



CARTA MS-AI-0725-2025

18 de agosto de 2025

Doctora
Andrea Garita Castro
Directora
Planificación

Licenciado
Jorge Enrique Araya Madrigal
Dirección Financiera, Bienes y Servicios

Doctor
Gustavo Espinoza Chaves
Área Rectora de Salud Belén-Flores

Doctor
Jimmy Vargas Charpentier
Área Rectora de Salud Tibás

Doctora
Johanna Torres González
Dirección Regional de Rectoría Central Occidente

Ingeniero
Ricardo Morales Vargas
Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental

Doctor
Carlos Ignacio Calderón Arroyo
Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario

ASUNTO:	REMISIÓN INFORME CARTA MS-AI-724-2025
----------------	--

Estimados señores:

Me permito remitirle el informe CARTA MS-AI-724-2025, preparado por la Unidad de Auditoría de Unidad de Auditoría Administrativa Financiera, el cual contiene los resultados de la Auditoría sobre el modelo de madurez del sistema de Control interno y SEVRI.

Con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno, considera esta Auditoría Interna que la Institución debe de resguardar la evidencia del proceso de Autoevaluación, tanto en el caso en que se califica positivamente el cumplimiento del enunciado o si se plantea un plan de acción o de mejora, así como en la confección de las bitácoras, además las Jefaturas de las unidades organizativas deben de velar porque el personal que intervienen en el SEVRI Institucional tenga su respectiva capacitación. Por

San José, calle 16 avenida 6 y 8

Tel. 4003-5650

auditoria.interna@misalud.go.cr



otro lado, las actividades de control asociadas a los riesgos deben de responder a los criterios establecidos en la normativa y ayuden a mitigar los riesgos institucionales. Por último, es importante realizar un análisis y actualización de las unidades organizativas que deben de participar o responder el proceso de Autoevaluación del Sistema de Control Interno, con el fin de obtener información relevante de toda la institución para la toma de decisiones.

Sobre el seguimiento de recomendaciones se debe tener presente lo señalado en la Ley N° 8292, denominada Ley General de Control Interno, específicamente en los artículos 36, 38 y 39 así como en la resolución de la Contraloría General de la República R-DC-64-2014 “Normas Generales de Auditoría para el Sector Público” que señala en la norma “206. Seguimiento.” lo siguiente:

“02. La Administración es responsable tanto de la acción correctiva como de implementar y dar seguimiento a las disposiciones y recomendaciones de manera oportuna y efectiva, por lo que deberá establecer políticas, procedimientos y sistemas para comprobar las acciones llevadas a cabo para asegurar el correcto y oportuno cumplimiento. Las auditorías internas deberán verificar el cumplimiento de las disposiciones o recomendaciones que otras organizaciones de auditoría hayan dirigido a la entidad u órgano de su competencia institucional.”

Por lo anterior, se le recuerda que cuenta con **10 días hábiles** a partir del recibido de este informe, para elaborar el “Plan de Acción” sobre la implementación de las recomendaciones y remitirlo a través del Sistema a esta Dirección para su aprobación.

De usted con atentos saludos.

Atentamente.

AUDITORÍA INTERNA

Licda. Miriam Calvo Reyes, MBA.
Auditora Interna a.i

cc. Dra. Mary Munive Angermüller. Vicepresidenta de la República y Ministra de Salud
Dr. Bernny Villareal Cortés, Director Dirección General de Salud.



REMISIÓN INFORME CARTA MS-AI-724-2025

Auditoría sobre el modelo de madurez del sistema de Control interno y SEVRI

Tabla de Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	5
1.1.	Origen de la auditoría.....	5
1.2.	Objetivo general	5
1.3.	Alcance de la Auditoría.....	5
1.4.	Normativa técnica aplicable.....	5
1.5.	Ley de Control Interno	5
1.6.	Comunicación de resultados.....	6
2.	RESULTADOS.....	8
2.1.	Evidencia documental del proceso de Autoevaluación.....	8
2.2.	Capacitación recibida por los funcionarios encargados del SEVRI.....	9
2.3.	Actividades de control asociados a los riesgos.	9
2.4.	Participación en el Proceso de Autoevaluación del Ministerio de Salud.....	10
3.	CONCLUSIONES	12
4.	RECOMENDACIONES	13



REMISIÓN INFORME CARTA MS-AI-724-2025 AUDITORÍA SOBRE EL MODELO DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y SEVRI

RESUMEN EJECUTIVO

Esta auditoría tiene como objetivo “Verificar si el Ministerio de Salud, cuenta con mecanismos e indicadores que permitan valorar el estado de madurez del sistema de Control Interno y del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), asegurando que estos contribuyan eficazmente a la gestión y mitigación de los riesgos”, para el período auditado comprendido entre el año 2023-2024.

Fue posible identificar que la Institución cuenta con marco normativo, documentación y herramientas, relacionadas al Control interno Institucional y al SEVRI, debido a que se identificó, en todo el Ministerio (Nivel Central, el Nivel Regional y Local), la confección y el resguardo de la documentación pertinente sobre este tema.

De esta revisión se identificó aspectos a mejorar en cuanto al resguardo de la evidencia documental del proceso de Autoevaluación ya que no todas las unidades organizativas cumplen con esta disposición, además, existen funcionarios encargados de realizar el proceso de SEVRI que no cuentan con la capacitación necesaria para realizar esta tarea.

Por otro lado, se evidenció que las Actividades de Control asociados a los riesgos no responden a criterios regulados en la normativa. Tampoco, cumplen con gestionar acciones eficientes que sirvan para mitigar los riesgos institucionales en detrimento del cumplimiento de los objetivos y el patrimonio institucional.

Por último, en el reporte denominado “Consolidado Autoevaluación 2022-2023” se detectó que en la Dirección General de Salud (DGS), el proceso de Control de Tabaco y el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) no registran información, sin que se aporte una justificación razonada del porque no participa o no registran información.

Por lo que, se emiten recomendaciones a la Dirección de Planificación, Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario, Dirección Protección Radiológica y Salud Ambiental, Dirección Financiera, Bienes y Servicios, Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud Central Occidente, Direcciones de Áreas Rectoras de Salud Belén – Flores, Direcciones de Áreas Rectoras de Salud Tibás.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen de la auditoría

Este informe se origina en cumplimiento al Plan Anual del Trabajo de Auditoría para el periodo 2025, el cual corresponde a la determinación del universo auditable, valoración de los riesgos institucionales.

1.2. Objetivo general

Verificar si el Ministerio de Salud, cuenta con mecanismos e indicadores que permitan valorar el estado de madurez del sistema de Control Interno y del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), asegurando que estos contribuyan eficazmente a la gestión y mitigación de los riesgos.

1.3. Alcance de la Auditoría

La Auditoría se desarrolló en la Dirección de Planificación Institucional y en 6 Unidades Organizativas para el periodo comprendido entre el año 2023 al 2024, específicamente se revisó la Autoevaluación del Sistema de Control Interno del periodo octubre 2022-diciembre 2023, en el caso de la revisión del SEVRI se revisó el periodo del año 2024, con el fin de verificar los mecanismos e indicadores que permitan valorar el estado de Madurez del Sistema de Control Interno y del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), se revisó información facilitada por la Dirección de Planificación, además, de los archivos que se resguardan en las Unidades Organizativas en cuanto a las bitácoras de reuniones, evidencias de las consultas de la Autoevaluación de Control Interno y los reportes del SEVRI que se encuentran el IPSUM.

1.4. Normativa técnica aplicable

La auditoría se efectuó de conformidad con la normativa aplicable al ejercicio de la Auditoría Interna, las “Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público” (R-DC-119-2009), las “Normas Generales de Auditoría para el Sector Público” (R-DC-064-2014) y los procedimientos internos de esta Dirección.

1.5. Ley de Control Interno

Las recomendaciones contenidas en este informe están sujetas a las disposiciones del artículo 36 de la Ley General de Control Interno, que establece un plazo improrrogable de 10 días hábiles, contados a partir del recibido de este informe, para ordenar la implementación de las recomendaciones, si discrepa de ellas, elevar la objeción y soluciones alternas al Despacho Ministerial en el plazo establecido en el artículo 38 de la Ley en cita, con copia a la Auditoría Interna, para la respectiva valoración.

De ordenar el jerarca soluciones distintas de las recomendadas, esta Auditoría Interna tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponer por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicar que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas.



Por lo anterior, se le agradece comunicar a esta Auditoría Interna, dentro del plazo señalado, la decisión que se tome con respecto a las recomendaciones que se plantean, así como que se formalice en un plazo razonable el plan de acción, con el respectivo cronograma de cumplimiento.

Es importante resaltar que la atención oportuna de las recomendaciones emitidas en este informe fortalece el sistema de control interno, por lo que el incumplimiento injustificado de estas acciones de mejora va en detrimento de los deberes asignados en la Ley N° 8292; por ende, son causales de responsabilidad administrativa y civil.

1.6. Comunicación de resultados

Las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público aprobadas mediante Resolución de la Contraloría General de la República, N° R-DC-64-2014 publicado en La Gaceta No. 184 del 25 de setiembre de 2014, establece en su norma 205.03 lo que a continuación se transcribe:

“Las instancias correspondientes de la administración auditada deben ser informadas, sobre los principales resultados, las conclusiones y las disposiciones o recomendaciones según corresponda, producto de la auditoría que se lleve a cabo, lo que constituirá la base para el mejoramiento de los asuntos examinados”

Por lo tanto, en cumplimiento de la supracitada norma, el día 5 de agosto de 2025, se procedió a realizar la exposición del presente informe en la sala de sesiones de la auditoría interna, con la presencia de los siguientes funcionarios:

Por parte de la Administración:

Dra. Andrea Garita Castro	Directora de Planificación
Lic. Jorge Enrique Araya Madrigal	Dirección Financiera, Bienes y Servicios
Licda. Ginnette Villalobos Morera representante de la Dirección	Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente
Dr. Jimmy Vargas Charpentier	Director Área Rectora de Salud Tibás

Por la Auditoría Interna:

Lic. Dennis Quesada Morales	Profesional de Servicio Civil 3
Licda. Lidia Miranda Hernández	Jefe de Unidad de Auditoría Administrativa y Financiera
Licda. Miriam Clavo Reyes, MBA	Auditora Interna a.i.

La comunicación escrita, se realizó mediante la CARTA MS-AI-705-2025 de 06 de agosto, dirigido a la San José, calle 16 avenida 6 y 8 Tel. 4003-5650 auditoria.interna@misalud.go.cr



Dra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación, Lic. Jorge Enrique Araya Madrigal Director ai de la Dirección Financiera, Bienes y Servicios, Dra Johanna Torres González, Directora Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, Dr. Jimmy Vargas Charpentier, Director Área Rectora de Salud Tibás, Dr. Gustavo Espinoza Chaves, Área Rectora de Salud Belén-Flores, Ing. Ricardo Morales Vargas, Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental y Dr. Carlos Ignacio Calderón Arroyo, Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario, incluyendo copia del borrador del informe para los demás interesados. Se otorgó un plazo no mayor a cinco días hábiles para que formularan y remitieran a esta Auditoría Interna las observaciones que tuviesen sobre el particular.

Al finalizar el plazo otorgado se informa que las observaciones al borrador de informe fueron remitidas por la Administración mediante CARTA-MS-DP-499-2025 del 7 de agosto del 2025 y CARTA-MS-DRRSCS-DARS-T-0641-2025 del 7 de agosto del 2025. Lo resuelto sobre el particular se comunicó en la CARTA-MS-AI-735-2025 y CARTA-MS-AI-734-2025 respectivamente ajustado lo que corresponda.



2. RESULTADOS

De las pruebas realizadas se obtuvieron los siguientes resultados, según los objetivos de la auditoría:

2.1. Evidencia documental del proceso de Autoevaluación

Una vez revisada 6 unidades organizativas de 112 aproximadamente, que participaron en la Autoevaluación del Control Interno del periodo 2022-2023, se observa en el caso de las bitácoras de reuniones para el proceso de Autoevaluación, que 4 unidades resguardan las bitácoras y en 2 unidad no se encontró evidencia de este documento.

Por otro lado, en el caso de las evidencias de las preguntas con respuesta positiva del cuestionario de Autoevaluación de Control Interno, se encontró que 5 unidades resguardan la información y 1 no se encontró evidencia al respecto.

Además, en lo referente al cumplimiento del plan de acción o de mejora propuesto de las preguntas que respondieron parcial o que no se cumple, 3 unidades cumplen con la evidencia requerida, 1 no resguarda todos los archivos, 1 no se encontró evidencia y 1 no planteó el Plan de mejora.

En cuanto al tema de confección de bitácoras y resguardo de evidencias el oficio MS-DGS-3013-2023 del 19 de setiembre del 2023, que regula Autoevaluación del Sistema de Control Interno 2022-2023 del Ministerio de Salud indica lo siguiente:

“La bitácora institucional debe ser completada y firmada por los funcionarios(as) de la Unidad Organizativa, que participen en la sesión o sesiones para realizar la Autoevaluación. Esta bitácora debe ser archivada por la Unidad Organizativa y estar disponible en caso de que sea solicitada por una Unidad de un nivel de gestión superior o ente fiscalizador.”

Las Unidades Organizativas en los tres niveles de gestión, deben tener disponibles en sus archivos la evidencia que respalde el cumplimiento de las preguntas contestadas con un “Si”, esta evidencia será solicitada si la Unidad Organizativa resulta elegida, como producto de la selección aleatoria que realiza la Dirección de Planificación, en el transcurso del año. También debe tener disponible la evidencia de la ejecución de las actividades de mejora, las cuales se llevan a cabo durante el año 2024, ya que la misma también será solicitada a la hora de realizar dicha selección.”

Por otro lado, Normas de control interno para el Sector Público en la norma 4.4.1.” El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda”

En particular en el caso de la Unidad Organizativa, donde no se encontró evidencia de la documentación de respaldo, no se consideró importante el resguardar la evidencia respectiva. En el caso de las otras unidades organizativas, donde alguna evidencia faltaba, además de no considerar importante se determina que no se siguió el procedimiento normado para este fin.



Lo señalado, incrementa el riesgo de que no se tomen las acciones de control y prevención que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno con el cual se pueda detectar desvíos que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos y se disminuye la calidad de la información.

2.2. Capacitación recibida por los funcionarios encargados del SEVRI.

En 6 unidades organizativas analizadas, en cuanto a la capacitación recibida por los funcionarios que colaboran con el Proceso del SEVRI institucional, se demuestra que 3 personas de 11 que participan en ese proceso recibieron capacitación por parte de Planificación, de las 8 participantes restantes no se logra corroborar que la hayan recibido, por lo que este proceso se realiza mediante consultas directas a la Dirección de Planificación y con otros compañeros afines al proceso.

Según la Normas de control interno para el Sector Público recae en los titulares subordinados disponer de funcionarios capacitados, según lo indica la norma 1.1 Sistema de control interno (SCI), 1.4 Responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados sobre el SCI y 2.4 Idoneidad del personal.

La falta de capacitación del personal que participa en el SEVRI Institucional obedece a que, las jefaturas no están vigilantes de que el personal al que se le asigna esta labor cuente con la respectiva capacitación, mostrando así una falta de compromiso, adicional a esto se presentan múltiples cambios en las jefaturas encargadas, así como del personal participante en este proceso.

Por lo tanto, se incrementa el riesgo de que no se realice de manera razonable la mitigación efectiva de los factores que puedan comprometer el cumplimiento de los objetivos y el patrimonio institucionales, ya que no se realiza una identificación y valoración de los riesgos eficaz.

2.3. Actividades de control asociados a los riesgos.

Una vez revisadas 6 unidades organizativas que participaron en el proceso del SEVRI Institucional, se determina que las actividades de control asociados a los riesgos no responden al qué, el cómo y el cuándo, que son las interrogantes para el establecimiento de las actividades de control.

En cuanto a la redacción de las actividades de control el Marco Orientador SEVRI versión 02 y 03 se indica que: *“La redacción apropiada de una actividad de control debe considerar el qué (descripción), el cómo (el medio para llevarla a cabo) y el cuándo (mes o meses de ejecución) de la acción a realizar para tratar el riesgo, además se debe tomar en cuenta su costo-beneficio y viabilidad jurídica, técnica y operacional.”*

Por otro lado, el procedimiento Valoración del riesgo MS.UO.LI.06.04 indica, *“La Unidad Organizativa debe redactar la actividad de control, la cual ayuda a la administración del riesgo. La correcta redacción de una actividad de control debe establecer el qué y el cómo, de la acción a realizar para administrar el riesgo. En los anexos del Marco Orientador del SEVRI de la Institución se brinda una orientación básica para redactar actividades de control”*.

La situación descrita se origina, en que el proceso que se realiza no tiene una supervisión que garantice de manera razonable que la información incluida en el SEVRI sea correcta, aunado a que la unidad organizativa se garantice capacitación del personal que participa en este proceso. Por otro lado, se identificó que las tareas se han realizado mediante consultas a la Dirección de Planificación. Además, las



unidades organizativas experimentan cambios constantes de jefaturas o del personal que participa en el proceso.

Por la razón expuesta, el riesgo de no gestionar acciones eficientes se incrementa, así como el de no contar con identificación de las actividades de control que sirvan para mitigar los riesgos institucionales en detrimento del cumplimiento de los objetivos y el patrimonio institucional.

2.4. Participación en el Proceso de Autoevaluación del Ministerio de Salud

En el reporte “Consolidado Autoevaluación 2022-2023” en el cual se identificó que la Dirección General de Salud (DGS), el proceso de Control de Tabaco y el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) no registran información, porque no fueron considerados para este el proceso de Autoevaluación por parte de la Dirección de Planificación, por lo que este reporte no tiene toda la información o se encuentra incompleto.

Al respecto el Procedimiento Autoevaluación del sistema de control interno MS.NI.LI.06.01 versión #2 y #3 indica que las Unidades Organizativas *“Elemento organizativo básico de las estructuras orgánicas, a la que se le confieren competencias propias, atribuciones y responsabilidades específicas.”*, en los tres niveles de gestión deben aplicar la Autoevaluación del Sistema de Control Interno.

Por otro lado, el Manual de Organización y Funciones (Febrero 2024) se denomina a la DGS Dirección General de Salud como una Unidad Organizativa del Ministerio de Salud.

En relación con el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud “CONIS” este Manual lo describe como *“un órgano independiente, multidisciplinario, de carácter ético, técnico y científico, que depende directamente del Ministro de Salud, con un grado de desconcentración máxima y con personalidad jurídica instrumental.”*

En el caso del proceso Control de Tabaco en primera instancia el Manual de Organización y Funciones (Febrero 2024) lo ubica como un programa en la Dirección de Planificación, sin embargo, en la actualidad se denomina un proceso, esto descrito en los oficios MS-DM-131-2024 del 18 de enero del 2024, además de que se traslada a la Dirección General de Salud.

Al respecto, la Dirección de Planificación manifestó que, no incluyó a la Dirección General de Salud en la aplicación de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno, porque no se poseía registros de su participación en años anteriores y se desconocen las razones o fundamentos por el cual se decidió en años previos no incluirla.

En relación con el programa Control de Tabaco y CONIS están incluidas como dependencias que están en el Sistema Ipsum, tanto para el Plan Operativo Institucional como la Autoevaluación, lo que revela la falta de depuración del reporte.

Se determina que la Dirección de Planificación no realizó un análisis donde se identifique a quienes les corresponde o no participar y así actualizar el inventario de unidades organizativas que deben de responder, antes del inicio del proceso en la Autoevaluación, además se evidencia que en este proceso la participación de las unidades seleccionadas se hace por costumbre o permanencia del inventario inicial



de participantes, agravada por una falta de supervisión oportuna que garantice de manera razonable, la participación actualizada de las unidades obligadas a cumplir con el proceso de autoevaluación.

Lo indicado, incrementa el riesgo de que las unidades organizativas que deben de participar en el proceso de Autoevaluación, no cumplan con las acciones de control y prevención, y de la generación de posibles planes de acción, que conduzcan de manera razonable el perfeccionamiento del sistema de control interno, por otro lado, se incrementa la posibilidad de que este tipo de procesos de Autoevaluación no produzcan información fidedigna para la toma de decisiones institucionales, al incluir unidades que no deben de participar.



3. CONCLUSIONES

3.1. Las unidades organizativas cumplen parcialmente en documentar o evidenciar el proceso de Autoevaluación tanto en el caso en que se califica el cumplimiento del enunciado o si se plantea un plan de acción o de mejora, así como en la confección de las bitácoras.

3.2 Las unidades organizativas cumplen parcialmente con tener capacitado el personal que intervienen en el SEVRI Institucional, ya que no todas las personas consultadas pudieron evidenciar dicha capacitación.

3.3. Las unidades organizativas cumplen parcialmente con las actividades de elaboración del SEVRI ya que no se redactan las actividades de control asociados a los riesgos de forma directa apegado al marco orientador y Procedimiento MS.UO.LI.06.04 Valoración del Riesgo.

3.4. La Dirección de Planificación Institucional no cumple con realizar un análisis y actualización de las unidades organizativas que deben de participar o responder el proceso de autoevaluación del sistema de control interno, esto se evidencia al no proporcionar una justificación razonada respecto a la no participación de la Dirección General de Salud (DGS), en el proceso de Autoevaluación Institucional, además de incorporar o visualizar al proceso a “Control de Tabaco” y el “CONIS” como parte del reporte del “Consolidado Autoevaluación”.



4. RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo estipulado en el inciso b) del artículo 22 de la Ley de Control Interno, en razón de las debilidades encontradas en el desarrollo del estudio expuestas en el presente informe y con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno, en las labores relacionadas con la aplicación de la Autoevaluación de Control Interno y el SEVRI institucional, se considera oportuno enunciar las siguientes recomendaciones:

Directora de Planificación

4.1. Realizar un análisis, valoración, actualización e identificación de los participantes en el proceso de Autoevaluación, de previo a iniciar con este proceso, para que participen las unidades obligadas y que estas se reflejen en el reporte denominado “Consolidado Autoevaluación”, según sea el año evaluado, así como ejercer la verificación antes de la convocatoria respectiva. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de enero del 2026, las acciones que se requieran para el cumplimiento del análisis realizado y el listado o inventario de unidades participantes, antes de emitir el oficio descrito en el procedimiento Autoevaluación del Sistema de Control Interno MS.NI.LI.06.01 de la actividad 8.4, con el fin de que esta Auditoría realice una verificación del periodo 2026, el 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.4).

Dirección Financiera, Bienes y Servicios

4.2. Ordenar a los enlaces de control interno, resguardar las evidencias relacionadas con las bitácoras, documentación de cada pregunta con respuesta positiva del cuestionario de Autoevaluación, así como las evidencias del cumplimiento de los planes de acción o de mejora propuesta para cada periodo siguiente de la Autoevaluación. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada, para que esta Auditoría realice una verificación para el periodo de Autoevaluación 2025, al 31 de Marzo del 2026. (Resultado 2.1)

4.3. Gestionar ante la Dirección de Planificación Institucional la capacitación respectiva para los funcionarios de cada Unidad Organizativa de la institución que participan en el SEVRI institucional, con el fin de que se mejore los conocimientos, habilidades para el desempeño del funcionario en esa labor. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 31 de octubre 2025, copia del análisis realizado y de ser el caso cronograma de capacitaciones solicitadas, para que esta Auditoría realice una verificación para el periodo 2025, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.2)

4.4. Ordenar a los enlaces de control interno y a los encargados de realizar el proceso de SEVRI institucional, analizar y ajustar las actividades de control dispuestas para atender los riesgos identificados. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada y al 15 de enero del 2026 la identificación de controles por implementar para asegurar razonablemente la supervisión realizada en la formulación de las actividades de control, esta Auditoría realizara una verificación para el periodo 2026 referente al proceso de Riesgos, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.3)

Director de Protección Radiológica y Salud Ambiental

4.5. Gestionar ante la Dirección de Planificación Institucional la capacitación respectiva para los funcionarios de cada Unidad Organizativa de la institución que participan en el SEVRI institucional, con



el fin de que se mejore los conocimientos, habilidades para el desempeño del funcionario en esa labor. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 31 de octubre 2025, copia del análisis realizado y de ser el caso cronograma de capacitaciones solicitadas, para que esta Auditoría realice una verificación para el periodo 2025, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.2)

4.6. Ordenar a los enlaces de control interno y a los encargados de realizar el proceso de SEVRI institucional, analizar y ajustar las actividades de control dispuestas para atender los riesgos identificados. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada y al 15 de enero del 2026 la identificación de controles por implementar para asegurar razonablemente la supervisión realizada en la formulación de las actividades de control, esta Auditoría realizara una verificación para el periodo 2026 referente al proceso de Riesgos, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.3)

Director de Regulación de Productos de Interés Sanitario

4.7. Ordenar a los enlaces de control interno, resguardar las evidencias relacionadas con las bitácoras, documentación de cada pregunta con respuesta positiva del cuestionario de Autoevaluación, así como las evidencias del cumplimiento de los planes de acción o de mejora propuesta para cada periodo siguiente de la Autoevaluación. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada, para que esta Auditoría realice una verificación para el periodo de Autoevaluación 2025, al 31 de Marzo del 2026. (Resultado 2.1)

4.8. Gestionar ante la Dirección de Planificación Institucional la capacitación respectiva para los funcionarios de cada Unidad Organizativa de la institución que participan en el SEVRI institucional, con el fin de que se mejore los conocimientos, habilidades para el desempeño del funcionario en esa labor. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 31 de octubre 2025, copia del análisis realizado y de ser el caso cronograma de capacitaciones solicitadas, para que esta Auditoría realice una verificación para el periodo 2025, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.2)

4.9. Ordenar a los enlaces de control interno y a los encargados de realizar el proceso de SEVRI institucional, analizar y ajustar las actividades de control dispuestas para atender los riesgos identificados. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada y al 15 de enero del 2026 la identificación de controles por implementar para asegurar razonablemente la supervisión realizada en la formulación de las actividades de control, esta Auditoría realizara una verificación para el periodo 2026 referente al proceso de Riesgos, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.3)

Director Área Rectora de Salud Tibás

4.10. Ordenar a los enlaces de control interno y a los encargados de realizar el proceso de SEVRI institucional, analizar y ajustar las actividades de control dispuestas para atender los riesgos identificados. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada y al 15 de enero del 2026 la identificación de controles por implementar para asegurar razonablemente la supervisión realizada en la formulación de las actividades de control, esta Auditoría realizara una verificación para el periodo 2026 referente al proceso de Riesgos, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.3)



Director Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente

4.11. Ordenar a los enlaces de control interno y a los encargados de realizar el proceso de SEVRI institucional, analizar y ajustar las actividades de control dispuestas para atender los riesgos identificados. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada y al 15 de enero del 2026 la identificación de controles por implementar para asegurar razonablemente la supervisión realizada en la formulación de las actividades de control, esta Auditoría realizara una verificación para el periodo 2026 referente al proceso de Riesgos, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.3)

Director de Área Rectora de Salud Belén-Flores

4.12. Ordenar a los enlaces de control interno, resguardar las evidencias relacionadas con las bitácoras, documentación de cada pregunta con respuesta positiva del cuestionario de Autoevaluación, así como las evidencias del cumplimiento de los planes de acción o de mejora propuesta para cada periodo siguiente de la Autoevaluación. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada, para que esta Auditoría realice una verificación para el periodo de Autoevaluación 2025, al 31 de Marzo del 2026. (Resultado 2.1)

4.13. Gestionar ante la Dirección de Planificación Institucional la capacitación respectiva para los funcionarios de cada Unidad Organizativa de la institución que participan en el SEVRI institucional, con el fin de que se mejore los conocimientos, habilidades para el desempeño del funcionario en esa labor. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 31 de octubre 2025, copia del análisis realizado y de ser el caso cronograma de capacitaciones solicitadas, para que esta Auditoría realice una verificación para el periodo 2025, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.2)

4.14. Ordenar a los enlaces de control interno y a los encargados de realizar el proceso de SEVRI institucional, analizar y ajustar las actividades de control dispuestas para atender los riesgos identificados. Ingresar en el Sistema SAGAI con fecha límite al 15 de setiembre del 2025, copia de la instrucción realizada y al 15 de enero del 2026 la identificación de controles por implementar para asegurar razonablemente la supervisión realizada en la formulación de las actividades de control, esta Auditoría realizara una verificación para el periodo 2026 referente al proceso de Riesgos, al 27 de febrero del 2026. (Resultado 2.3)



AUDITORÍA INTERNA

Lic. Dennis Quesada Morales
Auditor Encargado

Licda. Lidia Miranda Hernández
Jefe de Unidad de Auditoría Administrativa y Financiera

Licda. Miriam Clavo Reyes, MBA.
Auditora Interna a.i.
Aprobado por: