**INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL**

**UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

**Y DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**INFORME SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL ISRI, ENERO - DICIEMBRE 2015**

**SAN SALVADOR, DICIEMBRE 2015**

Contenido

[Resumen 3](#_Toc439679005)

[Introducción 4](#_Toc439679006)

[Misión del ISRI 7](#_Toc439679007)

[Visión del ISRI 7](#_Toc439679008)

[Valores institucionales 7](#_Toc439679009)

[Objetivos institucionales 7](#_Toc439679010)

[Metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, y para el seguimiento de las actividades de control 9](#_Toc439679011)

[Riesgos identificados según unidad organizativa 12](#_Toc439679012)

[Temas relacionados con los riesgos identificados 13](#_Toc439679013)

[Situación de los riesgos a mayo 2015, según unidad organizativa 14](#_Toc439679014)

[Situación de los riesgos a diciembre 2015, según unidad organizativa 15](#_Toc439679015)

[Grado de control de los riesgos identificados a diciembre 2015 16](#_Toc439679016)

[Actividades de control y situación a diciembre 2015, según unidad organizativa 17](#_Toc439679017)

[Almacén Central 17](#_Toc439679018)

[Unidad de Auditoría Interna 22](#_Toc439679019)

[Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) 23](#_Toc439679020)

[Centro de Aparato Locomotor (CAL) 25](#_Toc439679021)

[Centro de Audición y Lenguaje (CALE) 28](#_Toc439679022)

[Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" 30](#_Toc439679023)

[Unidad de Comunicaciones 31](#_Toc439679024)

[Unidad de Consulta Externa 32](#_Toc439679025)

[Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) 33](#_Toc439679026)

[Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) 37](#_Toc439679027)

[Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) 38](#_Toc439679028)

[Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) 39](#_Toc439679029)

[Gerencia Administrativa 40](#_Toc439679030)

[Unidad de Asesoría Jurídica 42](#_Toc439679031)

[Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional 42](#_Toc439679032)

[Unidad de Regulación 44](#_Toc439679033)

[Departamento de Recursos Humanos 45](#_Toc439679034)

[Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) 46](#_Toc439679035)

[Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) 46](#_Toc439679036)

[Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI) 47](#_Toc439679037)

[Unidad Financiera Institucional (UFI) 49](#_Toc439679038)

[Conclusiones 50](#_Toc439679039)

# Resumen

Todas las unidades organizativas del ISRI que identificaron riesgos en su área de competencia para el 2015, informaron el seguimiento de éstos a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, tal como lo establece el Art. 9 de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI.

Al comparar la situación de los riesgos controlados en mayo 2015 con los de diciembre se observó una mejoría significativa, dado que para mayo solo se reportaron dos riesgos controlados, en cambio este número ascendió a 34 en diciembre, es decir, 50 % de los 68 riesgos identificados.

Entre las razones de no lograr controlar o dar seguimiento a los riesgos fueron: no aprobación de la solicitud de adquisición de equipo o licencias de software (dada la Política de Ahorro 2015); no respuesta, por parte de la Corte de Cuentas de la República, a solicitud de capacitaciones; prohibición por parte del Ministerio de Hacienda de contratación de personal en plazas permanentes o nuevas (si se permitió la contratación temporal por servicios profesionales, pero esto no facilitó el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos); inasistencia de usuarios; falta de transporte o motorista en horarios nocturnos y de fines de semana; personal con incapacidad prolongada; presupuesto no acorde a las necesidades; permisos personales y asistencia a actividades no programadas; no elaboración de términos de referencia, materiales y costos de proyectos de remodelación; falta de financiamiento para la ejecución de proyectos de infraestructura; retardo en la compra por parte de la UACI; cumplimiento, por parte del personal, de actividades no acordes a su función.

# Introducción

*El actual Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), fue creado como Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos por Decreto número 503 del Directorio Cívico Militar de El Salvador, publicado en el* Diario Oficial *número 239, tomo 193 de fecha 27 de diciembre de 1961. En enero 2012, y por Decreto 970 de la Asamblea Legislativa, el nombre del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos cambió a Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. En junio 2015 la Junta Directiva del ISRI, en Acuerdo JD 29-2015, autorizó cambios en la misión, la visión, los valores y objetivos institucionales los cuales entraron en vigencia a partir del 09 de junio de 2015 y son los que aparecen el presente informe.*

*El logro de los objetivos del ISRI puede afectarse por riesgos reales o potenciales o por factores internos o externos; por lo que, es importante la identificación y valoración de los riesgos, la definición de las actividades para su control y el seguimiento de estas actividades.*

*Las* Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI *establecen, en el Art. 18 del capítulo II, que el seguimiento de las acciones a tomar a fin de disminuir el nivel de riesgo, “será responsabilidad de todos los funcionarios responsables de cada dependencia institucional”. En el mismo artículo también se establece que “los resultados del seguimiento, serán comunicados a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional”.*

*Para propósitos de este informe se consideran los siguientes conceptos:*

* *Definición de riesgos: circunstancias, reales o potenciales, que pueden impedir que las actividades se desarrollen según estaban programadas, afectando adversamente el logro de los objetivos institucionales. Pueden deberse a factores externos (no están bajo el control del funcionario o empleados de la unidad organizativa, por ejemplo, el presupuesto o los factores medioambientales) o internos (están bajo el control del funcionario o empleados de la unidad organizativa, por ejemplo, personal, procesos).*
* *Riesgos a identificar: aquellos que sean más importantes, es decir, los que están presentes en los procesos críticos de la unidad organizativa. Por lo que es importante primero identificar los procesos críticos para luego identificar los riesgos en cada uno de ellos, así como la probabilidad de ocurrencia e impacto de los riesgos identificados, lo que permitirá establecer la exposición o severidad del riesgo.*
* *Definición de probabilidad: frecuencia con la que se estima (cualitativa o cuantitativamente) se podría presentar el riesgo identificado; puede ser: alta (ocurre menos que trimestralmente o entre el 70 al 100 % de los casos), media (ocurre semestralmente o entre el 30 al 60 % de los casos) o baja (ocurre anualmente o menos del 20 % de los casos).*
* *Valoración del riesgo según probabilidad: alta (3), media (2) o baja (1).*
* *Definición de impacto: estimación del daño producido por el riesgo; puede ser: alto (influye gravemente en el logro de los objetivos institucionales), medio (dificulta o retrasa el cumplimiento de los objetivos institucionales) o bajo (tiene un efecto pequeño o nulo para el cumplimiento de los objetivos institucionales).*
* *Valoración del riesgo según impacto: alto (3), medio (2) o bajo (1).*
* *Definición de exposición al riesgo o severidad del riesgo: es el resultado de multiplicar el valor asignado a la probabilidad por el valor asignado al impacto asignado; puede ser: intolerable (vigilancia urgente), importante (vigilancia prioritaria), moderado (vigilancia cuidadosa), tolerable (vigilancia mínima) o trivial (vigilancia leve).*
* *Valoración de la exposición al riesgo o evaluación del riesgo: intolerable (9), importante (6), moderado (4 o 3), tolerable (2) o trivial (1).*
* *Definición de actividad de control: solución adoptada para aminorar o evitar los riesgos, considerando que se dispone de los recursos y apoyos necesarios.*
* *Nivel de intervención: grado de control del riesgo logrado mediante la actividad de control; puede ser: controlado (la actividad de control ha sido efectiva), en proceso (la actividad de control no se ha concluido), no controlado (la actividad de control no ha sido efectiva y el riesgo persiste) o sin seguimiento (no se ha realizado la actividad de control).*
* *Involucrados en las actividades de control: todos los servidores públicos del ISRI.*
* *Responsable del seguimiento de las actividades de control de riesgos: funcionario responsable de la unidad organizativa (Art. 9 y 18 NTCI específicas del ISRI). Debe identificarse un solo responsable para evitar dificultad en la toma de decisiones.*
* *Responsabilidad de la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional: definir la herramienta a utilizar y coordinar el proceso de identificar los riesgos institucionales (Art. 16 NTCI específicas del ISRI).*

*A continuación se presenta el* Informe seguimiento de los riesgos del ISRI, enero-diciembre 2015*, conteniendo: la misión, la visión, los valores y los objetivos institucionales, aprobados por Junta Directiva en junio 2015; la metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, y para el seguimiento de las actividades de control; los riesgos según unidad organizativa y los temas con los que se relacionan; un cuadro con la situación de los riesgos a mayo 2015 y otro con la situación a diciembre 2015; un gráfico con el grado de control de los riesgos; y cuadros con las actividades programadas, las realizadas para controlarlos, la situación del riesgo y el por qué no se lograron controlar o dar seguimiento; finalizando con algunas conclusiones. Los riesgos y sus actividades de control se transcriben tal como fueron enviados por las respectivas unidades organizativas.*

# Misión del ISRI

Somos la Institución pública de mayor experiencia a nivel nacional en la provisión de servicios especializados de rehabilitación integral a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación con el usuario, la familia, la comunidad, organizaciones, empresa privada e instituciones del Estado, con la finalidad de contribuir a la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.

# Visión del ISRI

Ser una Institución de rehabilitación integral que posibilita la independencia funcional, la inclusión social y laboral de la personas con discapacidad.

# Valores institucionales

* **Competencia.** Contamos con personal idóneo con conocimiento, habilidades, destrezas y experiencias para dar respuesta a las necesidades de nuestros usuarios.
* **Compromiso.** Estamos plenamente convencidos e identificados con el que hacer institucional con el fin de contribuir a la inclusión social y laboral de nuestros usuarios o su familia.
* **Equidad.** Atendemos a nuestros usuarios con enfoque humano y de derechos.

# Objetivos institucionales

1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta.
2. Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad.
3. Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores.
4. Contribuir en la prevención, detección e intervención temprana de las discapacidades.
5. Promover la equiparación de oportunidades para la plena inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.
6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales.

# Metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, y para el seguimiento de las actividades de control

Luego de aprobado por presidencia del ISRI el Plan Anual de Trabajo 2015, la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional solicitó, a los responsables de las diferentes unidades organizativas del ISRI, la identificación y valoración de sus riesgos para el 2015, así como la definición de las actividades que permitan el control de los mismos, para lo cual se les envió, con su respectivo instructivo y en formato Excel, la siguiente matriz para que fuera completada.

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral** |

 |
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Matriz para la identificación, valoración de riesgos 2015 y actividades para su control** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Nombre de la unidad organizativa:** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Fecha del llenado de la matriz:** |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **No**(1) | **Riesgo identificado**(2) | **Probabilidad o frecuencia con que se presenta el riesgo en el año**(3) | **Impacto o daño producido por el riesgo**(4) | **Valoración de la exposición o severidad del riego**(5) | **Definición de la exposición o severidad del riego**(6) | **Actividad de control programada**(7) | **Responsable del seguimiento de la actividad de control programada**(8) |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |   |  |  |  |  |
|  | Nombre y firma del responsable del llenado de la matriz |  |  |  |  |

***Instructivo para el llenado de la Matriz para la identificación, valoración de riesgos 2015 y actividades para su control***

***No*** *(1). Anotar el número correlativo del riesgo identificado.*

***Riesgo identificado*** *(2). Anotar el riesgo identificado.*

***Probabilidad o frecuencia con que se presenta el riesgo en el año*** *(3): si es alta anotar 3; si es media anotar 2; si es baja anotar 1.*

***Impacto o daño producido por el riesgo*** *(4): si es alto anotar 3; si es medio anotar 2; si es bajo anotar 1.*

***Valoración de la exposición o severidad del riego*** *(5): anotar el resultado de multiplicar el valor asignado a la probabilidad por el valor asignado al impacto.*

***Definición de la exposición o severidad del riego*** *(6): si la valoración de la exposición o severidad del riego es 9 anotar intolerable; si es 6 anotar importante; si es 4 o 3 anotar moderado; si es 2 anotar tolerable; si es 1 anotar trivial.*

***Actividad de control programada*** *(7): anotar la solución adoptada para aminorar o evitar los riesgos, considerando que se dispone de los recursos y apoyos necesarios.*

***Responsable del seguimiento de la actividad de control programada*** *(8): anotar el cargo del funcionario responsable de la unidad organizativa.*

Las siguientes unidades organizativas enviaron a Planificación la información solicitada correspondiente a su área de responsabilidad:

1. Almacén Central
2. Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar” (CAASZ)
3. Centro de Audición y Lenguaje (CALE)
4. Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”
5. Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)
6. Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)
7. Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)
8. Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)
9. Centro del Aparato Locomotor (CAL)
10. Departamento de Recursos Humanos
11. Gerencia Administrativa
12. Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)
13. Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)
14. Unidad de Asesoría Jurídica
15. Unidad de Auditoría Interna
16. Unidad de Comunicaciones
17. Unidad de Consulta Externa
18. Unidad de Control de Bienes Institucionales (UCBI)
19. Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
20. Unidad de Regulación
21. Unidad Financiera Institucional (UFI)

En noviembre 2015 y con el objeto de dar cumplimiento al Art. 9 de las NTCI específicas del ISRI, se solicitó a cada una de las anteriores unidades organizativas, completar la matriz a utilizar para el seguimiento de los riesgos institucionales durante el 2015 y remitirla, una vez completada, a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional al correo electrónico sec1.planificacion@isri.gob.sv a más tardar el 07 de diciembre de 2015. La matriz contenía seis columnas; las tres primeras ya estaban completadas con la información que en su oportunidad se recibió en la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, por parte de cada una de las unidades organizativas (Número correlativo; Riesgo identificado; y Actividad de control programada). Por lo tanto, se solicitó completar las tres últimas columnas: “**Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015**”, “**Situación del riesgo a diciembre 2015**” y “**¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?**”. Las 21 unidades respondieron oportunamente con lo solicitado.

# Riesgos identificados según unidad organizativa

Del total de riesgos identificados (68) el número mayor correspondió al Almacén Central con 10 riesgos, el número menor correspondió al CRIO, al CAASZ, la UACI y la unidad de Regulación, con un riesgo cada uno.

| **No** | **Unidad organizativa** | **Número de riesgos identificados** | **Porcentaje acumulado** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Almacén Central | 10 | 14.71 |
| 2 | Recursos Humanos | 7 | 25.00 |
| 3 | Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 6 | 33.82 |
| 4 | Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 5 | 41.18 |
| 5 | Centro del Aparato Locomotor (CAL) | 4 | 47.06 |
| 6 | Comunicaciones | 4 | 52.94 |
| 7 | Consulta Externa | 4 | 58.82 |
| 8 | Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 3 | 63.24 |
| 9 | Asesoría Jurídica | 3 | 67.65 |
| 10 | Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 3 | 72.06 |
| 11 | Control de Bienes Institucionales (UCBI) | 3 | 76.47 |
| 12 | Auditoría Interna | 2 | 79.41 |
| 13 | Gerencia Administrativa | 2 | 82.35 |
| 14 | Acceso a la Información Pública (UAIP) | 2 | 85.29 |
| 15 | Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 2 | 88.24 |
| 16 | Financiera Institucional (UFI) | 2 | 91.18 |
| 17 | Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 2 | 94.12 |
| 18 | Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 1 | 95.59 |
| 19 | Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) | 1 | 97.06 |
| 20 | Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 1 | 98.53 |
| 21 | Regulación | 1 | 100.00 |
| **Total** | **68** | **--** |

El promedio de riesgos identificados por unidad organizativa fue tres, estando por arriba de este promedio el Almacén Central (10), Recursos Humanos (7), CRINA (6), CALE (5), CAL (4), Comunicaciones (4) y Consulta Externa (4), lo que representó el 58.82 % del total (40/68). Los riesgos identificados por los centros del ISRI (incluyendo la Consulta Externa) fueron 29, esto es 42.65 % del total de riesgos (29/68). Las unidades de la Administración Superior identificaron 39 riesgos (57.35 %).

# Temas relacionados con los riesgos identificados

El 54.41 % de los riesgos identificados (37/68), se relacionaron con los temas: control (13), personal del ISRI (7), equipamiento (6), información (6) y programación (5). Los temas atención al usuario, demanda de usuarios y satisfacción del usuario fueron identificados por el CRINA, el CALE, la Consulta Externa y el CAASZ.

| **No** | **Tema** | **Unidad organizativa y número de riesgos identificados por cada una** | **Número de riesgos identificados** | **Porcentaje** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Control | Almacén Central (7), UAIP (2), CRIO (1), RRHH (1), UACI (1), CALE (1) | 13 | 19.12 |
| 2 | Personal del ISRI | UFI (2), CRINA (1), Planificación (1), RRHH (1), CALE (1), Consulta Externa (1) | 7 | 29.41 |
| 3 | Equipamiento | RRHH (3), Comunicaciones (2), UCBI (1) | 6 | 38.24 |
| 4 | Información | Almacén Central (2), RRHH (2), Ciegos (1), UCBI (1) | 6 | 47.06 |
| 5 | Programación | CRIOR (2), CAL (1), Consulta Externa (1), UCBI (1) | 5 | 54.41 |
| 6 | Mantenimiento | Almacén Central (1), CRINA (1), CAL (1), Gerencia Administrativa (1) | 4 | 60.29 |
| 7 | Presupuesto | Comunicaciones (1), CRINA (1), Planificación (1), CAL (1) | 4 | 66.18 |
| 8 | Demanda de usuarios | CRINA (1), CALE (1), Consulta Externa (1) | 3 | 70.59 |
| 9 | Legal | Unidad de Asesoría Jurídica (3) | 3 | 75.00 |
| 10 | Normativas | CRIOR (1), Regulación (1), CALE (1) | 3 | 79.41 |
| 11 | Proceso | Ciegos (1), CAL (1), CALE (1) | 3 | 83.82 |
| 12 | Transporte | CRP (2), Comunicaciones (1) | 3 | 88.24 |
| 13 | Ambiente | Consulta Externa (1), Gerencia Administrativa (1) | 2 | 91.18 |
| 14 | Auditoría | Unidad de Auditoría Interna (2) | 2 | 94.12 |
| 15 | Atención al usuario | CRINA (1) | 1 | 95.59 |
| 16 | Comunicación | CRP (1) | 1 | 97.06 |
| 17 | Proyecto | CRINA (1) | 1 | 98.53 |
| 18 | Satisfacción del usuario | CAASZ (1) | 1 | 100.00 |
| **Total** | **68** | **--** |

# Situación de los riesgos a mayo 2015, según unidad organizativa

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad organizativa** | **Total de riesgos identificados** | **Riesgo controlado** | **Riesgo en proceso** | **Riesgo no controlado** | **Riesgo sin seguimiento** |
| Almacén Central | 10 | 0 | 9 | 1 | 0 |
| Departamento de Recursos Humanos | 7 | 1 | 6 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 6 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 5 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| Centro de Aparato Locomotor (CAL) | 4 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| Unidad de Comunicaciones | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 |
| Unidad de Consulta Externa | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Unidad de Asesoría Jurídica | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI) | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Unidad de Auditoría Interna | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Gerencia Administrativa | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Unidad Financiera Institucional (UFI) | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Unidad de Regulación | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| **Total** | **68** | **2** | **59** | **7** | **0** |

# Situación de los riesgos a diciembre 2015, según unidad organizativa

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad organizativa** | **Total de riesgos identificados** | **Riesgo controlado** | **Riesgo en proceso** | **Riesgo no controlado** | **Riesgo sin seguimiento** |
| Almacén Central | 10 | 9 | 1 | 0 | 0 |
| Departamento de Recursos Humanos | 7 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 6 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Aparato Locomotor (CAL) | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Unidad de Comunicaciones | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Unidad de Consulta Externa | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Unidad de Asesoría Jurídica | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI) | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| Unidad de Auditoría Interna | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Gerencia Administrativa | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Unidad Financiera Institucional (UFI) | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Regulación | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **68** | **34** | **27** | **7** | **0** |

# Grado de control de los riesgos identificados a diciembre 2015

Al comparar la situación de los riesgos controlados en mayo con los de diciembre se observó una mejoría significativa, dado que para mayo solo se reportaron dos riesgos controlados, en cambio este número ascendió a 34 en diciembre, lo que representó un incremento de 1,600 % de riesgos controlados en relación a mayo, y 50 % del total de riesgos identificados (68). Quedando 27 riesgos (40 %) en proceso, es decir, que la actividad de control no ha concluido.

# Actividades de control y situación a diciembre 2015, según unidad organizativa

## Almacén Central

| **No** | **Riesgo identificado por Almacén Central** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Definición inadecuada del nivel de inventarios. | La adquisición de nuevos inventarios se basa en el análisis de rotación y en directrices que permiten concluir la necesidad de la compra, la adquisición de nuevo inventario es aprobado por autoridades del ISRI, la compra de bienes y equipos cuentan con los correspondientes soportes que justifican la necesidad de la compra. | 1. Se ha proporcionado por parte del Almacén Central desde enero a mayo la disponibilidad de bienes de la Administración Superior y centros de atención oportunamente, para que elaboren el requerimiento de sus necesidades, así como el consumo del mes anterior.2. A la UACI se le ha proporcionado por medio electrónico inventario de existencias como aporte a la toma de decisiones para compra.3. A partir de junio se habilitó un acceso de la base de datos, que se actualiza varias veces al día para que la Administración Superior y centros de atención tengan la información conveniente y simultánea, esto facilita consultar ingresos, consumo, actas, requisiciones, etc. | Controlado |  |
| 2 | Pérdida de inventarios por deterioro de los productos. | La ubicación del inventario y su espacio físico, cumple con las medidas de seguridad física para garantizar su protección, el inventario de mayor nivel de exposición a daños ambientales cuenta con los niveles de protección según su composición física, se realizan verificaciones periódicas que permiten retirar del inventarios los productos dañados y/o en mal estado de forma oportuna. | 1. Se solicito a Gerencia la ubicación del inventario en espacios físicos adecuados para que cumplan con las medidas de seguridad y garantizar su protección.2. Se elaboraron solicitudes de trabajo a fin de adecuar la zona despensa de alimentos para que cuente con ventilación adecuada y separación de espacios.3. Por parte del coordinador del Almacén Central se realizaron verificaciones de los productos dañados y/o en mal estado de forma oportuna, no encontrándose desde enero a diciembre ningún bien dañado y/o en mal estado. | Controlado |  |
| 3 | Registro inadecuado del inventario y gestión de administración de contratos. | El Almacén Central cuenta con equipo informático adecuado y completo para registrar e imprimir la información de inventario y administración de contratos, acceso a la red internet, áreas de trabajo apropiadas y personalizadas para los guardalmacenes responsables. | 1. Se ha solicitado a Gerencia contar con equipo informático adecuado y completo para registrar e imprimir la información de Inventario y Administración de contratos.2) También se ha solicitado aprobación para que los guardalmacenes tengan acceso a la red internet así como áreas de trabajo apropiadas y personalizadas. | En proceso | No se aprobó la adquisición de equipo informático adecuado y completo para registrar e imprimir la información, se adquirieron los materiales que servirán para la construcción de áreas de trabajo apropiadas y personalizadas, no se concedió acceso a internet. |
| 4 | Ausencia de mantenimiento a equipos informáticos e infraestructura del Almacén Central. | Emitir órdenes de trabajo para revisar, ampliar, corregir y reparar la infraestructura física del Almacén Central, gestionar servicios de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo informático del Almacén Central. | 1. Se han elaborado órdenes de trabajo para revisar, ampliar, corregir y reparar la infraestructura física del Almacén Central.2. Se gestionaron servicios de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo informático del Almacén Central. | Controlado |  |
| 5 | Pérdidas de inventario por poca y nula rotación del mismo. | Se han establecido mínimos y máximos de inventario, se divulga la información de bienes agrupados de nula y poca rotación a los centros y Administración Superior, se solicita programación de consumo para los bienes de poca y nula rotación, seguimiento al programa de consumo, disposición de bienes de poca y nula rotación. | 1. El Almacén Central ha divulgado a través de correo electrónico la información de bienes agrupados de nula y poca rotación en la Administración Superior y centros de atención.2. Así como solicitar programación de consumo de dichos bienes y puesta a disposición a otras dependencias obteniendo resultados favorables.3. Luego se han remitido reportes para seguimiento al programa de consumo, disposición de bienes de poca y nula rotación que sustituyen a los del mes anterior, obteniendo buenos resultados. | Controlado |  |
| 6 | Pérdida de inventarios por inadecuada custodia del mismo. | Los inventarios cuentan con un adecuado nivel de custodia y su acceso es restringido solo a personal autorizado, los guardalmacenes responsables de administrar y custodiar el inventario son independientes al área contable, se realizan conciliaciones de los saldos de inventario. | 1. El inventario cuenta con un adecuado nivel de custodia y su acceso está restringido solo a personal autorizado.2. Los guardalmacenes son responsables de administrar y custodiar el inventario.3. Se realizan conciliaciones de los saldos de inventario frecuentemente. | Controlado |  |
| 7 | Ausencia de información de soporte que sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente de procedencia externa e interna para la realización de registros. | La información de soporte que remita la UACI y la UFI, al Almacén Central sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente. | Se han hecho observaciones para que la información de soporte procedente de la UACI y la UFI, al Almacén Central sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente. Como por ejemplo órdenes de compra, contratos, números de compromisos presupuestarios. Ha mejorado considerablemente la atención a las observaciones hechas por el Almacén Central. | Controlado |  |
| 8 | Resultados inadecuados del inventario. | Se cuenta con una metodología para la realización del inventario físico, y la misma se encuentra documentada e informada a Gerencia, se han definido el número de inventarios físicos que deben ser realizados periódicamente, los resultados del inventario son comparados contra los saldos registrados en el sistema, una vez se ha finalizado el levantamiento físico, se cuenta con un coordinador de Almacén Central para la realización del mismo, los bienes se encuentran debidamente etiquetados y organizados. | Se programó la realización de inventario físico para junio y diciembre del presente año, en el que se efectuarán todas las actividades de control programadas para este riesgo identificado. | Controlado |  |
| 9 | Pérdidas económicas por hurto o deterioro del inventario. | Se realizan verificaciones aleatorias de los saldos de inventario, de tal forma que se identifiquen oportunamente cambios inusuales en las existencias, los saldos de los inventarios son actualizados diariamente, y las diferencias que se presentan son corregidas oportunamente. | Al realizarse verificaciones aleatorias de los saldos de inventario, no se identificaron cambios inusuales en las existencias, los saldos de los inventarios, estos son actualizados diariamente y las diferencias que se han presentado se han corregido oportunamente. | Controlado |  |
| 10 | Ausencia de sistema para registro de movimientos del Inventario. | Respaldo de información oportunamente, mantenimiento periódico al sistema, actualización del sistema. | 1. Se ha respaldado la información oportunamente, a cada hora y diariamente, en la estación de trabajo donde la base de datos y en el espacio habilitado en el servidor institucional diariamente.2. Se han realizado mantenimientos periódicos al sistema de enero a diciembre.3. Se adaptó el sistema a partir de junio para compilación de datos necesaria para el PERC. | Controlado |  |

## Unidad de Auditoría Interna

| **No** | **Riesgo identificado por Auditoría Interna** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falta de conciencia de control por parte de los auditados. | Solicitar a las nuevas autoridades institucionales que se gestionen capacitaciones sobre el control interno previo, concurrente y posterior; conciliación periódica de registros y monitoreo sobre la marcha para el personal clave del Instituto. | Se solicitó nuevamente a las autoridades la implementación de capacitaciones para el personal clave del ISRI. | En proceso | El departamento de Recursos Humanos gestionó capacitaciones a la Corte de Cuentas quien aún no ha respondido. |
| 2 | Ejecución de auditorías conforme a las nuevas Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental. | 1. Gestionar capacitaciones con la Corte de Cuentas de la República.2. Gestionar capacitaciones con otras instituciones gubernamentales.3. Desarrollo de capacitaciones virtuales en el sitio www.auditool.org | 1. Se gestionaron capacitaciones con la Corte de Cuentas.2. Se gestionaron capacitaciones con el Ministerio de Hacienda.3. Se hicieron auto capacitaciones en el sitio virtual www.auditool.org. | Controlado |  |

## Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ)

| **No** | **Riesgo identificado por el CAASZ** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | No se ha sistematizado la satisfacción del usuario. | Elaboración de encuestas para valorar la satisfacción de los adultos mayores residentes. Se ha colocado buzón de sugerencias dirigido a adultos mayores, personal y público en general que nos visita. Se han propuesto indicadores para medir la calidad de atención. Desde el año 2013 se ha lanzado la campaña denominada Cero Tolerancia al Maltrato, se ha creado desde 2013 el grupo promotor de atención gerontológica centrada en la persona y de observatorio de maltrato a nivel del Centro y se han realizado varias encuestas de satisfacción dirigidas a nuestros adultos mayores residentes que tienen conservado su estado cognitivo. Existe un Comité de adultos mayores a través del cual se escucha las opiniones y sugerencias de los adultos mayores. Se realizan además encuesta a través de diferentes trabajos de investigación que realizan alumnos de universidades de los cuales nos queda fotocopia. | 1. Acercamiento a la comunidad escolar y adultos mayores a través de charlas de sensibilización (2 mensuales).2. Charlas de promoción del programa atención centrada en la persona al adulto mayor residentes para informar sobre servicios brindados y los cuidado sobre cómo deben de ser atendidos por el personal (1 semanal).3. Buzón de sugerencias a través de consultas verbales del adulto mayor hacia el director del Centro, para exteriorizar, sus necesidades, demandas o quejas y por cartas. | Controlado |  |

## Centro de Aparato Locomotor (CAL)

| **No** | **Riesgo identificado por el CAL** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Incumplimiento de las metas por factores relacionados a la falta de personal a contratar, inasistencia de usuarios y ausentismo laboral de recursos. | 1. Gestión ante Presidencia, Gerencia Médica y Recursos Humanos para acelerar el trámite de nombramiento y contratación de plazas disponibles.2. Desarrollar a través de Trabajo Social una campaña de concientización permanente sobre la importancia de la asistencia a citas médicas y terapias, previniendo el ausentismo de los usuarios. | 1. Solicitud de inicio del proceso de reclutamiento de personal para cubrir plazas vacantes del CAL. Participación en Comité de Selección de personal a contratar en plazas vacantes del CAL. Gestión de cobertura de plazas vacantes con personal contratado temporalmente por Servicios.2. Campaña permanente mediante charlas matutinas diarias de concientización a usuarios para evitar su inasistencia a citas médicas y terapias. Disposición administrativa de Dirección de suspender seguimientos médicos y tratamientos de terapias por inasistencias reiteradas sin justificativa de peso. | No controlado | 1. No se concluyó el proceso de selección de recursos para nombramiento en plazas vacantes, ante la prohibición de contratación de personal en plazas permanentes dentro de las instituciones del Estado, según las Disposiciones de Ejecución Presupuestaria, vigentes a partir del último trimestre 2015, lo que se ha traducido en metas no cumplidas por falta de personal pendiente de contratar.2. No se ha logrado incidir en el nivel de ausentismo por inasistencia de usuarios a los servicios médicos y de terapias del CAL, a pesar de la campaña continua de concientización y la disposición de suspensión de la atención a personas que no asisten reiteradamente sin justificativa, lo cual mantiene un porcentaje considerable de metas incumplidas por ausentismo de usuarios. |
| 2 | Falta de recursos económicos para solventar necesidades y compromisos debido a la baja asignación presupuestaria de fondos propios captados. | Solicitud a Presidencia requiriendo se de prioridad a los proyectos planteados y necesidades desfinanciadas, logrando la utilización de Fondos Propios que son captados mediante convenios. | Notificaciones planteando necesidades urgentes y emergentes de diversas áreas del Centro. Petición verbal y escrita de fondos a las instancias de Presidencia, Comité Financiero y Gerencia. Cumplimiento de los montos programados de captación anual del Centro ($120,000 dólares). Requerimiento de Ampliación Presupuestaria por excedente de captación de fondos propios resultantes de los Convenios. | Controlado |  |
| 3 | Deficiente atención y encarecimiento del servicio por problemas de infraestructura, sistema eléctrico y suministro de agua como parte de la logística del Centro. | 1. Gestión de financiamiento de proyecto de remodelación ULAM.2. Mejora del sistema de iluminación de las áreas.3. Sustitución del sistema de acueductos y alcantarillado. | 1. Obtención de la Carpeta Técnica con los términos de referencia del Proyecto de Remodelación de la ULAM.2. Cambio de todas las luminarias del CAL, por lámparas LED, con mejora de la calidad de iluminación.3. Ninguna. | En proceso | El próximo paso es la obtención del financiamiento del Proyecto de remodelación de la ULAM con apoyo de Cooperantes Internacionales.Se priorizó los dos componentes o rubros que forman parte del problema por lo cual no se incidió en la parte de acueductos y alcantarillas. |
| 4 | Mortalidad de pacientes ingresados en la ULAM por falta de asistencia médica y transporte oportuno de los casos de emergencia médica. | Buscar alianzas para obtener el servicio médico durante nocturnidades y fines de semana, así como gestionar el traslado oportuno de pacientes que puedan presentar una emergencia médica. | Solicitud a Gerencia Medica y Presidencia para gestionar apoyos en el traslado de pacientes. Reunión de coordinación de apoyo para traslados de pacientes con Emergencia medicas de la ULAM, con Director y Administrador del CAASZ. Solicitud de cotización de cobertura de riesgo con Grupo Emy para evaluación y traslado de usuarios. | No controlado | Las coordinaciones al interior del Instituto, entre el CAL y el CAASZ, no brindaron resultado favorable alguno para lograr cobertura de transporte en casos de emergencias médicas, debido a falta de motorista disponible en horarios nocturnos y de fines de semana. |

## Centro de Audición y Lenguaje (CALE)

| **No** | **Riesgo identificado por el CALE** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Dificultad de no contar con recurso humano en los servicios médicos, Audiología enfermería, archivo y servicios generales (limpieza y vigilancia). | 1. Gestionar con autoridades del Instituto el apoyo en la contratación de los recursos.2. Capacitar el recurso humano existente para nuevos conocimientos y destrezas que permiten ampliar los servicios.3. Redistribución del recurso humano en las ares criticas. | 1. Se han realizado gestiones con las autoridades para la contratación de recurso humano, estando a la espera de respuesta.2. Actualmente se está capacitando a dos recursos del área de Terapia de Lenguaje para realizar pruebas audiológicas.3. Se asignaron nuevas funciones a personal de servicios generales para apoyar el área de archivo Institucional. | Controlado | 1. En el área técnica solo se contrato una de las tres plazas disponible por no haber candidatos y estar pendiente la evaluación de carga laboral para las diferentes dependencias por Recursos Humanos. |
| 2 | Limitada implementación del modelo de atención basado en el usuario y su familia, lo que dificulta el desarrollo de las potencialidades de los usuarios, tiempos y calidad del proceso. | Concientizar y motivar al personal sobre la participación del usuario y familia en el proceso de rehabilitación. | Se realizan reuniones mensualmente por centro de interés, con los familiares de los usuarios, para concientizar que deben involucrarse en el proceso de rehabilitación. | Controlado |  |
| 3 | Proceso de Ingreso y Egreso que genera retraso en la atención de usuarios no solo en la oportunidad sin en la calidad de la atención. | 1. Revisar trimestralmente el funcionamiento del proceso de ingreso y egreso.2. Informar sobre las dificultades para cumplir con los lineamientos de ingreso y egreso.3. Análisis de la información sobre demanda insatisfecha y tipo de alta. | Se implementa ingresos inmediatos a los usuarios que presentan diagnósticos prioritarios dificultad en las funciones de voz y habla, disminuyendo la demanda insatisfecha y minimizar la lista de espera. | Controlado |  |
| 4 | Inasistencia de pacientes a terapias, consultas y exámenes de diagnostico que limitan los procesos de rehabilitación. | 1. Mejorar el funcionamiento del programa de Padres Comprometidos.2. Concientización de padres y encargados de la importancia de las citas y terapias, así como de la responsabilidad y derechos del usuario.3. Programar visitas a establecimientos de salud y educación para mejor la referencia de usuarios. | 1. Referencia de padres a programa por inasistencias.2. Se implemento la confirmación de citas vía telefónica para pruebas electrofisiológicas de alta complejidad.3. Reuniones de terapia por grupos de interés para concientizar.4. Visitas y capacitación realizada por Trabajo Social en detección y referencia oportuna. | Controlado | 2. Dificultad en contactar a celulares o cambios frecuentes de número telefónico. |
| 5 | Dificultades en el cumplimiento del PAA por lo que no se disponen de los bienes y servicios necesarios para el cumplimento de las atenciones. | 1. Seguimiento semanal del Plan Anual de Adquisiciones.2. Verificación del uso racional de los recursos.3. Identificación de necesidades prioritarias para el cumplimiento de los objetivos del Centro. | 1. Se realiza un seguimiento semanal del avance de los procesos de compra.2. Se realizan requisiciones mensuales por áreas al Almacén Central. | Controlado |  |

## Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"

| **No** | **Riesgo identificado por el Centro de Ciegos** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Pérdida de la información. | 1. Guardar en la carpeta "mis documentos", la información con valor administrativo y legal.2. Evitar el uso indiscriminado en la carpeta "música e imágenes" que no contengan valor administrativo y legal.3. Revisión semestral del uso y contenido de la información. | 1. Creación de carpetas compartidas en los equipos informáticos de todos los usuarios del Centro.2. Revisión de los equipos informáticos por parte del soporte técnico.3. Resguardo de la información por tipo y procedencia. | En proceso | Los equipos informáticos de coordinadoras, secretarias, enfermera y psicología, han presentado problemas durante el segundo semestre, según evaluación los equipos ya cumplieron su vida útil. |
| 2 | Retardo en iniciar el proceso de rehabilitación. | 1. Control de agenda médica.2. Evaluación funcional oportuna.3. Asignación de Plan de Rehabilitación y horarios. | 1. Asignación de días de consultas por tipo de discapacidad. Asignación de citas telefónicas.2. Evaluación por los técnicos dentro del término de 15 días.3. Asignación de Plan de Rehabilitación y horarios en el término de 15 días. | En proceso | Los tiempos de las citas se han alargado alrededor de dos meses ya que el médico especialista fue sometido a intervención quirúrgica y permaneció incapacitado por dos meses (7 de octubre al 6 de diciembre). |

## Unidad de Comunicaciones

| **No** | **Riesgo identificado por Comunicaciones** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falta de equipo fotográfico. | Gestionar ante las autoridades la compra de equipo fotográfico | Solicitud de compra de equipo fotográfico. | Controlado |  |
| 2 | Equipo informático se encuentra obsoleto. | Buscar financiamiento para la obtención de computadoras con programas actualizados de edición y diseño grafico. | Se solicitó en el presupuesto la compra del equipo informático y sus respectivos programas. | No controlado | Fue denegada la compra por política de ahorro. |
| 3 | Falta de transporte propio de la unidad de Comunicaciones. | Solicitar asignación de un vehículo institucional para el trabajo de la unidad de Comunicaciones. | Se hizo gestión escrita para la asignación de un vehículo para la unidad de comunicaciones. | En proceso |  |
| 4 | Falta de un presupuesto propio de la unidad. | Coordinar reuniones con equipo financiero del Instituto para gestionar la aprobación de un presupuesto acorde a las necesidades de la Unidad. | Se han hecho las gestiones pertinentes en la elaboración del presupuesto para la unidad de Comunicaciones. | No controlado | No se otorgó a la unidad de Comunicaciones el presupuesto para cubrir al 100 % todas las funciones. |

## Unidad de Consulta Externa

| **No** | **Riesgo identificado por Consulta Externa** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Espacio insuficiente área de Archivo. | 1. Cronograma de actividades para traslado de aéreas de Terapia Respiratoria y dejar espacio disponible.2. Realización de actividades acordes a cronograma.3. Disposición de espacios para archivamiento de expedientes. | 1. Se realizó el traslado de las áreas involucradas, a sus nuevos ambientes.2. Se realizaron los registros administrativos de los bienes y su cambio en los inventarios de los nuevos ambientes.3. Se dispone de espacios de expedientes a archivar hasta el año 2020. | Controlado |  |
| 2 | Falta de recurso humano. | 1. Gestionar la contratación de recurso medico en Fisiatría.2. Seguimiento de proceso. | Remisión a través de memos y su respectiva justificación a Gerencia Médica para su aprobación, la cual no han emitido opinión. | En proceso | Depende de instancias superiores a esta jefatura. |
| 3 | Citas prolongadas. | 1. Establecer priorización por diagnósticos.2. Segregación por especialidades. | Es del conocimiento del personal que asigna citas acerca de priorización de diagnósticos. | Controlado |  |
| 4 | Ausentismo de usuarios externos. | 1. Coordinación con citas hospitalarias previas.2. Plan de charlas por Trabajo Social.3. Facilidad de recuperación de citas.4. Programa de aviso previo a citas. | 1. Se coordinan citas para evitar traslape de la mismas.2. Se realizan chalas semanales acerca de esta temática a través del personal.3. Hubo cambio de procesos en la atención de citas perdidas.4. Se ha implementado inicialmente para aquellas especialidades más sensibles. | Controlado |  |

## Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)

| **No** | **Riesgo identificado por el CRINA** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Incumplimiento en la ejecución de las atenciones programadas que afectan los objetivos del proceso de rehabilitación de cada usuario. | 1. Seguimiento de causas de inasistencias usuarios y personal del Centro.2. Concientización e informar al personal sobre el impacto que causa las inasistencias de ellos en la atención de los usuarios.3. Revisión y actualización de horarios y cupos a cada profesional en las diferentes áreas.4. Contar con planes contingenciales de atención de usuarios por ausentismo del personal.5. Motivar y dar seguimiento a la participación activa y directa de los padres de familia durante el proceso de rehabilitación de los usuarios.6. Reuniones generales de dirección, jefaturas y áreas Técnicas, Apoyo y Administrativas para dar a conocer la importancia de su participación en el proceso de rehabilitación. | Seguimiento del cumplimiento de las actividades de control programadas con la participación del personal del Centro. | En proceso | Se ha logrado cumplir con el 85 % de lo programado, lo que nos ubica con un rendimiento aceptable, de acuerdo al estándar institucional establecido; siendo la causa del 12 % por inasistencia de usuarios; el 2 % permisos del personal (en su mayoría por incapacidad médica o licencias) y 1 a 2 % por actividades no programadas (capacitaciones, misiones oficiales, entre otras). |
| 2 | Limitada asignación presupuestaria para cubrir necesidades de funcionamiento del Centro. | 1. Gestionar presupuesto del Centro con su respectiva justificación y evidencias ante autoridades Institucionales.2. Dar seguimiento a las diferentes solicitudes de apoyo financiero realizadas a la Presidencia y Gerencia Administrativa.3. Concientizar al personal del Centro sobre el uso racional de los bienes y supervisar su cumplimiento (aplicar las Políticas de Ahorro y Austeridad).4. Gestionar apoyo inter e intra institucional para solventar las necesidades de funcionamiento del Centro. | Por la limitada asignación presupuestaria se justificó ante las autoridades las necesidades del Centro no financiadas logrando con las gestiones incremento en el presupuesto a través de Fondos Generales: de $26,135.00 a ejecutar un monto de $32,229.20, que equivale al 123.32 % y por Recursos Propios se nos asignó un monto de $10,050 de y se han ejecutados a la fecha un monto de $9,737.68 lo que significa un 96.89 %.Se le ha dado seguimiento al uso racional de los materiales, bienes y servicios asignados con el personal del Centro y se tuvo respuesta positiva ante las gestiones de apoyo de instituciones externas para mantenimiento preventivo y correctivo de problemas menores de infraestructura y equipo. | Controlado |  |
| 3 | Respuesta no oportuna del departamento de Servicios Generales a través de la sección de Mantenimiento y de unidad de Acceso a la Información Pública a través del departamento de Informática Institucional para brindar los mantenimientos preventivos y correctivos de equipos del Centro (informáticos, industrial y biomédico). | 1. Seguimiento a las solicitudes de mantenimiento de equipos autorizadas por Gerencia Administrativa.2. Adquisición oportuna de materiales e insumos necesarios para el mantenimiento preventivo y correctivo.3. Gestionar con la unidad de Acceso a la Información Pública para que través del departamento de Informática proporcione el soporte técnico de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos informáticos del Centro. | Se ha contado con apoyo extrainstitucional para dar respuesta a las necesidades de mantenimiento en el Centro: mantenimiento preventivo y correctivo y del sistema eléctrico, equipo informático y elaboración de términos de referencia de proyectos de remodelación de infraestructura. Se ha dado seguimiento y proporcionado materiales solicitados por la unidad de Informática quien ha dado respuesta oportuna a las solicitudes de apoyo del Centro. | En proceso | Se han gestionado un total de 77 solicitudes / ordenes de trabajo de mantenimiento ante Servicios Generales, solo se ha obtenido respuesta de 38 que equivale al 46.35 % de lo solicitado, quedando sin ser atendidas 39. Se ha solicitado la elaboración de los términos de referencia, materiales y costos de 8 proyectos de remodelaciones menores de infraestructura y ninguna ha sido atendida. El área de Biomédica e Informática si han dado respuesta oportuna. |
| 4 | Inasistencias del personal por permisos personales y por enfermedad que conlleva a acumulación y sobrecarga de trabajo de los demás empleados. | 1. Verificar causas de inasistencia por enfermedades y tomar decisiones oportunas: solicitando chequeos preventivos; charlas sobre cuidados de salud personal, higiene de columna, etc.2. Análisis para otorgamiento de permisos personales.  | Concientización al personal sobre efectos en su trabajo y futuro estado de salud al no aplicar medidas preventivas y de seguimiento de sus controles médicos. Representa un aproximado del 2 % de las causas de no atenciones a usuarios.Control manual de las de los tipos de inasistencia por enfermedad del personal. | En proceso | Este riesgo es difícil de controlarlo ya que por las múltiples patologías que presenta el personal es necesario que se otorguen los permisos que por Ley son requeridos. |
| 5 | Disminución de la demanda de usuarios beneficiarios del ISBM. | 1. Supervisar que la identificación de usuarios que ingresan a los servicios de rehabilitación del CRINA que pertenecen a ISBM sea efectiva.2. Supervisar que la planta de usuarios de BM cubra el ingreso máximo asignado al Centro, controlando asistencia de usuarios y sustitución oportuna de los egresados.3. Envió oportuno del trámite de pago por los servicios prestados. | Seguimiento de las actividades de control programadas con la participación del personal del Centro. | Controlado |  |
| 6 | Que no se consideren los proyectos de mejoras del Centro como prioridad institucional. | 1. Plantear adecuadamente justificaciones técnicas y perfiles de proyectos de mejora a la infraestructura y equipamiento a las autoridades del Instituto.2. Coordinación con unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, para el seguimiento de la aprobación y ejecución de los mismos.3. Informe trimestral sobre avance situacional de la gestión de proyectos. | Seguimiento de los proyectos de mejora a la infraestructura enviados a la unidad de Planificación y de equipamiento con instituciones externas. | En proceso | A la fecha se ha logrado que de los 15 proyectos presentados se ejecuten 4 con fondos provenientes del Ministerio de Hacienda; pendiente que se ejecuten otros de gran importancia: fotovoltaico; cambio de pisos de los 3 edificios, otros. |

## Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| **No** | **Riesgo identificado por el CRIO** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Administración de la Agenda Médica. | Monitoreo mensual a la agenda médica y de psicología verificando inasistencia de usuario, cupos libres, condiciones, sobre cupo, demanda insatisfecha, % de rendimiento, cumplimiento de criterios de priorización. Reuniones mensuales del personal del comité de administración de la agenda medica. Toma de decisiones de acuerdo a resultados. | Se lograron realizar los monitoreos a la Agenda Médica, que nos permitió ir tomando decisiones respecto al número de usuarios de primera vez y los subsecuentes a citar por cada médico especialista y psicología; número de extracupos que se citaron por especialidad; número de usuarios en condición atendidos; cupos libres que fueron mínimos en el periodo; cantidad de usuarios inasistentes y la causal de la inasistencia observando que por la condición de los usuarios el mayor porcentaje de inasistencia es en Pediatría y la causal es por enfermedad del usuario; porcentaje de rendimiento del personal del área médica el cual se encontró entre el 80 al 95 % dependiendo de la especialidad, encontrando el más bajo rendimiento en Ortopedia ya que es la única especialidad que no ha aceptado citas en extracupo y no lograr cubrirse con condiciones las inasistencias , el mayor rendimiento es en Fisiatría. Con la toma de decisiones se ha logrado disminuir el tiempo de espera de la consulta médica especializada a 30 días. | Controlado |  |

## Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)

| **No** | **Riesgo identificado por el CRIOR** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | No alcanzar las metas de atenciones programadas. | Revisión de cupos, y horarios, revisión de inasistencias de usuarios. | Asignación de cupos, de usuarios inasistentes. Seguimiento en los rendimientos alcanzados. | En proceso | Factores externos al Centro. Inasistencia no prevista del personal. |
| 2 | No ejecutar el PAA al cien por ciento de acuerdo a lo programado. | Monitoreo mensual o de acuerdo al plazo del periodo programado. | Seguimiento de la ejecución presupuestaria. | En proceso | Retardo en las compras, trámites engorrosos por parte de la UACI. |
| 3 | Incumplimiento de las normativas por parte del personal (política de ahorro, reglamento interno, lineamientos girados por autoridades superiores). | Reforzamiento a través de charlas de las normativas existentes y actualizadas. | Se brindó charlas al personal. Se giraron memorándum de recordatorios. Se aplicaron las medidas correctivas en aquellos casos que ameritaron. | Controlado |  |

## Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)

| **No** | **Riesgo identificado por el CRP** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Inasistencia de usuarios por los limitados e insuficientes cupos, cobertura de los horarios, rigidez de las rutas y destinos del transporte institucional.  | Gestión a nivel de autoridad para sugerir adquirir un mayor número de unidades de transporte adaptadas para todo tipo de discapacidad y ampliación de horarios de servicio vespertino y rutas logísticas accesibles a diferentes zonas metropolitanas. Petición al Gobierno Central del cumplimiento de normativa en la que el transporte público cuente con unidades adaptadas para el transporte de personas con discapacidad. | En reunión general del personal del Centro y Gerencia Médica se solicitó flexibilizar el recorrido de las rutas del transporte institucional de manera que responda a las necesidades de los usuarios y les facilite poder asistir a su Formación Vocacional.Gestión a través de Trabajo Social ante la jefatura de Transporte para la asignación de un mayor número de cupos para usuarios que requieren de este servicio.Como miembros de la Red de Entidades que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad, se están haciendo los esfuerzos conjuntos para que se cumplan las normativas referentes a la accesibilidad de personas Con discapacidad, lo cual incluye las adaptaciones para el transporte público. | En proceso |  |
| 2 | Limitada realización de gestiones para inserción laboral, actividades de Trabajo Social, gestiones gerenciales y administrativas, por falta de servicio de transporte del Centro. | Gestionar la contratación permanente de un motorista asignado al Centro y el suficiente mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo institucional. | La dirección del Centro ha participado en el proceso de contratación para motorista destinado a este Centro, lo que permitirá realizar en su totalidad las diferentes gestiones que el Centro requiere. | En proceso |  |
| 3 | Insuficiente y adecuada referencia de usuarios de otros centros de atención, según el perfil de ingreso requerido. | Establecer coordinación con diferentes centros del ISRI. Insistir en adecuada procedimiento de referencia de usuarios. | La Dirección del Centro ha establecido comunicación con las Direcciones de otros Centros de Atención para que se realicen referencias al este Centro.Se han girado instrucciones a Trabajo Social para establecer coordinaciones con unidades de Trabajo Social de otros centros para promocionar los servicios del CRP. | En proceso |  |

## Gerencia Administrativa

| **No** | **Riesgo identificado por Gerencia Administrativa** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Es el caso que en el área de Almacén en zona 1 no se encuentran debidamente separadas por puertas los productos alimenticios con los productos químicos (limpieza). | Verificar la posibilidad de instalar una puerta closet-corrediza para la separación de los productos en el área específica. | Tengo a bien informar que se ha gestionado un proyecto no solo para la puerta-closet sino para la remodelación completa del Almacén, siendo posible por las economías de salario, el cual ya se encuentra en UACI. (Memorándum Almacén Central 107/2015 + solicitud de compra 01/2015- remodelación de instalaciones de Almacén para adecuación de áreas de trabajo de Guardalmacenes y Administradores de contrato). | Controlado |  |
| 2 | A falta de red informática como es el caso de Internet o el mismo es de poca capacidad en cuanto a la velocidad en megas, entorpecería el eficaz desenvolvimiento y comunicación inter-institucional. | Acciones encaminadas al mantenimiento del equipo instalado en este apartado en cuanto a la velocidad del Internet, contratar con compañías que demanden nuestra necesidad siempre y cuando no se altere el presupuesto designado para este rubro. | Se ha gestionado a través de suministros de mantenimiento de equipo en procesos de UACI para el 2016 (memorándum GA-2015 389). No siendo posible gestionar con compañías la mejora en Internet por sobrepasar lo presupuestado para ello. | No controlado | No se designa presupuesto para contratar mejor velocidad en el Internet. |

## Unidad de Asesoría Jurídica

| **No** | **Riesgo identificado por Asesoría Jurídica** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Vacios en la normativa /normativa obsoleta y normativa nueva con contradicciones. | Nos pronunciamos ante tales circunstancias para eliminar el vacio o contradicción. | Esta actividad fue trasladada a la unidad de Regulación. | Controlado |  |
| 2 | No existe claridad sobre quién debe brindar una posición definitiva sobre un mismo tema que ha sido consultado a varias unidades simultáneamente. | Pronunciamiento para delimitar competencia jurídica. | Se delimitó competencia jurídica. | Controlado |  |
| 3 | Ausencia de información escrita, clara y pertinente con relación a las consultas jurídicas que hacen las diferentes áreas. | Realizar entrevistas directas con el consultante apoyando en que se tome una decisión más acorde a la ley y normativa interna. | Existe historial y se agrega como valor adicional justificación. | Controlado |  |

## Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

| **No** | **Riesgo identificado por Planificación** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falta de recursos financieros para cumplir con los nuevos objetivos del ISRI. | Gestión ad hoc ante organismos internacionales y otras agencias de cooperación. | Con el objeto de lograr la ejecución de cuatro proyectos en diferentes centros de atención del ISRI, la jefatura de Planificación realizó, conjuntamente con el presidente del Instituto, gestiones ante diferentes organismos internacionales y agencias de cooperación, a fin de contar con recursos financieros que permitan dicha ejecución. | En proceso | A pesar del interés mostrado por diferentes agencias a los diferentes proyectos, no ha sido posible obtener los desembolsos. Sin embargo, las gestiones continuarán en el 2016. |
| 2 | Falta de suficiente recurso humano dado que se han incorporado obligaciones extraordinarios. | Gestión ante el ministerio de Hacienda la asignación de dos plazas nuevas de técnico en Planificación. | Se realizaron gestiones ante los ministerios de Salud y de Hacienda a fin de incluir en el presupuesto 2016 del ISRI la asignación de dos plazas nuevas de técnico en Planificación. | No controlado | El Ministerio de Hacienda negó la inclusión en el presupuesto 2016 del ISRI la asignación de las dos plazas nuevas. Sin embargo, para este año se contrató temporalmente con Fondos GOES un ingeniero civil para tramitar los permisos para la ejecución de dos proyectos con Fondos GOES. |

## Unidad de Regulación

| **No** | **Riesgo identificado por Regulación** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | No contar con las normativas Institucionales aprobadas. | A través de presidencia y gerencias solicitar a las unidades organizativas los documentos que necesiten actualizarse. | Reuniones de apoyo con presidencia y ambas gerencias donde se les entregó a cada uno un listado de normativas que necesitan actualización tanto administrativas como técnicas con posibles candidatos para integrar las comisiones de revisión y se les facilite a las autoridades los acuerdos de nombramientos de las mismas utilizando asesorías, reuniones de trabajo, sugerencias, observaciones puntuales.También se han atendido solicitudes de las direcciones para revisión de instrumentos de evaluación como complemento de normativas.15 documentos revisados y con aprobación de la unidad de Regulación para seguir el proceso de aprobación de Junta Directiva. | Controlado |  |

## Departamento de Recursos Humanos

| **No** | **Riesgo identificado por Recursos Humanos** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | No tener acceso al sistema SIRHI para la elaboración de planillas de pago. | Solicitar agilidad al ministerio de Hacienda, para restablecer el sistema. | Siempre se ha solicitado al Ministerio de Hacienda, cuando no se puede ingresar. | Controlado |  |
| 2 | No tener el equipo necesario para la impresión de las planillas de pago. | Solicitar un nuevo impresor de contingencia o reserva. | Se solicitó a Gerencia nuevo impresor. | En proceso | No ha sido asignado el equipo nuevo. |
| 3 | Sistema de registro de expedientes de empleados desfasado y obsoleto. | Solicitar la adquisición de un sistema informático, adecuado para la sistematización y actualización de los expedientes e historial laboral. | Fueron donados tres archiveros de metal de cuatro gavetas cada uno. | Controlado |  |
| 4 | Falta de recurso humano. | Solicitar personal idóneo para realizar dicho trabajo. | Se solicitaron dos recursos a Gerencia. | En proceso | No ha sido asignado el recurso nuevo. |
| 5 | Poseer equipo informático obsoleto. | Realizar la adquisición y compra de equipo informático moderno. | Se solicitó a Gerencia compra de equipo informático moderno. | En proceso | No ha sido asignado nuevo equipo informático. |
| 6 | Contar con un mínimo de mobiliario de equipo para resguardo de expedientes de empleados. | Solicitar la compra de archiveros metálicos o de madera. | Fueron donados tres archiveros de metal de cuatro gavetas cada uno. | Controlado |  |
| 7 | Perder los expedientes físicos de los empleados. | Garantizar el resguardo de los expedientes en archivos adecuados. | Solicitud de recurso humano, financiero y sistema informático. Creación de un sistema. | En proceso | No ha sido asignado dicho recurso. |

## Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

| **No** | **Riesgo identificado por la UACI** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Seguimiento oportuno a órdenes de compra y contratos generados de los diferentes procesos de compra. | Contratación de personal para fortalecer los procesos de ejecución de las órdenes de compra y contratos, devolución de garantías, contacto con los administradores de contrato y órdenes de compra, realizar procesos de imposición de multas por incumplimientos, así como el ingreso de contratos y elaboración de solicitudes de pedido en COMPRASAL. | Se contrató un recurso a partir del 03 de noviembre hasta el 23 de diciembre de 2015, para realizar las actividades de seguimiento; lo que ha permitido iniciar con el trabajo pendiente de devolución de garantías y procesamiento de incumplimientos de contratos generados desde el año 2011 a 2014.No se concluirá con el trabajo rezagado, pero de avanzará en lo posible. | En proceso | El riesgo no se controló, ya que se necesita el recurso por mayor tiempo, considerando la cantidad de garantías a devolver, así como los procesos de incumplimientos a tramitar. |

## Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)

| **No** | **Riesgo identificado por la UAIP** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Disminuir pérdida de información vital para el desarrollo de las actividades de los usuarios que accesan a la red de datos institucional. | 1. Establecer procedimientos para la copia de seguridad (backup) para cada tipo de información de acuerdo a la naturaleza de los cambios.2. Mantener actualizadas las copias de seguridad (backup). | 1. Se han definido las aplicaciones a las que se realizaran copias de seguridad: EPI, UTEC, ACTIVO FIJO, TIME PLUS ITR, PRESUPUESTO, ALMACEN, ADMINISTRADOR CONTRATO Y UOT estas carpeta estarán resguardadas en un disco externo alojado en el Servidor server02.2. Las copias de seguridad se realizaran según lo que defina el usuario de la aplicación, las cuales podrán ser diario, semanal o mensual. | En proceso | El programa que se había escogido de prueba para realizar las copias de seguridad la licencia no es libre (sin costo), ya que tiene un precio el uso de ésta. |
| 2 | Retraso en entrega de información solicitada por las personas (naturales o jurídicas). | Mecanismos de control de plazos de solicitudes de información a la Ley de Acceso a la Información Pública. | Seguimiento exhaustivo a todas las solicitudes de información a través de correos, memorándums y llamadas telefónicas. En lo que va del año, el ISRI ha recibido y tramitado más de 670 solicitudes de información. | Controlado |  |

## Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI)

| **No** | **Riesgo identificado por la UCBI** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Dificultad para el cumplimiento del trabajo de campo por asignación de otras funciones al personal técnico de la Unidad. | 1. Velar por que se cumpla con los días autorizados.2. Gestionar ante Gerencia que se quite dicha asignación. | 1. Se informó a Gerencia de la dificultad porque no se respetan los días autorizados.2. Se ha solicitado se asigne a otra persona a dicha función. | No controlado | Recientemente se ha delegado la responsabilidad total sobre el llenado de combustible a vehículos del ISRI, antes solo se hacía acto de presencia, ahora el personal maneja los vales de combustible, debido a que el coordinador de transporte tiene múltiples actividades, y falta de un lineamiento específico para dicho proceso. |
| 2 | Inoportunidad en el envió de informes de parte de las dependencias. | 1. Gestionar el diseño de un sistema informático en red para la captura de datos.2. Informar los incumplimientos a Gerencia para las medidas pertinentes. | 1. Se está trabajando en los requerimientos para hacer la solicitud.2. Se informó a Gerencia los incumplimientos. | En proceso | 1. Para poder instalar en red la base se está depurando en esta Unidad.2. Se informa a Gerencia los incumplimientos de los centros. |
| 3 | Obsolescencia del 90 % del equipo en general. | Solicitar un proyecto de equipamiento en el corto plazo. | Se informó a Gerencia Médica de la necesidad de visualizar un proyecto de equipamiento a corto plazo. | En proceso | Se espera que se encuentre cooperantes para poder realizarlo. |

## Unidad Financiera Institucional (UFI)

| **No** | **Riesgo identificado por la UFI** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2015** | **Situación del riesgo a diciembre 2015 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Incremento del margen de "error humano" por obsolescencia de aplicativos. | Gestionar creación de aplicativos que sustituyan los procesos manuales de elaboración de recibos y control de ingresos, así como de emisión de Quedan y Comprobantes de Retención que actualmente se hacen manualmente. | Se ha hecho la petición formal a la Gerencia Administrativa y ella a su vez ha solicitado la opinión de Presidencia para solventar esta necesidad. | En proceso | Presidencia está valorando la disponibilidad y/o necesidad de contratar un programador. |
| 2 | Insuficiencia en la capacitación y motivación al personal del área ante una sobrecarga de trabajo. | 1. Tramitar interna y externamente capacitaciones para formación de personal.2. Tramitar interna y externamente charlas motivacionales para mejorar salud mental de personal. | Se ha hecho la petición formal a Presidencia y/o Gerencia para que el personal de la UFI reciba capacitaciones ad-hoc al área, así como sobre el tema de salud mental de los compañeros. | En proceso | Se está dando seguimiento a este riesgo a través de capacitaciones relacionadas con carga laboral, manejo del tiempo, clima organizacional, etc. En el tema de salud mental se retomará en el siguiente año. |

# Conclusiones

1. La matriz utilizada para el seguimiento de los riesgos facilitó que las unidades organizativas completaran lo solicitado en concordancia con lo programado.
2. Las 21 unidades organizativas que identificaron riesgos dieron seguimiento a las actividades de control programadas.
3. De los 68 riesgos identificados, 39 (57 %) correspondieron a la Administración Superior y 29 (43 %) a los centros de atención. Siendo el Almacén Central la unidad organizativa que más riesgos identificó.
4. De los 68 riesgos identificados, 37 (54.41 %) se relacionaron con los temas: control, personal del ISRI, equipamiento, información y programación.
5. Si bien, al final de mayo 2015, de los 68 riesgos identificados, 59 (87 %) estaban en proceso, siete no controlados (10 %), dos (3 %) controlados y ninguno sin seguimiento (0 %). Esta situación cambió para diciembre del mismo año, observándose 34 (50 %) riesgos controlados, 27 (40%) en proceso y solamente siete (10 %) riesgos no controlados.
6. Entre las razones de no lograr controlar o dar seguimiento a los riesgos fueron: no aprobación de la solicitud de adquisición de equipo o licencias de software (política de ahorro); no respuesta, por parte de Corte de Cuentas de la República, a solicitud de capacitaciones; prohibición de contratación de personal en plazas permanentes o nuevas (la contratación temporal por servicios profesionales no permite el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos); inasistencia de usuarios; falta de transporte o motorista en horarios nocturnos y de fines de semana; personal con incapacidad prolongada; presupuesto no acorde a las necesidades; permisos personales y asistencia a actividades no programadas; no elaboración de términos de referencia, materiales y costos de proyectos de remodelación; falta de financiamiento para la ejecución de proyectos de infraestructura; retardo en la compra por parte de la UACI; cumplimiento, por parte del personal, de actividades no acordes a su función.
7. Para cada riesgo identificado, las diferentes unidades organizativas describieron una o más actividades de control, observándose que, en algunos casos, estas actividades fueron ampliamente detalladas, en cambio, en otros casos su descripción fue muy breve.
8. Se observó que las actividades realizadas, no siempre tuvieron relación con las actividades de control programadas.