos a efecto de asignar la prioridad para su atención, tomando como base el modelo previsto en el **ANEXO 9**.

PO.11 La definición de los Indicadores Claves de Riesgo se realizará para reflejar las fuentes potenciales de los riesgos y los umbrales de tolerancia a los riesgos, fijando claramente las formas de medición, la frecuencia de las mismas y los responsables de realizarlas.

1.6.5 REFERENCIAS LEGALES

TSC-PRICI-11 Auto Evaluación y TSC-NOGECI IV-01 Identificación y Evaluación de Riesgos y su Declaración TSC-NOGECI IV-01-01, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

ANEXOS GUIA 2
“EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS”

ANEXO 1. ROLES Y RESPONSABILIDADES EN LA GESTIÓN DE RIESGOS.

Corresponderá a cada entidad implementar una gestión eficiente de los riesgos, considerando los lineamientos que se exponen a continuación y teniendo en cuenta las adaptaciones a realizar en función de sus necesidades, estructura organizativa y recursos disponibles, así como la naturaleza de sus tareas, complejidad de sus procesos, la magnitud de la entidad y otras circunstancias propias de la institución.

La máxima autoridad ejecutiva, los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad en general y el responsable del área o Unidad de Coordinación y Seguimiento de Gestión de Riesgos en particular, deberán evidenciar un alto grado de compromiso tendiente a mantener una sólida cultura de la gestión de riesgos institucionales en la cual las actividades relacionadas con este proceso formen parte de la operatoria diaria de la entidad.

1. Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE)

Es responsable de que la entidad cuente con una estrategia adecuada para la gestión de riesgos. Fija la estrategia y la implanta, debe asegurarse que los riesgos son gestionados, y es consciente del riesgo aceptado y está de acuerdo con él.

Para ello tiene a su cargo las siguientes funciones principales:

1.1. Aprobar el sistema que se utilizará para la gestión de riesgos cuya periodicidad mínima de revisión será anual o cada vez que se produzcan, a juicio de la entidad, hechos o situaciones de relevancia vinculadas con los riesgos determinados.
1.2. Tener un claro conocimiento de los procedimientos desarrollados a efectos de gestionar los riesgos y su grado de cumplimiento. Para ello deberá recibir, como mínimo semestralmente, información suficiente que permita analizar el perfil general de riesgos de la entidad y verificar las implicancias estratégicas y sustanciales para su actividad,
1.3. Asegurar que el sistema para la gestión de riesgos esté sujeto a un proceso de auditoría interna que contemple una adecuada cobertura y profundidad de las revisiones y la adopción oportuna de medidas correctivas por parte de las áreas auditadas.
1.4. Aprobar políticas de difusión del sistema de gestión de riesgos y de capacitación, dirigidas a todas las áreas y funcionarios de la entidad.
1.5. Aprobar una política para la difusión a terceros de la información que corresponda sobre el sistema de gestión de riesgos. El contenido de dicha información y sus características serán proporcionales al volumen, complejidad y perfil de riesgo de las operaciones de la entidad.
1.6. Garantizar que la entidad cuente con personal técnicamente calificado, así como también con los recursos necesarios para la coordinación y seguimiento de la gestión de riesgos.
1.7. Verificar que el responsable de la Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos, así como el personal a cargo, no desarrollen otras tareas en áreas que puedan generar conflictos de intereses con su función.

2. La Gerencia General dependiente de la máxima autoridad o, en caso que no exista, la máxima autoridad, tendrá las siguientes funciones principales:

2.1. Implementar, reportar y controlar los procesos y procedimientos para la puesta en práctica y funcionamiento del sistema de gestión de riesgos aprobado. Ese sistema será aplicado en forma consistente en toda la entidad, debiendo todos los niveles de la organización comprender sus responsabilidades con respecto a la administración de los riesgos.

2.2. Asegurar que existan procesos y procedimientos aplicables a cada área o unidad, destinados a la gestión de los riesgos de los productos, actividades, procesos y sistemas de la entidad.
2.3. Establecer líneas claras de autoridad, responsabilidad y comunicación con las distintas áreas y unidades de la entidad para fomentar y mantener la asunción de responsabilidades.
2.4. Asegurarla existencia de recursos suficientes para la realización de una gestión eficaz de los riesgos.
2.5. Evaluar si el proceso de monitoreo gerencial se adapta a los riesgos inherentes y a las políticas de cada área o unidad.
2.6. Recibir informes del responsable de la Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos, referidos a los resultados de la ejecución de los procesos y procedimientos, la detección de las posibles deficiencias que se produzcan en las políticas, procesos y procedimientos de gestión de los riesgos y las pertinentes propuestas para su corrección. La entidad establecerá la periodicidad de los citados informes de acuerdo con su tamaño, la naturaleza y complejidad de sus productos y procesos, y con la magnitud de sus operaciones, debiendo ser, como mínimo, trimestrales.

3. Responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad, cuyas funciones principales vinculadas a la gestión de los riesgos son:

3.1. Aplicar, en las distintas unidades -según su ámbito de competencia- los procesos y procedimientos concretos conforme el sistema definido para la gestión de los riesgos, debiéndose asegurar que tanto los procedimientos como los controles sean adecuados y efectivos en el ámbito que se apliquen.
3.2. Gestionar los riesgos institucionales, identificando y evaluando los riesgos generados en los procesos de la entidad, apoyando la filosofía de gestión del riesgo, promoviendo el cumplimiento del riesgo aceptado y administrando los riesgos dentro de sus áreas de responsabilidad, según el nivel de riesgo aceptado.
3.3. Informar al responsable de la Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos acerca de los resultados de la ejecución de los procesos y procedimientos, con la periodicidad que la entidad establezca de acuerdo con su tamaño, la naturaleza y complejidad de sus productos y procesos y con la magnitud de sus operaciones, debiendo hacerlo, como mínimo, en forma trimestral.
3.4. En su gestión, cada responsable jerárquico debe mantener una comunicación fluida y efectiva con los responsables de la gestión de otros riesgos (dueños de procesos), e interactuar con la unidad de auditoría interna y auditoría externa, cualquiera sea su origen (estatal o privado), sobre temas que ayudarán a poder tener una visión más general y objetiva de la gestión global de los riesgos que está encarando la entidad.

4. Responsable de la Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos.

La estructura de la Unidad de referencia contemplará las siguientes características principales:

4.1. Se adecuará al tamaño de la institución, la naturaleza y complejidad de sus productos y procesos y a la magnitud de sus operaciones.
4.2. Dependerá funcionalmente de la MAE.
4.3. No podrá estar a cargo de la Unidad de Auditoría Interna, área que no obstante ello podrá aportar sus conocimientos para el desarrollo del sistema de gestión de los riesgos y para la constante mejora de su administración.

4.4. Podrá involucrar a personal de otras áreas siempre que las responsabilidades asignadas no impliquen conflictos de intereses en función de sus incumbencias.
4.5. Existirá independencia entre el responsable de la Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos y las áreas y unidades de la entidad involucradas, así como una clara delimitación de funciones, responsabilidades y perfil de puestos en todos sus niveles.
4.6. Deberá articular los principales procesos que la entidad necesite para gestionar los riesgos, adoptando los mecanismos que permitan una comunicación, interacción y coordinación efectiva con los responsables de los procesos (“dueños de procesos”).
4.7. Recibirá de la MAE y de los responsables jerárquicos de las diferentes áreas o unidades de la entidad informes con los resultados de la ejecución de los procesos y procedimientos, con la periodicidad que la entidad establezca de acuerdo con su tamaño, la naturaleza y complejidad de sus productos y procesos, y con la magnitud de sus operaciones, la que deberá ser, como mínimo, trimestral.
4.8. Realizará un proceso de seguimiento eficaz de los eventos de pérdidas, para facilitar la rápida detección y corrección de las posibles deficiencias que se produzcan en sus políticas, procesos y procedimientos de gestión de los riesgos.
4.9. Verificará la evolución de los indicadores de riesgo a los fines de proponer reformulaciones en función de la naturaleza de los eventos de pérdida producidos.
4.10 Informar a la MAE la detección de las posibles deficiencias que se produzcan en la aplicación de las políticas, procesos y procedimientos de la gestión de riesgos y las pertinentes propuestas para su corrección, con la periodicidad que la entidad establezca de acuerdo con su tamaño, la naturaleza y complejidad de sus productos y procesos y con la magnitud de sus operaciones. Dicho informe deberá ser, como mínimo, semestral.

Dichos informes, una vez analizados por la MAE y aprobadas las correcciones pertinentes, se distribuirán entre los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad que pudieran verse afectadas, a fin de que adopten esas medidas correctivas para asegurar una gestión eficaz de los riesgos.

El perfil de esta función implica un conocimiento profundo de la operatoria de la entidad, así como poseer una visión global de la misma, considerándose que, entre otros, los funcionarios con experiencia previa en las áreas de soporte tales como Auditoría Interna y/o Planificación serían los más calificados para desempeñar este rol.

5. Comité de Riesgos.

En caso que el tamaño de la entidad, la magnitud de las operaciones y la naturaleza y complejidad de los productos y procesos que brinda lo requiera, la MAE deberá incluir dentro de la estructura orgánica de la entidad un Comité de Riesgos, dependiente de la máxima autoridad ejecutiva e integrado, como mínimo, por

a. el responsable de la Unidad de Coordinación y Seguimiento de la Gestión de Riesgos,

b. el máximo responsable jerárquico del área de Planificación y Control,

c. el máximo responsable jerárquico del área de Administración y Finanzas,

d. los máximos responsables jerárquicos de las áreas que gestionan las operaciones sustantivas de la entidad, y

e. el máximo responsable jerárquico del área de asuntos legales, en los casos que existan aspectos que afecten el logro de los objetivos de cumplimiento legal.

Dicho Comité reportará y asesorará a las máximas autoridades en los temas de gestión de riesgos.

La periodicidad de las reuniones deberá ser, como mínimo, trimestral, en concordancia con la revisión trimestral del Plan Operativo Anual (POA) debiendo, además, reunirse cada vez que existan situaciones que ameriten una redefinición de los objetivos o de las respuestas a los riesgos oportunamente decididas e implantadas.

Los reportes del Comité de Riesgos serán enviados a la MAE quien luego de analizarlos y aprobarlos, los presentará a conocimiento del Comité de Auditoría.

Entre las principales funciones del Comité de Riesgos se encuentran:

5.1. Revisar y controlar la implantación y gestión de los riesgos que realizan los responsables jerárquicos de las diferentes áreas o unidades y los servidores públicos a su cargo dentro de sus atribuciones propias.

5.2. Analizar la evolución de la gestión de los riesgos de la entidad, la existencia de desvíos en el cumplimiento de los objetivos, proponer – en caso de corresponder - mejoras a los procesos operativos a través de la emisión de reportes que incluyan los planes de acción consensuados para mejorar la gestión de los riesgos de la entidad e informar por excepción a la MAE en casos como los de: a) existir actividades con riesgos residuales no compatibles con los niveles de riesgo aceptados por la entidad, o b) haberse generado cambios que ameriten la revisión de los objetivos o una identificación y evaluación específica de nuevos riesgos.

5.3. Fijar un plan de las acciones a ejecutar para la adecuada implantación y consecución de las mejoras a las actividades de control vigentes o la implantación de nuevas actividades de control viables, asignando responsables de tales tareas y plazos razonables de cumplimiento, que deberán ser luego objeto de un seguimiento oportuno también por parte del Comité de Control Interno.

6. Unidad de Auditoría Interna.

El rol principal de la auditoría interna es proporcionar aseguramiento objetivo a la máxima autoridad ejecutiva respecto de la eficacia de las actividades de gestión de los riesgos institucionales de la entidad, para ayudar a garantizar que los riesgos claves se están gestionando correctamente y que el sistema de control interno está funcionando eficazmente.

Los auditores internos pueden asesorar, cuestionar o respaldar las decisiones de la máxima autoridad ejecutiva y de los responsables jerárquicos de las áreas o unidades respecto a temas de riesgos, pero no pueden tomar ellos mismos tales decisiones, ya que la máxima autoridad ejecutiva y los responsables jerárquicos de las áreas o unidades son los responsables de la gestión de los riesgos.

Como principio básico de resguardo, el auditor interno no debe realizar actividades relacionadas con la gestión de riesgos que puedan afectar su independencia y objetividad. A continuación se detallan ejemplos de las actividades que puede desempeñar con relación a la gestión de los riesgos institucionales, así como las que puede realizar tomando los resguardos pertinentes y aquellas que no pueden ni deben ser cubiertas por la auditoría interna:

a) Actividades que puede desempeñar:

- Otorgar aseguramiento respecto de los procesos de gestión de riesgos y de la evaluación correcta de los riesgos.
- Evaluar el proceso de gestión de riesgos institucionales y los informes sobre los riesgos claves.
- Revisar la gestión de los riesgos claves.

b) Actividades que puede realizar tomando los resguardos pertinentes:

- Facilitar la identificación y evaluación de los riesgos.
- Asesorar a la máxima autoridad ejecutiva y a los responsables jerárquicos de las áreas o unidades en la etapa de selección de la respuesta a dar a los riesgos.
- Coordinar actividades de la gestión de riesgos institucionales.
- Consolidar la elaboración de informes sobre riesgos.
- Mantener y desarrollar en la entidad el enfoque de gestión de riesgos institucionales.
- Defender el establecimiento de un sistema de gestión de riesgos institucionales.
- Desarrollar la estrategia de gestión de riesgos para su aprobación por parte de la máxima autoridad ejecutiva.

c) Actividades que no pueden ni deben ser cubiertas por la auditoría interna:

- *Definir el grado de aceptación del riesgo.*
- *Imponer procesos de gestión de riesgos.*
- *Tener a su cargo la responsabilidad sobre la gestión de los riesgos.*
- *Tomar decisiones sobre las respuestas a los riesgos.*
- *Implementar respuestas para los riesgos en nombre de la máxima autoridad ejecutiva y/o los responsables jerárquicos de las áreas o unidades.*

ANEXO 2. PASOS DE LA ETAPA DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Esta etapa implica identificar y evaluar los eventos de pérdida (riesgos) tanto que se han materializado en el pasado como los que se proyecta pueden suceder en el futuro, pudiendo utilizarse en una visión de la entidad a nivel global o a un nivel de detalle.

Este proceso se debe realizar en orden sucesivo a, por lo menos, tres niveles: a) global de la entidad, b) del proceso o programa, y c) de la actividad. A cada menor nivel, corresponde un alcance más limitado, enfocado a los componentes de las áreas o unidades y a los objetivos claves de cada proceso y área identificados en el análisis global de la entidad**.**

Los pasos a seguir en esta etapa son los siguientes:

1. Identificación de eventos que afecten los objetivos institucionales, el que se subdivide en dos tareas principales:

   1.1 Identificación y mapeo de procesos.
   1.2 Identificación y análisis de los factores causantes de los riesgos.

2. Evaluación y valorización de riesgos.

3. Determinación de indicadores claves de riesgo.

4. Respuesta a los riesgos.

1. IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE AFECTEN LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES

1.1 IDENTIFICACIÓN Y MAPEO DE PROCESOS

Se identifican los procesos que se llevan a cabo en la entidad (comenzando por los procesos claves) y se realiza un mapa de procesos con las actividades de cada área, las actividades de control vigentes para cada proceso y los sistemas aplicativos asociados (de existir).

Implica la especificación de los procesos y puntos claves o críticos a nivel de la entidad, los programas, los proyectos y/o las actividades que sean significativos para el logro de los objetivos generales y particulares fijados. Algunos de ellos pueden no estar formalmente determinados o explicitados. El resultado final de esta tarea será la emisión de un "Mapa de Procesos" detallado, con los controles vigentes asociados al proceso.

Las actividades o fases que deben ejecutarse son las siguientes:

a. Identificación de los procesos de la entidad, comenzando con los claves o críticos, es decir, los que se relacionan con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la misma (procesos sustantivos).

   Se deben elaborar mapas de procesos a alto nivel con las actividades de cada área funcional donde se desarrolla cada proceso, a fin de tener una visión general de los procesos de la entidad y sus relaciones. Para ello, en primer término, hay que:

   i. *Determinar las partes que se relacionan con el sistema de la gestión de la entidad*: proveedores, usuarios y otros participantes con los que la entidad mantiene una relación

que es relevante para el adecuado funcionamiento de su sistema de gestión, tales como todos los grupos de interés de la entidad y, en definitiva, el ciudadano y la sociedad. También deben considerarse los recursos con los que cuenta la entidad: humanos, de infraestructura, sistemas de tecnología informática, etc.
Estas partes son las que definen los requisitos de los servicios y productos que debe brindar la entidad (input) y a los que se debe satisfacer sus demandas y necesidades (output).

ii. *Identificar la "cadena de valor", "línea operativa" o secuencia de los procesos operativos clave de la entidad*, es decir, aquellos procesos estratégicos o sustantivos involucrados en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución y los requerimientos de sus grupos de interés, en función de la naturaleza de su actividad (servicios o productos a brindar a sus usuarios y/o a la comunidad). Pueden dividirse en procesos estratégicos y procesos claves.

   Como ejemplos de procesos o puntos clave de la entidad pueden enunciarse los siguientes:
   - Proceso crítico para la supervivencia de la entidad.
   - Actividades responsables de la entrega de partes importantes de servicios a la ciudadanía.
   - Área sujeta a Leyes, Decretos o Reglamentos de estricto cumplimiento, con amenazas de severas sanciones por incumplimiento.
   - Área de vital importancia estratégica para el Gobierno (ejemplo: defensa, investigaciones tecnológicas de avanzada, etc.).

iii. *Añadir los procesos de apoyo o soporte a la secuencia de procesos clave de la entidad, y los de dirección.* Los de apoyo propiamente dichos incluyen a todos los procesos que proveen de recursos a esta "cadena de valor": Recursos Humanos, Planificación, Tecnología Informática, Compras y Contrataciones, Administración y Finanzas, Coordinación y Seguimiento Gestión de Riesgos, etc. Los de dirección son, por ejemplo, planificación estratégica o empresarial, etc.

iv. Por último, deberán considerarse aquellos que realizan asesoramiento o consultoría interna, tales como el área de legales y auditoría interna.

b. Análisis del flujo de los procesos, lo cual implica la representación esquemática de un proceso, con el objetivo de comprender las interrelaciones entre las entradas, tareas, salidas y responsabilidades de sus componentes. También deben detallarse los sistemas de tecnología informática empleados y que son necesarios para realizar la actividad o proceso.

Una vez realizado este esquema, las actividades y operaciones incluidas en el proceso pueden ser identificadas y consideradas frente a los objetivos del proceso.

Es obligatorio realizar narrativos descriptivos de los procesos, indicando las operaciones, actividades de control y las áreas por las que pasan, según su secuencia lógica. Se recomienda, de ser posible, que estén acompañados de Diagramas de Bloque y Diagramas de Flujo de información y físicos, por actividad o proceso.

En esta etapa se determina cada "dueño del proceso", es decir el responsable jerárquico del área o unidad más involucrada en cada proceso, dada su participación y su responsabilidad en el logro de los objetivos fijados para ese proceso.

Como resultado de estas actividades se obtendrá un inventario de los procesos de la entidad, con identificación de las actividades de control existentes y vigentes y los sistemas aplicativos de tecnología informática asociados al proceso.

1.2 IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LOS RIESGOS

Una vez identificados y mapeados los procesos de la entidad, corresponde la determinación de los eventos de pérdida, a partir de la identificación y testeo de los factores causantes de los riesgos para cada proceso.

La identificación, testeo y priorización de los factores que contribuyen a elevar el riesgo o a que éste se materialice, se realiza a partir de un análisis de las circunstancias internas (debilidades) y externas (amenazas) en que se desarrolla la gestión institucional, para identificar y determinar cuáles son generadores o conllevan algún grado de riesgo y si existe alguna interrelación entre ellos.

Es importante considerar las metas e iniciativas estratégicas de la entidad que pueden modificar la priorización de los factores causantes de los riesgos o causas subyacentes que deben ser atacadas.

Para este proceso, se deben realizar talleres de autoevaluación, con grupos de trabajo definidos para cada proceso. La "Metodología de Grupos de Trabajo de Autoevaluación de Riesgos" figura desarrollada en el **ANEXO 3**. Asimismo, un modelo de "Cuestionario de Autoevaluación de Riesgos" se presenta en el **ANEXO 4**.

En el **ANEXO 5** se enuncian algunos de los "Factores Causantes de Riesgos" a considerar al realizar este análisis.

En esta etapa, también es importante poder realizar una primera estimación del impacto de las pérdidas potenciales directas, a partir de los datos aportados por la "Base de Datos de Eventos de Pérdida". Respecto de cómo se construye la misma, puede verse en detalle en el **ANEXO 6**.

La información obtenida por cada tipo de evento se incluirá en el "Formulario de Identificación de Eventos y Valorización de Riesgos", que se muestra en **ANEXO 7a)** y **ANEXO 7b)**.

A partir de la identificación y mapeo de los procesos y la identificación, análisis y priorización de los factores causantes de los riesgos, se obtendrá como resultado una "Lista de los Eventos de Pérdida", y un "Mapa General de Riesgos", con los "Factores Causantes de Riesgos" clasificados por tipo de riesgo y asignados a cada proceso, área, actividad o función organizativa, realizándose una cuantificación estimada delos impactos que producen dichos riesgos inherentes.

2. EVALUACIÓN Y VALORIZACIÓN DE LOS RIESGOS

Una vez identificados y clasificados, los riesgos significativos deben examinarse en forma individual o por categoría, para ser valorizados considerando dos parámetros: probabilidad o frecuencia, e impacto (severidad o gravedad).

La evaluación y valorización de las exposiciones significativas a los riesgos se debe llevar a cabo en base a la experiencia histórica, dada a través de datos cuantitativos y/o cualitativos, teniendo en cuenta su importancia a partir de comprender el alcance sobre cómo estos eventos potenciales de riesgo pueden impactar en el logro de los objetivos institucionales. Normalmente, se utiliza una combinación de métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas.

Para la valorización cuantitativa (cuantificación), tanto del impacto como la probabilidad de ocurrencia, no se debe considerar exclusivamente la información aportada por la base de datos histórica de eventos de pérdidas producidas, si no también, dado que los riesgos que se están calculando son los que potencialmente se pueden producir en el futuro, tomando en cuenta las proyecciones que, con base numérica o estadística, se realizan en cuanto al impacto que se estima podría tener un evento en el caso que se efectivizara y a la posibilidad de que el evento se materialice.

Para la estimación cuantitativa de la frecuencia en que puede darse un evento, se puede realizar bajo bases estadísticas, según experiencia previa y las proyecciones de escenarios futuros.

Si la medición es cualitativa, se tomará en cuenta, fundamentalmente, el conocimiento que, a partir de su experiencia, tienen los funcionarios más familiarizados con el proceso donde se han identificado los riesgos que se quieren valorizar.

La unidad de medición de los riesgos y los horizontes de tiempo considerados deben ser los mismos que los de los objetivos a los que afectan.

Para la valorización de los riesgos y la elaboración de las matrices de riesgo, se utilizará nuevamente la metodología de talleres o grupos de trabajo uno por cada proceso, ya aplicada para la identificación, testeo y priorización de los factores causantes de riesgos.

En el **ANEXO 10** se detallan algunas de las "Metodologías para la Valorización de los Riesgos" más comunes.

La evaluación de los riesgos se realizará sobre dos bases: en primer término, analizando el riesgo inherente de cada actividad, propio de la naturaleza de la misma. Luego, se considerará el riesgo residual de la actividad o proceso que queda una vez que se aplican las actividades de control vigentes. Lo anterior permitirá de manera consolidada conformar una Matriz de Riesgo Inherente y Riesgo Residual (Ver **ANEXO 8**).

Al analizar los riesgos que afectan a los procesos, actividades, áreas y funciones de la entidad, deben considerarse los riesgos actualmente relevantes, considerando si van a ser significativos o si pueden dejar de serlo en el futuro, ya sea por mejora de los procesos o pérdida de relevancia o discontinuación de la actividad, y también tomando en cuenta los riesgos actualmente inexistentes o irrelevantes que cobrarán importancia en el futuro en función de los objetivos planteados en la gestión de la entidad.

A fin de calcular el daño potencial, se diseñan matrices de doble entrada en las que se refleja el nivel de exposición al riesgo, en términos del impacto esperado y la probabilidad de ocurrencia de los riesgos. Un detalle del armado de una matriz de riesgos, se puede ver en el **ANEXO 11 a).** y en el **ANEXO 11 b).** "Esquema de Armado de una Matriz de Riesgo".

En las matrices de riesgo también se mostrará la curva del nivel de riesgos aceptable para la entidad en cada riesgo específico, y para el portafolio de riesgos, orientando la necesidad o no de generar respuestas al riesgo y actividades de control a fin de minimizar los riesgos inherentes, y que el riesgo residual se encuentre dentro de los niveles de riesgo aceptados.

Recopiladas las conclusiones a las que arribaron los grupos de trabajo, y valorado el impacto y probabilidad de ocurrencia de los eventos de pérdida, se elaborarán las matrices de impacto/probabilidad que permitirán obtener una visión global del nivel de vulnerabilidad de las áreas y procesos, armar un mapa general de los principales riesgos y priorizar los riesgos a analizar.

La matriz de riesgos es el producto principal que resulta de la identificación y evaluación de los riesgos.

La información obtenida para cada de riesgo se incluirá en el "Formulario de Identificación de Eventos y Valorización de Riesgos (Ver **ANEXO 7a)** y **ANEXO 7b)**).

Dada la limitación de recursos de una institución, es preciso definir cuáles riesgos merecen una atención inmediata y cuáles pueden recibir un menor esfuerzo, a través de una atención periódica o porque su riesgo residual se encuentra en niveles controlados.

Para ello, se utilizará el "Mapa de Riesgos", donde se consoliden las diferentes matrices de riesgo, visualizando el valor del riesgo inherente de cada evento a fin de proceder a su comparación y determinar las acciones a seguir en consecuencia.

3. DETERMINACIÓN DE INDICADORES CLAVES DE RIESGO

Incluye identificar, predefinir, testear y determinar los Indicadores Clave de Riesgo.

Los indicadores claves de riesgo deben ser variables cuantificables que tengan una demostrada correlación positiva entre su incremento y el aumento de la exposición al riesgo de la entidad y funcionan como un sistema de alerta frente a la probabilidad de ocurrencia de eventos de pérdida.

Además, debe definirse la unidad con la que se medirá y el umbral de puntuación (alerta), que permita a la entidad tomar las acciones correctivas necesarias para regularizar su situación.

Como ejemplos generales de formas de medición, se enuncian los siguientes:

a. Porcentaje de incidentes por errores en el llenado, emisión y/o firma de documentación de soporte sobre el total de documentos emitidos (si el parámetro de tolerancia al riesgo está definido en función de porcentaje sobre el total de transacciones realizadas en un período determinado de tiempo, independientemente de los importes que involucren).

b. Número de operaciones realizadas sin la debida autorización previa (si el parámetro de medición está referido a una cantidad de transacciones realizadas en un período determinado de tiempo, independientemente del universo total de operaciones o de los importes de las mismas)

c. Porcentaje de pérdidas (en lempiras) por cheques emitidos y pagados por importes superiores a los autorizados (si el parámetro de tolerancia es en función del porcentaje sobre el importe total de las transacciones realizadas en un período determinado de tiempo), o

d. Importe de pérdidas (en lempiras) por sustracción de bienes de uso (si el parámetro de medición está referido al impacto de los eventos de pérdida producidos en un período determinado de tiempo, independientemente del importe total del universo de operaciones realizadas o de la cantidad de transacciones involucradas).

Conjuntamente con los indicadores claves de riesgo, se deberán definir los umbrales de tolerancia al riesgo para cada uno de ellos, determinando el parámetro a partir del cual se deberá emitir el alerta temprano, a fin de tomar las acciones y controles correspondientes, para que el nivel máximo de tolerancia al riesgo no sea traspasado
Como ejemplo, si el nivel máximo de tolerancia al riesgo de errores en la emisión de órdenes de pago es del 0,5 % mensual, el umbral de alerta debería definirse en el 0,3%, a fin de que, cuando se traspase dicho umbral, se emita un alerta que pueda activar la toma de acciones correctivas y la redefinición de las actividades de control, a fin de no llegar al nivel de tolerancia máximo fijado y poder volver la operatoria a los niveles normales.

La determinación de los Indicadores Claves de Riesgo debe incluir, como mínimo, las siguientes definiciones:

a) Concepto del indicador.
b) Descripción.
c) Riesgo aceptado (en Lempiras y/o porcentaje de operaciones).
d) Nivel de tolerancia (en lempiras y/o en porcentaje de operaciones).
e) Umbral de alerta (en lempiras y/o en porcentaje de operaciones.
f) Forma de medición.
g) Frecuencia de medición.
h) Responsable de la medición y de informar las variaciones producidas.

Para la determinación de los indicadores claves de riesgo, también se aplicará la metodología de talleres o grupos de trabajo.

Los talleres de grupos de trabajo se realizaran, a nivel de proceso, con los mismos integrantes que realizaron los tres anteriores, en una secuencia lógica de tareas, aunque al tratarse de un proceso dinámico y de retroalimentación, las conclusiones obtenidas en un taller pueden luego generar modificaciones en la validez o alcance de las conclusiones dadas en talleres previos.

De esta forma, se realizan para cada proceso los diferentes talleres con un único grupo de trabajo de niveles intermedios por cada proceso, donde se trata en forma sucesiva los siguientes temas:

- Identificación de “Factores Causantes de Riesgos”.
- Elaboración de “Matrices de Riesgo y Valorización del Riesgo”.
- Determinación de los “Indicadores de Claves de Riesgos”.
- Evaluación “Actividades de Control” existentes.

La metodología de trabajo propuesta facilita realizar los cuestionarios estructurados de autoevaluación para las diferentes etapas del proceso de identificación y evaluación de los riesgos, consiguiendo una colaboración y compromiso de las áreas de la entidad involucradas en cada proceso, que hace más eficiente en tiempo y resultados la tarea, ya que los resultados de estos talleres dependen fundamentalmente del grado de compromiso con el proyecto que tienen los participantes y de la profundidad y amplitud de la información que aportan.

En el caso de la auto evaluación de las actividades de control existentes, esta comprende además el análisis de los controles internos informales, que no están normados, y que van surgiendo en la práctica o marcha del desempeño de las responsabilidades y funciones, dando eficiencia al proceso, pero que pueden, por no estar fijados por escrito, irse deteriorando con el transcurso del tiempo.

4. RESPUESTA AL RIESGO

Las diferentes decisiones que la máxima autoridad ejecutiva y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad pueden tomar como respuesta al riesgo son, por ejemplo:

a) Aceptar o tomar el riesgo: Cuando las pérdidas esperadas son menores que el costo de la gestión del riesgo, la entidad asume el riesgo y no emprende ninguna acción que afecte la probabilidad o el impacto del mismo.

   La aceptación de riesgos puede implicar que los responsables jerárquicos de las áreas o unidades decidan asumir el riesgo de no corregir una situación, por razones de costo u otras consideraciones convenientes para la entidad.

   La máxima autoridad ejecutiva debe ser informada de tales decisiones referidas a todos los riesgos residuales significativos que se consideren que no están dentro de los niveles de riesgo aceptables, a fin de determinar en forma concreta y formal si está de acuerdo o no con la respuesta seleccionada y, en su caso, ordenar su re-análisis.

b) Compartir total o parcialmente el riesgo: Cuando el costo de mitigación del riesgo es mayor que la pérdida esperada y existe un tercero dispuesto a aceptar trasladarle el riesgo (seguros) o compartir parte del mismo ("joint venture"). Ejemplos de tales esquemas son la contratación de seguros y la tercerización de actividades. Estas técnicas complementan pero no sustituyen el control interno.

c) Mitigar el riesgo: Fortalecer controles existentes o desarrollar nuevos. Cuando el valor de la pérdida esperada es mayor que la inversión a realizar para mantener, fortalecer o desarrollar nuevas acciones y actividades de control para reducir significativamente la frecuencia / probabilidad o el impacto de las pérdidas.

d) Evitar la actividad para no asumir el riesgo: Se da cuando el "Margen de Contribución Esperado" es menor que el costo de riesgo esperado, por lo que la entidad decide abandonar la actividad por ser excesivamente riesgosa al no identificar ninguna opción de respuesta que reduzca el riesgo valorizado hasta un nivel aceptable.

ANEXO 3. METODOLOGÍA DE GRUPOS DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION DE RIESGOS.

La metodología de talleres o grupos de trabajo se basa en el Principio de Autoevaluación establecido en el "Marco Rector de Control Interno Institucional de los Recursos Públicos" (TSCPRICI-11), y, en este caso, consiste en involucrar a los servidores públicos de la entidad en el proceso de identificación y evaluación de riesgos, así como en el de análisis de las actividades de control existentes y la propuesta de mejora a los procesos, valorando y respetando a los mismos y a sus capacidades creativas para el análisis de los procesos, sistemas y operaciones de la entidad

Es fundamental en este proceso estratégico de cambio sostenido mediante el cambio de cultura y el mejoramiento evolutivo sustentable, la existencia de un compromiso real y de permanente involucramiento de la máxima autoridad ejecutiva y de los responsables jerárquicos de todas las áreas y unidades de la entidad, así como la gestión, crecimiento, consolidación, seguimiento y continuidad en el largo plazo del proceso por parte de toda la entidad, en sus diferentes niveles jerárquicos.

Los talleres participativos deben estar estructurados bajo la filosofía de que: a) la mejora continua de la calidad de los procesos se puede aplicar a todos los procesos de la entidad (operativos, administrativos, de tecnología informática, de gestión), los que interactúan entre sí para que los objetivos institucionales se logren consistentemente y, b) puede ser aplicada y puesta en práctica por todo servidor público de una entidad, en función de su compromiso con el control interno institucional, y su previo entrenamiento en la metodología.

La auto evaluación es característica del ejercicio de un control interno voluntario, consciente y por convicción de los propios servidores públicos en cuanto a la importancia y utilidad del mismo para la mejora permanente de sus condiciones de trabajo, la eficiencia en el desempeño de sus responsabilidades y el logro de los objetivos institucionales.

Estos principios y conceptos se materializan a partir de desarrollar y entrenar funcionarios con una clara orientación proactiva hacia la gestión pública por resultados y la solución de las causas que generan los problemas. También comprende entregar al ciudadano en general y a los usuarios internos y externos servicios y bienes de excelencia, con valor agregado y mejora en la calidad, funcionamiento y transparencia de los procesos a través de la reducción de costos y el aumento de la productividad de la entidad, por simplificación o eliminación de procedimientos y actividades que no añaden valor.

De esa forma, al realizar una gestión eficaz, eficiente y económica de los recursos públicos, en pos del logro de mejores resultados para la sociedad que le ha confiado dichos recursos y a la que se le debe rendir cuentas de su gestión, se reduce la posibilidad que tales activos se malgasten y desperdicien.

El esquema auto evaluativo implica que grupos de trabajo integrados por personal de las diferentes áreas que participan en el proceso analizado, con la ayuda de facilitadores formados al interior de los entes públicos (en especial, personal de las áreas de soporte como Planificación y Control, Organización y Métodos o el área afín con las anteriores), puedan analizar los temas que se les asignan a partir de ciertas consignas y ayudados por cuestionarios estructurados de autoevaluación, llegar a conclusiones válidas referidas a los procesos y actividades de los que son responsables.

El número de funcionarios a participar en cada grupo no debe ser superior a ocho, debiendo existir representantes de todas las áreas o unidades involucradas en el proceso que se analiza, utilizando un esquema de trabajo similar al de los círculos de calidad y otros modelos de gestión de calidad y/o de la mejora continua, con el fin de aprovechar el conocimiento y sinergia colectivo del grupo.

Para la selección del personal que participará de los talleres, si bien es imprescindible que se trate de grupos interdisciplinarios e inter funcionales, se debe dar prioridad a aquellos que laboran en los ámbitos donde se crea y agrega valor a través del trabajo diario, ya que ellos conocen y están en contacto con las actividades sustantivas de la entidad.

De esta forma, se potencia la posibilidad que, por ejemplo, se identifiquen los factores de riesgo que afectan a sus tareas y al logro de las metas propuestas para su actividad, y, por tanto, puedan evaluarlos y proponer mejoras en los controles y calidad de los procesos en los que participan, con el fin de reducir la posibilidad de ocurrencia de errores o un evento de pérdida o su impacto. Los pasos sugeridos en el desarrollo de los talleres son los siguientes:

1. Las áreas que van a realizar la coordinación de los talleres (Planificación y Control, Organización y Métodos, etc.), con colaboración de los responsables jerárquicos de las diferentes áreas y unidades de la entidad, definen y elaboran "Cuestionarios estructurados de autoevaluación" para desarrollar la información solicitada como consigna (por ejemplo, los factores causantes del riesgo). Un ejemplo de "Cuestionario de Autoevaluación" se expone en el **ANEXO 4**.
2. Luego, se realizan dos talleres consecutivos de Autoevaluación, uno con cada nivel de funcionarios, para obtener conclusiones validadas tanto por los funcionarios de nivel intermedio como por los principales responsables de las áreas, con la colaboración de las áreas organizativas de la entidad.
3. El primer grupo de trabajo estará formado por funcionarios de nivel intermedio de las áreas involucradas en cada proceso, en especial aquellos con conocimiento, experiencia y preparación en la operatoria específica que se analiza, ya que cada proceso y riesgo debe ser analizado en detalle, considerando el buen juicio y sentido común de los participantes en dicho proceso. Al no participar del taller el personal superior de las áreas y unidades, se da una mayor oportunidad para que exista un intercambio franco, abierto y transparente entre los participantes evitando que, por temor u obediencia a sus superiores jerárquicos, no se manifiesten los problemas o inconvenientes que se observan en el proceso bajo análisis.
4. El segundo grupo de trabajo, que utiliza como información de entrada las conclusiones obtenidas por el primer grupo, estará formado por representantes de las áreas organizativas de la entidad (Coordinación y Gestión de Riesgos, Organización y Métodos, Planificación y Control, Auditoría Interna) además de los responsables jerárquicos de cada una de las áreas involucradas en el proceso o actividad que se analiza y, en especial, el responsable del área "dueña del proceso".
5. Finalizados los dos talleres descriptos, y obtenidas y validadas las conclusiones a las que se arribó en los mismos, el área coordinadora del proyecto procede a realizar el análisis global de las mismas, obteniendo la lista definitiva respecto de la información que se quería relevar.
6. En ambos talleres, los facilitadores, pertenecientes al área o áreas que realizan la coordinación del proyecto, es quien ordena la labor del grupo, dando las consignas, aclarando las dudas, orientando el desarrollo del taller a fin de que todos los participantes puedan emitir sus

opiniones y comentarios y dejando asentadas en un acta por escrito las conclusiones a las que se ha arribado, así como, en el caso de quedar temas pendientes de definición por falta de documentación o por necesidad de mayor información y análisis, indicar los responsables de las tareas asignadas, los plazos en que deben cumplimentarse y la fecha de la próxima reunión.

Otras herramientas que pueden utilizarse y complementar el análisis realizado, son, por ejemplo:

a) *Los inventarios o listados* de eventos posibles en el tipo de entidad o industria de que se trate, o en el proceso o área funcional específica, a partir de datos de referencia del mercado (benchmarking). Estos listados pueden ser: a) realizados por personal interno, o b) listados generados externamente que pueden adaptarse a los procesos y actividades de la entidad.

b) *Entrevistas* para averiguar los puntos de vista y conocimientos del entrevistado en relación al tema bajo análisis, pudiendo ser realizadas por uno o dos entrevistadores para cada persona entrevistada.

c) *Cuestionarios y encuestas*, que direccionan una amplia gama de aspectos que los participantes deben considerar, centrando su reflexión en el tema bajo análisis. Las preguntas pueden ser abiertas o cerradas, según sea el objetivo de la encuesta. Pueden dirigirse a un individuo, a varios o bien pueden emplearse en conexión con una encuesta de base más amplia, ya sea dentro de la entidad o que esté dirigida a ciudadanos, usuarios, clientes, proveedores u otros terceros.

d) *Taller de trabajo para la Alta Dirección*. Algunas entidades, en conexión con el establecimiento de objetivos, realizan talleres en que sólo participan los responsables jerárquicos de las diferentes áreas o unidades de la entidad, y algunos casos, también la máxima autoridad ejecutiva, para, por ejemplo, se logra identificar eventos que podrían afectar al logro de los objetivos estratégicos.

e) *Identificación continua de evento*s posibles en conexión con las actividades diarias propias del negocio. Como ejemplo de ello puede citarse los distintos medios para obtener información:

- Conferencias sectoriales / técnicas.
- Sitios web de entidades afines y campañas publicitarias.
- Grupos de presión política.
- Congresos sobre gestión de riesgos.
- Resultados de benchmarking.
- Procesos legales.
- Índices externos clave.
- Índices internos clave / Medidas de Riesgo y Rendimiento / Tableros de control.
- Nuevas decisiones legales.
- Informes en los medios.
- Informes de analistas.
- Informes mensuales de la Dirección.
- Boletines electrónicos y servicios de notificaciones.
- Publicaciones sectoriales y profesionales.
- Perfil de las llamadas al servicio de usuarios / clientes / ciudadanos.
- Información en tiempo real sobre la evolución y comportamiento de los factores externos clave que influyen en la actividad de la entidad.

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS

Proceso de Compra de Bienes en Moneda Extranjera

1) *¿Existe un manual de políticas y procedimientos que regule por escrito la operativa?*

Si Parcialmente No

2) *¿Al dar de alta la cuenta de un proveedor, se realizan los controles fijados por la ley de compras y contrataciones?*

Si Parcialmente No

3) *¿Comprueba el sistema automáticamente la disponibilidad de efectivo en la empresa antes de ejecutar la orden de compra? ¿Puede bloquear la operación?*

Si Parcialmente No

4) *¿Tiene información en tiempo real de los tipos de cambio y calcula el importe de la operación en moneda local de forma automática?*

Si Parcialmente No

5) *¿Existen límites de seguridad en el importe de las operaciones realizadas?*

Si Parcialmente No

6) *¿Permite el sistema informático realizar un rastreo de las operaciones realizadas?*

Si Parcialmente No

ANEXO 5. FACTORES CAUSANTES DE RIESGOS.

A) FACTORES EXTERNOS CAUSANTES DE RIESGOS (AMENAZAS):

1. Económicos y Financieros:

- Financiación, o falta de fuentes de financiamiento.
- Tasas de cambio.
- Tasas de interés.
- Morosidad.
- Iliquidez o falta de disponibilidad de fondos.
- Inflación.
- Crisis o ajustes fiscales.
- Programas de ajuste económico.
- Competencia privada (en caso de existir).
- Acciones de los proveedores, tal como crisis de suministros.
- Acciones de los usuarios.

2. Políticos y Legales:

- Modificaciones a las disposiciones legales y normativas o circunstancias presupuestarias que afectan el erario o Tesoro Público o conduzcan a cambios forzosos en la estrategia y procedimientos d la entidad.
- Cambios en la naturaleza jurídica de la entidad.
- Aprobación del Plan Operativo Anual con ajustes o modificaciones respecto del elaborado por la entidad, en temas de objetivos, metas y/o recursos asignados.
- Normas tributarias.
- Leyes ambientales.
- Juicios, sanciones, etc.
- Cambios de gobierno.
- Cambio de autoridades.
- Inestabilidad en los niveles de dirección y en los servidores públicos.

3. Sociales:

- Cambios en las necesidades y expectativas del ciudadano/usuario.
- Decisiones de estilo de vida.
- Comportamientos sociales.
- Cambio de necesidades o reclamos de la comunidad de ciudadanos / clientes / usuarios / proveedores / ONGs / etc.
- Movimientos o reclamos sindicales.

4. Tecnológicos:

- Proceso continuado de modernización de la gestión pública.
- Utilización de nuevas tecnologías en la implantación de sistemas administrativos o en los procesos productivos de bienes o servicios.
- Sistemas de seguridad de acceso a la información.
- Cambios tecnológicos que pueden provocar obsolescencia organizacional.
- Tecnologías disponibles.

5. Medioambientales:

- Catástrofes naturales (Desastres, terremotos, incendios, huracanes, etc.)
- Emisiones.
- Productos de desechos generados.

6. Operacionales

- Fraude externo, referido a la realización de actividades no autorizadas, hurtos y otro tipo de fraudes.
- Daños a activos físicos, por acontecimientos de seguridad pública o daños maliciosos.

B) FACTORES INTERNOS CAUSANTES DE RIESGOS (DEBILIDADES):

1. Reputación

- Imagen corporativa.
- Transparencia.
- Rendición permanente de cuentas.

2. Infraestructura.

- Recursos económicos y físicos.
- Daño malicioso a bienes.
- Magnitud de los recursos financieros-presupuestarios asignados.
- Grado de liquidez o convertibilidad de los activos.

3. Recursos Humanos:

- Clima ético inadecuado.
- Falta de sistemas de motivación. Presión por el cumplimiento de objetivos.
- Estructura organizacional adoptada (Centralizada, Descentralizada, etc.)
- Métodos para capacitación, actualización y motivación del personal.
- Reorganizaciones y/o reestructuraciones
- Reducciones de personal.
- Alta rotación del personal.
- Características del personal (Mandos Superiores y resto del Personal): Cantidad, Calidad, Perfil, Competencia Profesional, Adecuación, Compromiso e Integridad.
- Tasas de retención de empleados.
- Prácticas de empleo.
- Temas sindicales.
- Seguridad e higiene en el trabajo.
- Temas de diversidad y discriminación.
- Políticas de incremento salarial vinculadas a resultados.

4. Tecnología:

- Complejidad de los sistemas.
- Falta o escasez de medios de tecnología informática y comunicación.
- Falta de actualización de los sistemas de información tecnológica.
- Falta de sistemas adecuados de protección física y lógica de datos (seguridad y acceso a la información).

- Disponibilidad de sistemas y datos.
- Confiabilidad en la tecnología de la información.
- Grado de sistematización de las operaciones del proceso.
- Sistemas implantados o abandonados.
- Incidencias o alteraciones en los sistemas tecnológicos.
- Creación o reorganización de los sistemas de información.

5. **Procesos:**
   - Control Interno: Adecuación, Fortaleza, Calidad, Eficiencia y Eficacia.
   - Falta de concordancia con los objetivos específicos.
   - Generación de información no confiable o fuera de oportunidad.
   - Recurrencia de observaciones de la UAI o la auditoría externa cualquiera sea su origen (estatal o privada).

6. **Operacionales:**
   - Crecimiento acelerado o expansión de la prestación de bienes y servicios.
   - Complejidad del proceso, área, programa o proyecto e importancia de los cambios realizados a los mismos.
   - Inversión en nuevas líneas de productos o servicios.
   - Volatilidad.
   - Cambios en las operaciones.
   - Dispersión geográfica.
   - Fraude interno, referido a la seguridad de los sistemas, hurto y otros tipos de fraudes.
   - Prácticas de negocios inadecuadas.
   - Divulgación de información confidencial o crítica.
   - Servicios o productos defectuosos.
   - Fallas en la ejecución, entrega y gestión de los procesos.

C) GESTIÓN DEL CAMBIO.

"Debe darse especial atención a la valoración de riesgos en periodos de cambio originados en múltiples motivos, tales como: Nuevas disposiciones legales o circunstancias presupuestarias que afectan el erario o tesoro público, cambios de gobierno por resultados electorales o por crisis políticas que generan inestabilidad en los niveles de dirección y en general en los servidores públicos, proceso continuado en la modernización de la gestión pública que conduce a utilizar tecnología de punta en la implantación de nuevos sistemas administrativos o en los procesos productivos de bienes o servicios, crecimiento o expansión de la prestación de bienes y servicios de una entidad pública, reestructuraciones y cambios en la naturaleza jurídica de un ente público y, en general, las crisis económicas y los ajustes fiscales.

En cualquiera de estas circunstancias o de cualquiera otra que provoque cambios, la valoración de los riesgos debe comprender tanto la identificación de los mismos como su análisis prospectivo y progresista para poder establecer las medidas necesarias para su gestión durante el periodo de cambio y considerar o ponderar los costos relacionados con el manejo y control de los riesgos, que se hayan originado en el cambio, tal como lo prevé la conceptualización COSO". (DECLARACIÓN TSC-NOGECI IV-01.01 IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS).

ANEXO 6. BASE DE DATOS DE EVENTOS DE PÉRDIDA

El objetivo de crear y mantener una base de datos históricos de eventos de pérdida es el de contribuir a reducir incidentes y montos de pérdidas y mejorar calidad del servicio y de los productos, al ayudar a la entidad a identificar acontecimientos reales pasados que generaron un impacto negativo y a cuantificar las pérdidas asociadas, a fin de predecir futuros sucesos.

Para la cuantificación del impacto de los riesgos, si bien la información brindada por esta base de datos es básica para relacionar las estimaciones de riesgo de la entidad a su historial de pérdidas efectivas, para esta cuantificación no se debe considerar exclusivamente la información aportada por una base de datos de pérdidas producidas, ya que los riesgos son fundamentalmente potenciales y no se basan sólo en el conocimiento de lo que pasó sino también de las previsiones de lo que podría suceder.

También es importante aclarar que las bases de datos de eventos de pérdida tienen limitaciones en cuanto a que no todas las pérdidas son plenamente cuantificables, tal es el caso de los riesgos que pueden afectar la imagen institucional y que no necesariamente deben conciliar con la información contable, ya que pueden existir eventos que no han sido contabilizados o que se encuentran registrados con una diferente valuación, por aplicación de sistemas de valuación contables.

La información deberá ser adecuadamente recolectada, clasificada, ordenada, registrada, almacenada y mantenida, y tener una rápida posibilidad de acceso para los funcionarios autorizados a consultarla.

El proceso de recolección de datos debe ser acompañado de una política que permita fomentar su registración, promoviendo una cultura organizacional para el reporte de tales datos y de controles que contribuyan a la verificación del cumplimiento de los requisitos de consistencia, integridad, seguridad y confidencialidad.

La entidad debe establecer un procedimiento para obtener información homogénea, donde los eventos deben estar adecuadamente registrados y clasificados por categorías, en función del factor de riesgo considerado, el proceso y área al que está vinculado, la frecuencia con que se producen y otros datos que la entidad considere importantes para dotar de uniformidad a la información, asegurar su correcta identificación y facilitar su relación con los mapas de riesgo.

Las fuentes de Información para la recolección de los datos de todas las áreas de la entidad sobre los eventos producidos y el monto de las pérdidas, pueden ser automatizadas o manuales. Entre las fuentes más comunes a considerar se encuentran: a) el sistema contable; b) las áreas jurídicas de la entidad; c) el área de atención al usuario / ciudadano / cliente, en especial en cuanto a los reclamos recibidos; d) la información en poder del área de coordinación y seguimiento de la gestión de los riesgos, y e) la información existente en las restantes áreas y unidades de la entidad.

También pueden existir bases de datos externas, desarrolladas y mantenidas por proveedores de servicios, las que pueden ser útiles para complementar la información generada internamente, en particular para eventos posibles con una baja probabilidad de ocurrencia (que es altamente improbable que la empresa haya experimentado en el pasado) pero con un alto impacto.

Muchas veces la cuantificación del importe total de la pérdida producida por un evento no es fácil de calcular, ya que debe ser igual al importe necesario para retrotraer la situación de la entidad al momento previo al acaecimiento del suceso. Por ese motivo, normalmente sólo se consideran para su cálculo el monto de las pérdidas directas, siendo más difícil calcular los costos de oportunidad y otras pérdidas derivadas o colaterales al mismo evento.

Por ejemplo, si la pérdida involucra algún activo con valor de mercado conocido, se utilizará este valor, más los gastos adicionales que correspondan, y netas del recupero que se obtenga (pagos de seguros, etc.). También puede ocurrir que se trate de pérdidas que, por esquemas contables, pueden ser activadas y luego amortizadas en varios ejercicios. En este caso, no por estar activadas dejan de ser pérdidas, por lo que igual debe considerárselas.

A continuación, se enuncian los datos mínimos que deben informarse en la "Base de Datos de Eventos de Pérdida". La entidad podrá ampliarlos o modificarlos, siempre que la información pueda seguir siendo correctamente clasificada para su fácil identificación.

1. **Identificación** de manera secuencial y unívoca (número de orden secuencia y univoco).

2. **Carácter**, ya sea pérdidas ocurridas individuales o repetitivas y su recupero o pérdidas contingentes o provisionadas contablemente y sus ajustes (deudores morosos, etc.).

3. **Monto / Importe.**

4. **Descripción,** es decir factores causantes del riesgo (causas que le dieron origen a la pérdida).

5. **Fechas a reportar:**
   - De alta, descubrimiento o conocimiento, obligatoriamente.
   - De inicio y finalización, de conocerse.
   - De recolección, registro contable / imputación, cuando corresponda. En este caso, informar también la partida contable dónde se imputó.

6. **Tipo y subtipo de evento según la clasificación que haya fijado la entidad,** por ejemploAdministrativo, Compras y Contrataciones, Pago a Proveedores, etc.)

7. **Área / Unidad / Centro de costos afectado** al que se asignó la pérdida, el recupero o donde se haya detectado la pérdida contingente, según se trate. Si se asignó a un área o unidad distinta de dónde se generó la pérdida, informar también el área donde se generó**.**

8. **Proceso al que está vinculado.**

9. **Producto / Servicio al que está vinculado**

10. **Porcentaje cubierto con pólizas de seguro.**

11. **Vinculación con otros riesgos, de existir.**

ANEXO 7a). FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS Y VALORIZACIÓN DE RIESGOS:

DATOS A INCLUIR

Datos Generales:

- N° de Formulario:
- Fecha de emisión:

1. Evento de pérdida:

1.1. Código del evento.
1.2. Tipo de evento (según clasificación).
1.3. Denominación del evento de pérdida.
1.4. Descripción del evento de riesgo.
1.5. Proceso involucrado.
1.6. Tipo de proceso.
1.7. Tipo de riesgo.
1.8. Área responsable.

2. Cuantificación del impacto del riesgo (según información de la Base de Datos, datos cualitativos luego transformados en cuantitativos, o cálculo de impactos potenciales):

2.1. Pérdidas directas anuales: Importe total anual (en lempiras, último año, valor máximo registrado y valor promedio de los últimos años).
2.2. Cantidad de eventos de pérdida anuales producidos (último año, valor máximo registrado y valor promedio de los últimos años).
2.3. Impacto promedio de cada evento de pérdida (último año, valor máximo registrado y promedio de los últimos años).

Cuando no se disponga de información cuantitativa, se debe dejar aclarado que los datos fueron obtenidos a partir de evaluaciones cualitativas. En cuanto al uso de valores promedio, cada entidad podrá fijar el período máximo a considerar, el que, en una entidad con un nivel medio de madurez, bajo aplicación de esta metodología, no debe ser menor a cinco (5) años.

3. Cálculo de la probabilidad de ocurrencia del evento.

3.1. Cantidad total de operaciones realizadas (en el último año, valor máximo registrado y valor promedio de los últimos años)
3.2. Probabilidad de ocurrencia del evento expresada en porcentajes (según datos del último año, datos promedio de los últimos años y valores máximos registrados).
3.3. Importe total de las operaciones realizadas (en el último año, valor máximo registrado y valor promedio de los últimos años).
3.4. Porcentaje involucrado (en importes).

Se debe aclarar si la información fue obtenida a partir de datos cuantitativos (estadísticas, etc.) o a partir de una evaluación cualitativa.

4. Valorización del riesgo.

4.1. Puntaje del riesgo (en caso de tratarse de una valoración cualitativa).
4.2. Porcentaje de cobertura por seguros.

ANEXO 7b). FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS Y VALORIZACIÓN DE RIESGOS: MODELO Y EJEMPLO

N° de Formulario	Fecha de Emisión…/…/……..		
Evento de pérdida: Código…….	Tipo de evento……..		
Denominación del evento de pérdida:……			
Descripción del evento de riesgo:……..			
Proceso involucrado……	Tipo de proceso…….		
Tipo de riesgo:……	Área responsable…….		
Información[2]	**Ultimo Año**	**Promedio Últimos Años[3]**	**Máximo Registrado**
Total pérdidas directas anuales (L.)			
Cantidad de eventos de pérdida/años producidos			
Impacto promedio de cada evento de pérdida			
Cantidad total de operaciones realizadas			
Probabilidad de ocurrencia (%)			
Importe total de operaciones realizadas			
% involucrado, en Importes			
Puntaje del Riesgo:……	**Porcentaje de cobertura por seguros:……**		

Ejemplo Práctico de llenado del formulario anterior

[2] Aclarar si es información cuantitativa o proviene de evaluaciones cualitativas.
[3] cantidad de años a considerar no debe ser menor a 5 años.

N° de Formulario: 222	**Fecha de Emisión** 30/12/2010
Código del evento de pérdida: Código A 35…….	**Tipo de evento:** Pérdida Directa……..
Denominación del evento de pérdida: Pago en más de un cheque a un proveedor (pago por una suma superior a la debida).	
Descripción del evento de riesgo: Se emitió un cheque por un importe mayor al correspondiente, por falta de control de las notas de crédito recibidas.	
Proceso involucrado: Compras y Pagos**……**	**Tipo de proceso…**Administrativo…**…….**
Tipo de riesgo:…Financiero**…….**	**Área responsable…**Tesorería…**…….**

Información[4]	**Ultimo Año**	**Promedio Últimos Años**[5]	**Año Máximo Registrado**
Total pérdidas directas anuales (L.)	L. 300.000	L. 240.000	L. 450.000
Cantidad de eventos de pérdida/años producidos	3	4	3
Impacto promedio de cada evento de pérdida	L. 100.000	L. 60.000	L. 150.000
Cantidad total de operaciones realizadas	*1.000*	*1.200*	*1.500*
Probabilidad de ocurrencia (%)	*0,3 %*	*0,333 %*	*0,2 %*
Importe total de operaciones realizadas	*L. 110.000.000*	*L. 95.000.000*	*L. 115.000.000*
% involucrado, en Importes	*0,272*	*0,253*	*0,391*
Puntaje del Riesgo: 4 (de conformidad con escala predefinida).	**Porcentaje de Cobertura por Seguros: 40%**		

[4] Aclarar si es información cuantitativa o proviene de evaluaciones cualitativas
[5] cantidad de años a considerar no debe ser menor a 5 años.

Interpretación del ejemplo práctico

El proceso involucrado es el de Compras y Pagos.

En el año 2010 se han emitido 1.000 cheques para pago a proveedores, de los cuales 3 han sido por un importe superior al que correspondía.

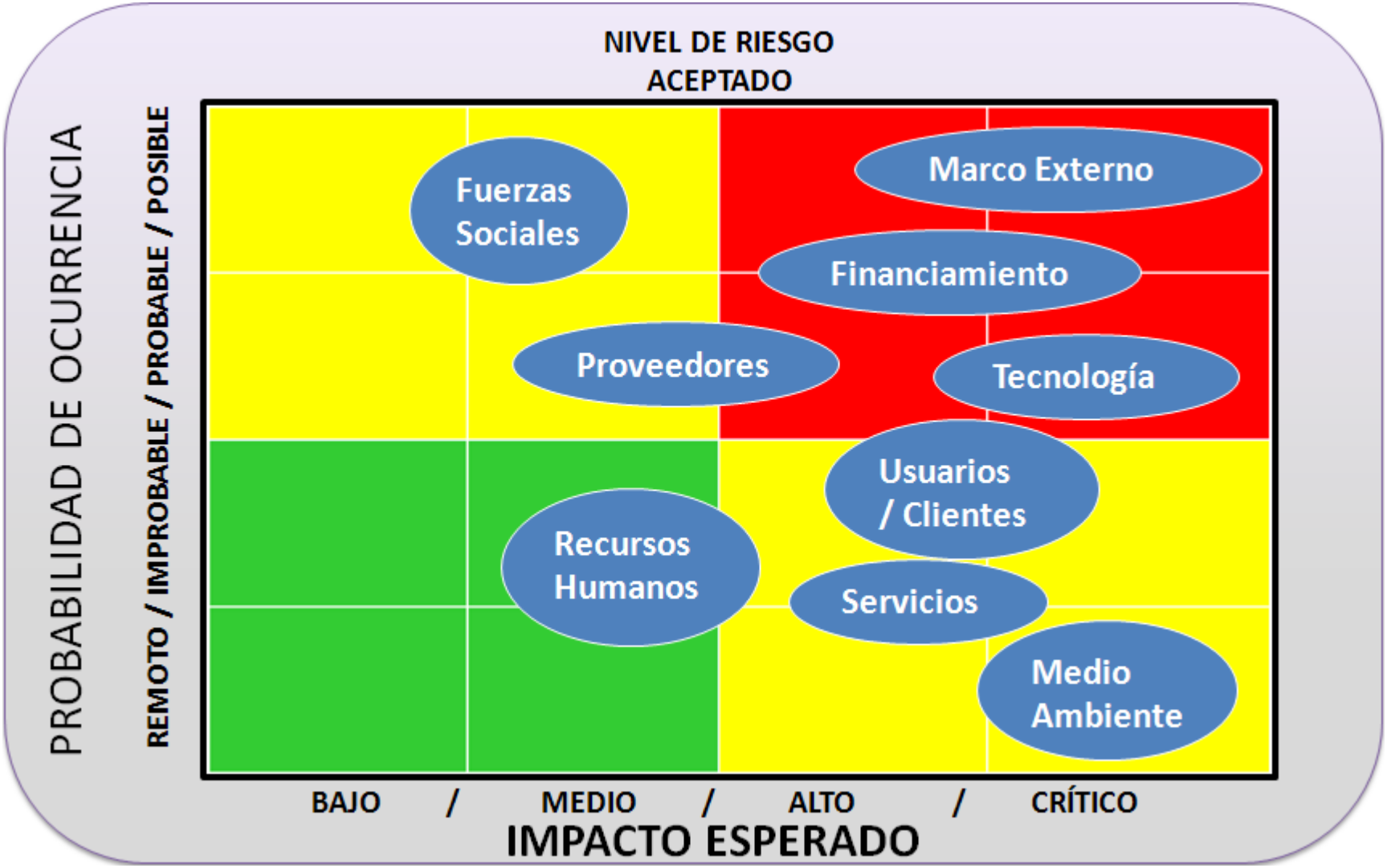
La causa del pago erróneo fue que el área de Tesorería no tomó en cuenta las notas de crédito del proveedor, que tenía bajo archivo dicha área.

En el último año los importes abonados de más en dichos cheques fueron: uno por L. 200.000, uno por L. 60.000 y el restante por L. 40.000, por lo que el importe total anual de pérdidas fue de L. 300.000.

La entidad posee un seguro por fallas de caja que cubre el 40% de los importes pagados de más, hasta un monto total anual de L. 500.000.

ANEXO 8. MATRIZ DE RIESGO: EJEMPLO RIESGO INHERENTE Y RIESGO RESIDUAL

ANEXO 9. MAPA DE RIESGOS



ANEXO 10. METODOLOGÍAS PARA LA VALORIZACIÓN DE LOS RIESGOS

A. PROCESO DE VALORIZACIÓN DEL RIESGO INHERENTE

Para realizar la valorización del Riesgo Inherente de una actividad o proceso, deben calcularse su impacto y la probabilidad de ocurrencia del mismo.

Cada uno de ellos puede calcularse a partir de datos cualitativos o cuantitativos, de acuerdo a la información que la entidad posee.

La obtención de datos e información cualitativa, se realiza de acuerdo al conocimiento que posee el personal más familiarizado con el proceso donde se han identificado los riesgos que se quieren valorar.

Esta información es aportada por los funcionarios de nivel intermedio de la entidad, los principales responsables de las áreas y los responsables de las áreas organizativas de la entidad, a través de la utilización de las técnicas de Identificación y Evaluación de Eventos (Ver ANEXO 2), las que pueden ser combinadas con el uso de métodos cualitativos, como los detallados en este Anexo

En cuanto a la información cuantitativa, en el caso de los datos referidos al impacto, se pueden obtener a partir de la información existente en la Base de Datos de Eventos de Pérdida (experiencia histórica).

A fin de cuantificar adecuadamente los eventos que hayan generado pérdidas o hayan sido provisionados contablemente, su valor debe calcularse en función del importe necesario para retrotraer la situación de la entidad al momento previo al acaecimiento del evento, considerando los siguientes criterios:

a) Si la pérdida involucra algún activo con valor de mercado conocido, se registrará por este valor más los gastos adicionales que correspondan.
b) Para pérdidas provisionadas contablemente, el monto de previsión registrada y sus posteriores ajustes.
c) También deben Incluirse las erogaciones que se activen contablemente.

Respecto de los datos cuantitativos relacionados con la probabilidad de ocurrencia del evento, se pueden obtener a partir de la información resultante de la aplicación de métodos cuantitativos como los indicados en este Anexo.

B. VALORACIÓN DE RIESGOS / MATRIZ DE RIESGOS

Para valorizar la pérdida esperada (en forma cualitativa o expresándola en Lempiras por año) se debe considerar el impacto (en términos cualitativos o cuantificado en Lempiras) para cada caso en que el riesgo se concrete multiplicado por la probabilidad de ocurrencia (en términos cualitativos o cuantificado en porcentajes) entendida como las veces probables en que el riesgo inherente se concrete en el año.

La información obtenida se refleja en la "Matriz de Riesgos", a fin de tener una visión global del nivel de vulnerabilidad de las áreas y procesos y priorizar las respuestas oportunas para aceptar, compartir, mitigar o evitar los riesgos.

C. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS

C.1. INTRODUCCIÓN

La Dirección aplica generalmente técnicas cualitativas cuando los riesgos no se prestan por sí mismos a la cuantificación o cuando no están disponibles datos suficientemente creíbles para una evaluación cuantitativa, o la obtención y análisis de ellos no resulte efectivo por su costo.

Las técnicas cuantitativas típicamente aportan más precisión y se usan en actividades más complejas y sofisticadas, para complementar las técnicas cualitativas.

Al estimar la probabilidad e impacto de posibles eventos, ya sea sobre la base del riesgo inherente o el residual, se debe aplicar alguna forma de medición.

Se pueden establecer, a modo de ejemplo, cuatro tipos generales de mediciones: Nominal, Ordinal, de Intervalo y de Proporción o Ratio. Las dos primeras se consideran técnicas cualitativas y las otras dos cuantitativas.

C.2. ESCALAS DE MEDICIÓN

C.2.1. TÉCNICAS CUALITATIVAS

C.2.1.1. NOMINAL: Implica el agrupamiento de eventos por categorías (económica, tecnológica, etc.), sin situar a un acontecimiento por encima de otro. Los números asignado en la medición nominal sólo tienen una función de identificación y los elementos no pueden ser ordenados, clasificados ni agregados.

C.2.1.2. ORDINAL: Los eventos se describen en orden de importancia (alta, media, baja, o a lo largo de una escala). La Dirección determina cuál elemento es más importante que otro o tiene más probabilidad de ocurrencia.

Otras formas de clasificación serían, por ejemplo para la probabilidad de ocurrencia: Muy probable, Probable, Posible, Improbable y Muy improbable y para el impacto relativo: Insignificante, Leve, Moderado, Grave y Catastrófico.

Si bien algunas evaluaciones cualitativas de riesgos se establecen en términos subjetivos y otras en términos objetivos, la calidad de estas evaluaciones depende principalmente del conocimiento y juicio de las personas implicadas, su comprensión de los eventos posibles y del contenido y dinámica que los rodea.

C.2.2. TÉCNICAS CUANTITATIVAS

C.2.2.1 DE INTERVALO: Utiliza una escala de distancias numéricamente iguales para determinar el impacto de cada evento de pérdida.

C.2.2.2. POR RATIOS: Una escala de este tipo permite concluir que, si al impacto posible de un evento se le asigna 3 y al otro se le asigna un 6, el segundo acontecimiento presenta un posible impacto el doble de importante que el primero.

Las técnicas cuantitativas pueden utilizarse cuando existe información suficiente, válida y precisa para estimar la probabilidad o el impacto del riesgo, sea esta de fuente interna o externa.

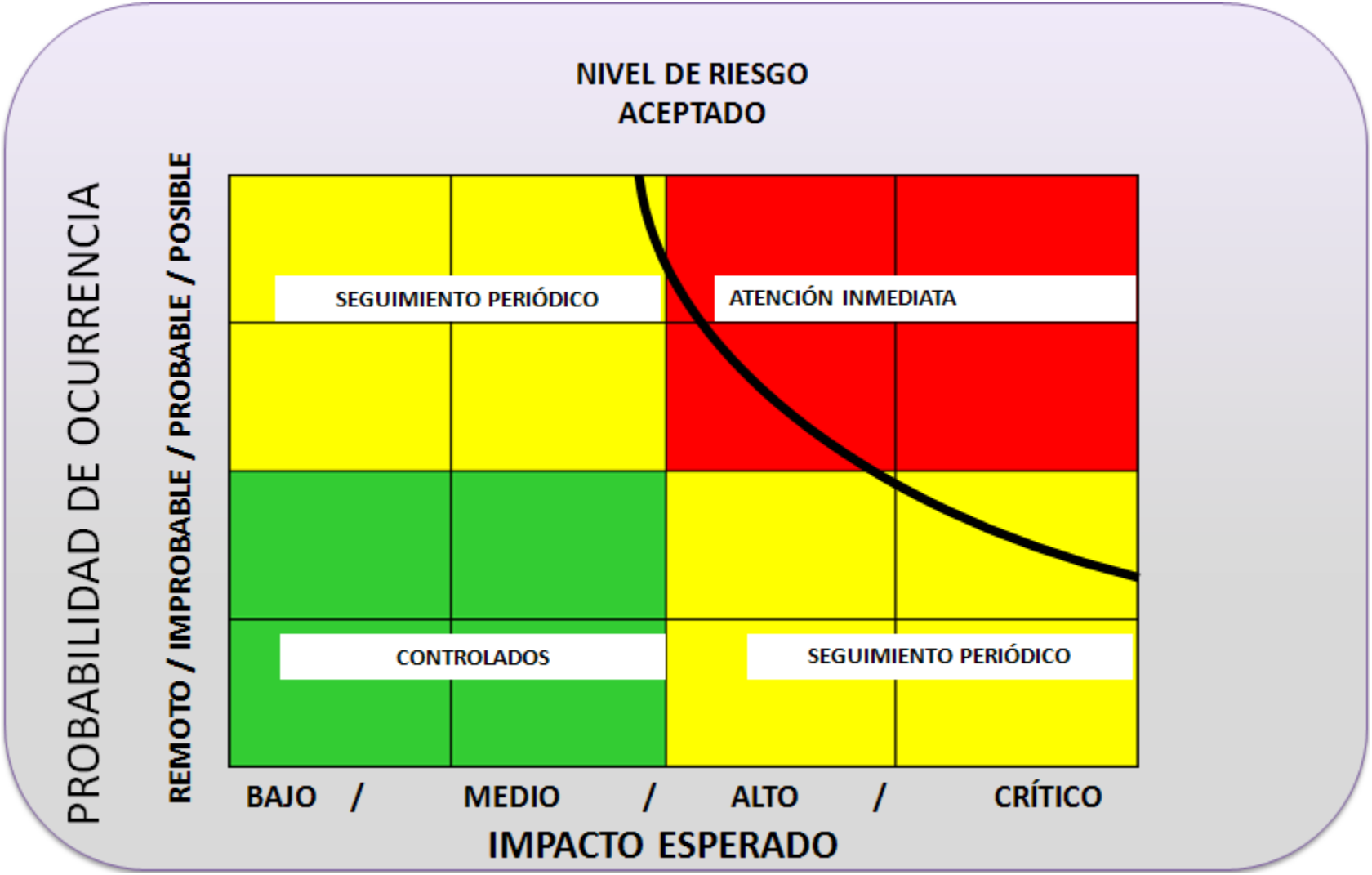
Los métodos cuantitativos incluyen técnicas probabilísticas, no probabilísticas y de benchmarking.

a) Técnicas probabilísticas: Miden la probabilidad y el impacto de un determinado número de resultados basándose en premisas del comportamiento de los eventos en forma de distribución estadística. Incluyen Modelos en Riesgo (Valor en Riesgo o VaR, Flujo de Caja en Riesgo y Beneficio en Riesgo), el Análisis de Distribución de Pérdidas y el Análisis Retrospectivo (Back Testing).

b) Técnicas no probabilísticas: Se emplean para cuantificar el impacto de un posible evento sobre hipótesis de distribuciones estadísticas, pero sin asignar una probabilidad de ocurrencia al evento. De este modo, estas técnicas requieren, por parte de la Dirección, la determinación por separado de esta probabilidad. Algunas técnicas no probabilísticas ampliamente utilizadas son el Análisis de Sensibilidad, el Análisis de Escenarios y las Pruebas de Carga en Situaciones Límite (Stress Testing).

c) Benchmarking: Algunas entidades utilizan estas técnicas para evaluar un riesgo específico en términos de probabilidad e impacto, en el caso de que la Dirección aspire a mejorar sus decisiones de respuesta al riesgo para reducir la probabilidad o el impacto. La información así obtenida puede proporcionar a la Dirección un conocimiento profundo de la probabilidad e impacto de riesgos, basándose en las experiencias de otras instituciones. También se emplea con respecto a actividades de un proceso de negocio, para intentar identificar oportunidades de mejora del mismo. Los tipos de benchmarking incluyen: Interno, Competitivo/Sectorial y Líderes del Sector.

ANEXO 11 a).ESQUEMA DE ARMADO DE UNA MATRIZ DE RIESGOS



ANEXO 11 b).ESQUEMA DE ARMADO DE UNA MATRIZ DE RIESGOS (Cont.)

ENTIDAD: ……..(1) PROCESO: ……(2)

(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(12)	(13)	(16)	(17)
Descripción del riesgo detectado	**Tipo de riesgo**	**Impacto**	**Probabilidad**	**Valor del riesgo**	**Nivel de riesgo aceptado**	**Tipo de atención**	**Calidad actividad control** a)	**Riesgo residual**	**Tipo de atención riesgo residual** b)	**Nuevo riesgo residual** c)	**Nuevo tipo de atención**

CONCEPTO	**DESCRIPCIÓN**
a) Actividades de control vigentes (11)	
b) Efectos en caso de materializarse el riesgo (14)	
c) Actividades de control propuestas (15)	

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

Identificación y evaluación de riesgos (18.1)	**Análisis actividades de control vigentes** (18.2)	**Propuesta nuevas actividades de control** (18.3):	**Revisión** (18.4)
Firma *Nombre y Apellido* *Cargo / Función*	*Firma* *Nombre y Apellido* *Cargo / Función*	*Firma* *Nombre y Apellido* *Cargo / Función*	*Firma* *Nombre y Apellido* *Cargo / Función*
Fecha (19)	Fecha (19)	Fecha (19)	Fecha (19)

NOTAS

1. Entidad.
2. Proceso, área o unidad administrativa analizada.
3. Descripción del riesgo detectado, señalando la causa.
4. Tipo de riesgo identificado, según su clasificación.
5. Impacto esperado del riesgo inherente: (bajo, medio, alto, critico).
6. Probabilidad de ocurrencia del riesgo (remoto, improbable, probable, posible).
7. Valorización del riesgo inherente (impacto por probabilidad).
8. Nivel de riesgo aceptado (según la curva de riesgo aceptado).
9. Tipo de atención a dar en función de la valorización del riesgo inherente: inmediata; periódica o controlado.
10. Calidad y suficiencia de las actividades de control vigentes: adecuadas, inadecuadas, inexistentes.
11. Descripción de las actividades de control sobre el riesgo inherente vigentes.
12. Riesgo residual considerando las actividades de control vigentes: adecuado / inadecuado
13. Tipo de atención a dar en función de la valorización del riesgo residual considerando las actividades de control vigentes: inmediata, periódica o controlado.
14. Descripción de los efectos a darse de materializarse el riesgo y no estar debidamente controlado.
15. Descripción de la respuesta a dar a los riesgos (asumirlos, compartirlos, mitigarlos o evitarlos) y, en caso de decidir mitigar, las actividades de control propuestas
16. Riesgo residual una vez implementadas las actividades de control propuestas: adecuado / inadecuado
17. Tipo de atención a dar en función de la valorización del riesgo residual considerando la implementación de las actividades de control propuestas: inmediata, periódica o controlado.
18. Participantes de la evaluación: nombre, cargo / función y firma:

18.1 En la identificación y evaluación de los riesgos: ítems 1 a 8.

18.2 En el análisis de la calidad de las actividades de control vigente: ítems 9 a 12.

18.3 En la propuesta de implementación de nuevas actividades de control: ítems 13 a 15.

18.4 Revisión final del documento.

19. Fecha de elaboración de la matriz de riesgos.

Secretaria de Estado del Despacho Presidencial

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO

GUÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL SINACORP

GUIA 3 "ACTIVIDADES DE CONTROL"

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO
(ONADICI)

1. ACTIVIDADES DE CONTROL

1.1 PRÁCTICAS Y MEDIDAS DE CONTROL

Elegida la respuesta al riesgo más conveniente para la entidad, la Máxima Autoridad Ejecutiva determina los objetivos de control que considera necesario cubrir y, en conjunto con los responsables de las diferentes áreas o unidades de la entidad proceden a diseñar, establecer, implantar, gestionar, evaluar y mejorar las políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos que consideren más eficaces, eficientes, económicos y que mejor se adapten a las características de la entidad (objetivos, procesos, riesgos asociados, respuesta al riesgo determinada, recursos asignados, etc.), con el fin de mitigar la posibilidad de ocurrencia de los eventos cuyos riesgos inherentes identificados son significativos y gestionar los riesgos residuales, contribuyendo al logro de los objetivos de la entidad.

Seleccionadas las prácticas y medidas de control, y en función de los principios de autorregulación y de responsabilidad por el control interno, los superiores jerárquicos de las diferentes áreas o unidades de la entidad proceden a implantarlas, asegurando de esa forma que se apliquen y lleven a cabo efectivamente las directivas fijadas por la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE), correspondiendo a las jefaturas de cada área, velar porque las medidas de control específicas relativas a su ámbito de acción sean suficientes y válidas, y que los funcionarios sujetos a su autoridad jerárquica las apliquen en forma adecuada y oportuna, a partir de su compromiso explícito con el control interno institucional.

Estas medidas se llevan a cabo sobre todas las transacciones, procesos, operaciones, actividades, y acciones de los sistemas administrativo-contables, operativos o de gestión que desarrolla la entidad, en todos los niveles y funciones, e incluyen un amplio rango de diversas actividades, pudiendo ser establecidas dentro de un sistema de tecnología informática o a través de procedimientos manuales, y debiendo estar integradas en los procedimientos de los sistemas administrativos y operativos, de forma tal que sean parte natural de los mismos.

Al seleccionar o revisar las actividades de control, la Administración Activa debe considerar cómo éstas se relacionan y articulan entre sí, ya que una sola medida puede afectar a múltiples objetivos y/o riesgos mientras que en otros casos se requieren varias prácticas de control de distinto tipo para dar una respuesta adecuada a los objetivos planteados y los riesgos relacionados.

Es de notar que siempre existirá algún nivel aceptable de riesgo residual, no sólo por las limitaciones de los recursos a aplicar, sino también por la incertidumbre del futuro y demás limitaciones inherentes a todas las operativas, por lo que la aplicación de las actividades de control sólo puede ofrecer una seguridad razonable en cuanto al logro de los objetivos de la entidad.

Entre las limitaciones más frecuentes que pueden identificarse, se encuentran las siguientes:

a) Incumplimiento de los mandos superiores.
b) Conflictos de intereses.
c) Juicios erróneos al aplicar la actividad de control.
d) Débil ambiente de control.
e) Insuficiente capacidad del personal o falta de recursos para ejecutar las actividades de control.
f) Colusión.
g) Costo / Beneficio de la actividad de control propuesta.

1.1.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“La administración debe diseñar y adoptar las medidas y las prácticas de control interno que mejor se adapten a los procesos organizacionales, a los recursos disponibles, a las estrategias definidas para el enfrentamiento de los riesgos relevantes y a las características, en general, de la institución y sus funcionarios, y que coadyuven de mejor manera al logro de los objetivos y misión institucionales“

“Las labores y los procesos organizacionales deben incorporar medidas de control que permitan saber si en la gestión se ha actuado de conformidad con la normativa legal, técnica y administrativa aplicable, así como determinar el grado en que el cumplimiento de los objetivos ha sido impulsado por el desarrollo de esas labores y procesos.”

1.1.2 PROPÓSITO

Todas las actividades de control tienen como objetivo asegurar, en forma individual o conjunta, que las tareas, acciones, operaciones o transacciones controladas, tanto administrativas como operativas, se realicen en la forma prevista por la máxima autoridad ejecutiva y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad, actuando de conformidad con la normativa legal, técnica y administrativa aplicable y cumpliendo con los objetivos fijados por la entidad, a fin de salvaguardar los recursos públicos asignados y garantizar la transparencia de su manejo.

Definidas las respuestas a dar para enfrentar los riesgos, la administración activa debe implementar y formalizar las actividades de control que se ajusten mejor a sus posibilidades y que aseguren una adecuada gestión de los riesgos, con los propósitos de:

- prevenir la materialización de: a) los riesgos identificados y evaluados para los diferentes procesos y actividades, y b) sus eventuales consecuencias,

- tender a reducir o minimizar: a) la posibilidad que durante la gestión se presenten errores, omisiones, irregularidades, fraudes u otras acciones contrarias a los intereses de la entidad, y/o b) el impacto que éstos pueden tener sobre el funcionamiento de la institución, en caso de no poder evitarse,

- emitir información financiera, presupuestaria y operativa – tanto para uso interno como externo – que sea confiable, completa y oportuna y pueda ser utilizada para una adecuada toma de decisiones que asegure el cumplimiento de las políticas establecidas para cada una de las operatorias de la entidad, reoriente la gestión cuando ello sea necesario y,

- rendir cuentas sobre la gestión de los recursos públicos a su cargo, en forma adecuada, transparente y oportuna.

El ejercicio de estas actividades está enmarcado dentro del principio de autocontrol, o control previo o a priori aplicado exclusiva y directamente por los servidores públicos de cada área o unidad de la entidad, bajo su propia responsabilidad sobre las operaciones o actividades a su cargo, antes de ejercer o cumplir con las atribuciones, funciones u operaciones a su cargo, es decir antes que las mismas causen efectos o se den por concluidas.

Este control forma parte de los procedimientos normales o rutinarios de la operación o actividad que deben ejecutar, sin intervención de ninguna persona o dependencia externa o interna, para

asegurarse que son legales y se fundamentan en hechos ciertos, están comprendidas en los fines y objetivos de la entidad pública respectiva y es oportuno ejecutarlas.

Como base fundamental de este principio, está el realizar cada tarea con calidad y responsabilidad, es decir, aplicando el concepto de "hacer bien las cosas la primera vez", planificando en forma adecuada la tarea a realizar, ejecutándola en la forma prevista por las normas aplicables y revisando lo que se está realizando, a fin de evitar que se causen efectos no queridos.

En relación al "autocontrol" antes mencionado, éste comprende las técnicas y procedimientos que cada servidor público aplica, entre otros objetivos, para validar que la tarea a su cargo cumple con los siguientes atributos:

i) *Legalidad:* Verificar que la atribución, función, operación o actividad que va a ejercer o a ejecutar en ejercicio de su puesto de trabajo, empleo o cargo público, cumple las disposiciones legales, reglamentarias y demás normas que la regulan.

ii) *Comprobación:* Constatar los hechos que las originan y la documentación de soporte que la respaldan.

iii) *Conveniencia y Oportunidad:* Analizar si es conveniente y oportuno ejecutarla, en función de los objetivos institucionales y programas de la entidad.

Estos autocontroles deben estar integrados en los procedimientos administrativos establecidos para desempeñar las atribuciones, funciones, operaciones o actividades a cargo de los servidores públicos y deberán prever, además, las acciones a seguir por el servidor público cuando los resultados de su ejercicio son adversos al objetivo de su aplicación.

1.1.3 CRITERIOS

"Al definir cuáles mecanismos de control son los más apropiados, deben considerarse los riesgos identificados y evaluados para los diferentes procesos y actividades; la posibilidad de que se presenten errores, omisiones o acciones contrarias a los intereses de la organización durante el procesamiento; el costo que implicaría la operación de los mecanismos de control en cuestión, y la capacidad del personal para ponerlos en práctica".

Al diseñar e implantar las actividades de control, debe validarse que las mismas cumplan con los siguientes atributos:

a) **Apropiada:** Orientada a mitigar la causa, es decir, el riesgo identificado y evaluado.
b) **Conveniente y Viable:** Adecuada relación costo-beneficio, ya que los resultados que deriven de su aplicación deben ser superiores a la inversión que implica su diseño, implantación, aplicación y mantenimiento, en términos de eficacia, eficiencia y economía en la asignación y uso de los recursos disponibles.
c) **Agrega Valor:** Su aplicación debe incrementar la utilidad o aptitud de la transacción o proceso para satisfacer los requerimientos que posee.
d) **Oportuna:** Aplicada en el momento adecuado para minimizar la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto de los eventos de riesgo.
e) **Sencilla:** Su aplicación no ofrece dificultad, de lo contrario se corre el riesgo de que no sea aplicada.

f) **Comprensible:** Está redactada de una forma clara y que no deja lugar a ambigüedades tanto en cuanto a su objetivo como a su forma de aplicación.
g) **Adaptada a la entidad:** Acorde a los procesos organizacionales, los riesgos identificados, los recursos disponibles, las respuestas a los riesgos definidas y las características de la entidad y sus funcionarios, y que ayude de mejor manera al logro de los objetivos de la entidad.
h) **Aplicada por quien corresponde**: Capacidad, compatibilidad funcional, calificación e idoneidad del funcionario que la debe poner en práctica y realizarla, anteponiendo siempre la existencia de una adecuada asignación de responsabilidades y segregación de funciones.

1.1.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables jerárquicos de todas las áreas o unidades de la entidad, una vez determinados los objetivos de la entidad, sus riesgos asociados y las respuestas a los riesgos elegidas, deben evaluar, seleccionar e implantar las actividades de control más adecuadas y de mayor calidad, en términos de mitigación de los riesgos involucrados en forma eficiente, eficaz y económica. A tal fin, podrán utilizar como guía de apoyo el ejemplo incluido en el ANEXO 1, "Cuadro de Relación entre Objetivos de Control, Riesgos Asociados y Actividades de Control Sugeridas".

PO.2 La evaluación de las actividades de control a seleccionar deben identificar y considerar las capacidades, requerimientos y recursos necesarios para su diseño, implantación, realización y mantenimiento (análisis inversión/ahorro), el nivel de priorización en función de los riesgos mitigados, así como la coordinación de decisiones y acciones entre las diferentes áreas de la entidad y la automatización de los procesos críticos de la entidad (aplicaciones informáticas), a fin de que el procesamiento, la supervisión y la evaluación de sus operaciones pueda realizarse a través de los sistemas de tecnología informática.

1.1.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-PRICI-10 Auto Control y su Declaración, TSC-NOGECI V-01 Prácticas y Medidas de Control y su Declaración, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009 y Acuerdo Administrativo TSC No. 006/2009.

1.2 CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE CONTROL

1.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"..las consideraciones de control que se presentan en esta sección son puntos de aplicación general y no resultan exhaustivos; por ello, cada institución debe tener presente que, dependiendo de su giro normal, pueden existir consideraciones adicionales que beneficien su sistema de control y el logro de sus objetivos."

1.2.2 PROPÓSITO

Las actividades de control combinan controles manuales y automáticos, tales como los que aseguran que la información es capturada automáticamente y procedimientos de autorización y aprobación de las operaciones por parte de los funcionarios responsables (compras, pagos, inversiones, etc.).

Las actividades de control realizadas sobre la gestión y los resultados de las operaciones por la administración activa, en su carácter de componente orgánico del proceso de control interno

pueden ordenarse, según su oportunidad de realización, en: a) Preventivas; b) Concurrentes; y c) Posteriores, y dentro de éstas, en c.1) Detectivas, y c.2) Correctivas:

a) **Preventivas o previas**: Antes de que se inicie el proceso, tratan de advertir o evitar que ciertas transacciones se ejecuten y que se produzcan los eventos de pérdida o desviaciones por sobre los niveles aceptados de tolerancia al riesgo, afectando el logro de los objetivos y metas de la entidad.

   Como ejemplo puede citarse el software de seguridad informática que impide los accesos no autorizados a los aplicativos y otras herramientas de tecnología informática.

b) **Concurrentes:** Se aplican durante la ejecución de las operaciones, antes de concluir el proceso, están relacionadas con las funciones y responsabilidades inherentes al cargo del funcionario encargado de dichas operaciones.

c) **Posteriores:** Se realizan luego que la operación ha sido ejecutada. En caso de determinarse que la transacción no ha cumplido con los objetivos de control previstos, ayuda a determinar los riesgos que se han materializado cuando los controles preventivos o concurrentes no han sido efectivos.

   Se dividen en:

   1) **Detectivas:** A través de su ejercicio se puede conocer cuanto antes la ocurrencia del evento de pérdida producido, identificando los desvíos existentes, y, de ser factible, evitando o reduciendo su impacto futuro (ejemplo conciliaciones bancarias).
   2) **Correctivas:** Al realizarse, en caso de existir un desvío, tienden a solucionar el caso particular y facilitar la vuelta a la normalidad una vez producido e identificado el evento de riesgo (errores, omisiones o acciones contrarias a los intereses de la entidad).

1.2.3 CRITERIOS

La enumeración que se incluye en el próximo acápite (1.3) es enunciativa, ya que no todas las medidas de control detalladas pueden aplicarse a todos los procesos y operaciones de la entidad, pudiendo existir otras herramientas relevantes fijadas por la entidad, dada naturaleza de sus operaciones y los objetivos a lograr en los ámbitos estratégicos, operativos, de información y de cumplimiento.

Entonces será necesario que la entidad proponga mejoras a fin de perfeccionar las actividades de control vigentes, o el diseño e implantación de prácticas de control adicionales, complementarias o supletorias a fin de minimizar los riesgos y lograr una adecuada gestión de los recursos públicos para alcanzar los objetivos de la entidad, anteponiendo siempre los atributos que debe reunir la actividad de control seleccionada, listados en el numeral 1.1.3 anterior.

A partir del principio de prevención debe priorizarse el diseño e implantación de actividades de control de naturaleza preventiva, a fin de evitar la producción de los eventos de pérdida o mitigar su probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se efectivice el riesgo. No cabe duda que una actividad de control preventiva siempre resulta en consecuencias más favorables que una detectiva. Además, de ser factible, las medidas de control deben automatizarse a través de su integración dentro de los sistemas de tecnología informática.

1.2.4 REFERENCIA LEGAL

TSC-PRICI-06 Prevención y Declaración TSC-NOGECI V-01.01 sobre Prácticas y Medidas de Control y su Declaración, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.3 ACTIVIDADES DE CONTROL

Para un mejor análisis, las Actividades de Control se han agrupado en las siguientes categorías:

- Controles sobre los Sistemas Administrativos y Operativos.
- Controles sobre los Sistemas de Tecnología Informática.
- Controles de Gestión.

1.4 CONTROLES SOBRE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS

A continuación se listan las actividades de control más comunes y mínimas aplicables sobre los sistemas administrativos y operativos de una entidad:

1. Control integrado y automatización de controles.
2. Análisis de costo/beneficio.
3. Responsabilidad delimitada.
4. Instrucciones por escrito.
5. Separación de funciones incompatibles.
6. Autorización previa y/o aprobación de transacciones y operaciones.
7. Documentación de procesos y transacciones.
8. Supervisión constante.
9. Clasificación y registro oportuno.
10. Sistema contable y presupuestario.
11. Acceso a los activos y registros.
12. Revisiones de control.
13. Conciliación periódica de registros.
14. Inventarios periódicos.
15. Arqueos independientes.
16. Formularios uniformes.
17. Rotación de labores.
18. Disfrute oportuno de vacaciones.
19. Cauciones y fianzas.
20. Dispositivos de control y seguridad.

1.4.1 RESUMEN DE LAS NOGECI

Para un mejor análisis, a continuación se detalla un resumen de la NOGECI correspondiente a cada una de las actividades de control señaladas en el numeral anterior. En el caso que se extracten partes literales, están aparecen redactadas entre comillas.

1.4.1.1 CONTROL INTEGRADO Y AUTOMATIZACIÓN DE CONTROLES

“Las medidas y las prácticas de control interno diseñadas por la administración, sean previas o posteriores, deberán estar integradas o inmersas en los procesos, actividades, operaciones y acciones de los sistemas administrativos, operativos o de gestión.” (TSC-NOGECI V-02).

Las entidades deben tender a la sistematización, ejecución, control, supervisión y evaluación de sus operaciones a través de su informatización (aplicaciones automatizadas), con el fin de lograr un mejor aprovechamiento de los recursos públicos, una adecuada gestión de la información, el cumplimiento de las normas que le son aplicables y la garantía de una razonable transparencia y rendición de cuentas.

Respecto de las actividades de control, el principio de integración específicamente indica que debe tenderse a la automatización de las mismas a través de su inclusión en los aplicativos de los sistemas de tecnología informática, dejando claro que la responsabilidad de la efectividad de los controles internos automatizados sigue recayendo en los servidores públicos directamente responsables de dichos procesos.

1.4.1.2 ANÁLISIS DE COSTO/BENEFICIO

"La implantación de cualquier medida, práctica o procedimiento de control debe ser precedida por un análisis de costo/beneficio para determinar su viabilidad, su conveniencia y su contribución al logro de los objetivos." (TSC-NOGECI V-03)

"Como criterio elemental, debe tenerse en cuenta que ningún control debería implicar un costo mayor que el beneficio que pueda rendir. Se habla, entonces, de la viabilidad y la conveniencia como las dos consideraciones esenciales de si una medida de control será útil para la organización…." (Declaración TSC-NOGECI V-03.1)

1.4.1.3 RESPONSABILIDAD DELIMITADA

El alcance de…"la responsabilidad por cada proceso, actividad, operación, transacción o acción organizacional"…, "…y los parámetros con base en los cuales se evaluará su desempeño,"… "debe ser claramente definida, específicamente asignada y formalmente comunicada al funcionario respectivo, según el puesto que ocupa." (TSC- NOGECI V-O4 y su Declaración TSC-NOGECI V-04.01).

1.4.1.4 INSTRUCCIONES POR ESCRITO

"Las instrucciones que se impartan a todos y cada uno de los funcionarios de la institución deben darse por escrito…" (TSC-NOGECI V-05).

1.4.1.5 SEPARACIÓN DE FUNCIONES INCOMPATIBLES

De acuerdo con lo previsto por la TSC-NOGECI V-06, deberán separarse, asignarse y distribuirse entre las diferentes áreas y puestos de trabajo, las funciones (tareas y responsabilidades) que sean incompatibles, y que, si su desarrollo se concentrara en una misma persona podría comprometer el equilibrio de autoridad y responsabilidad y la eficacia del control interno y de los objetivos y misión institucionales.

1.4.1.6 AUTORIZACIÓN PREVIA Y/O APROBACIÓN DE TRANSACCIONES Y OPERACIONES

"La ejecución de los procesos, operaciones y transacciones organizacionales deberá contar con la autorización respectiva de parte de los funcionarios o servidores públicos con potestad para concederla…", a fin de que ellos puedan ejercer un control permanente sobre las mismas, asegurando que sólo se lleven adelante actos y transacciones que cuenten con la conformidad de la

autoridad designada, y previniendo "…que se lleven a cabo acciones o transacciones inconvenientes o contraproducentes para la organización, para sus recursos y, por ende, para su capacidad de alcanzar los objetivos." (TSC-NOGECI V-7 O4 y su Declaración TSC-NOGECI V-07.01).

"Asimismo, los resultados de la gestión deberán someterse al conocimiento de niveles jerárquicos superiores, que, por su capacidad técnica y designación formal, cuenten con autoridad para otorgar la aprobación correspondiente "…"así como evaluar los resultados del desempeño para conceder la aprobación o validación posterior o emprender medidas destinadas a corregir cualquier producto insatisfactorio. (TSC-NOGECI V-7 O4 y su Declaración TSC-NOGECI V-07.01).

1.4.1.7 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS Y TRANSACCIONES

"Los controles vigentes para los diferentes procesos y actividades de la institución, así como todas las transacciones y hechos significativos que se produzcan, deben documentarse como mínimo en cuanto a la descripción de los hechos sucedidos, el efecto o impacto recibido sobre el control interno y los objetivos institucionales, las medidas tomadas para su corrección y los responsables en cada caso; asimismo, la documentación correspondiente debe estar disponible para su verificación." (TSC-NOGECI V-08)

"Los objetivos institucionales, los controles y los aspectos pertinentes sobre transacciones y hechos significativos que se produzcan como resultado de la gestión, deben respaldarse adecuadamente con la documentación de sustento pertinente". (Declaración TSC-NOGECI V-08.01.

1.4.1.8 SUPERVISIÓN CONSTANTE

"La dirección superior y los funcionarios que ocupan puestos de jefatura deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de los procesos, transacciones y operaciones de la institución, con el propósito de asegurar que las labores se realicen de conformidad con la normativa y las disposiciones internas y externas vigentes, teniendo el cuidado de no diluir la responsabilidad." (TSC-NOGECI V-09).

1.4.1.9 CLASIFICACIÓN Y REGISTRO OPORTUNO

"Los hechos importantes que afectan la toma de decisiones y acciones sobre los procesos, operaciones y transacciones deben clasificarse y registrarse inmediata y debidamente." (TSC-NOGECI V-10).

1.4.1.10 SISTEMA CONTABLE Y PRESUPUESTARIO

De conformidad con la TSC-NOGECI V-11, se establecerán en la entidad "sistemas de contabilidad y presupuesto de conformidad con las disposiciones legales vigentes."

1.4.1.11 ACCESO A LOS ACTIVOS Y REGISTROS

Según lo previsto por la TSC-NOGECI V-12, el acceso a los recursos, activos, registros de información y comprobantes de la entidad debe estar claramente definido, delimitado, restringido y protegido por mecanismos de seguridad.

1.4.1.12 REVISIONES DE CONTROL

"Las operaciones de la organización deben ser sometidas a revisiones de control en puntos específicos de su procesamiento, que permitan detectar y corregir oportunamente cualquier desviación con respecto a lo planeado." (TSC-NOGECI V-13).

1.4.1.13 CONCILIACIÓN PERIÓDICA DE REGISTROS

"Deberán realizarse verificaciones y conciliaciones periódicas de los registros contra los documentos fuente respectivos, para determinar y enmendar cualquier error u omisión que se haya cometido en el procesamiento de los datos". (TSC-NOGECI V-14).

1.4.1.14 INVENTARIOS PERIÓDICOS

"La exactitud de los registros sobre activos y disponibilidades de la institución deberá ser comprobada periódicamente mediante la verificación y el recuento físico de esos activos u otros como la información institucional clave". (TSC-NOGECI V-15).

1.4.1.15 ARQUEOS INDEPENDIENTES

"Deberán ser efectuados arqueos independientes y sorpresivos de los fondos y otros activos de la institución (incluido el acopio de información clave), por funcionarios diferentes de aquellos que los custodian, administran, recaudan, contabilizan y generan." (TSC-NOGECI V-16).

1.4.1.16 FORMULARIOS UNIFORMES

"Deberán implantarse formularios uniformes para el procesamiento, traslado y registro de todas las transacciones que se realicen en la institución, los que contarán con una numeración consecutiva pre impresa que los identifique específicamente, asignada electrónicamente si el procesamiento esta automatizado. Igualmente, se establecerán los controles pertinentes para la emisión, custodia y manejo de tales formularios o los controles informáticos, según corresponda." (TSC-NOGECI V-17).

1.4.1.17 ROTACIÓN DE LABORES

"Deberá contemplarse la conveniencia de rotar sistemáticamente las labores entre quienes realizan tareas o funciones afines, siempre y cuando la naturaleza de tales labores permita efectuar tal medida." (TSC-NOGECI V-18).

1.4.1.18 DISFRUTE OPORTUNO DE VACACIONES

De conformidad con la TSC-NOGECI V-19, las políticas institucionales deben prever que "los servidores públicos, en general, deben disfrutar oportunamente de las vacaciones que les correspondan de conformidad con la ley y los reglamentos establecidos", de tal modo que logren un período de descanso.

1.4.1.19 CAUCIONES Y FIANZAS

Las instituciones "…deberán velar porque las personas naturales y jurídicas encargadas de recaudar, custodiar o administrar fondos y valores propiedad de la institución, rindan caución o estén cubiertos con una fianza individual de fidelidad a favor de del tesoro público o de la respectiva entidad, sin perjuicio de otras medidas de seguridad que pueda emitir la propia institución." (TSC-NOGECI V-20).

1.4.1.20 DISPOSITIVOS DE CONTROL Y SEGURIDAD

Los equipos y dispositivos mecánicos, automáticos y electrónicos utilizados "…deberán contar con dispositivos de control y seguridad apropiados para garantizar su óptimo uso en las labores que corresponde cumplir a institución pública... ". (TSC-NOGECI V-21)

Por último, a continuación, se presenta un cuadro de las actividades de control administrativas y operativas, indicándose la oportunidad de su realización:

DESCRIPCION	Actividades de control			
	Preventivas	Concurrentes	Detectivas	Correctivas
1. Control Integrado y automatización de controles.	**X**	**X**	**X**	
2. Análisis de costo / beneficio.	**X**			
3. Responsabilidad delimitada.	**X**			
4. Instrucciones por escrito.	**X**			
5. Separación de funciones Incompatibles.	**X**			
6. Autorización previa y/o aprobación de transacciones y operaciones.	**X**	**X**	**X**	**X**
7. Documentación de procesos y transacciones.	**X**			
8. Supervisión constante.			**X**	**X**
9. Clasificación y registro oportuno.	**X**		**X**	
10. Sistema contable y presupuestario	**X**	**X**	**X**	**X**
11. Acceso a los activos y registros.	**X**		**X**	
12. Revisiones de control.		**X**	**X**	
13. Conciliación periódica de registros.			**X**	**X**
14. Inventarios periódicos.			**X**	**X**
15. Arqueos independientes.			**X**	**X**
16. Formularios uniformes.	**X**			
17. Rotación de labores.	**X**		**X**	**X**
18. Disfrute oportuno de vacaciones.	**X**		**X**	**X**
19. Cauciones y fianzas.	**X**			**X**
20. Dispositivos de control y seguridad.	**X**	**X**		

Dado que las actividades de control operan en forma dinámica y acorde al ambiente específico de la entidad, pueden realizarse en diferentes momentos del proceso u operación o funcionar simultáneamente como preventivas, concurrentes o posteriores (por ejemplo: Automatización de controles y Clasificación y registro oportuno).

1.4.2 PROPÓSITO

Como se ha indicado en el punto 1.1.2 referido a las Prácticas y Medidas de Control, todas las actividades de control tienen como objetivo asegurar, en forma individual o conjunta, que las tareas, acciones, operaciones o transacciones controladas, tanto administrativas como operativas, se realicen en la forma prevista por la Dirección, actuando de conformidad con la normativa legal,

técnica y administrativa aplicable y cumpliendo con los objetivos fijados por la entidad, a fin de salvaguardar los recursos públicos asignados y garantizar la transparencia de su manejo.

Las actividades de control elegidas deben ser aquellas que se ajusten mejor a los recursos y posibilidades de la entidad y que aseguren una adecuada gestión de los riesgos, a fin de asegurar en forma razonable que se van a alcanzar los objetivos definidos por la entidad.

El ejercicio de estas actividades debe estar enmarcado dentro del principio de autocontrol, validando cada funcionario, de acuerdo con sus roles y responsabilidades, que la tarea a realizar es legal, comprobada, conveniente y oportuna para la entidad.

1.4.3 CRITERIOS

Al diseñar e implantar las actividades de control, debe validarse que las mismas cumplan con los atributos de ser apropiadas, convenientes y viables, agregar valor, oportunas, sencillas, comprensibles, adaptadas a la entidad y aplicadas por quien corresponda.

1.4.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 Los responsables jerárquicos de las áreas o unidades de la entidad, al evaluar y seleccionar las diferentes actividades de control aplicables a los sistemas administrativos y operativos, deberán considerar, entre otras, las medidas de control enunciadas en 1.4 y desarrolladas en el ANEXO 2 “Controles sobre Sistemas Administrativos y Operativos”.

PO.2 La separación de funciones incompatibles constituye un control general y preventivo por excelencia que permite un control cruzado a partir de la asignación de responsabilidades y funciones a las distintas áreas o unidades y los funcionarios que las integran. La ausencia de una adecuada segregación de funciones resulta contraproducente para el ejercicio de cualquier actividad de control, pudiendo tener el efecto contrario a la esencia de la misma.

De acuerdo con lo manifestado precedentemente, las diferentes fases que integran un proceso, transacción u operación (autorización, ejecución, aprobación, registro, pago y revisión de las transacciones y hechos), así como las de custodia de recursos, deben distribuirse adecuadamente, en base a su grado de incompatibilidad, entre los diversos servidores públicos y las áreas o unidades de la entidad.

Ante las limitaciones de recursos que tengan las entidades, deberán efectuarse las separaciones de funciones hasta donde sea posible sin elevar el costo del control más allá de límites razonables, supliendo las eventuales deficiencias mediante la aplicación de actividades de control complementarias o supletorias (ej.: mayor supervisión constante, arqueos e inventarios más frecuentes, etc.).

1.4.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-PRICI-06, TSC-PRICI-08, TSC-PRICI-10 y TSC NOGECI V.02 a V. 21 y sus Declaraciones, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.
Decreto No. 83-2004, que contiene la Ley Orgánica del Presupuesto, Art. 4, 5 y Título VII.

1.5. CONTROLES SOBRE LOS SISTEMAS DE TECNOLOGÍA INFORMÁTICA

1.5.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"En el caso de sistemas computarizados, debe tenerse presente la existencia de controles generales, de aplicación, de operación y otros de conformidad con la normativa vigente al efecto…" (Declaración de la TSC-NOGECI-VI-04).

Las actividades de control sobre los sistemas de tecnología informática se clasifican en: 1) Actividades de Control Generales, y 2) Actividades de Control de Aplicación.

1. Actividades de Control Generales

Son aquellas que están inmersas en los procesos y servicios de tecnología informática (desarrollo de sistemas, administración de cambios, seguridad, operaciones de cómputo, etc.) y están referidas a los siguientes cuatro dominios o procesos principales:

1.1 Planear y Organizar: Proporciona dirección para la entrega de soluciones automatizadas (aplicaciones) de servicios. Cubre las estrategias y tácticas, a partir de identificar la forma en que el área de Tecnología Informática puede contribuir de la mejor manera al logro de los objetivos institucionales.

1.2 Adquirir e Implementar: Proporciona las soluciones de tecnología informática (infraestructura y aplicaciones) para convertirlas en servicios. Incluye la identificación, desarrollo o adquisición, implementación e integración en los procesos de las soluciones de tecnología informática que mejor cumplen con la estrategia (incluye hardware y software).

1.3 Entregar y dar soporte: Recibe las soluciones de tecnología informática (infraestructura y aplicaciones) y las hace utilizables por los usuarios finales. Cubre la ejecución y/o entrega en sí de los servicios requeridos: prestación del servicio, la administración de la seguridad y de la continuidad, soporte del servicio a los usuarios, administración de los datos y de las instalaciones operativas.

1.4 Monitorear y evaluar: Monitorea todos los procesos para asegurar que se sigue la dirección provista. Abarca la administración del desempeño, el monitoreo del control interno, el cumplimiento regulatorio y la aplicación del gobierno de tecnología informática.

A continuación se detallan los procesos de Tecnología Informática referidos a las actividades de control y su importancia relativa, en donde **A= Alta, M=Moderada y B=Baja**:

Actividades	Importancia
Planear y Organizar	
Definir la arquitectura de la información	B
Determinar la Dirección Tecnológica	M
Administrar la Inversión en TI	M
Administrar la calidad	M
Administrar proyectos	A
Adquirir e Implementar	
Identificar soluciones automatizadas	M
Adquirir y mantener software aplicativo	M
Adquirir y mantener infraestructura tecnológica	B
Facilitar la operación y el uso	B
Adquirir recursos de TI	M
Administrar cambios	A
Instalar y acreditar soluciones y cambios	M
Entregar y dar Soporte	
Definir y administrar los niveles de servicio	M
Administrar los servicios de terceros	B
Administrar el desempeño y la capacidad	B
Garantizar continuidad del servicio	M
Garantizar la seguridad de los sistemas	A
Identificar y asignar costos	B
Administrar la configuración	M
Administrar los problemas	M
Administrar los datos	a
Administrar el ambiente físico	B
Administrar las operaciones	B
Monitorear y Evaluar	
Garantizar el cumplimiento regulatorio	A

2. Actividades de Control de Aplicación

Son los controles incluidos en los programas de aplicaciones de los diferentes procesos, referidos a la integridad en los procesos de captura, procesamiento, actualización, consulta, transmisión y salida de los datos. No incluye los programas de sistemas (sistema operativo, programa de control de redes, etc.). Las actividades de control están referidas a los siguientes temas:

2.1 Preparación y autorización de información fuente.
2.2 Recolección y entrada de información fuente.
2.3 Chequeos de exactitud, integridad y autenticidad.
2.4 Integridad y validez del procesamiento.
2.5 Revisión de salidas, reconciliación y manejo de errores.
2.6 Autenticación e integridad de transacciones.

Dentro de este acápite, pueden incluirse algunos de los riesgos más frecuentes, tales como:

- Problemas de confiabilidad de la información, por falta de control de la autorización, integridad o exactitud de la Información en alguna de sus etapas: ingreso, baja y/o modificación de datos.

- Modificaciones a los datos que no se reflejan en las nuevas operaciones o en los archivos de datos por problemas internos del aplicativo, o de las interfaces de las aplicaciones.

- Problemas de seguridad física y/o lógica en el acceso a la información.

Es importante recalcar que las tareas de diseñar, desarrollar, automatizar e implementar los requisitos funcionales y de control que solicita la administración activa, así como establecer las actividades de control para mantener la integridad de las medidas de control de aplicación son responsabilidad del área de Tecnología Informática.

Por otra parte, la responsabilidad operativa de definir apropiadamente los requisitos funcionales y de control, así como el uso adecuado de los servicios automatizados (aplicativos), le corresponde a los superiores jerárquicos de las diferentes áreas y unidades de la entidad, dentro de su ámbito de competencia.

1.5.2 PROPÓSITO

"…debe crearse una estructura adecuada para asegurar el funcionamiento correcto y continuo de los sistemas, su seguridad física y su mantenimiento, así como la integridad, confiabilidad y la exactitud de la información procesada y almacenada… ", y el control del proceso de los diversos tipos de transacciones, ayudando a la toma de decisiones adecuadas por parte de la entidad. (Declaración TSC-NOGECI-VI-04.01).

1.5.3 CRITERIOS

Las actividades de control sobre los sistemas de tecnología informática deben asegurar razonablemente que las transacciones se realicen de forma tal que la información generada, sea ésta operativa o administrativo-contable, cumpla básicamente con los requisitos de efectividad, eficiencia, confidencialidad, integridad, disponibilidad, cumplimiento normativo y confiabilidad, de conformidad con detallado en la siguiente tabla:

Requisito	Definición
Efectividad	*La información y sus procesos relacionados, deben ser relevantes y pertinentes a los procesos institucionales, y proporcionarse de una manera oportuna, correcta, consistente y utilizable. Es decir, tener la capacidad de lograr el objetivo o el efecto que se desea o se espera (eficaz).*
Eficiencia	*La información debe ser generada con el óptimo y más productivo uso de los recursos. Óptima asignación y utilización de los recursos, a fin de lograr la mejor relación entre los insumos utilizados y los productos obtenidos. Debe tener la capacidad de disponer de los recursos de la mejor manera para conseguir un efecto determinado.*
Confidencialidad	*Se protege, salvaguarda y asegura física y lógicamente la información, los recursos y los procesos, a través del acceso autorizado para su ingreso, modificación, consulta, utilización, divulgación, archivo y destrucción de*

Requisito	Definición
	acuerdo con los objetivos previstos por la entidad, a fin de proteger y resguardar de cualquier perjuicio o peligro, en particular del riesgo de la pérdida de su confidencialidad, en el caso de la información crítica o sensitiva (revelación no autorizada).
Integridad	*El contenido de la información debe ser preciso y completo, suficiente para poder tomar decisiones adecuadas, y no carecer de ninguna de sus partes, y debe ser válido de acuerdo con las pautas, valores y expectativas fijados por la entidad y regulaciones externas.*
Disponibilidad	*La información, ante su requerimiento, debe estar accesible y a libre disposición en tiempo y forma para ser usados o utilizados por todos aquellos interesados que tienen autorización para su acceso.*
Cumplimiento normativo	*La información debe ser válida a partir del respeto y acatamiento de las políticas y procedimientos internos y de todas las leyes, reglamentaciones y contratos a que está sujeta la entidad.*
Confiabilidad	*Proporcionar la información apropiada para que la gerencia administre la entidad y ejerza sus responsabilidades.*

Dentro de los anteriores requisitos, también es importante que la información sea autorizada y aprobada, económica, exacta, oportuna, actualizada y transparente. A continuación se brinda un mayor detalle:

Requisito	Definición
Autorizada y aprobada	*Un elemento de información, desde una transacción hasta un sistema completo, se ingresa, desarrolla, modifica, elimina o utiliza de manera apropiada con la autorización previa y/o la aprobación concurrente o posterior correspondiente.*
Económica	*Obtención de los recursos o insumos al menor costo o precio individual posible, sin resignar calidad.*
Exacta	*Los datos, la información y los procesos asociados son precisos, puntuales, fieles, cabales, correctos y pueden utilizarse de acuerdo con sus propósitos.*
Oportuna	*Las transacciones y los procesos se registran, procesan e informan en forma puntual, manteniendo sus niveles de calidad. Se respetan los plazos y períodos operativos y contables apropiados y otras fechas límite, a fin de realizar las tareas y obtener la información requerida en tiempo, a propósito y cuando conviene.*
Actualizada	*Se trata de la información más reciente disponible en el momento en que se la requiere*
Transparente	*Clara, evidente, que se comprende sin duda ni ambigüedad.*

1.5.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables jerárquicos de todas las áreas o unidades de la entidad, y, en especial, el responsable del área de Tecnología Informática, deben poner especial atención en evaluar, seleccionar, implantar y mantener las actividades de control más adecuadas y de mayor calidad relacionadas con los sistemas de tecnología informática. Estas deben incluir Actividades de Control Generales y de Aplicaciones.

PO.2 El responsable del área de Tecnología Informática debe diseñar, desarrollar, automatizar e implementar los requisitos funcionales y de control que solicite la administración activa, así como establecer las actividades de control necesarias para mantener la integridad de las medidas de control de aplicación.

PO.3 Los superiores jerárquicos de las diferentes áreas y unidades de la entidad, dentro de su ámbito de competencia, son los responsables operativos de definir apropiadamente los requisitos funcionales y las actividades de control referidas a los procesos que se automaticen, así como del uso adecuado de los sistemas aplicativos.

PO.4 Las máximas autoridades ejecutivas, en conjunto con los responsables jerárquicos de todas las áreas o unidades de la entidad, deben impulsar en forma efectiva la sistematización, ejecución, control, supervisión y evaluación de sus operaciones a través del uso de sistemas aplicativos de tecnología informática, y, en especial, la automatización de las actividades de control a través de su inclusión en dichos aplicativos.

1.5.5 REFERENCIA LEGAL

Declaración TSC-NOGECI-VI-04, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.6 CONTROLES DE GESTIÓN

1.6.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"…formulación de indicadores de resultado y de desempeño, cualitativos o cuantitativos, que permitan la evaluación de la eficacia en términos del logro de dichos resultados en relación a estos indicadores y también a los indicadores de impacto en el desarrollo económico o social, u otros, si fuere el caso."

Los mismos"…deberían haber sido adoptados en consenso con los funcionarios responsables de la ejecución de dichos planes y por ende del cumplimiento de dichos indicadores."

Las actividades de control de gestión pueden clasificarse en: 1) Análisis efectuados por la alta gerencia, e 2) Indicadores claves de desempeño.

1. Análisis efectuados por la alta gerencia

Se trata de revisiones de alto nivel que realiza la máxima autoridad ejecutiva y los responsables jerárquicos de las áreas o unidades de la entidad en forma específica, involucrándose en tareas ejecutivas u operativas, fundamentalmente debido a la importancia de los temas analizados. Dentro de las más relevantes se enuncian las siguientes actividades de control:

a. Presupuestarias: Actividades de control sobre el Programa Operativo Anual, el Presupuesto de Ingresos y Egresos y el Presupuesto Financiero (Flujo de Caja o Cash Flow).
b. Revisión de información contable.
c. Proyectos y programas especiales.
d. Desarrollo de nuevos servicios y productos.
e. Proyecciones, análisis de escenarios y tendencias.
f. Datos de períodos previos.

2. Indicadores claves de desempeño

La utilización y consulta de la evolución de los Indicadores Claves de Desempeño puede ayudar en el proceso de identificación del cambio, alertando sobre la necesidad de modificación de estrategias y orientando respecto de los riesgos, áreas o procesos donde deben realizarse las modificaciones respectivas.

Los mismos pueden ser evaluados por separado, o formar parte de un Tablero o Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard). Se recomienda utilizar esta última metodología, considerando las cuatro perspectivas previstas en el modelo para la determinación de los indicadores de desempeño, de impacto y de resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, a partir de la misión, visión, valores y objetivos estratégicos definidos.
Como ejemplos se enuncian los siguientes:

1. **Aprendizaje y crecimiento de los Recursos Humanos**, claves para innovar y mejorar el desempeño de la entidad, a partir de medir, entre otros puntos:

1.1. Infraestructura adecuada de recursos puestos al servicio de los funcionarios de la entidad (incluye los sistemas de tecnología informática).
1.2. Clima organizacional proactivo, que motive a los servidores públicos a cumplir con sus funciones y responsabilidades.
1.3. Políticas de talento humano que mejoren las capacidades de los funcionarios y fortalezcan su capacidad de toma de decisiones a través de la delegación de autoridad y responsabilidades ("empowerment").

2. **Mejora de los procesos internos**: En especial aquellos procesos priorizados y definidos como estratégicos, y en los que debe lograrse una excelencia en su desempeño:

2.1 Relación Costo / Beneficio de los procesos.
2.2 Calidad de los procesos.
2.3 Oportunidad de realización de los procesos y entrega de los servicios o productos.

3. **Atención y satisfacción de los grupos de interés:** Considera la cobertura que está dando la entidad a las necesidades, prioridades y expectativas de la sociedad en general, y en particular de los usuarios y/o clientes (internos y externos) que tenga la entidad; generalmente son de naturaleza cualitativa (encuestas, etc.).

4. **Obtención de mejor relación entre recursos utilizados y resultados obtenidos**, en función de la perspectiva y requerimientos de los diferentes grupos de interés a los que la entidad debe satisfacer:

4.1 Rentabilidad o impacto social (creación de valor para la sociedad).

4.2 Rentabilidad o impacto económico.
4.3 Rentabilidad o impacto político.
4.4 Crecimiento de la entidad.
4.5 Retorno sobre la inversión.

1.6.2 PROPÓSITO

"La administración activa debe ejercer un control permanente sobre la ejecución de los procesos, las transacciones, operaciones y eventos para asegurarse de que se observen los requisitos normativos jurídicos, técnicos y administrativos, vigentes; de origen interno y externo y para prevenir y corregir cualquier eventual desviación que pueda poner en entredicho el acatamiento del principio de legalidad y de los preceptos de eficiencia, eficacia y economía, aplicables".

"…Durante el proceso respectivo, los indicadores de desempeño establecidos en los planes también deben aplicarse como puntos de referencia."

La máxima autoridad ejecutiva y los responsables superiores e intermedios de las áreas y unidades de la entidad deben realizar actividades de control sobre la gestión de las diferentes áreas, procesos, proyectos y programas que encara la entidad, así como efectuar el seguimiento y evaluación del comportamiento de los diferentes indicadores claves de desempeño fijados, para, en caso de corresponder, retroalimentar el proceso de gestión y/o tomar las decisiones en cuanto a la corrección o ajuste de las tareas en curso.

La aplicación de una política activa de evaluación del desempeño de la entidad, apoya la creación de una conciencia de control dentro de la entidad.

1.6.3 CRITERIOS

Los indicadores claves de desempeño, de resultado y de impacto, sean estos cuantitativos o cualitativos, deben ser construidos y fijados de tal forma que permitan dar seguimiento y evaluar en forma oportuna el avance en la ejecución y el cumplimiento de los planes de la entidad y la medida en que han contribuido a satisfacer las metas, los objetivos y la misión institucionales, tomando como base el principio de que "lo que no se mide, no se puede gestionar ni controlar".

Además de considerar los índices de medición del desempeño de los factores claves de éxito relacionados con el cumplimiento de los objetivos globales y metas por actividad fijados por la entidad, sean estos cuantitativos (número de casos atendidos, cantidad de reparaciones efectuadas, etc.) o cualitativos (nivel de eficiencia, grado de satisfacción del usuario, etc.), también deben tomarse en cuenta los índices diseñados en base a requerimientos legales y reglamentarios fijados, entre otros, por la Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa, la Secretaría de Finanzas y los organismos reguladores que tenga la entidad.

Deben estar definidos bajo un esquema piramidal, en que cada responsable jerárquico e intermedio de un área o unidad de la entidad y/o el "dueño de un proceso" tenga un compendio de los principales indicadores para medir la gestión de su área de responsabilidad. Al definirlos, debe procurarse que, entre otras características, sean claros y uniformes, fácilmente aplicables, medibles, con expresión del tiempo y lugar de su cálculo y de conocimiento general, debiendo estar consensuados con los funcionarios responsables de la ejecución de los planes y cumplimiento de dichos indicadores.

En cuanto a su número, no deben ser tantos que se tornen ininteligibles o confusos, ni tan escasos que no permitan revelar las cuestiones claves y el perfil de la situación que se examina.

Luego estos índices deben sintetizarse y priorizarse, a fin de elevar a la máxima autoridad ejecutiva sólo los índices agregados de mayor relevancia, con el enfoque de brindar información por excepción, preferentemente en los casos donde se han observado desvíos significativos respecto del cumplimiento de los objetivos y las metas fijadas, y en función de los umbrales de tolerancia definidos por la entidad.

Los indicadores deben estar ajustados a las características de la entidad: tamaño, procesos, bienes y servicios que entrega, nivel de competencia de sus funcionarios y demás elementos diferenciales que la distingan.

Normalmente, los indicadores se agrupan en cuadros de mando de tres tipos, según el objetivo a medir:

a) **Operativos:** evalúan la evolución de los procesos que necesitan ser monitoreados día a día (presupuesto de caja, la evolución de las compras y recepciones de bienes y servicios, etc.). Deben proveer información concreta, oportuna y actualizada para realizar un diagnóstico y tomar acciones en forma inmediata, de ser factible, en forma preventiva y proactiva.

   Debe haber un cuadro de mando por cada área o unidad funcional de la entidad, y el responsable de su emisión y principal usuario es el superior jerárquico de cada área o unidad funcional evaluada.

   En promedio, los índices operativos, a nivel de cada área o unidad principal, en una entidad tipo A ya consolidada, no deberían superar los doce.

b) **Directivos o Ejecutivos:** abarca a toda la entidad en su conjunto, agrupándola por áreas o unidades claves, a fin de diagnosticar la situación global de la institución, en especial desde el punto de vista de su desempeño interno, con mediciones de resultados a través de diferentes tipos de indicadores clave cuantitativos y cualitativos (importes, porcentajes, cantidades, etc.) de corto o largo plazo que hagan al cumplimiento de los objetivos fijados.

   El responsable de su emisión es el superior jerárquico de la Unidad de Planeamiento y Control, a partir de la información brindada por los superiores jerárquicos de cada área o unidad de la entidad. Sus destinatarios son la máxima autoridad ejecutiva y los superiores jerárquicos de todas las áreas o unidades de la entidad.

   En promedio, los índices directivos, a nivel de toda la entidad, en una entidad tipo A ya consolidada, no deberían superar los veinte.

c) **Estratégicos:** es más generalista, seleccionando y sintetizando aquellos índices directivos relevantes y referidos al cumplimiento de los objetivos y metas estratégicas de la entidad, a partir de información interna y del entorno, tanto cuantitativa como cualitativa (encuestas, etc.) a fin de hacer un diagnóstico tomando en cuenta la visión externa y a largo plazo, incluyendo la perspectiva y los requerimientos de los diferentes grupos de interés a los que la entidad debe satisfacer.

   El responsable de su emisión es el superior jerárquico de la Unidad de Planeamiento y Control, a partir de la información brindada por los superiores jerárquicos de cada área o unidad de la

entidad. Sus destinatarios son la máxima autoridad ejecutiva y los superiores jerárquicos de todas las áreas o unidades de la entidad.
En promedio, los índices estratégicos, a nivel de toda la entidad, en una entidad tipo A ya consolidada, no deberían superar los veinte.

A fin de poder ejercer un control permanente, adecuado, y oportuno sobre la gestión y, en su caso, tomar las medidas correctivas que correspondan, para los índices de desempeño estratégico debe realizarse, como mínimo, una actualización y revisión semestral. En los índices de naturaleza directiva, la medición debe ser, como mínimo mensual. En cuanto a los índices operativos, dependiendo de la importancia y volatilidad de los desempeños a medir, su actualización requerirá que se realice en forma diaria, semanal o, como mínimo, quincenal.

En todos los casos, de observarse desvíos que generen alertas tempranas, estos deben ser informados a los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad y a la máxima autoridad ejecutiva inmediatamente de conocidos.

Esta verificación incluirá la revisión de tendencias inusuales o resultados inesperados, así como la comparación de los resultados obtenidos con estadísticas de comportamiento y los objetivos fijados por la entidad.

1.6.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 Definir y establecer los indicadores claves de desempeño, de resultado y de impacto, tanto generales como específicos, cuantitativos o cualitativos, aplicando el método de Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard), considerando las siguientes cuatro perspectivas:

1. Aprendizaje y crecimiento de los Recursos Humanos.
2. Mejora de los procesos internos.
3. Atención y satisfacción de los grupos de interés.
4. Obtención de mejor relación entre recursos utilizados y resultados obtenidos.

PO.2 Fijar claramente las formas de medición de los indicadores de desempeño, la periodicidad de las actualizaciones y los responsables por el diseño e implantación de los índices de desempeño, el seguimiento de su evolución, actualización, así como de la emisión de los informes y los principales usuarios de la información emitida.

Como pauta general, según el tipo de índice, estas definiciones deben ajustarse al siguiente esquema:

a) Operativos, por cada área o unidad funcional de la entidad:

- Responsable por el diseño, implantación, seguimiento, actualización y emisión de informes: Responsable jerárquico de cada área o unidad funcional evaluada.
- Principales usuarios de la información emitida: Responsable jerárquico de cada área o unidad funcional evaluada.
- En promedio, los índices operativos, a nivel de cada área o unidad principal, en una entidad tipo A ya consolidada, no deberían superar los doce.
- Periodicidad de emisión y análisis: dependiendo de la importancia y volatilidad de los desempeños a medir: diaria, semanal o, como mínimo, quincenal.

b) Directivos o Ejecutivos de la entidad en su conjunto

- Responsable por el diseño, implantación, seguimiento, actualización y emisión de informes: Responsable jerárquico de la Unidad de Planeamiento y Control, a partir de la información brindada por los superiores jerárquicos de cada área o unidad de la entidad.
- Principales usuarios de la información emitida: Máxima autoridad ejecutiva y los superiores jerárquicos de todas las áreas o unidades de la entidad.
- En promedio, los índices directivos, a nivel de toda la entidad, en una entidad tipo A ya consolidada, no deberían superar los veinte.
- Periodicidad de emisión y análisis: como mínimo, mensual.

c) Estratégicos de toda la entidad

- Responsable por el diseño, implantación, seguimiento, actualización y emisión de informes: Responsable jerárquico de la Unidad de Planeamiento y Control, a partir de la información brindada por los superiores jerárquicos de cada área o unidad de la entidad.
- Principales usuarios de la información emitida: Máxima autoridad ejecutiva y los superiores jerárquicos de todas las áreas o unidades de la entidad.
- En promedio, los índices estratégicos, a nivel de toda la entidad, en una entidad tipo A ya consolidada, no deberían superar los veinte.
- Periodicidad de emisión y análisis: como mínimo, semestral.

En todos los casos, de observarse desvíos que generen alertas tempranas, estos deben ser informados a los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad y a la máxima autoridad ejecutiva inmediatamente de conocidos.

PO.3 Las máximas autoridades ejecutivas, en conjunto con los responsables jerárquicos de todas las áreas o unidades de la entidad, deben comunicar en forma escrita, clara y fehaciente los Indicadores Claves de Desempeño por los que se va a medir su actuación a todo el personal involucrado, así como comprobar que los mismos son conocidos, comprendidos y aceptados por los servidores públicos que trabajan en la entidad.

1.6.5 REFERENCIA LEGAL

Declaración TSC-PRECI-01-01, TSC-PRECI-02-01, TSC-NOGECI IV-03-01, TSC-NOGECI-VII-02-01, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.7 ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL EXISTENTES

1.7.1 RESUMEN DE LA NOGECI

*"*El titular principal o jerarca, con el apoyo de los titulares subordinados, deberá instaurar las medidas de control propicias para que los servidores públicos reconozcan y acepten la responsabilidad que les compete por el adecuado funcionamiento del control interno y promover su participación activa tanto en la aplicación y mejoramiento de las medidas ya implantadas como en el diseño de controles más efectivos para las áreas en donde desempeñan sus labores*."*

“Los propios servidores públicos de un grupo, unidad o área específica de un ente público, deben evaluar a posteriori la efectividad de los controles internos aplicados en la gestión de las operaciones a su cargo, por convicción de la importancia y utilidad del control.”

“No obstante, por ser el control interno un proceso dinámico, tanto el proceso como los controles deben ser revisados constantemente aun cuando estén formalmente establecidos, a fin de introducir oportunamente las mejoras o actualizaciones que procedan. “

1.7.2 PROPÓSITO

Evaluar si las actividades de control establecidas y vigentes están siendo aplicadas correctamente y mitigan los riesgos en forma eficaz, eficiente y económica.

Todos los funcionarios de la entidad deben auto evaluar la efectividad de los controles internos aplicados en la gestión de las operaciones a su cargo y, en función del compromiso que debe tener el personal con el control interno, deben participar activamente en la aplicación y mejoramiento de las actividades de control ya implantadas y en el diseño de controles más efectivos para las áreas en donde desempeñan sus labores.

1.7.3 CRITERIOS

Al analizar las actividades de control vigentes, deben considerarse, entre otros aspectos:

a) las capacidades, requerimientos y recursos necesarios para su diseño, implantación y mantenimiento,
b) la adecuada relación entre el costo operativo de la actividad de control (o la inversión en su diseño, implantación y mantenimiento) y el beneficio que se obtiene, en términos de cobertura y reducción de los riesgos inherentes a niveles aceptables,
c) el nivel de priorización en función de los riesgos mitigados,
d) la coordinación de decisiones y acciones entre las diferentes áreas o unidades de la entidad, y
e) la automatización de los procesos críticos de la entidad, a fin de que el procesamiento, la supervisión y la evaluación de las operaciones pueda realizarse a través de los sistemas aplicativos de tecnología informática generando mayor eficiencia y exactitud.

Ante condiciones o desvíos producidos respecto de la aplicación de las actividades de control vigentes, deben considerarse y analizarse los efectos que tales variaciones generan y las causas que hayan motivado esas diferencias.

Las propuestas de mejora en las actividades de control deben ser definidas en forma clara y precisa, ser viables operativamente y poder implantarse en un plazo razonable, determinándose claramente un Plan de las Acción a ejecutar para su adecuada implantación y consecución, asignando responsables de tales tareas y plazos de cumplimiento.

Como complemento, dentro de las funciones del responsable de riesgos y el Comité de Riesgos, se encuentra la de fijar un Plan de las Acción a ejecutar para la adecuada implantación y consecución de las mejoras a las actividades de control vigentes o la implantación de nuevas actividades de control viables, asignando responsables de tales tareas y plazos razonables de cumplimiento, que deberán ser luego objeto de un seguimiento oportuno, correspondiendo al Comité de Control Interno el monitoreo de su adecuada implantación.

1.7.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La evaluación de las actividades de control vigentes (Ver **ANEXO 3**), así como las propuestas de mejoras a las mismas, y la definición de actividades de control adicionales o en reemplazo de las existentes, deben incluirse en el armado y presentación de las matrices y el mapa de riesgos de la entidad, afectando la valoración final de los riesgos, hasta llegar a niveles aceptables de riesgo residual (Ver "Esquema de Armado de una Matriz de Riesgos" en **ANEXO 11 a)** y **ANEXO 11 b)** de la Guía 2).

Este proceso de evaluación de las actividades de control debe realizarse, como mínimo, una vez al año, o cada vez que se produzca un cambio significativo en los objetivos estratégicos y/o los recursos disponibles de la entidad, y estará a cargo de los responsables jerárquicos de las áreas o unidades de la entidad.

Ante las limitaciones de recursos que tengan las entidades, podrán implementarse las actividades de control que sean factibles, compensando las eventuales deficiencias mediante la aplicación de actividades de control complementarias o supletorias.

PO.2 El Comité de Riesgos o el responsable del área de riesgos o, en caso de no existir, los responsables jerárquicos de las áreas o unidades de la entidad, deben fijar un Plan de Acción a ejecutar para la adecuada implantación y consecución de las mejoras a las actividades de control vigentes o la implantación de nuevas actividades de control viables, asignando responsables de tales tareas y plazos razonables de cumplimiento, que deberán ser luego objeto de un seguimiento oportuno., correspondiendo al Comité de Control Interno el monitoreo de su adecuada implantación.

1.7.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-PRICI-11, TSC NOGECI III-07 y Declaración TSC-NOGECI V-02.01, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.8 MANUALES DE PROCEDIMIENTOS

1.8.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El acatamiento o cumplimiento de las disposiciones legales que regulan los actos administrativos y la gestión de los recursos públicos, así como de los reglamentos, normas, manuales, guías e instructivos que las desarrollan, es el primer propósito del control interno institucional."

"Las técnicas, mecanismos y elementos de control interno deben estar inmersos, integrados o incorporados en los procedimientos de los sistemas administrativos de tal forma que sean parte natural de los mismos" Este principio también es aplicable para los sistemas operativos y de gestión.

1.8.2 PROPÓSITO

Al aplicar el principio de Autorregulación la entidad obtiene "…un razonable nivel de autonomía regulatoria para el logro eficaz de los objetivos y metas institucionales de la gestión a efecto de poder dar cuenta pública al respecto" o bien "rendir o dar cuenta de la forma como los titulares de los entes públicos han gestionado los recursos en procura de alcanzar las metas programadas o previstas en el presupuesto institucional…"

“Los objetivos institucionales, los controles y los aspectos pertinentes sobre transacciones y hechos significativos que se produzcan como resultado de la gestión, deben respaldarse adecuadamente con la documentación de sustento pertinente”. “El primer requerimiento puede quedar satisfecho en los planes estratégicos y operativos de la organización y en la normativa interna vigente (manuales de puestos y procedimientos; circulares; disposiciones; acuerdos que consten en actas y se comuniquen a quien corresponda, etc.).”

La entidad debe emitir y mantener actualizados los Manuales de Procedimientos e Instructivos que rigen los procesos, operaciones y transacciones de la entidad.

1.8.3 CRITERIOS

“..la elaboración de los reglamentos internos y manuales específicos de los sistemas administrativos, teniendo tanto las normas técnicas de los dichos sistemas emitidas por los respectivos órganos rectores, como los principios, preceptos y normas generales o rectoras de control interno emitidas por el TSC y las normas específicas de la ONADICI, son un deber de los correspondientes directores y/o jefes de departamento, división, sección o unidad de cada ente público y su emisión una responsabilidad del titular de la respectiva institución u organismo público.”

Es altamente recomendable que la entidad tenga un responsable por la elaboración de los Manuales de Procedimientos.

Los Manuales de Procedimientos e Instructivos deberán elaborarse y formalizarse tomando en cuenta, entre otros, los siguientes recaudos:

a) Legalidad, considerar los marcos de las normas técnicas que rigen los diferentes sistemas y procesos de la entidad, emitidas por los órganos rectores respectivos (incluidos los dictados por el Tribunal Superior de Cuentas).

b) Describir la secuencia lógica de las actividades (operaciones y transacciones) que conforman un proceso organizativo.

c) Estar adaptados a la realidad de la entidad, tamaño; naturaleza y complejidad de sus servicios, productos y procesos; magnitud de sus operaciones; estructura organizacional y las atribuciones y responsabilidades legales aplicables.

d) Integrar en los procedimientos las técnicas, mecanismos y elementos de control interno.

e) Asignar las actividades a funcionarios diferentes, si es posible de unidades distintas, con base en la incompatibilidad existente entre ellas (separación de funciones).

f) Incluir las actividades de control definidas, vigentes y aplicables (controles operativos, administrativo-contables y sobre los sistemas de tecnología informática), haciendo hincapié en la aplicación de controles preventivos.

Además, al redactar los Manuales de Procedimientos y/o Instructivos de la entidad, debe tomarse en cuenta en forma específica que se cubran todas las características principales que debe reunir una actividad para estar adecuadamente diseñada, formalizada e implantada a fin de garantizar su aplicabilidad. Así, cada procedimiento debe poder responder a las siguientes preguntas:

1. Porqué: Causa o Motivo por el que se realiza la Actividad de Control.

2. Qué: Materia controlable.
3. Cómo: Acción específica a realizar.
4. Quién: Responsable directo o ejecutor de la actividad de control, el que debe tener la suficiente capacidad para ponerla en práctica.
5. Cuándo: Oportunidad de su ejecución (momento y periodicidad).
6. Dónde: Lugar donde se ejecuta la actividad de control.
7. Para qué: Objetivo que se busca lograr con su aplicación (operativo, de información y/o de cumplimiento). Debe ayudar a asegurar el logro de los objetivos y misión institucionales.

La entidad deberá emitir e implantar, como mínimo, los siguientes Manuales de Procedimientos y/o Instructivos de los principales procesos y sistemas de la entidad, adaptando a la entidad, en los casos que corresponda, las regulaciones fijadas en los marcos de las normas técnicas de dichos sistemas emitidas por los órganos rectores o reguladores respectivos, tales como la Secretaría de Finanzas (SEFIN); el Tribunal Superior de Cuentas (TSC); la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado (ONCAE), Servicio Civil o equivalente, etc.:

a) Procesos y sistemas referidos a las actividades sustantivas que hacen al cumplimiento de los objetivos estratégicos, metas, proyectos y programas que realiza la entidad.

b) Sistemas de Administración Financiera y los subsistemas articulados:

   i) planeación y programación,
   ii) inversión pública.
   iii) presupuesto,
   iv) tesorería,
   v) crédito público,
   vi) contabilidad,
   vii) contratación administrativa, y
   viii) administración de recursos humanos.

1.8.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables jerárquicos de todas las áreas y unidades de la entidad deberá elaborar, emitir, implantar y mantener actualizados manuales de procedimientos e/o instructivos que rijan los procesos, operaciones y transacciones de la entidad con las actividades de control diseñadas e incluidas en los mismos. Como mínimo debe emitir los siguientes Manuales de Procedimientos y/o Instructivos, referidos a los principales procesos y sistemas de la entidad, adaptando a la realidad de la entidad, en los casos que corresponda, las regulaciones fijadas en los marcos de las normas técnicas de dichos sistemas emitidas por los respectivos órganos rectores o reguladores:

a) Procesos y sistemas referidos a las actividades sustantivas que hacen al cumplimiento de los objetivos estratégicos, metas, proyectos y programas que realiza la entidad.

b) Sistemas de Administración Financiera y los subsistemas articulados:

   i) planeación y programación,
   ii) inversión pública.
   iii) presupuesto,
   iv) tesorería,
   v) crédito público,
   vi) contabilidad,

vii) contratación administrativa, y
viii) administración de recursos humanos.

PO.2 Los Manuales de Procedimientos e Instructivos deben elaborarse tomando en consideración el tamaño de la entidad, la naturaleza y complejidad de sus servicios, productos y procesos, la magnitud de sus operaciones, su estructura organizacional y las atribuciones y responsabilidades establecidas en las leyes y reglamentos que en cada caso sean aplicables.

PO.3 Las máximas autoridades ejecutivas, en conjunto con los responsables jerárquicos de todas las áreas o unidades principales de la entidad, deben comunicar formalmente por escrito y en forma fehaciente, y dejar disponibles para el personal (en papel y, de ser factible, en la intranet de la entidad) todos los Manuales de Procedimientos y/o Instructivos de la entidad, debiendo también comprobar que los mismos son conocidos, comprendidos y aceptados por los funcionarios de la entidad que se encuentran involucrados en la gestión de los procesos en cuestión.

1.8.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-PRICI-03, TSC-PRICI-07 y su Declaración, TSC-PRICI-08 y su Declaración, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

ANEXOS GUIA 3 “ACTIVIDADES DE CONTROL”

ANEXO 1. CUADRO DE RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS DE CONTROL, RIESGOS ASOCIADOS Y ACTIVIDADES DE CONTROL SUGERIDAS

A fin de aplicar el esquema del Cuadro de referencia para gestionar los riesgos y alcanzar los objetivos previstos, se presenta un ejemplo práctico, referido al proceso de Planificación y Programación Operativa Anual (en adelante "Planificación"), atento a que el mismo está diseñado para ser aplicado y evaluado por todas las entidades y, dentro de ellas, por todas las áreas componentes del control interno institucional, a fin de lograr cumplir con los objetivos de la entidad en general y de cada área en particular. Para ello, se ha considerado como antecedente el esquema propuesto por el Informe COSO – IFIC (también conocido como COSO I) en la parte de "Manual de Referencia: Actividades".

Objetivo de Control	Riesgos asociados	Actividades de Control
1. Desarrollar planes a corto y largo plazo acordes con los objetivos de la entidad (Estratégicos, Operativos, de Información y de Cumplimiento)	1.1 Desconocimiento de los objetivos de la entidad.	1.1.1 Mantener un Administración Activa experimentada en las operaciones de la entidad y competente. 1.1.2 Comunicar claramente y socializar los objetivos de la entidad definidos a todo el personal involucrado en el proceso de Planificación y Programación Operativa Anual. 1.1.1 Comprobar que los objetivos de la entidad son conocidos, comprendidos y aceptados por los servidores públicos que trabajan en la entidad. 1.1.2 Adoptar un sistema participativo de planificación (TSC-NOGECI IV-02 Planificación). 1.1.3 Diseñar y desarrollar los Planes teniendo como base la Misión, Visión, Valores, Objetivos, Metas, y Políticas de la entidad (TSC-NOGECI IV-02 Planificación).
	1.2 Información insuficiente sobre oportunidades disponibles.	1.2.1 Asistir a seminarios y demás actividades de formación profesional. 1.2.2 En los casos que corresponda, hacerse miembro de asociaciones relacionadas con el sector en que la entidad desempeña sus funciones, a fin de conocer y compartir las mejores prácticas referidas al proceso de Planificación.

Objetivo de Control	Riesgos asociados	Actividades de Control
2. Desarrollar planes en un formato que permita a la Máxima Autoridad Ejecutiva y a la Alta Gerencia gestionar la entidad y medir y evaluar del Plan en forma oportuna.	2.1. Sistemas de Información inadecuados para la Máxima Autoridad y la Alta Gerencia.	2.1.1. Establecer sistemas de información uniformes que presenten los registros relativos al proceso de Planificación y Programación Operativa Anual en el mismo formato que se utiliza para el sistema contable.
	2.2. Ineficacia de los formatos del sistema de Planificación para proporcionar las referencias necesarias con las que se puedan medir los resultados.	2.2.1. Supervisar y evaluar la eficacia y eficiencia del Proceso de Planificación y Programación Operativa Anual. 2.2.2. Mejorar los formularios y documentación de soporte que utiliza el área de Planificación y Control. 2.2.3. Emitir reportes a la Máxima Autoridad Ejecutiva y la Alta Gerencia sólo en los casos previstos por la normativa y en situaciones de excepción. 2.2.4. Resaltar en los reportes la evolución de los Indicadores Mensurables de Desempeño.

Objetivo de Control	Riesgos asociados	Actividades de Control
3. Desarrollar Planes utilizando un enfoque adecuado.	3.1 Sistemas de Planificación y Programación Anual Operativa inadecuados y obsoletos.	3.1.1 Establecer los objetivos de la entidad en forma previa al desarrollo de los planes concretos. 3.1.2 Al asignar los recursos establecer un orden de prioridades acordes con los objetivos de la entidad y la valorización de los riesgos. 3.1.3. Desarrollar y mantener actualizados los sistemas de Planificación y Programación Operativa Anual. 3.1.4. Comunicar y socializar a todas las áreas pertinentes dichos sistemas y sus facilidades de utilización 3.1.5 Llevar a cabo cursos de formación cuando se produzcan modificaciones o mejoras al sistema o se incorpore nuevo personal al diseño, desarrollo y mantenimiento del proceso de Planificación y Programación Operativa Anual. 3.1.6. Recopilar información para los planes de acuerdo con el enfoque utilizado para gestionar la entidad (TSC-PRECI-01 Planeación). 3.1.7 Desarrollar y controlar el cumplimiento del calendario fijado por la entidad para reunir, analizar y consolidar la información obtenida del proceso de Planificación y Programación Operativa Anual.

Objetivo de Control	Riesgos asociados	Actividades de Control
4. Desarrollar Planes que sean realistas.	4.1. Información e hipótesis incorrectas.	4.1.1. Revisar y probar los fundamentos y la validez de las hipótesis. 4.1.2. Considerar todas las actividades de apoyo operativo cuando se desarrollen los planes. 4.1.3. Hacer que el personal adecuado participe en el desarrollo de los planes. 4.1.4. Elaborar los Planes tomando en consideración el tamaño de la entidad, la naturaleza y complejidad de sus servicios, productos y procesos, la magnitud de sus operaciones, su estructura organizacional y las atribuciones y responsabilidades establecidas en las leyes y reglamentos que en cada caso sean aplicables. 4.1.5. Identificar y evaluar las capacidades, requerimientos y recursos necesarios para el diseño, desarrollo y cumplimiento del Plan, considerando el nivel de priorización de las operaciones en función de los objetivos fijados y los riesgos mitigados. 4.1.6. Revisar periódicamente los objetivos de los planes e introducirles las modificaciones requeridas para que continúen siendo guías claras para la conducción de la institución hacia su misión principal y proporcionen un sustento oportuno al control interno institucional (TSC-NOGECI IV-05 Revisión de los objetivos). 4.1.7. Desarrollar y gestionar Procedimientos y Sistemas de Información y Gestión capaces de captar, procesar y reportar oportunamente información sobre los cambios registrados o inminentes en el ambiente interno y externo, y los hechos, eventos, actividades y condiciones que generan cambios y que pueden afectar la posibilidad de alcanzar los objetivos de la entidad en las condiciones deseadas. 4.1.8. Capacitar al personal en la utilización eficiente de los Sistemas de Información y Gestión.

ANEXO 2. CONTROLES SOBRE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS

1. CONTROL INTEGRADO y AUTOMATIZACIÓN DE CONTROLES

Esta integración se debe realizar considerando que las actividades de control forman parte indisoluble de una transacción, a fin de que la misma sea realizada en la forma correcta y con la calidad que se requiere. De esta forma, al diseñar un proceso, un procedimiento o una actividad, esta debe incluir las actividades de control tanto previas como concurrentes y/o posteriores.

Todos los controles deben ser integrados a los diferentes procesos o transacciones, pudiendo, por lo tanto, incluirse las diferentes clases de actividades de control: preventivas (por ej. la autorización previa), concurrente (por ej. la utilización de un dispositivo de control y/o seguridad), o posterior (por ej. la conciliación periódica de los registros).

Como ejemplo, el Art. 4 de la Ley Orgánica del Presupuesto (Decreto No. 83-2004), hace claras referencias a la integración de mecanismos y elementos de control interno en los subsistemas de Administración Financiera del Sector Público tales como presupuesto, crédito público, tesorería y contabilidad gubernamental.

En cuanto a la automatización de los controles, a través de su inclusión en los sistemas aplicativos de tecnología informática, es altamente recomendado que los responsables de las diferentes áreas y unidades de la entidad impulsen esta práctica, para (i) reducir la posibilidad de ocurrencia de errores humanos debidos a la fatiga de la realización de tareas y controles manuales, y (ii) mejorar los tiempos de los procedimientos y las transacciones.

El Art. 118, 2) del Decreto No. 83-2004 mencionado anteriormente, indica que "además de las normas generales que al respecto emita el TSC, el Órgano Rector seguirá los principios básicos siguientes:…Las verificaciones y controles de naturaleza numérica y de carácter repetitivo se incorporarán a los sistemas automatizados de gestión financiera…".

2. ANÁLISIS DE COSTO/BENEFICIO

La relación entre el costo o inversión que existe por el diseño, implantación, aplicación y mantenimiento en el tiempo de una actividad de control (procesos y recursos – personal, tecnología e infraestructura-), debe compararse con las contribuciones o ahorros a obtener en función de su aplicación (conveniencia, eficacia, eficiencia y economía). Dentro de este análisis, deben tomarse en cuenta, además, los riesgos adicionales evidentes o no que pueden derivarse de la aplicación de cada actividad de control.

La evaluación de los costos incluye la inversión inicial en el diseño e implantación de una actividad de control, y el costo de aplicar y mantener una medida de control en forma continua y con el mismo nivel de calidad a lo largo del tiempo, así como la viabilidad de su implantación y aplicación en función de la disponibilidad de los recursos y de personal capacitado y del grado de automatización de los procesos y supervisión.

Estos costos y beneficios pueden medirse en forma cualitativa o cuantitativa, empleando normalmente una unidad de medida coherente con la utilizada para establecer los riesgos a controlar y las tolerancias al riesgo definidas.

Entre los ítems a evaluar, deben considerarse si se poseen los recursos suficientes para llevar a cabo en forma satisfactoria las medidas de control propuestas.

3. RESPONSABILIDAD DELIMITADA

Las misiones, funciones, roles, responsabilidades, facultades (administrativas y/u operativas) y niveles de autorización correspondientes deben estar claramente definidas por escrito, a efecto de acotar claramente las mismas y así evitar posible duplicidad, omisión o dilución.

La asignación de la responsabilidad y de la autoridad necesaria para decidir y accionar debe estar definida en forma clara en la descripción de puestos en manuales o compendios, o por medio de instrucciones impartidas por escrito y en términos claros y específicos. Esos manuales de puestos, funciones, competencias u otros deben estar a disposición de todo el personal para que puedan utilizarlos como referencia y capacitación.

4. INSTRUCCIONES POR ESCRITO

Las instrucciones por escrito deben emitirse de forma clara, fácilmente comprensible y concisa, indicando, como mínimo, la orden explicita que se da, las tareas involucradas, las responsabilidades asignadas y la periodicidad de su realización.

Dichas instrucciones deben mantenerse en un manual o compendio de operaciones ordenado, actualizado periódicamente y de fácil acceso para su consulta, que sea divulgado a toda la entidad y de conocimiento general (impreso o disponible en medios electrónicos).

Las órdenes e instrucciones más específicas y relacionadas con asuntos particulares deben emitirse mediante nota o memorando a los funcionarios responsables de su cumplimiento y exigirse su acuse de recibo y compromiso de cumplimiento.

5. SEPARACIÓN DE FUNCIONES INCOMPATIBLES

Las diversas fases que integran un proceso, transacción u operación, como ser: autorización, generación, ejecución o recaudación, aprobación, administración, registro (contable u operativo), pago y revisión de las transacciones y hechos, así como las de custodia de recursos, deben distribuirse adecuadamente, en base a su grado de incompatibilidad, entre los diversos funcionarios y unidades de la entidad, procurando un control cruzado entre tales áreas y/o los servidores públicos que las desempeñan, reduciendo de esta forma la posibilidad de un conflicto de intereses.

Ante las limitaciones de recursos que tengan las entidades, "…deberán efectuarse las separaciones referidas hasta donde sea posible sin elevar el costo del control más allá de límites razonables, y suplir las eventuales deficiencias mediante la aplicación de medidas alternas, como puede ser una supervisión más estrecha, el requerimiento de informes más frecuentes, la ejecución de arqueos en lapsos menores, etcétera." (TSC-NOGECI V-06).

6. AUTORIZACIÓN PREVIA Y/O APROBACIÓN DE TRANSACCIONES Y OPERACIONES

La ejecución de los procesos, operaciones y transacciones organizacionales debe contar con la autorización previa o aprobación concurrente o posterior de parte de los funcionarios con potestad y competencia para concederla. Estas deben estar debidamente documentadas y comunicadas a los responsables de su ejecución.

Los resultados de la gestión deben someterse al conocimiento de niveles jerárquicos superiores, que, por su capacidad técnica y designación formal, cuenten con autoridad para otorgar la aprobación correspondiente, así como evaluar los resultados del desempeño para proceder conceder o no la aprobación o validación posterior o emprender medidas destinadas a corregir cualquier producto insatisfactorio.

Se promueve y alienta a que las aprobaciones puedan ser concurrentes e integradas al proceso de ejecución de la gestión, a fin de validar las transacciones antes de concluir el proceso.

"…las autorizaciones previas solo deben establecerse en puntos estrictamente claves de los procesos, por aspectos en que la responsabilidad efectiva de su ejecución recae en quien se le otorga la atribución de autorizarlos, a efecto que, en ningún caso, la aplicación de estos controles signifique una evasión del ejercicio o aplicación de los auto controles o, lo que es más grave, en una dilución de la responsabilidad del funcionario ejecutor de las operaciones." (TSC-NOGECI V-07)

Entre las transacciones y documentaciones que deben ser autorizadas y/o aprobadas, pueden enunciarse las siguientes: a) Emisión de Órdenes de Pago, b) Emisión de cheques o realización de pagos en efectivo; c) Emisión de Órdenes de Compra; d) Registraciones; e) Movimientos de Bienes, etc.

7. DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS Y TRANSACCIONES

La estructura del sistema de control interno de la entidad, las actividades de control vigentes para los diferentes procesos y actividades de la institución, así como todas las transacciones y hechos significativos que se produzcan como resultado de la gestión, deben tener la documentación de soporte adecuada, como mínimo en cuanto a los objetivos, estructura y procedimientos de control, la descripción de los hechos sucedidos, el efecto o impacto sobre el control interno y los objetivos institucionales, las medidas tomadas para su corrección y los responsables en cada caso.

La documentación debe tener un propósito claro y ser apropiada para alcanzar los objetivos de la organización, y ser la necesaria y suficiente para respaldar la operación realizada o la decisión tomada, de forma tal que un tercero independiente que no participó en el proceso pueda llegar a las mismas conclusiones y decisiones a las que arribó quien participó en la gestión, sin aclaraciones adicionales de éste último.

La documentación debe tener un adecuado archivo, mantenimiento, conservación y custodia, a fin de estar disponible y accesible para posibilitar su seguimiento a través del análisis y control de las operaciones y la verificación por parte del personal apropiado, los directivos, los auditores y/o los fiscalizadores.

Los objetivos de la entidad deben quedar documentados en sus planes estratégicos y operativos.

Las actividades de control deben figurar en la normativa interna vigente (manuales de puestos, manuales de funciones o manuales de procedimientos; circulares; disposiciones; acuerdos que consten en actas y se comuniquen a quien corresponda, etc.).

Las transacciones y hechos significativos deben figurar en la documentación fuente y en los comprobantes de tales transacciones y operaciones.

El Artículo 125 de la Ley Orgánica del Presupuesto, indica que "Las operaciones que se registren en el Sistema de Administración Financiera del Sector Público deberán tener su soporte en los documentos que le dieron origen, los cuales serán custodiados adecuadamente…".

8. SUPERVISIÓN CONSTANTE

La máxima autoridad ejecutiva y los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad, así como los funcionarios que ocupan puestos de jefatura y realizan funciones de administración a diversos niveles, deben ejercer una supervisión posterior y constante sobre el desarrollo de los procesos, transacciones y operaciones de la entidad, así como del personal que las realiza, sin obstruir el proceso operativo, y para asegurar que las labores se propongan y realicen según lo planeado y de conformidad con la normativa y las disposiciones internas y externas vigentes, teniendo el cuidado de no diluir la responsabilidad.

La supervisión incluye comunicar a los subalternos las observaciones y recomendaciones pertinentes para mejorar la gestión, aplicar la autoridad precisa para que las propuestas de mejora se implanten con eficiencia y puntualidad, y generar en el personal la motivación requerida para que colabore en la ejecución eficaz de los planes.

9. CLASIFICACIÓN Y REGISTRO OPORTUNO

Los datos sobre transacciones y hechos importantes que afectan la toma de decisiones y acciones sobre cualquier etapa de los procesos, operaciones y transacciones deben clasificarse y registrarse en forma inmediata, adecuada y debida, para garantizar que oportuna y continuamente se produzca y transmita a la máxima autoridad ejecutiva, a los responsables jerárquicos de las áreas y unidades de la entidad y a las gerencias informes y estados financieros confiables, inteligibles, útiles y relevantes para el control de operaciones y para la adecuada toma de decisiones.

Con ese fin, debe establecerse la organización y efectuarse el procesamiento necesario para registrar oportunamente la información generada durante la gestión organizacional y para elaborar los reportes operativos, presupuestarios y administrativo-contables que se requieran. A tal efecto deber tenerse en cuenta que el registro de los hechos y transacciones realizados por la entidad pueden ser afectados, entre otros, por los siguientes riesgos:

- Falta de control sobre la existencia de los hechos o bienes registrados (identificación), o de la propiedad de los bienes registrados por la entidad.
- Falta de integridad de los registros (incompletos).
- Hechos o transacciones no valuadas según las normas y principios contables.
- Incumplimiento de leyes y regulaciones sobre hechos y bienes registrados.
- Clasificación inadecuada de los hechos o transacciones.
- Registros inexactos, incorrectos o inadecuados.
- Falta de registración, aplicación o proceso oportuno de los hechos y transacciones.
- Falta de autorización y/o aprobación de las transacciones realizadas y registradas.
- Falta de documentación de soporte suficiente y necesaria.

10. SISTEMA CONTABLE Y PRESUPUESTARIO

El sistema de presupuesto regula la elaboración, formulación, presentación, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación, liquidación y rendición de cuentas del mismo y está sustentado en planes de desarrollo, programas financieros, programas operativos anuales y demás instrumentos interrelacionados de administración financiera que prevean las disposiciones legales.

El sistema de contabilidad gubernamental debe estar basado en los principios de contabilidad generalmente aceptados y las normas internacionales de contabilidad adoptadas y adaptadas o aplicables al sector público hondureño, que integre las operaciones financieras, presupuestarias y patrimoniales, y que registre sistemáticamente todas las transacciones que produzcan y afecten la situación económica, financiera y patrimonial de las entidades públicas, a efectos de producir los informes contables y financieros de la gestión pública

Adicionalmente, ambos sistemas de forma integral resultan herramientas útiles como fuente de información para la toma de decisiones, la transparencia y como componentes de la rendición de cuentas.

11. ACCESO A LOS ACTIVOS Y REGISTROS

El acceso a los recursos, activos, registros de información y comprobantes de la entidad debe estar claramente definido, delimitado, restringido y protegido por mecanismos de seguridad, de modo que sólo lo obtengan los funcionarios autorizados en razón de su cargo y de las responsabilidades y funciones correspondientes, quienes estarán obligados a rendir cuentas por su custodia y utilización. Por ejemplo, dentro de este punto se incluye la determinación clara de las facultades para la corrección y aplicación de ajustes contables.

Este tema es particularmente importante en relación con archivos muy sensibles en virtud de su facilidad de sustracción o eventual abuso o uso inadecuado; como en los casos del efectivo y de la información confidencial o sensible o bien que no pueda considerarse de carácter público según la legislación vigente.

Por otra parte, es preciso contemplar el efecto de los sistemas informáticos sobre el acceso a los recursos, particularmente en cuanto a las aplicaciones que se utilizan para conceder autorizaciones y aprobaciones, siendo necesario implantar herramientas de seguridad informática, tales como las claves y los niveles de accesos pertinentes, así como los controles de uso como bitácoras y pistas de auditoría, que permitan seguir el rastro en el uso de las facilidades de cómputo e informática para conocer lo actuado por los funcionarios con acceso a los sistemas y para determinar su procedencia y legitimidad.

Como riesgos a considerar en el acceso a archivos y registros, se enuncian los siguientes:

- Falta de restricciones de acceso a recursos, activos físicos, medios de pago y/o registros contables u operativos.
- Falta de control de los sistemas de información, comunicación y, en general de tecnología informática.
- Problemas de seguridad física.

12. REVISIONES DE CONTROL

Las transacciones, procesos y operaciones de la entidad deben ser sometidos a revisiones de control concurrentes en puntos específicos de su procesamiento, identificados por la administración, y que permitan asegurar el avance correcto y legítimo de las actividades organizacionales, así como detectar y corregir oportunamente cualquier desviación con respecto a lo planeado (conciliación de anotaciones, verificación de datos, revisión de resultados intermedios).

La intervención de funcionarios diferentes en etapas secuenciales de las operaciones y de los procesos, permite un control cruzado intermedio que procura un resultado de mayor calidad.

La aplicación de estos controles no elimina la necesidad de la autorización para el inicio de las transacciones, la aprobación final de los resultados, ni la eventual verificación posterior por la administración o la auditoría interna; pero debe tenerse cuidado en que dicha aplicación no derive en una dilución de la responsabilidad de los funcionarios ejecutores de las operaciones.

13. CONCILIACIÓN PERIÓDICA DE REGISTROS

Las conciliaciones, ejemplo las bancarias proceden así:

1) entre los registros y los documentos fuente de las anotaciones respectivas, y
2) entre los registros de un departamento contra los registros generales de la institución, para la información financiera, administrativa, operativa y estratégica propia de la gestión institucional.

Estos procesos pueden ser manuales o automatizados electrónicamente y relacionar de manera biunívoca, múltiple o interna los elementos a conciliar.

La falta de conciliaciones periódicas de los registros y de revisión, son los eventos de riesgo más importantes referidos en este punto.

Por último las conciliaciones deben ser realizadas por personal con funciones compatibles que no pertenezcan al mismo departamento (ejemplo; una conciliación de almacenes no debe ser realizada por quien custodia los bienes) y, además, deben ser aprobadas por personal jerárquico competente.

14. INVENTARIOS PERIÓDICOS

A fin de satisfacer la necesidad de la entidad de contar con adecuada información financiera, administrativa y/u operativa para la toma de decisiones, la exactitud, confiabilidad y actualización oportuna de los registros sobre activos y disponibilidades de la institución deberá ser comprobada periódicamente mediante la verificación y el recuento físico de las cantidades y características de esos activos u otros como la información institucional clave. La frecuencia de la comparación depende del nivel de vulnerabilidad o valor del activo.

Todo activo valioso y movible (efectivo, títulos valores, mobiliario y equipo, vehículos, suministros almacenados; así como la información y el conocimiento clave para la entidad) debe ser asignado a un responsable por su mantenimiento, conservación y custodia, contando con adecuada protección, a través de seguros, sistemas de alarma, accesos restringidos.

En la determinación del nivel de seguridad pretendido deberán ponderarse los riesgos emergentes (omisión de anotaciones, contabilización o custodia erróneas, robo, despilfarro, mal uso, destrucción, etc.) y los costos (en tiempo y dinero) a incurrir en los mecanismos de protección.

Efectuado el recuento o inventario, y en caso de detectarse eventuales discrepancias entre los registros y los activos o existencias físicas, los que pueden obedecer a causas diversas tales como la sustracción, la omisión de anotaciones o una contabilización o custodia errónea, es preciso analizar las desviaciones y su origen, a efectos de implantar las acciones procedentes para corregir o ajustar los registros y, si es el caso, mejorar el control.

Por su parte, la máxima autoridad ejecutiva deberá establecer y mantener actualizadas las políticas que deberán observarse en cada caso.

La falta de realización de inventarios periódicos por personal independiente, la conciliación de los mismos, así como el movimiento de bienes que no ha sido registrado y/o autorizado, son los riesgos más frecuentes en cuanto al control físico de los bienes de propiedad o bajo custodia de la entidad.

15. ARQUEOS INDEPENDIENTES

Los arqueos independientes y sorpresivos deben ser realizados por funcionarios diferentes de aquellos que los custodian, administran, recaudan, contabilizan y generan, en esta actividad se debe dejar constancia del arqueo con las firmas de los funcionarios participantes, incluido el custodio de los bienes, que debe estar presente durante todo el procedimiento, a fin de garantizar la eficacia y corrección de lo actuado y de las medidas que puedan llegar a adoptarse para corregir cualquier discrepancia, así como la posibilidad de analizar las causas de cualquier desviación, actualizar los registros, introducir las mejoras que procedan en los controles del caso u otros, todo de conformidad con los reglamentos y las políticas que haya definido la entidad.

La falta de realización de arqueos de fondos por personal independiente, la conciliación de los mismos, así como el movimiento de fondos propios o bajo custodia de la entidad que no ha sido registrado y/o autorizado, son los riesgos más frecuentes en cuanto a este ítem.

16. FORMULARIOS UNIFORMES

Deberá implantarse en las distintas áreas de la entidad el uso permanente de formularios uniformes para la documentación que se utiliza en el procesamiento, traslado y registro de todas las transacciones que se realicen en la institución, los que contarán con una numeración consecutiva pre impresa (ejemplo formularios pre numerados de imprenta) que los identifique individual y específicamente o asignada electrónicamente si el procesamiento esta automatizado (siempre y cuando el proceso evite la duplicidad de asignación), facilitando la verificación de que ningún formulario haya sido sustraído o duplicado para fines diferentes a los que persigue la entidad.

También, se establecerán los controles idóneos y pertinentes para la emisión, custodia y manejo de tales formularios o los controles informáticos, según corresponda, por ejemplo las órdenes de pago, la solicitud y emisión de cheques, las órdenes de compra, las requisiciones de materiales y suministros, los informes de recepción de materiales, las solicitudes de servicios internos, etc.

Los sistemas informáticos deberán considerar controles para asegurar la continuidad y secuencia a que se ha hecho referencia respecto de los formularios virtuales que se generen en la institución, independientemente de si éstos llegan a imprimirse o no. Con tal fin, es preciso establecer los controles de acceso a los sistemas (niveles, claves, etc.) que resulten más apropiados.

Los formularios diseñados deberán considerar toda la información relevante necesaria, a fin de documentar una transacción con toda la información de soporte en forma oportuna y que sirva para la toma de decisiones delimitando responsabilidades.

17. ROTACIÓN DE LABORES

Deberá contemplarse y establecerse, cuando las circunstancias lo permitan, la conveniencia de rotar periódica y sistemáticamente las tareas claves para la seguridad y el control entre quienes realizan funciones afines en distintas áreas de la entidad, siempre y cuando la naturaleza de tales labores permita efectuar tal medida.

Como ejemplo podemos mencionar la administración de caja chica para la cual se recomienda la rotación del funcionario responsable de su custodia, realización de pagos y reembolso, de tal modo que ninguno de ellos concilie una misma cuenta en períodos consecutivos. Es importante evaluar periódicamente los montos erogados por caja chica y si estos se realizan de conformidad a su reglamento.

De esta forma, la entidad logrará cumplir con cinco objetivos relevantes:

1) Suministrar parámetros de eficiencia mediante la comparación del desempeño de funcionarios distintos en la misma actividad, lo que permite descubrir más claramente las habilidades particulares de cada uno y asignarles las tareas para las que están mejor dotados, pudiendo obtenerse, además, propuestas de mejora en la eficiencia de los procesos, en función de la visión de un funcionario que no está afectado por la rutina y reiteración de la operatoria.
2) Mecanismo de capacitación, pues al desarrollar actividades diferentes (tanto a modo de procedimiento normal, como en el caso de suplencia de los compañeros que se encuentran en vacaciones o incapacitados), los funcionarios entran en contacto con las diversas etapas de los procesos organizacionales, y así llegan a comprender su integración en el logro de objetivos mayores y pueden ser asignados a tareas de mayor responsabilidad.
3) Evitar que un empleado tenga a su cargo, durante un tiempo prolongado, el control de partes específicas de una transacción y de los recursos empleados en ellas, los que presentan una mayor probabilidad de comisión de irregularidades, evitando la realización de hechos que puedan conducir a efectuar actos reñidos con el código de conducta de la entidad.
4) Detectar errores, omisiones o acciones contrarias a los intereses de la entidad voluntarios o accidentales debidos a la falta de capacitación o a la inhabilidad de la persona que lo realiza rutinariamente, y que de otra forma serían más difíciles de descubrir, en función de que las tareas son realizadas siempre por el mismo funcionario.
5) Evitar la creación de "funcionarios indispensables" sin cuya presencia no es posible continuar con procesos específicos, por lo que resultan virtualmente peligrosos para la salud de la entidad, ante una eventual renuncia, incapacidad u otra situación que los aleje de la institución o los convierta en elementos negativos para ella.

18. DISFRUTE OPORTUNO DE VACACIONES

Al asumir temporalmente otro funcionario esas funciones, esta práctica permite efectuar una rotación de labores de manera indirecta. Para lo cual aplica lo señalado en el numeral inmediato anterior.

19. CAUCIONES Y FIANZAS

Según la TSC-NOGECI V-20, las instituciones del Sector Público deberán velar porque las personas naturales y jurídicas encargadas de recaudar, custodiar o administrar fondos y valores propiedad de la institución, rindan caución o estén cubiertos con una fianza individual por un monto satisfactorio para cubrir el uso indebido o infidelidad en el manejo de los bienes y/o recursos públicos, la caución

debe estar emitida a favor del tesoro público o de la respectiva entidad, sin perjuicio de: (i) otras medidas de seguridad que pueda emitir la propia institución para proteger los bienes y fondos del Estado, y de (ii) la responsabilidad civil, administrativa o penal que corresponda conforme a la Ley a quien caiga en uso indebido o infidelidad en el manejo de los bienes y/o recursos públicos.

Ningún funcionario o empleado podrá tomar posesión de su cargo sin que haya rendido previamente la caución a que está obligado según el cargo.

Si la ley lo permite, se puede contratar, con cargo al presupuesto de la entidad, fianzas individuales de fidelidad por un monto satisfactorio a favor de cada una de las personas naturales y jurídicas que administren bienes y recursos públicos, a fin de proteger los fondos y bienes del Estado.

20. DISPOSITIVOS DE CONTROL Y SEGURIDAD

Según las TSC-NOGECI V-20 y su Declaración, los equipos y dispositivos mecánicos, automáticos y electrónicos utilizados "…deberán contar con dispositivos de control y seguridad apropiados para garantizar su óptimo uso en las labores que corresponde cumplir a la institución pública" y contribuir a su adecuada preservación.

Debe asegurarse que solo tengan acceso a ellos personal previamente autorizado y capacitado, que se instalen y almacenen en condiciones adecuadas para su seguridad y preservación, y que se utilicen de manera apropiada y exclusivamente en labores estrictamente atinentes a la gestión de la entidad.

ANEXO 3. EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE CONTROL VIGENTES

A fin de indicar la secuencia de los pasos a seguir en una adecuada evaluación de las actividades de control vigentes, se detallan las tareas a realizar con ese objetivo. La documentación de los pasos realizados se realizará a través del uso del formulario incluido en la Guía 2- Anexo VII a y b Esquema de Armado de una Matriz de Riesgos.

1) Identificar y describir las actividades de control existentes y vigentes, así como los factores que sin ser controles promueven la aplicación de éstas, determinando la suficiencia (documentada y efectiva), deficiencia (no documentada y/o ineficaz) o inexistencia de la actividad de control para gestionar y mitigar el riesgo.

2) Identificar las causas subyacentes que generan los riesgos inherentes a fin de que los efectos que generan sean mitigados, ya sea reduciendo su probabilidad de ocurrencia y/o su impacto.

3) Evaluar la calidad de la Actividad de Control vigente, en cuanto a mitigar los riesgos analizados, ya sea reduciendo la probabilidad de ocurrencia y/o su efecto o impacto en el proceso revisado. Esta tarea incluye evaluar cómo el ejercicio de este control afecta la calidad de servicio percibida por el usuario o el cliente interno o externo (demora en tiempo de respuesta, etc.), y cuantificar la adecuación (suficiencia, eficacia, eficiencia y economía) de las actividades de control existentes, a partir de la fijación y seguimiento del comportamiento de los indicadores de desempeño (gestión) y de resultado (impacto) de las mismas.

4) A partir de esta evaluación de la actividad de control vigente, debe considerarse su repercusión en cuanto a si su ejercicio modifica la valoración del riesgo inherente a la actividad o proceso. Dicho riesgo puede mantenerse en niveles no aceptables o mejorarse hasta niveles compatibles con el nivel de riesgo residual aceptado por la entidad, permitiendo cambiar el tipo de atención a dar a los eventos de riesgo en función de la valoración del riesgo residual considerando las actividades de control (inmediata, periódica o riesgo controlado).

5) Este ejercicio impacta en el armado y presentación de las matrices y el mapa de riesgos de la entidad, afectando la valoración final de los eventos de riesgo, hasta llegar a niveles aceptables de riesgo residual (ver Guía 2 - Anexo VII a y b Esquema de Armado de una Matriz de Riesgos).

6) En caso que el riesgo residual una vez consideradas las actividades de control vigentes se mantenga en niveles no aceptables, deberán describirse los efectos que pueden generarse de materializarse el riesgo, al no estar debidamente controlado.

7) De mantenerse el riesgo residual en niveles inaceptables en función que las actividades de control vigentes no mitigan los riesgos inherentes en debida forma, ya sea debido a su deficiencia o su inexistencia, será necesario que la entidad proponga mejoras a fin de perfeccionar las actividades de control vigentes, o el diseño e implantación de actividades de control adicionales, supletorias o en reemplazo de las existentes, las que deben ser descriptas en las respectivas matrices de riesgo, generando una nueva determinación del nivel de riesgo residual una vez implementadas las actividades de control propuestas, así como el tipo de atención a brindar a los eventos de riesgo en función de la valorización del riesgo residual considerando la implementación de las actividades de control propuestas.

8) Las propuestas de mejora a las actividades de control vigentes, así como las nuevas medidas de control definidas también deberán ser valoradas en cuanto a su calidad y adecuación, así como su relación costo/beneficio, en cuanto a su contribución a la reducción de la probabilidad de ocurrencia o del impacto esperado de los riesgos detectados para lograr un riesgo residual aceptable, y a la inversión en recursos necesaria para su diseño, implantación, cumplimiento efectivo y mantenimiento, comparándola con el ahorro que se producirá por su aplicación.

9) Dentro de este esquema, es necesario coordinar e interrelacionar los esfuerzos de las diferentes áreas de la entidad en la prosecución de los objetivos de la entidad y de cada área, asignando prioridades en materia de acciones y recursos a las diferentes áreas en función de los riesgos mitigados, evitando la proliferación de actividades de control que se superpongan o no agreguen suficiente valor para la mejora de los procesos.
   Esta coordinación mejora la integración, consistencia y responsabilidad de las áreas y funcionarios que las integran, y limita su autonomía, al considerar cada área las implicancias y repercusiones de sus acciones con relación a la entidad en su totalidad, evitando las sub optimizaciones sectoriales.

10) También es importante analizar la factibilidad de automatización de los procesos críticos de la entidad (aplicaciones), a fin de que el procesamiento, la supervisión y la evaluación de sus operaciones puedan realizarse a través de los sistemas informáticos.

11) Este proceso de evaluación deberá realizarse, como mínimo, una vez al año, en caso de actividades con riesgos residuales que se encuentren controlados, y semestralmente en el caso de riesgos residuales que requieran de un seguimiento periódico (zona amarilla de la matriz de riesgos).

Secretaria de Estado del
Despacho Presidencial

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO

GUÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL SINACORP

GUIA 4 “INFORMACION Y COMUNICACIÓN”

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO
(ONADICI)

1. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

El cuarto componente del control interno, establece los criterios principales a ser considerados en el diseño del control interno institucional en relación a la información y la comunicación necesaria para la correcta toma de decisiones y el adecuado funcionamiento del control interno. Incorpora la calidad y suficiencia de la información, los sistemas de información, los canales de comunicación abiertos para la información y la documentación en los archivos institucionales.

1.1 OBTENCIÓN Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN EFECTIVA

1.1.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Los entes públicos deben establecer y mantener un sistema de información y comunicación para obtener, procesar, generar y comunicar de manera eficaz, eficiente y económica, la información financiera, administrativa, de gestión y de cualquier otro tipo, requerida tanto en el desarrollo de sus procesos, transacciones y actividades, como en la operación del proceso de control interno con miras al logro de los objetivos institucionales."

Los sistemas de información y comunicación que se diseñen e implanten deberán concordar con los planes estratégicos y operativos, debiendo ajustarse a sus características y necesidades y al ordenamiento jurídico vigente.

1.1.2 PROPÓSITO

Disponer de datos y resultados oportunos, completos y veraces para la toma de decisiones y para rendir cuentas sobre el manejo de los recursos públicos de manera transparente.

1.1.3 CRITERIOS

Información oportuna, completa, desglosada, comparativa, accesible, comprensiva y actualizada, y comunicada efectivamente a los usuarios internos y externos.

1.1.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS (PO)

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe asegurar disponer de información por períodos mensuales y con datos acumulados sobre, como mínimo, los siguientes segmentos de las actividades institucionales:

a) Resultados de las actividades realizadas en las unidades de apoyo como recursos humanos, compras y contrataciones, asesoría jurídica y otras.

b) Información sobre la ejecución del Programa Operativo Anual (POA), la ejecución presupuestaría y los informes financieros de la institución y de las unidades operativas que generan reportes específicos, como Tesorería, Administración de Bienes, Deuda Pública, Contabilidad y otras.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe generar informes trimestrales acumulativos sobre los servicios prestados o bienes producidos, avance del POA, la ejecución presupuestaria, los estados financieros y otras relacionadas.

PO.3 La máxima autoridad debe requerir la elaboración de información sobre la gestión institucional del ejercicio terminado que incluya:

a) Resultados obtenidos y el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales.
b) Ejecución del POA incluyendo los avances físicos, así como el análisis detallado de los resultados alcanzados.
c) Informe sobre la ejecución presupuestaria, los estados financieros con notas aclaratorias y datos comparativos con el ejercicio anterior (si es aplicable).
d) Informe de autoevaluación del control interno emitido por la administración activa de la entidad.
e) Informe de evaluación del control interno institucional y de auditoría financiera emitidos por la UAI, disponible hasta el último día hábil de febrero del año siguiente.

PO.4 Los responsables de todas las áreas y/o unidades que generan información interna para la toma de decisiones deben aprobarla y difundirla a las unidades relacionadas, como la siguiente:

a) Avance en la ejecución del POA.
b) La ejecución presupuestaria por programas específicos.
c) Los reportes sobre los servicios prestados.
d) Informes periódicos de evaluación del control interno.
e) Reportes sobre la ejecución financiera específica.
f) Otros.

PO.5 Los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad deben considerar la inclusión en los manuales de procedimientos del diseño y contenido de los informes relevantes sobre las operaciones ejecutadas y comunicadas a los usuarios internos y externos, necesarios para tomar decisiones y comunicarlas.

1.1.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VI-01, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.2 CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN

1.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El control interno debe contemplar los mecanismos necesarios que permitan asegurar la confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y oportunidad de la información que se genere y comunique."

La calidad de la información que brinda el sistema facilita a la máxima autoridad adoptar decisiones adecuadas que permitan controlar las actividades de la entidad, preparar información confiable y conducir la misma hacia el logro de los objetivos institucionales.

1.2.2 PROPÓSITO

Disponer de información oportuna, suficiente y relacionada con las principales operaciones de la entidad, sobre los servicios prestados, la ejecución del programa operativo anual y los resultados financieros.

1.2.3 CRITERIOS

Periódica, oportuna, resumida, completa y disponible para en caso de requerimientos imprevistos o emergentes.

1.2.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe completar y cumplir los requerimientos de información técnica, como formatos, contenidos, fechas de entrega, comparación, detalle de datos y otros, establecidas por los organismos rectores de los sistemas de planificación, administración, financiero y otros especializados. Ejemplo: Informe de la ejecución presupuestaria para uso interno en los diez días siguientes a la fecha de corte del reporte.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe contar con los informes y reportes requeridos por períodos establecidos (mensual, trimestral, anual y otros) y en los plazos definidos en las disposiciones legales y normativas de conocimiento público, además según lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública - LTAIP - (Ver ANEXO 1) como ser:

a) Información presupuestaria.
b) Información financiera.
c) Información sobre la ejecución del POA.
d) Información sobre producción de bienes y/o servicios.
e) Informes de la gestión gerencial y el manejo de recursos públicos.

PO.3 La máxima autoridad debe disponer que la información contenida en la página Web de la Institución cumpla los requerimientos establecidos en la LTAIP, establecer los plazos de actualización, así como definir una estructura de contenidos que priorice la información sobre la prestación de los servicios a los usuarios, y finalmente un responsable operativo por todo ello.

PO.4 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe incorporar controles clave para la mantener los contenidos, la calidad del registro, control e información procesada, como los siguientes:

a) Oportunidad de registro de las operaciones.
b) Preparación oportuna de los informes formales requeridos para uso interno y externo.
c) La producción de informes diarios, mensuales, trimestrales, anuales.
d) Analizar y validar los contenidos de informes por unidades operativas para ser formalizados.

PO.5 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades administrativas y operativas de la entidad, deben determinar las necesidades de información que debe considerar el sistema de información para la generación de reportes de operaciones, reportes de gestión y reportes financieros.

1.2.5 REFERENCIA LEGAL

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
TSC-NOGECI VI-02, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1.3.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El sistema de información que diseñe e implante la entidad pública deberá ajustarse a las características y ser apropiado para satisfacer las necesidades de ésta."

El sistema de información y comunicación, está constituido por los métodos establecidos para registrar, procesar, resumir e informar sobre las operaciones técnicas, administrativas y financieras de una entidad.

1.3.2 PROPÓSITO

Disponer de una herramienta ágil y segura para el registro de las operaciones y de manera especial para la generación de información relevante para la gestión eficiente y efectiva, la transparencia, así como la rendición oportuna de cuentas a la sociedad.

1.3.3 CRITERIOS

Un sistema sólido, a la medida de las necesidades institucionales y que produzca información relevante para la administración eficiente y efectiva, y que sea de interés para los usuarios de los servicios.

1.3.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La máxima autoridad debe considerar que los sistemas de registro e información sean computarizados, manuales o una mezcla, siempre que cumplan con las siguientes características:

a) Los programas informáticos, de preferencia, deben ser integrados evitando la duplicidad de registros. Asimismo, deben ser desarrollados de manera específica para las operaciones de la institución, considerando que existen otros programas generales a ser utilizados para el manejo financiero como el Sistema de Administración Financiera Integrada (SIAFI) y otros.
b) El diseño del sistema de registro debe ser validado y administrado internamente por una unidad especializada de la entidad.
c) Conocimiento, operación y práctica en el uso del sistema por los servidores públicos encargados de su manejo.
d) Debe quedar claro el beneficio para los usuarios por el eficiente servicio y para las unidades operativas, derivado de disponer de la información en forma íntegra y oportuna.

PO.2 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, deben colaborar en el diseño del sistema procurando que la información permita, entre otros beneficios, tomar de decisiones, medir los resultados alcanzados y controlar el avance en la consecución de los objetivos, incluyendo:

a) El registro oportuno de la prestación de los servicios.
b) La entrega en tiempo y forma de informes resumidos de las operaciones a un momento de corte determinado.
c) Informes de avance para evaluar y tomar acciones de mejora sobre los servicios.
d) Informes que incorporen la ejecución física y financiera de las operaciones.

1.3.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VI-03, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.4 CONTROLES SOBRE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1.4.1 RESUMEN DE LA NOGECI

“Los sistemas de información deberán contar con controles adecuados para garantizar la confiabilidad, la seguridad y una clara administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles.”

La utilización de sistemas automatizados para procesar la información implica varios riesgos que necesitan ser considerados por la administración de la entidad. Estos riesgos están asociados especialmente con los cambios tecnológicos por lo que se deben establecer controles generales, de aplicación y de operación que garanticen la protección de la información según su grado de sensibilidad y confidencialidad, así como su disponibilidad, accesibilidad y oportunidad.

1.4.2 PROPÓSITO

Asegurar el ingreso y proceso correcto de las operaciones, la validación de los registros y la generación de informes de resultados oportunos y completos.

1.4.3 CRITERIOS

Acceso limitado, claves de ingreso, registro interno completo para efectos de auditoría, respaldo continuo, mantenimiento preventivo y medidas contra contingencias.

1.4.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 El superior jerárquico de la Unidad de Tecnología de la Información o similar, debe incluir controles de validación sobre:

a) El ingreso de la información al sistema.
b) El proceso de la información en el sistema.
c) Los resultados generados por el sistema.
d) La consolidación de la información a nivel institucional.
e) El resultado de la conciliación de datos con otras fuentes internas o externas independientes.
f) Los reportes que serán aprobados por la MAE.
g) La información pública para conocimiento amplio de usuarios y la ciudadanía.

PO.2 Los superiores jerárquicos de las Unidades de Tecnología de la Información o similar y de la Unidad de Auditoría Interna, deben contribuir a asegurar el funcionamiento correcto y continuo del sistema de información cumpliendo, por ejemplo, con lo siguiente:

a) Establecer niveles de control de las operaciones.
b) Aprobación previa del proceso para las operaciones objeto del registro.
c) El acceso al sistema con clave individual y el registro de datos en el acceso.
d) Verificar o validar los informes generados en forma automática.
e) La conciliación y la consolidación de reportes, en los casos necesarios.
f) Las revisiones formales para aprobación y publicación.

1.4.5 PRÁCTICAS SUGERIDAS

PS.1 El sistema de registro e información de las operaciones debería evaluarse al menos cada año, cuando el flujo de registro e información permita introducir mejoras en la generación y producción de información útil y detallada.

1.4.6 REFERENCIA LEGAL

TS-NOGECI VI-04, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.5 CANALES DE COMUNICACIÓN ABIERTOS

1.5.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Deberán establecerse canales de comunicación abiertos, que permitan trasladar la información de manera segura, correcta y oportunamente a los destinatarios idóneos dentro y fuera de la institución."

La entidad dispondrá de canales abiertos de comunicación que permita a los usuarios aportar información de gran valor sobre el diseño y la calidad de los productos y servicios brindados, para que responda a los cambios en las exigencias y preferencias de los usuarios, proyectando una imagen positiva.

Es responsabilidad de la Unidad de Tecnología de la Información o similar, elaborar las normas, procedimientos e instructivos de instalación, configuración, utilización y mantenimiento de los servicios de internet, intranet, correo electrónico y sitio WEB de la entidad, a base de las disposiciones legales y normativas y los requerimientos de los usuarios externos e internos.

1.5.2 PROPÓSITO

La disponibilidad y oportunidad en la comunicación de la información generada por las operaciones ejecutadas para conocimiento de la dirección superior, los usuarios de los servicios, de los servidores públicos de la propia entidad y otros interesados.

1.5.3 CRITERIOS

Disponibilidad oportuna, comunicación ágil, acceso directo, uso de la intranet e internet, diseño de la página Web institucional, entre otros procedimientos para abrir los canales de comunicación.

1.5.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La MAE y los superiores jerárquicos de las unidades deben utilizar los siguientes canales de información y comunicación promoviendo su transparencia:

a) Datos de uso interno disponible para todos los servidores de la entidad, sin límites.
b) Reportes para los niveles de dirección con acceso selectivo.
c) Información para la MAE, considerando el ingreso directo al sistema.
d) La información pública oportuna a través de impresos, la Web y el Internet.

PO.2 La MAE y los superiores jerárquicos de las unidades deben aplicar controles clave para fomentar la comunicación ágil y oportuna hacia el exterior, como los siguientes:

a) Todo informe hacia usuarios externos debe ser aprobado por la MAE y el responsable jerárquico de su emisión.
b) La información emitida para uso interno debe incluir la fecha de emisión y debe ser aprobada por la unidad generadora de los datos incluidos en la misma.
c) Es recomendable incorporar datos comparativos con el período anterior para mejor comunicación, en lo operativo, administrativo y financiero.

1.5.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VI-05, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.6 ARCHIVO INSTITUCIONAL

1.6.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Los entes públicos, sujetos pasivos de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas (TSC), deberán implantar y aplicar políticas y procedimientos de archivo apropiados para la preservación de los documentos e información que deban conservar en virtud de su utilidad o por requerimiento técnico o jurídico, incluyendo los informes y registros contables, administrativos y de gestión con sus fuentes de sustento o soporte; y, permitir el acceso sin restricciones a los archivos al personal del TSC y de la Unidad de Auditoría Interna, en cualquier tiempo y lugar".

1.6.2 PROPÓSITO

Disponer de documentación organizada, segura y actualizada para verificar las operaciones, el acceso a los auditores internos y externos, facilitar la entrega de datos por el acceso a la información pública de los ciudadanos, disponer de la base documental para uso de los servidores públicos de cada institución y facilitar la rendición de cuentas.

1.6.3 CRITERIOS

Documentación estructurada, ordenada, codificada, bajo la responsabilidad de un grupo de servidores.

1.6.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La MAE y los superiores jerárquicos de las unidades deben reglamentar la organización, como también, la utilización y conservación de la información contenida en los archivos de la institución, considerando los siguientes componentes:

a) **Archivo General** de cada entidad bajo la responsabilidad de un servidor público o un grupo de **servidores**, dependiendo del tamaño de la institución.
b) **Archivo de soporte** de la información financiera, incluye la documentación original de respaldo, bajo la responsabilidad del titular de la Unidad.
c) **Archivo por cada Unidad** administrativa en los diferentes niveles de la organización.

PO.2 La MAE debe formalizar la responsabilidad directa por el manejo de los diferentes tipos de archivos institucionales, individualizando los servidores públicos a los cuales se les han asignado dichas tareas y a los titulares de las unidades administrativas que generan y gestionan la información que debe ser custodiada en los archivos correspondientes.

PO.3 La MAE y los superiores jerárquicos de las unidades deben organizar los archivos considerando los siguientes períodos:

a) **El archivo activo** corresponde a los cinco últimos años de operación.
b) **El archivo pasivo** de cinco hasta diez años.
c) **El archivo histórico institucional** más de diez años.

PO.4 La máxima autoridad de la entidad y los superiores jerárquicos de las unidades deben facilitar el acceso amplio y abierto a todos los archivos institucionales a los auditores internos y a los auditores externos del TSC y al personal de la ONADICI. Los auditores externos de firmas privadas contratadas tendrán acceso a la información, conforme el enfoque del trabajo establecido en los términos de referencia o el contrato formalizado.

PO.5 La máxima autoridad debe facilitar el acceso a los archivos de la institución a los representantes de los organismos rectores y evaluadores de actividades específicas en las áreas de operación relacionadas.

1.6.5 PRÁCTICAS SUGERIDAS

PO.6 Se deberían digitalizar los documentos importantes incluidos en los archivos organizados por áreas de operación para facilitar el acceso a los datos por pantalla y el uso eficiente de los espacios físicos.

1.6.6 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VI-06, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.
Decreto Ejecutivo Número PCM-26-2007 (Creación ONADICI), Artículo 1

ANEXOS GUIA 4 “INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN”

ANEXO 1. INFORMACIÓN PÚBLICA – LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

"ARTÍCULO 13. **INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIFUNDIDA DE OFICIO.** Toda Institución Obligada está en el deber de difundir de oficio y actualizar periódicamente a través de medios electrónicos o instrumentos computarizados; a falta de éstos, por los medios escritos disponibles, la información siguiente:

1) Su estructura orgánica, sus funciones, las atribuciones por unidad administrativa, los servicios que presta, las tasas y derechos y los procedimientos, requisitos y formatos para acceder a los mismos;

2) Las leyes, reglamentos, circulares y demás disposiciones de observancia general que rigen su funcionamiento;

3) Las políticas generales, los planes, programas y proyectos, informes, actividades, los estados financieros y las liquidaciones presupuestarias trimestrales por programas;

4) Toda la información catastral que posean y su vinculación con el Registro de la Propiedad Inmueble;

5) Los registros públicos de cualquier naturaleza;

6) El Diario Oficial La Gaceta actualizado;

7) La remuneración mensual de los servidores públicos por puesto, incluyendo otros pagos asociados al desempeño del puesto;

8) Los presupuestos, un informe trimestral y otro anual de la ejecución presupuestaria, que incluya el detalle de las transferencias, los gastos, la inversión física y financiera, la deuda y la morosidad;

9) Las contrataciones, concesiones, ventas, subastas de obras, convocatorias a concurso, licitación de obras públicas y suministros, los contratos de consultoría, las actas de apertura de ofertas y adjudicación, ampliaciones, prórrogas y declaratorias de compras directas, así como sus resultados;

10) Los mecanismos que permitan la participación ciudadana en la toma de decisiones;

11) El nombre de los servidores públicos encargados de gestionar y resolver las solicitudes de información pública, la dirección, teléfono y dirección electrónica de su centro de trabajo.

12) Los Decretos Ejecutivos, Acuerdos y Resoluciones firmes que emita el Poder Ejecutivo, incluyendo las instituciones descentralizadas;

13) El Congreso Nacional, publicará además, las resoluciones que resulten de las mociones y decretos que se aprueben; asimismo publicará las iniciativas de leyes y sus respectivos dictámenes, y opiniones, para lo cual, quienes las presenten deberán entregarlas a la Secretaría por escrito y en formato electrónico para que proceda a publicarlas en el plazo máximo de diez (10) días, y difundir por Internet las sesiones del Pleno del Congreso Nacional y de las Comisiones;

14) El Poder Judicial, publicará además, las sentencias judiciales firmes que hayan causado estado o ejecutoria, sin perjuicio del derecho que tienen las partes para oponerse a la publicación de sus datos personales;

15) El Tribunal Superior de Cuentas, publicará además, los informes definitivos de las intervenciones fiscalizadoras practicadas, así como la publicación de las resoluciones una vez que hayan quedado firmes;

16) La Procuraduría General de la República, publicará además, la relación de los juicios en que sean parte las instituciones públicas y las sentencias definitivas recaídas en ellos;

17) Las Municipalidades publicará además una relación de los juicios en que sean parte y las sentencias definitivas recaídas en ellas, las resoluciones y actas de las sesiones de la Corporación Municipal;

18) Las instituciones respectivas publicarán además las estadísticas y la información relativa al comportamiento macroeconómico y financiero del Estado que generen o manejen; y,

19) La información sobre actividades de empresas privadas que suministren bienes y servicios públicos con carácter de exclusividad o que celebren contratos financiados con recursos o fondos del Estado, será divulgada por medio de la entidad pública con la cual se hayan celebrado los contratos respectivos.”

Secretaria de Estado del Despacho Presidencial

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO

GUÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL SINACORP

GUIA 5 "MONITOREO DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL"

OFICINA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DEL CONTROL INTERNO
(ONADICI)

1. MONITOREO DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Este componente del control interno incorporado como "Normas Generales de Control Interno" (NOGECI) en el "Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos" emitido por el Tribunal Superior de Cuentas (TSC) está enfocado de manera especial a las actividades de evaluación por parte de la administración activa de las instituciones públicas. Cinco de los seis elementos de este componente poseen esta característica. El sexto elemento está dirigido a identificar los estándares que debe cumplir la evaluación separada aplicada por la Unidad de Auditoría Interna (UAI), cuyo principal enfoque es evaluar el funcionamiento del control interno institucional y realizar auditorías especiales con enfoque de gestión. Cabe concluir esta introducción señalando que el Monitoreo se aplica a los cuatro componentes del control interno institucional.

1.1 MONITOREO DEL CONTROL INTERNO

1.1.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Deberá observarse y evaluarse el funcionamiento de los diversos controles, con el fin de determinar la vigencia y la calidad del control interno y emprender las modificaciones que sean pertinentes para mantener su efectividad".

"El control interno de los recursos públicos es esencialmente un proceso de auto control aplicado por los servidores públicos, bajo su propia responsabilidad, sobre las operaciones o actividades a su cargo"

"Puesto que el control, en su naturaleza previa y posterior, forma parte de todas las actividades organizacionales, es preciso analizar cuál es su efecto sobre las diversas fases de los procesos respectivos, tomando en consideración los criterios de viabilidad y conveniencia de tales controles, así como la posibilidad de mejorar y perfeccionar el sistema de control interno".

"Establecer controles claves para los principales procesos de operación definidos en la entidad".

"Los controles clave integrados en los procesos de ejecución de las operaciones."

1.1.2 PROPÓSITO

Identificar la capacidad del control interno institucional en la aplicación de criterios de auto regulación, auto control y auto evaluación de su desempeño, bajo la responsabilidad de la administración activa, respecto al diseño y funcionamiento apropiado de los componentes del control interno**.** Ejecutar las funciones individuales asignadas a la primera es la definición de calidad en el servicio.

1.1.3 CRITERIOS

Acciones aplicadas durante el proceso completo de las operaciones enfocadas al funcionamiento de los componentes del Control Interno: 1) Ambiente de Control, 2) Evaluación y Gestión de Riesgos, 3) Actividades de Control, 4) Información y Comunicación. El monitoreo puede ser aplicado en forma individual a cada componente.

1.1.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La máxima autoridad, en conjunto con los responsables de todas las áreas y/o unidades de la entidad, debe definir un marco normativo institucional (Reglamentos, Manuales de Organización y Funciones, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manual de Puestos, Manual de Políticas, instructivos, etc.) con base en el principio de auto regulación. Los manuales de procedimientos deben incluir las actividades de control necesarias para el desarrollo adecuado de las operaciones en procura del cumplimiento de los objetivos institucionales.

PO.2 La responsabilidad por el auto control corresponde a todos los funcionarios y servidores públicos de la institución, de manera especial a los niveles de jefatura y de dirección por las acciones de supervisión a que están obligados en el proceso de ejecución de las operaciones. El superior jerárquico de la Unidad de Planificación y Desarrollo Institucional y de las áreas relacionadas al preparar los manuales de procedimientos deben establecer e incorporar los criterios a ser aplicados en las acciones de auto control, difundirlos ampliamente y estar disponibles para el personal ejecutor de las operaciones.

PO.3 Los superiores jerárquicos de todas las unidades que realizan funciones de supervisión continua tienen la responsabilidad de documentar su participación en las operaciones y transacciones ejecutadas.

PO.4 Los superiores jerárquicos de todas las unidades deben auto evaluar el cumplimiento de los principales criterios de control diseñados y en operación, así como la preparación de un informe sobre las fortalezas y las deficiencias de Control Interno de su área de operación en la institución (Ver ANEXO 1 y ANEXO 2). El apoyo de la MAE es fundamental para la aplicación de este principio de control interno.

PO.5 La MAE tiene la responsabilidad de supervisar la eficacia del Control Interno considerando los informes de las autoevaluaciones realizadas (Ver ANEXO 1 y ANEXO 2) y los informes de la UAI, como también, tomando conocimiento y aprobando los informes periódicos de las unidades operativas y administrativas de la institución, considerando los criterios de oportunidad, confiabilidad, legalidad, comparación e integridad.

PO.6 El Jefe de la UAI debe colaborar mediante la evaluación continua y permanente del diseño y funcionamiento del Control Interno como una actividad objetiva, profesional e independiente.

1.1.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-PRICI-10 AUTO CONTROL y TSC-NOGECI VII-01 y su Declaración, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.2 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

1.2.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El titular principal o jerarca y todos los funcionarios que participan en la conducción de las labores de la institución, deben efectuar una evaluación permanente de la gestión, con base en los planes organizacionales y las disposiciones normativas vigentes, para prevenir y corregir cualquier

eventual desviación que pueda poner en entredicho el acatamiento del principio de legalidad y de los preceptos de eficiencia, eficacia y economía, aplicables."

1.2.2 PROPÓSITO

Apoyar en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución utilizando los indicadores del desempeño como punto de referencia para verificar que se cumpla lo planificado, se informe lo ejecutado y se comuniquen los resultados obtenidos. La rendición de cuentas sobre el logro de resultados al interior de la entidad y la opinión de los usuarios de los servicios promueve la retroalimentación para actualizar o mejorar los planes y programas de acción.

1.2.3 CRITERIOS

La evaluación del desempeño institucional es una actividad estratégica, periódica, oportuna, proactiva y participativa de todos los niveles de la organización.

1.2.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La MAE y los superiores jerárquicos de todas las unidades deben conocer los informes gerenciales sobre el avance en la ejecución de los planes, el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos y las decisiones tomadas por la MAE. El informe trimestral sobre la ejecución del POA institucional y por cada unidad debe incluir los resultados de la evaluación del desempeño institucional.

PO.2 Los superiores jerárquicos de todas las unidades deben producir información específica sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de la entidad para evaluar el desempeño institucional. El POA por unidad operativa es el producto principal. Ejemplo: Resultados disponibles de la ejecución del POA por principales unidades estratégicas.

PO.3 La MAE debe aprobar el método para evaluar el desempeño institucional y aplicarlo en forma consistente por cada unidad operativa y los resultados acumulados a nivel institucional cada trimestre, utilizando el registro de la información generada por el POA. Ejemplo: POA por unidades evaluadas, incluye el análisis respecto al cumplimiento de los indicadores del desempeño en dicho nivel.

PO.4 La MAE y los superiores jerárquicos de todas las unidades deben definir los indicadores del desempeño e integrados al POA. Ampliamente difundidos en todas las unidades constituyen los puntos clave de control para evaluar el desempeño y las propuestas de mejora.

PO.5 La MAE y los superiores jerárquicos de todas las unidades deben participar y conocer el informe de evaluación al desempeño preparado por la administración activa y ser difundido al interior, incluyendo el siguiente contenido básico:

a) Información general sobre la naturaleza, alcance y orientación de la evaluación, criterios técnicos empleados e indicadores del desempeño evaluados,

b) resultados de las áreas evaluadas que requieren mejoras importantes, y

c) sugerencias para las unidades operativas y administrativas para mejorar el desempeño.

PO.6 La MAE y los superiores jerárquicos de todas las unidades deben revisar periódicamente los indicadores con el fin de actualizados y aprobarlos, así como difundirlos por la Unidad de Planificación, clasificarlos por áreas estratégicas, administrativas y operativas para una mejor identificación, una comprensión clara y una aplicación expedita para procurar su cumplimiento.

PO.7 La MAE y los superiores jerárquicos de todas las unidades deben rendir cuentas de forma obligatoria sobre el nivel de logro de los objetivos estratégicos de la institución y utilizar como punto de referencia de la información el dato del año anterior para efecto de análisis, comparación y proyección.

PO.8 La MAE y los superiores jerárquicos de todas las unidades deben retroalimentar las operaciones sobre la base de los resultados de la evaluación del desempeño institucional y el cumplimiento del POA para orientar efectivamente las operaciones en caso de desviaciones importantes.

1.2.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VII-02, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.3 REPORTE DE DEFICIENCIAS

1.3.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Las deficiencias y desviaciones de la gestión de cualquier naturaleza y del control interno, deben ser identificadas oportunamente y comunicadas de igual modo al funcionario que posea la autoridad suficiente para emprender la acción preventiva o correctiva más acertada en el caso concreto".

"…que los controles hayan sido adecuadamente definidos a la luz de las características institucionales y los recursos disponibles."

1.3.2 PROPÓSITO

Implementar procedimientos eficaces para informar oportunamente a los funcionarios con autoridad suficiente para tomar acciones efectivas de mejora y ajustes en el proceso de ejecución de las operaciones.

1.3.3 CRITERIOS

Formalizar la emisión de informes periódicos y oportunos sobre las deficiencias identificadas en las acciones de monitoreo y en la evaluación del desempeño institucional por la administración activa para la toma de acciones correctivas y/o promover mejoras por los funcionarios con autoridad institucional, la MAE y los superiores jerárquicos de las unidades relacionadas.

1.3.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 El superior jerárquico de la Unidad de Planificación debe preparar informes formales, periódicos y oportunos producto de las acciones de monitoreo y de la evaluación del desempeño institucional que identifiquen las deficiencias relevantes y prioritarias para evitar resultados negativos en las operaciones y en el logro de los objetivos de la organización.

PO.2 La MAE debe comunicar en forma efectiva y oportuna a las unidades relacionadas en forma directa y a sus responsables jerárquicos, las deficiencias clasificadas por unidades para corregir los procedimientos y mejorarlos, señalando el trámite administrativo a seguir, cuando corresponda.

PO.3 Los responsables de las áreas o unidades a los cuales se les han comunicado las deficiencias correspondientes deben responder realizando las aclaraciones que consideren pertinentes y adjuntar planes de acción para corregir dichas deficiencias, procurando de esta forma la mejorar los procesos, procedimientos y tareas relacionadas.

PO.4 La MAE, los superiores jerárquicos de todas las unidades y todos los servidores de la entidad deben promover, apoyar y fortalecer el compromiso de rendir cuentas y el auto control de las operaciones, generando información válida, completa y oportuna sobre las tareas realizadas y los resultados obtenidos.

PO.5 La MAE debe establecer que el reporte de deficiencias debe incorporar los resultados de evaluación de todos los niveles de la organización en forma trimestral, no obstante, cuando se requiera información por períodos menores los reportes estarán disponibles por períodos mensuales.

1.3.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VII-03 y su Declaración, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.4 TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS

1.4.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Cuando el funcionario responsable con autoridad al efecto detecte alguna deficiencia o desviación en la gestión o en el control interno, o sea informado de ella, deberá determinar cuáles son sus causas y las opciones disponibles para solventarla y adoptar oportunamente la que resulte más adecuada a la luz de los objetivos y recursos institucionales."

1.4.2 PROPÓSITO

Mejorar la administración y corregir las causas de las deficiencias o desviaciones determinadas en el funcionamiento y operación del Control Interno o en la evaluación del desempeño institucional.

1.4.3 CRITERIOS

Considerar las causas y efectos de las deficiencias, definir las prácticas de control aplicables y gestionar las operaciones evitando errores y deficiencias que se presentan continuamente, promoviendo mejoras para el cumplimiento efectivo, eficiente y económico de los objetivos estratégicos de la institución.

1.4.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La MAE con base en los informes de deficiencias recibidos debe promover la solución oportuna de las deficiencias o desviaciones comunicadas en los informes generados por la propia administración, mediante la auto evaluación del Control Interno, la evaluación del desempeño institucional, la evaluación separada aplicada por la UAI y la auditoría externa realizada. Al respecto, se deben corregir las deficiencias comunicadas en el menor tiempo posible, a través de las unidades encargadas de las operaciones.

PO.2 La MAE debe aprobar el plan de acción propuesto por los superiores jerárquicos de las unidades para aplicar las recomendaciones y dar solución a las deficiencias identificadas en los informes de evaluación recibidos, asignando la función de seguimiento e información continua a los funcionarios de las unidades relacionadas con las deficiencias.

PO.3 Los superiores jerárquicos de todas las unidades operativas y de apoyo encargadas de las actividades relacionadas con las deficiencias informadas deben dar cumplimiento al plan de acción correspondiente. Al finalizar cada trimestre se debe presentar la información sobre la aplicación de las recomendaciones recibidas, clasificando su estado de avance de conformidad con lo previsto en el "Sistema de Seguimiento de Recomendaciones de Auditoría" (SISERA) del TSC.

PO.4 Los funcionarios y servidores públicos que identifiquen situaciones negativas relevantes sobre las cuales carezcan de autoridad para dar solución, deben trasladar la información por escrito al nivel superior inmediato y el menor tiempo posible.

1.4.5 PRÁCTICAS SUGERIDAS

PS.1 En el caso que la MAE conozca el informe de la UAI que incluya medidas correctivas y se dilate la decisión, la UAI debería comunicar el particular al TSC y a la ONADICI, en un plazo no mayor a quince (15) días.

1.4.6 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VII-04, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.5 ASESORÍA EXTERNA PARA EL MONITOREO DEL CONTROL INTERNO

1.5.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"Cuando la entidad estime oportuno contratar asesores externos cuyo servicio o producto final conlleve la emisión de recomendaciones orientadas a fortalecer el control interno, deberá coordinar con la unidad de auditoría interna a fin de obtener criterios que coadyuven para el éxito de la contratación y sus resultados, se eviten duplicidades, ineficiencias u otros posibles inconvenientes en el uso de los recursos destinados a la fiscalización. Los asesores deberán cumplir con las normas de auditoría y, en general, acatar el marco rector del control externo".

1.5.2 PROPÓSITO

En los casos que la institución pública tenga limitaciones para aplicar el monitoreo del control interno institucional a las operaciones, puede contratar los servicios de consultores externos experimentados para cumplir de manera objetiva, profesional e independiente sobre el diseño y funcionamiento del Control Interno de la institución.

1.5.3 CRITERIOS

En los servicios profesionales basados en concursos públicos deberá prevalecer la competencia de los consultores y la calidad de los productos, los cuales serán los principales factores a utilizar en la decisión para contratar el servicio de monitoreo del Control Interno Institucional (CII), mismo que incorpora los principios de auto regulación, auto control y auto evaluación.

1.5.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 La MAE debe decidir sobre la asesoría externa para el monitoreo del CII solo en el caso que la institución tenga limitaciones para su aplicación práctica por ausencia de manuales de procedimientos, informes de auto evaluación, presencia de errores importantes en los informes de monitoreo continuo, ausencia de informes de evaluación del desempeño institucional a base del POA, entre otros.

PO.2 La MAE en forma conjunta con el Comité de Auditoría deben supervisar la asesoría contratada para la entidad. Los productos de la consultoría deben ser conocidos e implantados por las áreas y unidades correspondientes.

PO.3 La asesoría externa contratada debe cumplir los criterios normativos establecidos por el TSC para el ejercicio de la auditoría gubernamental, de manera especial las normas generales y profesionales, así como respaldar adecuadamente el trabajo realizado y el proceso utilizado para generar los productos o informes relacionados.

1.5.5 PRÁCTICAS SUGERIDAS

PS.1 La contratación oportuna de los asesores externos para el monitoreo del CII debería generar recomendaciones para fortalecer el control interno y aumentar la credibilidad respecto a la rendición de cuentas y la información generada por la administración.

1.5.6 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VII-05, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

1.6 CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE AUDITORIA INTERNA

1.6.1 RESUMEN DE LA NOGECI

"El ejercicio profesional de la Auditoría Interna en los sujetos pasivos de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas (TSC), deberá cumplir con el presente marco rector del control interno y los estándares internacionales adaptados y/o adoptados por el TSC."

1.6.2 PROPÓSITO

Aplicar el principio TSC-PRICI-12 Evaluaciones Separadas con base en el marco legal, técnico y profesional actualizado de la función de auditoría interna de las entidades del sector público y las mejores prácticas desarrolladas y publicadas por el Instituto de Auditores Internos Global (IIA-G).

1.6.3 CRITERIOS

El Marco Rector de la Auditoría Interna del Sector Público, así como la "Guía para la Elaboración del Plan General y del Programa Operativo Anual de las Unidades de Auditoría Interna" y la "Guía de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Auditoría Interna", emitidas por la ONADICI, constituyen los referentes locales para la planificación, organización, funcionamiento y la generación de productos resultantes de la función de auditoría interna.
El Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos incorpora criterios relacionados con el entorno de la función de auditoría interna.

En el contexto internacional aplican las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna (NIEPAI) publicadas por el Instituto de Auditores Internos Global (www.TheIIA.org) (Ver ANEXO 3).

1.6.4 PRÁCTICAS OBLIGATORIAS

PO.1 El Jefe de la UAI debe cumplir las disposiciones del Marco Rector de la Auditoría Interna del Sector Público, Acuerdo Administrativo 003/2009 del TSC, publicado el 4 de junio de 2009.

PO.2 El Jefe de la UAI debe utilizar y aplicar la Guía para la Elaboración del Plan General y del Programa Operativo Anual de las Unidades de Auditoría Interna, emitida por la ONADICI, en el marco del Sistema Nacional de Control de los Recursos Públicos a cargo del TSC.

PO.3 El Superior Jerárquico de la UAI debe utilizar y aplicar la Guía de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Auditoría Interna, emitida por la ONADICI, en el marco del Sistema Nacional de Control de los Recursos Públicos a cargo del TSC.

PO.4 El Superior Jerárquico de la UAI debe utilizar como referencia técnica los criterios de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna (NIEPAI) del Instituto de Auditores Internos.

1.6.5 REFERENCIA LEGAL

TSC-NOGECI VII-06, Acuerdo Administrativo TSC No. 001/2009.

ANEXOS GUIA 5 “MONITOREO DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL”

ANEXO 1. INSTRUCTIVO PARA AUTO EVALUAR EL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

TALLER DE AUTO EVALUACION DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

A. INTRODUCCION

En los últimos años se han definido, difundido y aplicado, en varios países, los nuevos conceptos de control interno con el propósito de unificar criterios y presentarlos en términos sencillos y de fácil comprensión y aplicación para el personal interdisciplinario que realizan las operaciones, los usuarios de los servicios públicos y de terceros interesados en las actividades de las instituciones públicas (organizaciones de la sociedad civil e instituciones de control, evaluación, auditoría y seguimiento).

Por otra parte, el Marco Rector del Control Interno del Sector Público en la República de Honduras (MRCI-SP) incorpora las Normas Generales de Control Interno (NOGECI) y sistematiza el diseño mediante la definición de cinco componentes y cuarenta y ocho elementos claves del control interno. Asimismo, incorpora nuevos enfoques para la evaluación y los controles formales fijados en disposiciones normativas y establece la aceptación generalizada e incluso obligatoria para auto evaluar el control interno. Las condiciones señaladas abren oportunidades para su desarrollo y conocimiento amplio, el diseño y la utilización global como una herramienta dirigida a fortalecer las actividades ejecutadas por las instituciones públicas y promover la participación activa del personal ejecutor en los procesos de actualización o rediseño, difusión e implantación, así como su posterior evaluación y mejora continua.

El taller de Auto Evaluación del Control Interno Institucional es una herramienta que promueve la participación de una muestra representativa del personal de la entidad o unidad y corresponde a todos los niveles de la organización o de la unidad o programa a evaluar respecto al conocimiento y aplicación por el personal ejecutor sobre al diseño, aplicación y funcionamiento en las operaciones, llegando a identificarlo, analizarlo, comentarlo, calificarlo y aportar recomendaciones útiles y factibles para su mejora y fortalecimiento.

La pirámide de control interno muestra de manera clara la interrelación de los cinco componentes y su integración como un conjunto total, así mismo, el cubo en tres dimensiones producido por el Informe COSO I las relaciona en tres objetivos, cinco componentes y cuatro niveles de aplicación. El cubo que identifica las tres dimensiones en el COSO II ERM, (Gestión de Riesgos Empresariales) incorpora cuatro objetivos, incluyendo el estratégico, establece ocho componentes del control interno, al desglosar la evaluación de riesgos en cuatro (Establecer Objetivos, Identificación de Eventos, Evaluación del Riesgo y Respuesta al Riesgo) y en el nivel de aplicación se mantiene las cuatro posibilidades, parte de la aplicación institucional, pasando por las gerencias, los departamentos y las unidades descentralizadas.

B. EL TALLER DE AUTO EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

El taller ha sido desarrollado como una herramienta dirigida a cumplir cuatro objetivos principales:

- **Difundir el marco normativo vigente** entre el personal de las instituciones públicas y otros organismos interesados en la gestión eficiente y eficaz.
- **Promover la calificación del control interno** por el personal ejecutor de las operaciones, respecto al diseño y funcionamiento del control interno de la organización.
- **Integrar el informe de auto evaluación** para conocimiento y toma de acciones para la mejora por la MAE.
- **Establecer un punto de referencia** para posteriores evaluaciones y el seguimiento futuro de los resultados.

B.1 DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

Mientras se acuerdan los términos, alcance y fechas para realizar el taller se interactúa con los funcionarios de la Institución se observa la forma como se ejecutan las operaciones, al seleccionar la muestra de participantes se conoce la estructura de personal y se obtienen datos a manera de un diagnóstico preliminar, que permite orientar de inicio el taller con información y hechos donde los participantes pueden identificar las posibilidades reales para aplicar el Marco Rector del Control Interno y auto evaluarlo de manera adecuada, promoviendo un enfoque sincero en beneficio de la institución y sus integrantes, área o programa.

El diagnóstico tiene como propósito abrir el diálogo con los funcionarios y servidores públicos que participan en el taller y mantener una actitud positiva y receptiva sobre los criterios de control interno a ser conocidos, revisados y analizados, así como posteriormente valorarlo y calificarlo con base en una serie de preguntas que serán completadas por el grupo de personas seleccionado, con referencia al control interno conocido y aplicado.

B.2 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN, ÁREA O PROGRAMA A SER AUTO EVALUADO

Con la participación de todos los participantes en el Taller se procede a identificar los objetivos estratégicos, claves o sustantivos de la institución o programa, se constituyen grupos de dos participantes, quienes definen los objetivos principales de la Institución, considerando los relacionados con las actividades que generan valor a la institución.

Los participantes presentan sus objetivos a base de una clasificación general propuesta por los facilitadores. Al final se seleccionan dos o tres objetivos principales de la institución o programa y son la base para orientar el Taller de auto evaluación del control interno institucional.

B.3 MARCO RECTOR DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Los criterios desarrollados por la Comisión de Organismos Patrocinadores (COSO de sus siglas del inglés, Committee of Sponsoring Organization conformado por cinco organismos profesionales de los EUA), son la base utilizada para preparar el marco de control interno en varios países, incorporando aspectos específicos o propios de cada país, en Honduras el caso es similar.

Concepto de Control Interno

El control interno, de conformidad con el Artículo 2 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas "Es un **proceso permanente y continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados** de las entidades públicas y privadas, con el **propósito de asistir a los servidores públicos en la prevención de infracciones a las leyes y a la ética**, con motivo de su gestión y administración de los bienes nacionales". Y alcanzar, de conformidad con lo previsto en el artículo 46 de la misma Ley**, los objetivos** siguientes:

"1) Procurar la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad en los servicios;

2) Proteger los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;

3) Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales; y,

4) Elaborar información financiera válida y confiable presentada con oportunidad."

La responsabilidad por el diseño y funcionamiento del control interno institucional está relacionada con la administración superior de las entidades públicas. Dentro de los ámbitos de trabajo y colaboración los servidores públicos somos responsables del cumplimiento de las prácticas de control interno, en forma solidaria con la MAE y los superiores jerárquicos de las unidades de la organización.

Componentes y elementos del CII

i) El componente Ambiente de Control está integrado por diez elementos:

1. Ambiente Interno de Control.
2. Valores de Integridad y Ética.
3. Personal Competente y Gestión Eficaz del Talento Humano.
4. Estructura Organizativa.
5. Delegación de Autoridad.
6. Acciones Coordinadas.
7. Compromiso del Personal con el Control Interno.
8. Adhesión a las Políticas.
9. Ambiente de Confianza.
10. Auditoría Interna.

ii) El componente Evaluación y Gestión de Riesgos está integrado por seis elementos:

1. Identificación y Evaluación de Riesgos.
2. Planificación.
3. Indicadores Mensurables del Desempeño.
4. Divulgación de los Planes.
5. Revisión de los Objetivos.
6. Gestión de Riesgos Institucionales.

iii) El componente Actividades de Control incluye 20 elementos.

1. Control integrado y automatización de controles.
2. Análisis de costo/beneficio.
3. Responsabilidad delimitada.
4. Instrucciones por escrito.
5. Separación de funciones incompatibles.
6. Autorización previa y/o aprobación de transacciones y operaciones.
7. Documentación de procesos y transacciones.
8. Supervisión constante.
9. Clasificación y registro oportuno.
10. Sistema contable y presupuestario.
11. Acceso a los activos y registros.
12. Revisiones de control.
13. Conciliación periódica de registros.
14. Inventarios periódicos.
15. Arqueos independientes.
16. Formularios uniformes.
17. Rotación de labores.
18. Disfrute oportuno de vacaciones.
19. Cauciones y fianzas.
20. Dispositivos de control y seguridad.

iv) El componente Información y Comunicación está integrado por seis elementos.

1. Obtención y Comunicación de Información Efectiva.
2. Calidad y Suficiencia de la Información.
3. Sistemas de Información.
4. Controles sobre los Sistemas de Información.
5. Canales de Comunicación Abiertos.
6. Archivo Institucional.

v) El componente Monitoreo está compuesto de seis elementos.

1. Monitoreo del Control Interno.
2. Evaluación del Desempeño Institucional.
3. Reportes de Deficiencias.
4. Toma de Acciones Correctivas.
5. Asesoría Externa para Monitoreo del Control Interno.
6. Cumplimiento de Estándares Internacionales de Auditoría Interna.

C. FORTALEZAS Y LIMITACIONES INSTITUCIONALES

El propósito de identificar las fortalezas y las limitaciones importantes de la entidad o área sujeta a auto evaluación permite determinar su impacto en el manejo eficiente de sus recursos y el cumplimiento de las actividades para alcanzar sus objetivos eficazmente y tomar las decisiones respecto a las acciones a seguir.

- **Fortalezas y condiciones positivas** que aportan elementos para lograr los objetivos principales de la entidad, como el apoyo de la MAE y de los otros niveles del Gobierno para su estructuración, aplicación y funcionamiento.

- **Limitaciones**, elementos o situaciones que reducen la capacidad de la institución para alcanzar sus objetivos, pueden ser internos o externos.

D. EVALUACIÓN DEL MARCO RECTOR DEL CONTROL INTERNO

Este segmento está dirigido a evaluar los componentes (5) y los elementos (48) del marco de control interno institucional bajo los cuales debe estructurarse el cuestionario general de evaluación que los participantes en el taller valorarán y calificarán en forma individual, anónima, real y sincera, considerando los conocimientos y la información que tengan los participantes en relación a las actividades de la institución.

Cada participante debe responder individualmente las preguntas detalladas para cada elemento y valorar en la escala de 4 a 1 puntos, de conformidad con la siguiente tabla:

CALIFICACIÓN / Descripción	VALOR EN PUNTAJE
Muy bueno, las actividades consideran adecuadamente las principales características del control interno.	**4**
Aceptable, cumple con requerimientos mínimos.	**3**
Regular, existen diversas debilidades que son susceptibles de mejora.	**2**
Deficiente, no se cumple con requerimientos mínimos y se requieren esfuerzos significativos de diseño y cumplimiento.	**1**

Al completar la calificación registrada en el cuestionario utilizado (Ver ANEXO 2), el mismo se deposita en un lugar previamente definido, el participante que lo complete está disponible para continuar su trabajo en la oficina o programa. Es citado para la reunión del siguiente día o de la tarde. Cuando se hayan entregado todos los cuestionarios el facilitador intercambia las posiciones de los mismos y los numera consecutivamente para garantizar el anonimato. Luego valida la información y determina los promedios por elemento como paso previo a la preparación de la matriz de elementos - cuestionarios y finalmente determinar los promedios para analizar los resultados, de manera que el análisis e informe esté disponible para iniciar la segunda reunión del taller.

Al promediar los resultados y preparar la matriz de elementos – cuestionarios con los datos obtenidos, se validan los resultados, considerando los siguientes lineamientos:

- Todas las preguntas respondidas como S/R (sin respuesta) se eliminan para el cálculo de los promedios.
- En caso que el número de respuestas valoradas de 4 a 1, en un elemento específico sea inferior al 50% (por ejemplo 2 respuestas de 5 posibles), se elimina el dato para los promedios del componente y se analizará y discutirá en la segunda fase del taller.
- Al analizar la matriz elementos-cuestionarios, los promedios por elemento deben ser al menos del 50% de los participantes en el Taller y validar cada elemento, de lo contrario es eliminada.
- Al analizar la matriz de elementos - cuestionarios los participantes deben calificar al menos el 50% de los elementos para ser considerado el componente en el promedio total.

La entrega del cuestionario, la familiarización con el mismo y la comprensión del contenido con los participantes se realiza mediante ejemplos relacionados con la institución a propuesta de los participantes, explicando el método de calificación, o en último caso utilizando la estructura de control interno del taller.

El cuestionario y las preguntas se explica a los participantes, realizando pruebas aleatorias de respuesta para una o varias preguntas y la calificación que potencialmente asignaría cada participante en la escala de 4 a 1 puntos. Una opción recomendada para los ejemplos es aplicarlo al Taller en ejecución, como actividad evaluada.

El cuestionario incluye en promedio seis preguntas por cada uno de los elementos que completan los cinco componentes del CII y es la base para calificar y opinar sobre el control interno de la entidad.

Los cuestionarios utilizados deben ajustarse a las actividades propias de la entidad. En todo caso, debe mantener el esquema de los cinco componentes y veinte y cinco elementos que han sido concentrados para facilitar el procedimiento, a partir de los 48 incluidos en las NOGECI.

E. MATRIZ DE ELEMENTOS-CUESTIONARIOS, RESULTADOS Y ANÁLISIS

Al iniciar la segunda jornada del taller el facilitador presenta los resultados compilados de los cuestionarios, analizan los resultados tabulados y explican el proceso de validación aplicado, principalmente sobre:

a. La validación de las calificaciones a base de los puntos de control para eliminar las que no presenten el 50% de respuestas en cada elemento en la matriz. Al depurar la matriz se obtienen los promedios definitivos por elementos, por componente y para el marco de CII global.

b. Se identifican los cuestionarios que presentan el promedio individual: 1) mayor, 2) menor, y, 3) el más cercano a la media aritmética de todos los participantes. Estos tres cuestionarios documentan el taller una vez completado el informe de resultados, el resto de cuestionarios son destruidos al completar el Informe del taller, pues cumplieron su finalidad, garantizando el anonimato. También se identifica el número de cuestionarios con promedios por encima del promedio y por debajo del mismo, para determinar la tendencia general en la calificación realizada por los participantes.

Una serie de indicadores estadísticos se pueden incorporar en el análisis a fin de determinar las características de la muestra utilizada para el taller, incluyendo la media aritmética, la mediana, la moda, la varianza, la desviación estándar y una presentación gráfica de la distribución promedio obtenida.

Este análisis de resultados es la introducción al iniciar la segunda sesión dirigida a obtener comentarios, opiniones y recomendaciones de los participantes sobre cada uno de los factores incluidos en la Matriz.

F. COMENTARIOS, OPINIONES Y SUGERENCIAS DE LOS PARTICIPANTES

La parte más importante del Taller, tanto en el tiempo de dedicación como por los aportes obtenidos, es el destinado a discutir en un dialogo abierto, amplio y sincero respecto al control interno institucional donde colaboran y presentan propuestas para mejorar sus actividades. Un facilitador dirige la reunión con los participantes y el otro facilitador va incorporando los comentarios, opiniones y recomendaciones propuestas.

Uno de los facilitadores modera la reunión utilizando el resumen de calificaciones por componentes y elementos, motivando a los participantes para que emitan comentarios, opiniones y sugerencias y obtener la aceptación del grupo por mayoría. El segundo facilitador captura las intervenciones de los participantes organizándolas por componente y elemento del Informe Modelo, clasificados en comentarios, opiniones y recomendaciones para mejoras.

Cuando las opiniones de los participantes son limitadas, el facilitador introducirá preguntas generales a partir de la calificación de los elementos para promover la participación, en casos, tratando de justificar y validar los resultados obtenidos.

Esta parte del taller es programada para dos horas académicas, es el tiempo más amplio destinado a un segmento, por tanto es el más importante del Taller y la obtención de datos para la preparación del Informe de resultados de Auto evaluación que pasará a conocimiento de la MAE y de los participantes en el Taller.

G. RESUMEN DEL TALLER

Los facilitadores hacen un resumen de los aspectos positivos del taller que está concluyendo y de los aspectos que podrían ser mejorados con la actitud de los facilitadores y participantes al ser abiertos y puntuales en sus intervenciones, promoviendo la confianza en el proceso y la colaboración de todos.

Uno de los facilitadores solicita el reconocimiento a los participantes por la colaboración, mediante un resonar de palmas u otra acción similar.

INFORME DEL TALLER

Completado el Taller, los facilitadores inician el proceso de preparación y documentación del informe de resultados al auto evaluar el control interno institucional, utilizando el formato sugerido que incluye el esquema del Control Interno.

El informe debe estar en conocimiento de la MAE en máximo dos días laborables posteriores a la terminación del taller para ser oportuno y solicitar la difusión entre los participantes en el Taller.

En las próximas páginas se presenta un ejemplo del "Informe de Resultados de Auto Evaluación".

INSTITUCIÓN _____

FORMATO DEL

INFORME DE RESULTADOS DE AUTO

EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

FACILITADORES:

1. Nombres y apellidos
2. Nombres y apellidos

PARTICIPANTES:

No. __ FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS

Lugar y Fecha

INDICE

INSTITUCIÓN _____

INFORME DE AUTO EVALUACIÓN DEL CII

La evaluación del Control Interno Institucional aplicado a (nombre de la entidad) se realizó a través del taller de Auto Evaluación del Control Interno en el que participaron ___ servidores públicos de la entidad (directores, funcionarios y empleados), durante los días ____ de _____ de 20XX, utilizando las "Normas Generales de Control Interno" (NOGECI) incluidas en el "Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos" emitido por el Tribunal Superior de Cuentas (TSC), las Guías _____ elaboradas por _____ y las mejores prácticas en la materia.

La participación activa de los funcionarios y empleados en el taller posibilitó la acumulación de opiniones y recomendaciones sobre el funcionamiento y aplicación del control interno detallado en los siguientes capítulos.

I. NATURALEZA Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

Al auto evaluar el marco de control interno se enfocaron las actividades desarrolladas en el mes de _____ del 20XX, tomando como referencia los criterios de las NOGECI, que incluye los siguientes componentes:

- Ambiente de Control.
- Evaluación y Gestión de Riesgos.
- Actividades de Control.
- Información y Comunicación.
- Monitoreo.

La comprensión y revisión de los controles internos implantados para las principales actividades de la Institución se ejecutó en dos reuniones:

1. **La primera** dirigida a conocer en forma general los principales objetivos de la entidad, compartir los nuevos conceptos, componentes y factores del sistema de control interno, analizar el formato y contenido del cuestionario de evaluación y el método para calificar y valorar las respuestas, así como la recepción, validación, tabulación y análisis después de ser completadas.
2. **En la segunda reunión** se presentaron los resultados acumulados y el análisis estadístico de datos de No. __ cuestionarios recibidos. De inicio se expusieron los resultados del proceso de auto evaluación global del control interno institucional, de los cinco componentes y los veinticinco elementos agrupados. Se motivó a los participantes para comentar, opinar y recomendar acciones a base de los resultados promedios del grupo, siguiendo el orden de presentación de los componentes. Se explicó el método utilizado para calificar el cuestionario y los criterios básicos empleados para validar las respuestas por cada elemento.

Los comentarios, opiniones y sugerencias presentadas en la segunda reunión del taller se realizó en forma directa por un grupo de No. ___ participantes, que representa el ___% del total. La invitación y participación en el taller contó con el apoyo del (cargo) _____, funcionario de primer nivel, lo que se concretó en propuestas importantes de mejora y cambio en las operaciones.

Las calificaciones obtenidas y el análisis de los resultados incluidos en las opiniones y recomendaciones más importantes para actualizar y mejorar el diseño, la aplicación y el funcionamiento del control interno se detallan en el capítulo III de este Informe.

II. EL CONCEPTO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

El control interno, de conformidad con el Artículo 2 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas "Es un **proceso permanente y continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados** de las entidades públicas y privadas, con el **propósito de asistir a los servidores públicos en la prevención de infracciones a las leyes y a la ética**, con motivo de su gestión y administración de los bienes nacionales". Y alcanzar, de conformidad con lo previsto en el artículo 46 de la misma Ley**, los objetivos** siguientes:

"1) Procurar la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad en los servicios;
2) Proteger los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;
3) Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales; y,
4) Elaborar información financiera válida y confiable presentada con oportunidad."

III. RESULTADOS DE AUTO EVALUACIÓN

A. CALIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Los resultados globales al auto evaluar el Control Interno Institucional lo aplicaron No. __ funcionarios y empleados de todas las unidades y niveles de la Institución, representa el ___% del personal. La autoevaluación se realizó durante los días __ de _____ de 20XX, sobre las actividades y operaciones que ejecutan las áreas y unidades de la entidad en cumplimiento de las funciones y responsabilidades asignadas para el logro de objetivos.

Los resultados de la calificación por componentes son los siguientes:

COMPONENTES	VALORACIÓN	CALIFICACIÓN	%
1. Ambiente de Control			
2. Evaluación y Gestión de Riesgos			
3. Actividades de Control			
4. Información y Comunicación			
5. Monitoreo			
TOTAL			

a. Comentarios sobre calificación del CII

El análisis de la matriz de resultados incorpora los veinticinco elementos del control interno y No. ___ cuestionarios calificados por los participantes, se comprobó que todos los cuestionarios cumplieron el requerimiento del 50% de respuestas válidas.

En los cuestionarios individuales, el de mayor promedio asciende a _____ puntos y el más bajo es de _____ puntos. El promedio aritmético de los dos anteriores es de _____ puntos; mismo que esta (sobre o bajo) ____ el nivel de aceptación, que es 3/5.

Al relacionar los cuestionarios con el nivel de aceptación de 3/5 existen No. ___ que califican el control interno sobre el nivel de aceptación y ___ que lo hacen bajo dicho nivel. Las características indicadas permiten concluir que los resultados son adecuados, con tendencia de la calificación (positivo o negativo) _____.

El componente _____ tiene la mejor calificación con el ___%, junto a _____ con ___%, superan el nivel de aceptación, en opinión de las personas que participaron en el taller.

El componente _____ con el __ % y _____ con el ___ %, incluyen la calificación asignada por debajo de la línea de aceptación y requieren importantes acciones de mejora.

b. Conclusiones sobre el proceso de auto evaluación

La calificación del CII es _____, con ____ %, que demuestra posibilidades importantes y concretas de mejora en los componentes, de manera especial en _____ y en _____ que son la base de la pirámide de control interno y la orientación hacia la consecución de los objetivos.

La Institución se encuentra en proceso de mejora constante, a base de _____ que viene desarrollando y con proyecciones para los próximos __ años.

La promulgación de las NOGECI y las Guías de CII para la Administración Pública establecen los componentes y elementos de referencia obligatoria para el diseño y aplicación del control interno.

El análisis de la información y documentación disponible con referencia a los requerimientos normativos es una oportunidad para actualizar el marco legal y reglamentario de la Institución y la formalización de los documentos normativos relacionados con sus principales operaciones, la estructura organizativa, el análisis, identificación y manejo de los riesgos y definir las actividades de control para sistematizar los controles clave de las operaciones.

A continuación se presentan los resultados detallados de la calificación de cada componente:

B. AMBIENTE DE CONTROL

El ambiente de control es el componente base del Control Interno Institucional. Constituye el cimiento para el funcionamiento del resto de componentes que se incorporan en la parte superior de la pirámide de control interno. Este componente obtuvo _____ puntos. Calificado como _____ y representa el _____%.

AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN	CALIFICACIÓN	%
1. Ambiente de control y Valores de Integridad Ética.			
2. Personal competente y Gestión eficaz del Talento Humano.			
3. Estructura Organizativa.			
4. Delegación de autoridad.			
5. Acciones Coordinadas.			
6. Compromiso del Personal con el Control Interno, Adhesión a las Políticas, y Ambiente de Confianza.			
7. Auditoría Interna.			
TOTAL			

a. Comentarios sobre el componente

b. Opiniones de los participantes

c. Recomendaciones

(Numeradas en forma consecutiva en todo el informe para utilizar como referencia para la implantación).

C. EVALUACIÓN Y GESTION DE RIESGOS

La identificación de riesgos relacionados con los principales objetivos de la Institución para su manejo y control continuo de las operaciones, obtuvo _____ puntos, se califica como _____ y representa el _____ %.

EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS	VALORACIÓN	CALIFICACIÓN	%
1. Identificación y Evaluación de Riesgos.			
2. Planificación e Indicadores Mensurables del Desempeño.			
3. Divulgación de los Planes.			
4. Revisión de los Objetivos.			
5. Gestión de Riesgos Institucionales.			
TOTAL			

a. Comentarios sobre el componente

b. Opiniones de los participantes

c. Recomendaciones

(Numeradas en forma consecutiva en todo el informe para utilizar como referencia para la implantación).

D. ACTIVIDADES DE CONTROL

Las actividades de control para prevenir o evitar los riesgos relacionados con la consecución de los objetivos de la Institución obtuvieron la valoración de _____ puntos, calificado como _____, y representa el _____ %, tienen amplias posibilidades de mejora.

ACTIVIDADES DE CONTROL	VALORACIÓN	CALIFICACIÓN	%
1. Prácticas y Medidas de Control.			
2. Actividades de Control sobre los Sistemas Administrativos y Operativos.			
3. Control de Gestión e Indicadores de Desempeño.			
4. Actividades de Control sobre los Sistemas Informáticos.			
5. Manual de Procedimientos.			
TOTAL			

a. Comentarios sobre el componente

b. Opiniones de los participantes

c. Recomendaciones

(Numeradas en forma consecutiva en todo el informe para utilizar como referencia para la implantación).

E. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La información y comunicación permanente tiene la cualidad de ser dinámica, pues los resultados de las operaciones relevantes requieren ser conocidas en los niveles directivos y son la base para administrar eficaz de la Institución y tomar decisiones relacionadas con su funcionamiento. Su valoración ascendió a _____ puntos, calificado como _____ y representa el ____ %.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	VALORACIÓN	CALIFICACIÓN	%
1. Obtención y Comunicación de Información Efectiva y Calidad y Suficiencia de la Información.			
2. Sistemas de Información y Controles sobre los Sistemas de Información.			
3. Canales de Comunicación Abiertos.			
4. Archivo Institucional.			
TOTAL			

a. Comentarios sobre el componente

b. Opiniones de los participantes

c. Recomendaciones

(Numeradas en forma consecutiva en todo el informe para utilizar como referencia para la implantación).

F. MONITOREO

El Monitoreo es el componente que obtuvo la ponderación más alta ___ %, valorada con _____ puntos y calificada como _____; presenta posibilidades de mejora.

MONITOREO	VALORACIÓN	CALIFICACIÓN	%
1. Monitoreo del Control Interno y Evaluación del Desempeño Institucional.			
2. Reporte de Deficiencias y Toma de Acciones Correctivas.			
3. Asesoría Externa para el Monitoreo del Control Interno.			
4. Cumplimiento de Estándares Internacionales de Auditoría Interna.			
TOTAL			

a. Comentarios sobre el componente

b. Opiniones de los participantes

c. Recomendaciones

(Numeradas en forma consecutiva en todo el informe para utilizar como referencia para la implantación).

Atentamente,

Facilitadores del taller (dos) *Control de Calidad (dos participantes)*

ANEXO 2. CUESTIONARIO PARA AUTO EVALUAR EL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

INSTITUCIÓN: _____

Periodo de evaluación: _____

Instrucciones para responder el cuestionario:

Lea detenidamente cada pregunta y responda en la escala de 4 a 1 (si la respuesta es positiva valore de 3 hacia arriba, si la respuesta es negativa valore con 2 o 1), respecto a las operaciones que ejecuta en la entidad. Si la información que dispone es insuficiente, incluya S/R (sin respuesta). El nivel mínimo de aceptación es 3/4 puntos, representa el 75% y las calificaciones y sus valoraciones son:

CALIFICACIÓN/Descripción	VALORACIÓN	%
MUY BUENO Las actividades consideran adecuadamente las principales características del control interno.	4	75 < % ≤ 100
ACEPTABLE El control interno vigente cumple con requerimientos mínimos.	3	50 < % ≤ 75
REGULAR El control interno vigente presenta diversas debilidades que son susceptibles de mejora.	2	25 < % ≤ 50
DEFICIENTE El control interno vigente no cumple los requerimientos mínimos y se requieren esfuerzos significativos de diseño y cumplimiento.	1	0 < % ≤ 25

VALORACIÓN POR COMPONENTE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL	Elementos	Puntos	Máximo
1. AMBIENTE DE CONTROL	7	4	28
2. EVALUACION Y GESTIÓN DE RIESGOS	5	4	20
3. ACTIVIDADES DE CONTROL	5	4	20
4. INFORMACION Y COMUNICACION	4	4	16
5. MONITOREO	4	4	16
TOTAL	**25**		**100**

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
1. **AMBIENTE DE CONTROL***: se deberá fomentar un ambiente propicio para la operación del control interno, mediante la generación de una cultura de administración y control que promueva, entre el personal de la institución, el reconocimiento del control como parte integrante de los sistemas institucionales y mostrar constantemente una actitud de apoyo a las medidas de control implantadas.*		
1.1. <u>Ambiente de control y Valores de Integridad y Ética</u> (Elementos 1 y 2) a) ¿Existe evidencia de que la entidad enfatiza los aspectos éticos y de integridad en su control interno? Indique cómo. b) ¿El Código de Ética o Conducta escrito es difundido y aceptado por todo el personal? c) ¿Se promueve una cultura organizacional considerando la importancia de la integridad, los valores y la ética? d) ¿Los valores éticos son públicamente enfatizados al personal desde la administración superior? e) ¿El Comité de Probidad y Ética Pública (CPEP) cumple y documenta sus funciones? f) ¿Las regulaciones internas prevén determinar responsabilidades (sanciones disciplinarias, financieras y personales) a quienes no respetan las reglas? g) ¿La entidad ha documentado los procesos y procedimientos administrativos y operativos de conformidad con las normas establecidas por los organismos rectores y reguladores de los sistemas administrativos, financieros y de control?		
1.2. <u>Personal competente y Gestión eficaz del Talento Humano</u>. (Elemento 3) a) ¿Está definido y difundido el plan de capacitación y actualización para el personal que ejecuta las actividades sustantivas de la Institución?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
b) ¿Considera que el personal directivo y el de operación está motivado para cumplir las metas y objetivos de la Institución? c) ¿El área donde desempeña su trabajo cuenta con una clasificación formal de puestos y un manual que describa las principales funciones que debe realizar y los resultados esperados? d) ¿Tiene la entidad un plan organizado el desarrollo de competencias de su personal para satisfacer el desarrollo de las personas? e) ¿Existen criterios técnicos formales para la selección y promoción de recursos humanos sobre la base del mérito y la capacidad profesional de los servidores públicos? f) ¿Los funcionarios cumplen el perfil y los requisitos de conocimientos y destrezas establecidos en manuales específicos? g) ¿Las evaluaciones al desempeño individual se aplican al menos una vez cada doce meses?		
1.3. Estructura Organizativa (Elemento 4) a) ¿Existe un Manual de Procesos o documento equivalente para formalizar las operaciones sustantivas y los controles relacionados que desarrollan las áreas o unidades principales de la entidad? b) ¿Existe un Manual de Procedimientos actualizado y aprobado para formalizar las operaciones administrativas y los controles relacionados que desarrollan las áreas o unidades correspondientes? c) ¿Existen mecanismos o procedimientos de supervisión sobre la prestación de los servicios y se elaboran informes sobre las tareas de dicha supervisión? d) ¿Existen reglas respecto a la organización y el funcionamiento de los diversos comités que se han conformado en la entidad? e) ¿Existe una línea clara y directa de comunicación entre la dirección superior y los responsables jerárquicos de las áreas o unidades organizacionales?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
f) ¿El Manual de Organización y Funciones o similar describe: áreas de autoridad y responsabilidad, delegación y dependencia, funciones de las principales posiciones y está actualizado y aprobado? Indique fecha de la última versión? g) ¿El Manual de Organización y Funciones ha sido difundido al interior de la entidad y existe evidencia de su comunicación formal para el conocimiento de todo el personal que se desempeña en las áreas o unidades organizacionales?		
1.4. Delegación de Autoridad (Elemento 5) a) ¿La delegación de autoridad es un mecanismo utilizado en la institución para agilizar los procedimientos y cubrir potenciales ausencias? b) ¿El criterio de corresponsabilidad de quien delega la autoridad está claramente conocido y aceptado? c) ¿La delegación de autoridad está restringida a la alta dirección de la entidad? d) ¿Las normas e instructivos disponibles para la organización son suficientes para el servidor público que asume la autoridad delegada? ¿existe algo pendiente o que requiere actualización?		
1.5. Acciones Coordinadas (Elemento 6) a) ¿Es adecuado el nivel de riesgo asumido por la entidad con relación a la comparación entre la competencia técnica y los recursos disponibles vs. los objetivos institucionales que se deben lograr? b) ¿Existe estabilidad razonable en los puestos claves de dirección y de las áreas o unidades estratégicas de la entidad? c) ¿La Alta Dirección interactúa de manera suficiente con las Unidades operativas y administrativas a través de reuniones periódicas de Comité u órgano interno similar? d) ¿El Plan Estratégico Institucional y el POA de la entidad constituyen la base para la coordinación de las operaciones y el logro de los objetivos?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
e) ¿Existe un ambiente que apoye el trabajo en equipo, la participación colectiva y la administración por resultados?		
1.6. <u>Compromiso del Personal con el Control Interno, Adhesión a las Políticas, y Ambiente de Confianza,</u> (Elementos 7, 8 y 9) a) ¿La MAE y los responsables jerárquicos impulsan y exigen el diseño formal del control interno considerando los criterios de las NOGECI y las prácticas obligatorias incluidas en las Guías de CII emitidas por ONADICI? b) ¿Está definida y difundida la Política de Control Interno Institucional desde el nivel superior y se está aplicando? c) ¿Los resultados de las operaciones sustantivas de la institución y los reportes financieros y administrativos son oportunos? d) ¿Están disponibles los principales reglamentos, normas, manuales, guías y procedimientos para la consulta de las áreas sustantivas y administrativas? e) ¿Las disposiciones normativas y los procesos operativos son difundidos, se están aplicando y se revisan periódicamente? f) ¿El personal de la entidad conoce y está comprometido con las NOGECI y los conceptos modernos de control interno? g) ¿La administración activa de la entidad ha facilitado el apoyo de la ONADICI para iniciar el proceso de implantación del proceso de control interno?		
1.7. <u>Auditoría Interna</u> (Elemento 10) a) ¿Se reconoce la importancia de la función de Auditoría Interna para la Institución? b) ¿La UAI cumple la función de aseguramiento del diseño y funcionamiento del control interno institucional a través del desarrollo de auditorías sobre las operaciones y las áreas más riesgosas de la entidad?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
c) ¿El Jefe de la UAI asesora a la MAE y a los responsables jerárquicos de las operaciones sobre el control interno, la gestión de riesgos y el gobierno institucional? d) ¿La UAI emite un dictamen o informe sobre la auditoría de los estados financieros u otra información presupuestaria emitida por la institución al finalizar el ejercicio anual? e) ¿La UAI realiza del seguimiento de las recomendaciones para verificar el nivel de implementación de las mismas? f) ¿La UAI dispone de personal interdisciplinario para ejecutar auditorías con enfoque dirigido a evaluar la gestión y el cumplimiento de objetivos estratégicos y agregar valor a los mismos? g) ¿La MAE y otras autoridades de la entidad respetan la independencia de los auditores internos y reconocen la prohibición de realizar controles previos? h) ¿La función de la UAI genera mayor confianza y credibilidad en la información generada por la administración activa de la entidad? i) ¿Se ha conformado y funciona un Comité de Auditoría como la instancia que conoce todos los informes de producidos antes que pasen a la dirección superior?		
Total Componente		
2. **EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS**. *Se deberán identificar y evaluar los riesgos relevantes derivados de los factores ambientales que afecten el logro de los objetivos institucionales; así como emprender las medidas pertinentes para afrontar exitosamente tales riesgos.*		
2.1. <u>Identificación y Evaluación de Riesgos</u> (Elemento 1) a) ¿La entidad ha establecido mecanismos para la identificación y evaluación de los riesgos que surgen de fuentes externas? (ejemplo: disponibilidad de recursos, requerimientos adicionales, competencia		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
del recurso técnico, nuevas disposiciones legales, tecnología informática a emplear, reglamentos o normativas nuevas, acontecimientos, desastres naturales). b) ¿Se han definido y difundido a las áreas y unidades de la entidad los mecanismos para identificar y evaluar los riesgos que surjan de fuentes internas? (ejemplos: recursos humanos disponibles, tecnología informática y adquisición de bienes y servicios). c) ¿Son eficaces los mecanismos para identificar y evaluar oportunamente los cambios en el ambiente interno y externo y se definen acciones para una respuesta inmediata, periódica y oportuna? d) ¿Los niveles de supervisión y jefatura identifican y documentan los riesgos potenciales que se deben superar para lograr los objetivos planificados en sus áreas de actividad específica? e) ¿Las políticas dispuestas por la administración activa superior (Directorio o cuerpo colegiado) proveen de criterios claros para dirigir los objetivos sustantivos? f) ¿Existen matrices de riesgo en las que se mencionan los riesgos identificados junto a la posibilidad de materialización y su impacto?		
2.2. <u>Planificación</u> (Elemento 2 y 3) a) ¿Los objetivos y metas de la Institución están definidos en forma realista en función de la disponibilidad de recursos suficiente y prevista y se incluyen en el POA de la entidad? b) ¿Los objetivos y metas de cada área o unidad administrativa y operativa están alineados con los objetivos establecidos por la entidad? c) ¿Las acciones realizadas para comunicar los objetivos prioritarios a todo el personal las considera eficaces? d) ¿Los objetivos de las áreas y unidades son compatibles con el presupuesto aprobado para la entidad? e) ¿Los planes operativos de actividades son registrados, controlados y evaluados en forma periódica?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
f) ¿La función de planificación supervisa e informa a las máximas autoridades sobre el logro de los objetivos y metas para la toma de decisiones? g) Los planes son actualizados sobre la base de los resultados trimestrales de evaluación y seguimiento y pasan la aprobación de la MAE? h) ¿Están disponibles los informes trimestrales sobre la gestión al cumplimiento y grado de avance de los objetivos establecidos? i) ¿Han sido definidos Indicadores Mensurables para ser utilizados en el posterior seguimiento y evaluación del POA?		
2.3. Divulgación de los planes (Elemento 4) a) ¿La entidad dispone de un plan estratégico y un programa operativo para cumplir sus objetivos? b) ¿Los planes y programas son de conocimiento de los superiores jerárquicos de las unidades operativas, administrativas y financieras? c) ¿Los planes son divulgados o difundidos oportunamente a todo el personal de cada una de las áreas y unidades de la entidad? d) ¿Los funcionarios de la entidad demuestran un compromiso con el cumplimiento de los objetivos establecidos de cada unidad o área de actividad? e) ¿Los planes son desarrollados con la participación amplia de todas las unidades de la entidad y los aportes relevantes son incorporados a la versión final del documento?		
2.4. Revisión de los Objetivos (Elemento 5) a) ¿Los resultados de las evaluaciones aplicadas son consideradas para retroalimentar e introducir los cambios correspondientes en los objetivos y en las operaciones de la entidad? b) ¿La actualización de los procedimientos de operación es una función de las unidades operativas y de apoyo, bajo la coordinación de la Unidad de Desarrollo Institucional?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
c) ¿Los cambios en los procesos y procedimientos para la ejecución de las operaciones son validados y aprobados por la MAE? d) ¿El personal que ejecuta las operaciones conoce los cambios en los procesos y en los procedimientos que surgen de la actualización de los mismos a partir de la revisión de los objetivos?		
2.5. <u>Gestión de Riesgos Institucionales</u> (Elemento 6) a) ¿La entidad ha definido formalmente las funciones y responsabilidades, como también, los roles de cada uno de los servidores públicos de la entidad con respecto a la gestión de riesgos? b) ¿Está claramente establecido el proceso de gestión de riesgos institucionales para su desarrollo a efecto de identificar, valorar y administrar los riesgos sobre las operaciones que afectan el logro de los objetivos? c) ¿Los riesgos son identificados por la administración activa de la entidad y difundidos entre el personal relacionado? d) ¿Están identificadas las áreas o unidades de mayor exposición al riesgo y han sido comunicados los funcionarios encargados de su ejecución? e) ¿El proceso de gestión ha generado la oportunidad de mejora para la entidad y agregar valor a los objetivos institucionales?		
Total Componente		
3. **ACTIVIDADES DE CONTROL.** *Se deberán diseñar y adoptar medidas y prácticas de control interno, que mejor se adapten a los procesos organizacionales, a los recursos disponibles, a las estrategias definidas para enfrentar los riesgos relevantes y las características, en general, de la institución y sus funcionarios, y que coadyuven, de mejor manera, al logro de los objetivos y la misión.*		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
3.1. Prácticas y Medidas de Control (Elemento 01) a) ¿Se han seleccionado las actividades de control más adecuadas para mitigar los riesgos identificados para cada una de las áreas o unidades operativas y administrativas de la entidad? b) ¿Los riesgos se han priorizado a efecto del diseño e implementación de la actividades de control necesarias? c) ¿Se han considerado los recursos, aptitudes y otros requerimientos necesarios para el diseño y funcionamiento de las actividades de control?		
3.2. Actividades de Control sobre los Sistemas Administrativos y Operativos (Elementos 2 a 21) a) ¿Se ha considerado el costo del control para la definición de las actividades de control incorporadas a los procedimientos administrativos y operativos que se aplican en la entidad? b) ¿Se ha efectuado una adecuada separación de funciones incompatibles como un control general para el desarrollo de las operaciones? c) Se han identificado específicamente a los servidores públicos que están facultados para autorizar y aprobar las operaciones? d) ¿Se han comunicado a los servidores públicos correspondientes las actividades de control diseñadas y aprobadas para su aplicación efectiva? e) ¿Existen medidas de seguridad adecuadas para la protección física de la documentación y los registros de las actividades y operaciones realizadas por la entidad? d) ¿Se conocen los requerimientos para la presentación de los informes financieros en tiempo y forma? e) ¿La información financiera es controlada internamente antes de ser publicada en la WEB? f) ¿La información financiera es auditada por la UAI antes de ser comunicada y remitida a la Secretaría de Finanzas y otros organismos de control?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
3.3. Control de Gestión e Indicadores de Desempeño a) ¿Se han establecido indicadores de desempeño sobre las metas de las actividades u operaciones incluidas en el POA de la entidad? b) ¿Los procesos definidos para la prestación de los servicios incorporan estándares sobre recursos aplicables o necesarios, el plazo para la prestación de servicios, y la cantidad de servicios que se ha previsto para los usuarios, entre otros? c) ¿Los indicadores son socializados entre los participantes de cada proceso? d) ¿Los indicadores son actualizados en forma periódica a fin de ajustarlos a las condiciones del entorno y de los usuarios del servicio? e) ¿Los resultados obtenidos a partir de la medición y análisis de los indicadores (logros y desvíos) son informados periódicamente a la MAE a fin de monitorear el cumplimiento del Programa de Operaciones Anual? f) ¿Los informes trimestrales permiten conocer los desvíos y el nivel alcanzado respecto de las metas previstas?		
3.4. Actividades de Control sobre los Sistemas Informáticos a) ¿La institución ha preparado un plan de contingencia para la conservación y protección de la información generada por los sistemas informáticos? b) ¿El acceso al sistema informático dispone de las seguridades necesarias para garantizar el buen uso de la información y los reportes de actividades relacionadas? c) ¿La información generada por los sistemas informáticos está disponible oportunamente y reúne las características de integridad necesarias? d) ¿Se evalúa el sistema de información en forma periódica para garantizar la confiabilidad de la información generada y se comunican los resultados de dicha evaluación a la MAE y los usuarios directos?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
e) ¿Existen mecanismos para identificar las necesidades de tecnología informática, establecer prioridades en la información procesada y retroalimentar el sistema?		
3.5. Manual de Procedimientos a) ¿Están diseñados formalmente los procedimientos y los controles establecidos para las operaciones que realizan todas las áreas y unidades sustantivas y administrativas de la entidad? b) ¿Los procedimientos se han elaborado en forma participativa con los servidores públicos que ejecutan las operaciones? c) ¿Los procedimientos y/o instructivos han sido aprobados por la máxima autoridad de la entidad? d) ¿Los procedimientos han sido comunicados fehacientemente a los servidores que deben aplicarlos y están disponibles para su consulta? e) ¿Los procedimientos han sido comprendidos por los ejecutores de las operaciones para su aplicación efectiva?		
Total Componente		
4. **INFORMACION Y COMUNICACIÓN.** *Se deben establecer mecanismos y sistemas más adecuados para obtener, procesar, generar y comunicar de manera eficaz, eficiente y económica, la información financiera, administrativa, de gestión y de otro tipo requerida en el desarrollo de sus procesos, transacciones y actividades.*		
4.1. Obtención y Comunicación de Información Efectiva y Calidad y Suficiencia de la Información (Elemento 1 y 2) a) ¿Se proveen informes analíticos y periódicos (mensuales, trimestrales, semestrales y anuales) a los funcionarios idóneos, en forma oportuna y con el nivel adecuado de detalle? b) ¿Los directores operativos y de apoyo preparan, envían y reciben informes por áreas de responsabilidad, al menos cada trimestre?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
c) ¿Los informes trimestrales incluyen la comparación de resultados con las operaciones del año anterior? d) ¿El estado de ejecución presupuestaria comparativo por niveles de detalle es preparado mensualmente y remitido a la dirección superior para conocimiento e información? e) ¿Se documentan las acciones tomadas con base en la información producida? f) ¿Los funcionarios encargados de las áreas sustantivas reciben los informes periódicos y detallados que son la base para dar seguimiento al trabajo ejecutado y a las metas comprometidas en el POA? g) ¿Los requerimientos de información para cumplir las funciones sustantivas es monitoreada en forma permanente?		
4.2. Sistemas de Información y los Controles sobre los Sistemas de Información (Elementos 3 y 4) a) ¿El sistema de información garantiza la confiabilidad, integridad y disponibilidad de los registros? b) ¿Existe un registro que permite revisar las fechas de acceso al sistema y las operaciones registradas? c) ¿Existe un funcionario encargado de revisar los contenidos de los informes generados para uso de los diversos niveles de la organización? d) ¿Se han definido las fechas límite para la emisión de los informes internos sobre los resultados y el avance de las operaciones que se desarrollan en cada una de las áreas y unidades de la entidad? e) ¿Se han definido los accesos de los servidores públicos de las áreas y unidades a los equipos, los sistemas y la información operativa y administrativa de la entidad? f) ¿Las áreas y unidades de la entidad generan información útil, oportuna y confiable para verificar el cumplimiento de las metas y objetivos físicos y financieros por parte de la dirección superior? g) ¿El sistema de información institucional está en línea con los requerimientos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
h) ¿La información generada por la institución difundida a través de la Web es aprobada previamente por la máxima autoridad de la entidad?		
4.3. Canales de Comunicación Abiertos (Elemento 5) a) ¿Existen apropiados canales y medios de comunicación y procesamiento de la información, tanto vertical, horizontal como organizacional? b) ¿Existe suficiente y oportuno intercambio de información y comunicación con las áreas o unidades que se encuentran en otras ubicaciones geográficas (por ej.: regionales)? c) ¿El acceso a la MAE y los superiores jerárquicos de la entidad están definidos y se aplican en forma continua y permanente? d) ¿Se organizan y desarrollan reuniones semestrales para que el personal de la entidad conozca el avance de los resultados y el nivel en el que se están alcanzando los objetivos programados?		
4.4. Archivo Institucional (Elemento 6) a) ¿La Institución mantiene archivos específicos por áreas o unidades administrativas y operativas? b) Los archivos están ordenados adecuadamente para facilitar el acceso de la información generada, procesada, recibida y registrada por la entidad. c) ¿El titular del área operativa, administrativa o superior tiene la responsabilidad por el manejo de los archivos físicos y magnéticos? d) ¿La custodia y manejo de los archivos físicos y magnéticos está asignada a un servidor específico? e) ¿Están definidos los procedimientos para el acceso, préstamo y control de los documentos de archivo? f) ¿Las máximas autoridades han instruido para que la entidad administre su documentación en archivos activos (menos de 5 años), archivos pasivos (entre 5 y 10 años) y también, un archivo general o histórico institucional (más de 10 años)?		
Total Componente		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
5. **MONITOREO.** *Se deberá observar y evaluar de manera continuada el funcionamiento de los diversos controles, con el fin de determinar la vigencia, efectividad y calidad del control interno; para identificar sus debilidades, identificar y emprender las acciones correctivas o de mejora y darles seguimiento para mantener o incrementar su efectividad con relación al logro de los objetivos de control interno y formular recomendaciones para agregar valor al control de los procesos.*		
5.1. Monitoreo del control interno y Evaluación del Desempeño Institucional (Elementos 1 y 2) a) ¿Las autoridades de la entidad han desarrollado la normatividad interna incorporando controles para dar cumplimiento al principio de auto regulación y establecido instrumentos organizacionales como manuales de procedimientos, manual de organización y funciones, manual de puestos, manual de políticas, etc.? b) ¿Los manuales de procedimientos son suficientes para desarrollar el auto control por todos los servidores públicos que participan en las operaciones? c) ¿Se ha establecido un sistema de seguimiento permanente para garantizar que la administración cumpla los controles administrativos, financieros y legales vigentes? d) ¿Los controles incorporados en el trámite de validación, autorización, revisión y aprobación de los gastos presupuestados está definido y se cumple efectivamente? e) ¿El informe de evaluación del POA y de la ejecución presupuestaria considera el cumplimiento de metas y objetivos?		
5.2. Reporte de deficiencias y Toma de Acciones Correctivas (Elementos 3 y 4)		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
a) ¿La Unidad de Planificación y la UAI realizan el proceso de monitoreo y generan informes periódicos sobre las deficiencias detectadas y las recomendaciones propuestas sobre el cumplimiento de objetivos y metas, y el control interno vigente? a) ¿Se elabora un plan de acción de cada área o unidad para aplicar las acciones correctivas necesarias procurando evitar deficiencias futuras? b) ¿Se emiten informes periódicos sobre las tareas desarrolladas en función al plan de acción aprobado por las autoridades de la entidad? c) ¿La función de evaluación independiente del control interno es realizada por la UAI?		
5.3. Asesoría Externa para el Monitoreo del Control Interno (Elemento 5) a) ¿Conoce si la institución ha contratado el servicio de asesoría externa para el monitoreo del control interno? b) ¿Utiliza la entidad el monitoreo en todas sus actividades y existen resultados formales de su aplicación? c) ¿La asesoría externa para el monitoreo del control interno cubre las carencias del monitoreo continuo implementado en la entidad o la inexistencia de informes de auditoría sobre el diseño y el funcionamiento del control interno institucional?		
5.4. Cumplimiento de Estándares Internacionales de Auditoría Interna (Elemento 6) a) ¿La entidad realiza una evaluación separada sobre el diseño y el funcionamiento del control interno? b) ¿La UAI aplica la "Guía para la Elaboración del Plan General y el Programa Operativo Anual de la UAI" que emitió ONADICI? c) ¿La entidad aplica la "Guía de Organización y Funcionamiento de las UAIs" emitida por ONADICI a efecto de organizar la estructura, las funciones y responsabilidades de la unidad y su personal técnico?		

AUTOEVALUACIÓN	Calificación	Promedio
d) ¿La UAI conoce el contenido de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna como marco de referencia internacional para el desarrollo de la actividad de auditoría interna? e) ¿Las autoridades de la entidad conocen el "Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos" que se utilizó como referencia local para desarrollar las Guías para la Implementación del Control Interno emitidas por ONADICI?		
Total Componente		
RESUMEN DE RESULTADOS: 1. **Ambiente de Control** (7x4= 28 puntos de 100) 2. **Evaluación y Gestión de Riesgos** (6x4= 24 puntos de 100) 3. **Actividades de Control** (4x4= 16 puntos de 100) 4. **Información y Comunicación** (4x4= 16 puntos de 100) 5. **Monitoreo y Evaluación** (4x4= 16 puntos de 100)		
REFERENCIA LEGAL Y TECNICA: Estos cuestionarios se basan en las disposiciones del Acuerdo Administrativo 001/2009 del TSC, resumiendo los 48 elementos descritos de las cinco NOGECI en 25 al integrar algunos relacionados.		

Realizado por: _____ **Fecha** _____

Supervisado por: _____ **Fecha** _____

ANEXO 3. ÍNDICE DEL CONTENIDO DE LAS NIEPAI

NORMAS INTERNACIONALES PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION DE AUDITORIA INTERNA (NIEPAI)

NORMAS SOBRE ATRIBUTOS

1000 Propósito, autoridad y responsabilidad
1010 Reconocimiento de la definición de auditoría interna, el Código de Ética y las Normas en el estatuto de auditoría interna
1100 Independencia y objetividad
1110 Independencia dentro de la organización
1111 Interacción directa con el Consejo
1120 Objetividad individual
1130 Impedimentos a la independencia u objetividad
1200 Aptitud y cuidado profesional
1210 Aptitud
1220 Cuidado profesional
1230 Desarrollo profesional continuo
1300 Programa de aseguramiento y mejora de la calidad
1310 Requisitos del programa de aseguramiento y mejora de la calidad
1311 Evaluaciones internas
1312 Evaluaciones externas
1320 Reportar sobre el programa de aseguramiento y mejora de la calidad
1321 Utilización de Cumple con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna"
1322 Declaración de incumplimiento

NORMAS SOBRE DESEMPEÑO

2000 Administración de la actividad de auditoría interna
2010 Planificación
2020 Comunicación y aprobación
2030 Administración de recursos
2040 Políticas y procedimientos
2050 Coordinación
2060 Informe a la alta dirección y al Consejo
2100 Naturaleza del trabajo
2110 Gobierno
2120 Gestión de riesgos
2130 Control
2200 Planificación del trabajo
2201 Consideraciones sobre planificación
2210 Objetivos del trabajo
2220 Alcance del trabajo
2230 Asignación de recursos para el trabajo
2240 Programa de trabajo

2300 Desempeño del trabajo
2310 Identificación de la información
2320 Análisis y evaluación
2330 Documentación de la información
2340 Supervisión del trabajo
2400 Comunicación de resultados
2410 Criterios para la comunicación
2420 Calidad de la comunicación
2421 Errores y omisiones
2430 Uso de Realizado de conformidad con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna
2431 Declaración de incumplimiento de las *Normas*
2440 Difusión de resultados
2500 Seguimiento del progreso
2600 Decisión de aceptación de los riesgos por la dirección.

GLOSARIO

1. **ACO**	Actividades De Control
2. **AMC**	Ambiente De Control
3. **CII**	Control Interno Institucional
4. **CNA**	Consejo Nacional Anticorrupción
5. **COSO**	Committee of Sponsoring Organization
6. **CPEP**	Comité de Probidad y Ética Pública
7. **CPESP**	Comité de Probidad y Ética del Servidor Público
8. **EGR**	Evaluación y Gestión De Riesgos
9. **G-CII**	Guías de Control Interno Institucional
10. **IAIP**	Instituto de Acceso a la Información Pública
11. **ICO**	Información y Comunicación
12. **ICR**	Indicadores Claves De Riesgo
13. **IIA-G**	Instituto de Auditores Internos Global
14. **LTAIP**	Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
15. **MAE**	Máxima Autoridad Ejecutiva
16. **MARE-CII-RP**	Marco Rector Del Control Interno Institucional de Los Recursos Públicos
17. **NIEPAI**	Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna
18. **NOGECI**	Normas Generales de Control Interno
19. NOGENAIG	Norma General de Auditoría Interna Gubernamental
20. **ONADICI**	Oficina Nacional de Desarrollo Integral del Control Interno
21. **ONCAE**	Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado
22. **PO**	Prácticas Obligatorias
23. **POA**	Plan Operativo Anual
24. **PRICI**	Principio de Control Interno
25. **SEFIN**	Secretaría de Finanzas
26. **SIAFI**	Sistema de Administración Financiera Integrada
27. **SINACORP**	Sistema Nacional de Control de los Recursos Públicos
28. **SISERA**	Sistema de Seguimiento de Recomendaciones de Auditoría
29. **TSC**	Tribunal Superior de Cuentas
30. **UAI**	Unidad de Auditoría Interna